

ŽIVOTNÍ STYL ŽEN V PRŮBĚHU ŽIVOTA

LIFESTYLE OF WOMEN DURING THE LIFE COURSE

KLÁRA PAPEŽOVÁ, VERONIKA NĚMCOVÁ, HALINA MATĚJOVÁ

Ústav preventivního lékařství, LF Masarykovy univerzity v Brně

SOUHRN

Životní styl zásadním způsobem ovlivňuje zdravotní stav jedince. Nerovnosti ve zdraví mohou být důsledkem rozdílných životních podmínek, které si jedinec nevybírá, a které často může minimálně nebo nemůže vůbec ovlivnit. Co však ovlivnit může, je výskyt rizikových faktorů životního stylu, které zvyšují pravděpodobnost rozvoje řady onemocnění. Životní styl je každým člověkem volený, každý by si měl být vědom rizik, která plynou z nesprávného zdravotního chování. Zmíněnými rizikovými faktory životního stylu jsou především užívání tabáku, nadměrná spotřeba alkoholu, nadváha a obezita, nedostatečná fyzická aktivita, nesprávná výživa. Životní styl tak představuje velkou roli v životě každého, neboť volbou, které faktory nechá působit na své zdraví, rozhoduje o své budoucnosti.

Klíčová slova: životní styl, stres, kouření cigaret, alkohol, tělesná aktivita, nadváha a obezita, výživa

SUMMARY

The lifestyle is of utmost importance to human health. Health inequalities may result from the differences in living conditions that are not of the individual's own choosing and are often very difficult or even impossible to change. Nevertheless, what is modifiable is the occurrence of the risk lifestyle factors that increase the likelihood of developing a variety of diseases. The lifestyle is chosen by the individual who should be aware of risks associated with inappropriate health behaviours. The above-mentioned risk lifestyle factors are in particular tobacco use, alcohol abuse, overweight and obesity, lack of physical activity, and inappropriate diet. Therefore, the lifestyle plays a vital role in everybody's life since by choosing which factors are allowed to influence the health, the individual takes the decision on his/her future health status.

Key words: lifestyle, stress, cigarette smoking, alcohol, physical activity, overweight and obesity, diet

Úvod

O tom, že nesprávný životní styl způsobuje rozsáhlá poškození zdraví, není pochyb. Přestože je po dlouhá léta snahou odborníků informovat laickou veřejnost o zdravotních rizicích, která plynou z nesprávného životního stylu, nejsou pravděpodobně tato upozornění dostatečnou hrozbou. Jak si jinak vysvětlit situaci ve světě, kdy spotřeba tabáku dosáhla úrovně globální epidemie (16), užívání alkoholu se stalo závažným celosvětovým společenským problémem a incidence i prevalence nadváhy a obezity stále narůstá (5).

V České republice není situace stále uspokojivá. Podle nejnovějšího výzkumu (SZÚ, 2009) můžeme 26,3 % obyvatel označit za pravidelné kuřáky (15), v konzumaci alkoholu spadáme na jedno z předních míst v Evropě (16), stejně tak v počtu obézních se naše země pracovala do popředí celé Evropy. Nedostatečná pohybová aktivita a nesprávná výživa jen doplňují řadu rizikových faktorů, které se podílejí na špatném zdravotním stavu obyvatel (12, 17).

Rizikové faktory životního stylu se podílejí zejména na rozvoji onemocnění kardiovaskulárního systému, která jsou jednou z hlavních příčin úmrtí v Evropě. Roč-

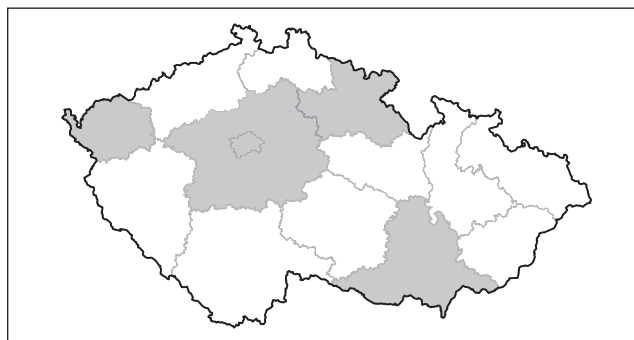
ně tak zemřou 4 miliony osob (muži 43 %, ženy 55 %) (23). V ČR jsou kardiovaskulární onemocnění (KVO) nejčastější příčinou úmrtí. Ženy jsou ischemickou chorobou srdeční (ICHS) ohroženy zejména v období menopauzy. V tomto životním období dochází často ke zvýšení krevního tlaku a k nepříznivým změnám lipidového profilu (19).

Jaký je životní styl žen v České republice se stalo předmětem šetření, které proběhlo v letech 2007/2008. Šetření bylo zaměřeno na výskyt rizikových faktorů životního stylu (užívání tabáku, nadměrná konzumace alkoholu, nadváha a obezita, nedostatečná pohybová aktivita, nesprávná výživa). Ženy byly rozděleny do 3 věkových kategorií. Výskyt rizikových faktorů byl sledován nejprve u celého souboru žen a následně byl porovnán u jednotlivých věkových kategorií.

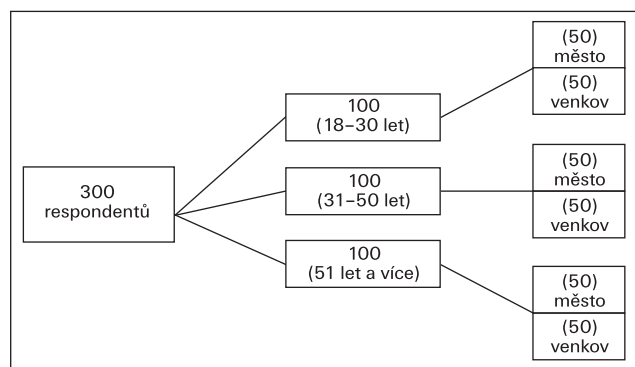
Sběr dat

Sběr dat byl uskutečněn v období prosinec 2007 – duben 2008. Předvýzkum, který ověřil srozumitelnost otázek, byl realizován na výběrovém souboru 20 žen v listopadu 2007. Celkem bylo osloveno 500 žen starších

18 let, které pocházely z těchto oblastí České republiky: Karlovarský kraj (Karlovy Vary, Ostrov, Bočov, Žlutice, Dlouhá Lomnice, Šemnice-Dubina), Středočeský kraj (Zeleneč, Stehelčevy, Dřetovice), Hlavní město Praha, Královéhradecký kraj (Vrchlabí, Dolní Lánov), Jihomoravský kraj (Brno a okolí). Dotazník byl vyplňován respondentkami po předchozím poučení o jeho vyplnění. Dotazníky byly rozdány matkám dětí na třídních schůzkách základních a středních škol v daném městě/na venkově. Ženy byly požádány o spolupráci, aby oslovily své známé, příbuzné a poučily je o vyplňování dotazníků. Každá žena si mohla odnést libovolný počet nevyplněných dotazníků. Částečně tak bylo využito anketního sběru dat, ve kterém se dotazované ženy samy zapojily do šetření. Po týdnu byly vyplněné dotazníky navraceny škole a předány ke statistickému zpracování. Nedostatečný počet dotazníků byl získán od žen nejmladší věkové kategorie, pro doplnění jejich počtu byly osloveny studentky vysokých škol. Návratnost dotazníků byla 65 %. 14 dotazníků bylo vyřazeno pro nedostatečné vyplnění údajů. Ke statistickému vyhodnocení bylo použito 300 dotazníků.



Obr. 1: Oblasti výběru respondentů.



Obr. 2: Charakteristika souboru.

Zpracování dat

Získaná data byla zpracována pomocí statistického programu Epi Info verze 3.4.3 a pomocí programů Microsoft Excel a Microsoft Word. Statistická významnost výsledků dotazníkového šetření byla stanovena pomocí testů dobré shody χ^2 (chí-kvadrát) pro kvalitativní znaky a Kruskal-Wallisovým testem pro znaky kvantitativní. Hladina statistické významnosti byla stanovena na $\alpha = 0,05$.

Rizikové faktory

Kouření cigaret

Kouření tabákových výrobků je jednou z hlavních příčin vzniku rakoviny plic a následného úmrtí. Podíl se

velkou měrou na vzniku dalších nádorových onemocnění, mezi která patří nádory dutiny ústní, jazyka, tračníku, hltanu, hrtanu, slinivky břišní, močového měchýře a ledvin, gynekologické nádory, leukémie. 5–8krát je zvýšeno riziko vzniku chronických onemocnění plic (bronchitida, rozedma plic a astma). Nejčastější příčinou smrti u kuřáků je onemocnění srdce a cév, jde o časté infarkty, mrtvice apod. Asi polovina úmrtí na kardiovaskulární nemoci je způsobena kouřením. Riziko se při pravidelném kouření zvyšuje dvojnásobně. Kouření dále oslabuje imunitní systém, zvyšuje se riziko neplodnosti u obou pohlaví. Kouření neohrožuje na zdraví pouze aktivní kuřáky, ale poškozuje zdraví i pasivních kuřáků. Riziko rakoviny plic nekuřáka exponovaného kouřem je zvýšeno o 20 až 30 % a riziko onemocnění srdce je o 23 % vyšší (7, 20, 21, 22).

Alkohol

Abúzus alkoholu může mít rozsáhlé zdravotní a sociální následky. Mezi somatické nemoci můžeme zařadit infekce, poškození žláz s vnitřní sekrecí, nemoci krve a krevetvorných orgánů, dále nemoci oběhové soustavy, trávicí soustavy, dýchací soustavy, nervové a močopohlavní. Alkohol potlačuje humorální i buněčnou imunitu, představuje riziko komplikací v těhotenství, riziko vzniku hypertenze, nemocí kůže a svalů, poranění, otrav a výskytu zhoubných nádorů. U vzniku řady nádorových onemocnění vystupuje alkohol jako kokarcergen, ale je považován také za přímý karcergen. U pití alkoholu je zvýšeno riziko výskytu rakoviny dutiny ústní a nosohltanu, žaludku, jícnu, tenkého střeva, jater, slinivky břišní, konečníku (2, 11, 16).

Nadváha a obezita

Nadváha a obezita ovlivňují výskyt zdravotních komplikací. Samotná nadváha (BMI 25–30) zvyšuje 4krát riziko zvýšené hladiny tuku v krvi, více než 3krát riziko zvýšeného krevního tlaku a onemocnění srdce a cév, 2,5krát vzniku cukrovky a přibližně 2krát dny a onemocnění kloubů. Hrozí nebezpečí vzniku nádorových onemocnění (prsů, endometria, žlučníku, tlustého střeva aj.), onemocnění hepatobiliární (cholelitiáza, nealkoholová steatohepatitida), respirační poruchy (syndrom spánkové apnoe, Pickwickův syndrom), poruchy pohybového aparátu (artróza kloubů, hyperurikémie). Vznikají často psychologické problémy (3, 4).

Nedostatečná pohybová aktivita

Tělesná aktivita má mnoho pozitivních účinků na zdravotní stav člověka. Snižuje riziko onemocnění srdce a cév několika způsoby. Snižuje mírně zvýšený krevní tlak, upravuje dyslipoproteinemii (\uparrow TAG a \downarrow HDL – cholesterol), podporuje redukci tělesné hmotnosti a její udržení na stálé hodnotě, čímž preventivně působí proti obezitě. Snižuje hladinu glykemie, snižuje inzulinorezistenci, zvyšuje glukózovou toleranci, působí tedy preventivně proti vzniku diabetu 2. typu. Podílí se na řídicích funkcích nervových, endokrinních a působí pozitivně na imunitní systém. Pohybová aktivita snižuje výskyt některých nádorových onemocnění. U žen dochází ke snížení rizika rakoviny prsu, dělohy a tlustého střeva, tím může aktivita částečně korigovat chyby vznikající nesprávnou výživou, které vznik těchto onemocnění usnadňují (10, 14).

Výživa

Výživa je významný faktor životního stylu, který nepochybně ovlivňuje zdravotní stav člověka. Poskytuje základní potřebu energie a jednotlivých živin nezbytných pro zdraví. Společně s pohybovou aktivitou a genetickými dispozicemi určuje výsledný výživový stav člověka. Na vzniku chorob hromadného výskytu se podílí vliv nutričních faktorů pozitivních i negativních, exogenních i endogenních (17).

Výsledky šetření

Kouření cigaret

V celém souboru žen bylo zjištěno 28,3 % žen kuřáček (tab. 1a). Nejvíce kuřáček bylo zaznamenáno ve střední věkové skupině 32 % (tab. 1b).

Tab. 1a: Kouření cigaret – celý soubor

Kouření cigaret	Procent
Pravidelné	28,3 %
Odnaučené	23,7 %
Příležitostné	2,7 %
Nekuřáctví	45,3 %

Tab. 1b: Kouření cigaret – věkové skupiny

Věk	Pravidelné	Odnaučené	Příležitostné	Nekuřáctví
18–30 let	23 %	25 %	5 %	47 %
30–50 let	32 %	11 %	3 %	54 %
51 a více let	30 %	35 %	0 %	35 %

Konzumace alkoholu

Bylo zjištěno, že z celého souboru 300 žen konzumuje alkohol v nadměrné míře 5 % žen. Vždy se jednalo pouze o jeden druh alkoholického nápoje. 4,4 % žen konzumovalo alkoholické nápoje denně, a to ve zdravotníky „tolerovaném“ množství (0,2 l vína nebo 0,5 l piva nebo 0,05 l destilátů) (tab. 2a). Při porovnání konzumace alkoholu ve věkových skupinách bylo zjištěno, že rizikovými konzumenty alkoholu jsou především ženy ve věku 51 let a více, kde 12 % žen konzumovalo alkohol ve zvýšené míře (tab. 2b).

Nadváha a obezita

Z následující tabulky hodnot je patrné, že se průměrná hodnota BMI s věkem žen zvyšovala (tab. 3). Bylo zjištěno, že nad hranicemi správné tělesné hmotnosti se

Tab. 2a: Konzumace vína, piva, destilátů – celý soubor

Frekvence	Víno (0,2 l)	Pivo (0,5 l)	Destiláty (0,05 l)
Několikrát denně	4 %	0,3 %	0,7 %
1krát denně	3 %	0,7 %	0,7 %

Tab. 2b: Konzumace vína, piva, destilátů – věkové skupiny

Věk	Vino (0,2 l)		Pivo (0,5 l)		Destiláty (0,05 l)	
	Několikrát denně	1krát denně	Několikrát denně	1krát denně	Několikrát denně	1krát denně
18–30 let	2 %	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %
31–50 let	0 %	6 %	0 %	0 %	0 %	0 %
51 let a více	10 %	3 %	0 %	2 %	2 %	2 %

Kruskal-Wallis H (ekvivalentní $\chi^2=22,5564$); statisticky významné $p<0,05$, Kruskal-Wallis H ($\chi^2=18,8256$); statisticky nevýznamné $p>0,05$, Kruskal-Wallis H ($\chi^2=27,2572$); vysoce statisticky významné $p<0,01$

nacházelo 31,9 % všech žen (tab. 4a). Ve věkové kategorii 51 let a více bylo zjištěno 56 % žen s nadměrnou tělesnou hmotností (tab. 4b).

Tab. 3: Průměrná hodnota BMI – věkové skupiny

Věk	Průměrná hodnota BMI
18–30 let	21,4353
31–50 let	23,4825
51 a více let	26,0487

Tab. 4a: Tělesná hmotnost – celý soubor

Tělesná hmotnost	Počet žen	Procent
Podváha	13	4,3 %
Normální tělesná hmotnost	192	64 %
Nadváha	82	27,3 %
Obezita I. stupně	12	4 %
Obezita II. stupně	1	0,3 %
Obezita III. stupně	1	0,3 %
Nad hranicemi normy	96	31,9 %

Tab. 4b: Tělesná hmotnost – věkové skupiny

Věk	Tělesná hmotnost					
	Podváha	Normální tělesná hmotnost	Nadváha	Obezita I. stupně	Obezita II. stupně	Obezita III. stupně
18–30 let	3 %	78 %	17 %	2 %	0 %	0 %
31–50 let	10 %	70 %	20 %	0 %	0 %	0 %
51 let a více	1 %	43 %	44 %	10 %	1 %	1 %

Kruskal-Wallis H (ekvivalentní $\chi^2=42,8968$); vysoce statisticky významné $p<0,01$

Nedostatečná pohybová aktivita

Nedostatečná pohybová aktivita byla zjištěna u 45,4 % žen (tab. 5a). Nejméně se věnují pohybové aktivitě ženy ve věku 51 let a více, kde nedostatečnou pohybovou aktivitu prokázalo 57 % (tab. 5b). Pouze 25,7 % uvedlo zdravotní důvody pasivity (tab. 6).

Tab. 5a: Pohybová aktivita – celý soubor

Pohybová aktivita	Počet všech žen	Procent
Lehká (nedostatečná)	110	36,7%
Žádná	26	8,7 %
Celkem nedostatečná	136	45,4 %

Tab. 5b: Pohybová aktivita – věkové skupiny

Pohybová aktivita	18–30 let	31–50 let	51 let a více
Lehká (nedostatečná)	29 %	37 %	43 %
Žádná	8 %	5 %	14 %
Celkem nedostatečná	37 %	42 %	57 %

Kruskal-Wallis H (ekvivalentní $\chi^2=24,1173$); statisticky nevýznamné $p>0,01$

Tab. 6: Zdravotní důvod pasivity

Ano	35 žen (25,7 %)
Ne	101 žen (74,3 %)

Výživa

Dalším faktorem, který byl sledován, byla správná výživa. Sledována byla zejména frekvence spotřeby mléčných výrobků a zeleniny.

Mléčné výrobky

Pouze 18,7 % všech žen konzumuje mléčné výrobky několikrát denně (tab. 7a), nejčastěji to byly ženy nejmladší věkové kategorie, 23 % (tab. 7b).

Tab. 7a: Frekvence konzumu mléčných výrobků – celý soubor

Mléčné výrobky	Procent
Několikrát denně	18,7 %
1krát denně	42 %

Tab. 7b: Frekvence konzumu mléčných výrobků – věkové skupiny

Věk	Několikrát denně	1krát denně
18–30 let	23 %	40 %
31–50 let	17 %	43 %
51 a více	16 %	44 %

Kruskal-Wallis H (ekvivalentní $\chi^2=6,3620$); statist. významné $p<0,05$

Zelenina

Několikrát denně konzumovalo čerstvou zeleninu pouze 15 % žen (tab. 8a). Nejvyšší spotřeba s frekvencí několikrát denně byla zjištěna u nejmladší věkové kategorie, 18 % (tab. 8b).

Tab. 8a: Frekvence konzumu zeleniny – celý soubor

Čerstvá zelenina	Počet žen	Procent
Několikrát denně	45	15 %
1krát denně	105	35 %

Tab. 8b: Frekvence konzumu zeleniny – věkové skupiny

Věk	Několikrát denně	1krát denně
18–30 let	18 %	31 %
31–50 let	13 %	34 %
51 a více	14 %	41 %

Kruskal-Wallis H (ekvivalentní $\chi^2=20,0043$); statisticky nevýznamné $p>0,05$

Souhrn výsledků

Věková skupina 18–30 let

- kouření cigaret 23 %
- nadměrná konzumace alkoholu 3 %
- nadváha a obezita 19 %
- nedostatečná aktivita 37 %
- nedostatečný příjem zeleniny 82 %
- nedostatečný příjem mléčných výrobků 77 %

Věková skupina 31–50 let

- kouření cigaret 32 %
- nadměrná konzumace alkoholu 0 %
- nadváha a obezita 20 %
- nedostatečná aktivita 42 %
- nedostatečný příjem zeleniny 87 %
- nedostatečný příjem mléčných výrobků 83 %

Věková skupina 51 let a více

- kouření cigaret 30 %
- nadměrná konzumace alkoholu 12 %
- nadváha a obezita 56 %
- nedostatečná aktivita 57 %
- nedostatečný příjem zeleniny 86 %
- nedostatečný příjem mléčných výrobků 84 %

Diskuse

U sledovaného souboru žen byl zjišťován výskyt rizikových faktorů životního stylu. Prvním rizikovým faktorem bylo kouření cigaret. Ačkoli bylo kuřáctví před sto lety zejména doménou mužů, v polovině 20. století je začaly dohánět ženy. Kouření cigaret se stalo jevem, se kterým se nyní setkáváme v četné míře u mužů i žen. Ve sledovaném souboru bylo pravidelnými kuřáčkami 28,3 % žen. Nejčastějšími kuřáčkami byly ženy střední věkové kategorie, kde kouřilo 32 %, s věkem žen byl pozorován mírný pokles kuřáctví (30 %). Výzkumná zpráva z roku 2008 (SZÚ) uvádí jako pravidelné kuřáčky 21,3 % českých žen a poukazuje na nejvyšší výskyt kuřáček v nejmladší věkové skupině obyvatel a pokles počtu kuřáček s věkem (5). Rozdílné výsledky mohou být způsobeny tím, že dotazníky našeho šetření, zaměřené na nejmladší věkovou skupinu žen, byly vyplňovány mimo jiné studentkami medicíny, jejichž životní styl může být odlišný.

Dalším sledovaným rizikovým faktorem byla nadměrná spotřeba alkoholu. Dotaz na konzumaci alkoholických nápojů byl záměrně zařazen do frekvenčního dotazníku spotřeby potravin, jelikož přímé dotazy na spotřebu alkoholu mohou vzbuzovat obavu ze zneužití informací a ovlivnit tak výsledky šetření. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 5 % žen konzumuje alkohol ve zvýšené míře. Při porovnání věkových skupin bylo zaznamenáno 12 % nadměrných konzumentek alkoholu v nejstarší věkové skupině. Na vysokou konzumaci alkoholu u starších

žen upozorňuje ve svém šetření také Doněk, který dodává, že při sledování spotřeby alkoholu je pozornost věnována především mladým lidem, zatímco starší generace zůstává na pokraji zájmu. Případný alkoholismus těchto žen pak zůstává často skrytý (1).

Výsledky spotřeby alkoholu mohou být zkrácené, jelikož obecně můžeme říci, že respondenti mají spíše tendenci svou spotřebu alkoholu podhodnocovat. Příčinou bývá obava o anonymitu a uváděné hodnoty spotřeby alkoholu bývají často respondenty upravovány ke společensky schvalovaným normám.

Nedostatečná pohybová aktivita je další ovlivnitelnou determinantou zdraví a její nedostatek může způsobit zdravotní obtíže. Nedostatečná fyzická zátěž u žen byla zjištěna ve vyšším rozsahu, než byly očekávané hodnoty. Největším problémem mnohých šetření je otázka považování doby strávené chůzí za dostatečný pohyb a nerozlišování mezi aktivitou v rámci pracovní povinnosti a ve volném čase. Problémem bylo rozhodnout, zda lehkou aktivitu, představovanou volnou chůzí či vycházkou se psem, považovat za dostačující. Některé zdroje uvádějí lehkou aktivitu představovanou chůzí jako nedostačující pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění, některé studie však prokazují vliv nízké aktivity ve formě procházek na zlepšení kardiovaskulární zdatnosti (13).

V tomto šetření nakonec nebyla lehká zátěž zařazena jako dostačující. U každé věkové skupiny byla sečtena nulová a lehká fyzická zátěž. Nedostatečnou fyzickou aktivitu prokázalo 45,4 % všech žen. Nejméně se věnují aktivitě ženy nejstarší věkové kategorie, kde 57 % žen uvedlo nízký nebo nulový stupeň fyzické aktivity. Ústav zdravotních informací a statistiky roku 2004 taktéž uvádí, že se aktivita žen věkem snižuje pozvolna a výrazně její nedostatek narůstá od věku 60 let (18).

Dalším ovlivnitelným rizikovým faktorem je tělesná hmotnost. Ve sledovaném souboru bylo zaznamenáno 31,9 % žen s hmotností nad hranicemi normy. Nejvíce žen bylo nalezeno v nejstarší věkové kategorii, 56 %. Tyto hodnoty se částečně shodují s výsledky České obezitologické společnosti z roku 2005, která uvedla, že se v hranicích normy tělesné hmotnosti v ČR vyskytuje více než polovina žen, v pásmu nadváhy 29 % žen, v pásmu obezity I. stupně 11 % (9).

Kromě rizikových faktorů, které byly dosud zmíněny, se na neutěšeném zdravotním stavu populace podílí do značné míry výživa a špatné stravovací návyky. Za zdravotně nevýhodný je považován zejména nedostatečný příjem zeleniny, nadbytek živočišných tuků, nedostatek mléčných výrobků a nepravidelné stravování. Stravovací návyky byly u souboru žen sledovány pomocí frekvenčního dotazníku. Výsledky šetření prokázaly zejména nedostatečný příjem mléčných výrobků a zeleniny žen všech věkových kategorií. Vzhledem k tomu, že u potravin nebylo známo jejich konzumované množství, ale pouze jejich frekvence spotřeby, výsledky nemusí být zcela relevantní.

Statistické šetření prokázalo, že u českých žen dochází v mnoha případech k nesprávnému zdravotnímu chování. Jako nejrizikovější skupina se prokázala skupina žen ve věku 51 let a starších. Z výsledků vyplývá, že se vzrůstajícím věkem ubývá fyzické aktivity a narůstá hmotnost žen. Některé ženy jsou navíc aktivními kuřačkami nebo nadměrnými konzumentkami alkoholu. Nejvíce rizikové se tak jeví období v životě ženy po dosažení věku 51 let. Této věkové skupině by proto měla být věnována nejvyšší pozor-

nost z hlediska preventivního působení.

Závěr

Životní styl představuje z hlediska ovlivnitelnosti zdraví jeden z nejdůležitějších faktorů. Výsledky šetření poukázaly na nepříznivou situaci ve výskytu rizikových faktorů životního stylu českých žen, zejména pak starší generace. Tyto výsledky jen potvrzují slova odborníků, kteří zdůrazňují rizika plynoucí z nesprávného zdravotního chování, zejména rizika vzniku kardiovaskulárních chorob.

Otázkou zůstává, proč se lidé vědomě vystavují škodlivému působení rizikových faktorů, ačkoli zdraví považují v mnohém případě za to nejcennější (6). Po řadu let se objevuje snaha o změnu nejen výživových zvyklostí obyvatel, ale také o celkovou změnu přístupu k životnímu stylu. Úskalím zůstávají zřejmě nabyté stereotypy a návyky získané během života. Změna životního stylu tak představuje pro mnohé pocity úzkosti, deprese a další psychické potíže. Vzniká zde skutečný problém, jak působit zejména na starší generaci, která často nejeví zájem o změnu životního stylu. Z tohoto pohledu se v budoucnosti uplatní především zdravotní výchova, jejíž působení je důležité zejména v mladším věku, kdy se teprve formují návyky a postoje.

Nadále zůstává nezbytností monitorovat výskyt rizikových faktorů životního stylu pro získání představy o budoucím zdraví populace. Problematika životního stylu musí zůstat častou diskusí odborníků a je potřeba na toto téma klást velký důraz nejen z hlediska prevence. Doufáme, že zájem veřejnosti o zdravý životní styl poroste a slova odborníků nebudou po další léta pouze tichým varováním.

LITERATURA

1. Doněk E, Doňková J, Doňková O. Alkohol u žen vyššího věku. *Psychiatr Praxi*. 2007;8(6):274-5.
2. Göhlert K. Od návyku k závislosti: toxikomanie, drogy, účinky a terapie. Praha: Ikar; 2001.
3. Hainer V, a kol. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada Avicenum; 2004.
4. Haluzík M. Chemie obezity. Čím je regulován příjem stravy? *Vesmír*. 2005;84(6):352-5.
5. Haslam DW, James WP. Obesity. *Lancet*. 2005 Oct 1;366(9492):1197-209.
6. Holčík J, Koupilová I. Sociální determinanty zdraví. Základní fakta a doporučení pro praxi v kontextu programu Zdravá města. *Čas Lék Čes*. 2001;140(1):3-7.
7. Králíková E. Co nového ve výzkumu nikotinu a tabáku? *Čas Lék Čes*. 2007;146(5):518-9.
8. Kubát K. *Jak se vyhnout cukrovce?* Praha: Grada Publishing; 2001.
9. Kunešová M. Životní styl a obezita: longitudinální epidemiologická studie prevalence obezity v ČR. [online]. Praha: ČLS JEP Česká obezitologická společnost; 2006 [cit. 2010-09-15]. Dostupný z: http://www.zdravi21msk.cz/03_plneni/files/obezita_dospeli.pdf
10. Nilsen TI, Vatten LJ. Prospective study of colorectal cancer risk and psychological activity, diabetes, blood glucose and BMI: exploring the hyperinsulinaemia hypothesis. *Br J Cancer*. 2001 Feb 2;84(3):417-22.

11. Nešpor K. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál; 2007.
12. Pánek J, Pokorný J, Dostálová J. Základy výživy a výživová politika. Praha: VŠCHT Praha; 2002.
13. Perry CK, Rosenfeld AG, Bennett JA, Potempa K. Heart-to-Heart: promoting walking in rural woman through motivational interviewing and group support. *J Cardiovasc Nurs*. 2007 Jul-Aug;22(4):304-12.
14. Stejskal P. Energetické nároky pohybové činnosti. In: Provozník K, Komárek L, Janovská J, Ošancová K, editoři. *Manuál prevence v lékařské praxi II*. Praha: SZÚ; 1995. s. 69-75.
15. Sovinová H, Sadílek P, Csémy L. Vývoj a prevalence kouření v dospělé populaci ČR, názory a postoje občanů ČR k problematice kouření (období 1997-2009): výzkumná zpráva [online]. Praha: SZÚ; 2010 [cit. 2010-09-15]. Dostupný z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zavislosti/koureni/Zprava2009DEF.pdf>.
16. Sovinová H, Csémy L, Kernová V, Kebza V, Hampl K, Nešpor K, a kol. Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice [online]. Praha: SZÚ; 2004 [cit. 2008-04-19]. Dostupný z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/edice/plne_znani/brozury/Koureni_20a_20Alkohol.pdf.
17. Turek B. Výživový stav populace a nutriční rizika. Praha: SZÚ; 2004.
18. Hrkal J. Světové šetření o zdraví (7. díl). Výživa a fyzická aktivita. Aktuální informace 6 [online]. Praha: ÚZIS ČR; 2004 [cit. 2010-09-15]. Dostupný z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=sv%ECtov%E9®ion=100&kind=21&mnu_id=6200.
19. Vrablík M. Kardiiovaskulární riziko a hormonální substituční léčba v menopauze. *Interní med*. 2009;11(5):207-10.
20. WHO. Online Programmes and projects, Tobacco Free Initiative, Cancer. [database on the Internet]. c2010 [cited 22. 03. 2008] Available from: <http://www.who.int/tobacco/research/cancer/en/index.html>
21. World Health Organization. Tobacco Free Initiative: tobacco and diabetes [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 2010 Sep 15]. Available from: <http://www.who.int/tobacco/research/diabetes/en/index.html>.
22. World Health Organization. Tobacco Free Initiative: tobacco and the thyroid [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 2010 Sep 15]. Available from: <http://www.who.int/tobacco/research/thyroid/en/index.html>.
23. Zdraví 21. Cíl 8: Snížení výskytu neinfekčních nemocí [online]. Ostrava: KHS; 2007 [cit. 2010-08-03]. Dostupný z: <http://www.zdravi21msk.cz/03/index.php>.

Došlo do redakce: 12. 8. 2010

Přijato k tisku: 10. 9. 2010

Mgr. Klára Papežová

Gagarinova 25

360 20 Karlovy Vary

E-mail: klara.papezova@seznam.cz

VÝŽIVOVÉ NEROVNOSTI V KANADĚ

Lidé s nižšími platy a nižší úrovní vzdělání mají v Kanadě vyšší úmrtnost a kratší střední délku života. Dosud ale nebyly známy rozdíly ve spotřebě potravin a nutričních složek u různých socioekonomických skupin populace. Těmto otázkám se věnovala studie Oddělení věd o výživě Lékařské fakulty Univerzity v Torontu v Kanadě. Byla k tomu použita data z šetření komunitního zdraví v r. 2004 a zkoumány vztahy mezi příjmem domácnosti, úrovní vzdělání dospělých a příjmem energie, vlákniny a mikronutrientů a počty podaných porcí podle kanadské výživové směrnice.

Bylo zjištěno, že vyšší příjem domácnosti a nebo vyšší úroveň vzdělání souvisely s vyšší spotřebou mléka nebo jeho alternativ, zeleniny a ovoce a s význam-

ně vyšším příjmem vitaminů, minerálů a vlákniny jak u dospělých, tak u dětí. Ve srovnání s ostatními skupinami, prevalence neadekvátního příjmu nutričních složek byla vyšší u dospělých s nejnižším příjmem a nejnižší úrovní dosaženého vzdělání. Podle autorů výsledky ukazují, že kvalita výživy u Kanadčanů je z části funkcí jejich sociální pozice. Politika a intervenční programy se proto musí zabývat socioekonomickými hledisky, aby snížily nutriční nerovnosti a vyhnuly se jejich případnému zhoršení.

*Tarasuk V, Fitzpatrick S, Ward H. Nutrition inequities in Canada. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2010 Apr;35(2):172-9.*

Redakce

O VELIKÉ POVODNI V ROCE 1367

Léta páně 1367. To je rok, o němž bylo mnoho zlého předpověděno a z velké části se vyplnilo. Téhož roku v měsíci březnu nastala v Čechách tak velká povodeň, že voda zaplavila téměř polovinu pražského města a rozlila se až ke kostelu svatého Mikuláše na Kurném trhu a ke kostelu svatého Jiljí, a v těchto ulicích se přede dveřmi kostelů chytaly ryby. Tato povodeň napáchala mnoho zlého a mnohým způsobila nenahraditelné škody. Ve dvoře pana arcibiskupa zaplavila všechny sklepy až po stropy a na pražském městě před dvorem saského vévody (pozn. red.: dům na Malé Straně, u mostu vlevo) se brodili koně. Také protrhla dřevěný pražský most na mnoha místech,

ale nový jen v jediném pilíři. Ale i mnoho lidí utonulo na pražském přívoze i jinde na různých místech.

Téhož roku v březnu a dubnu hned po této povodni přišla jakási náhlá nákaza na všechny lidi a byl málokdo ve vsích a městech, kdo by neonemocněl. Z milosti boží však trvala jen tři nebo čtyři dny a málo lidí na ni zemřelo. Ale onemocněli vesměs všichni lidé.

*Beneš Krabice z Weitmile. Kronika pražského kostela. In: Bláhová M, editor. *Kroniky doby Karla IV. 1. vyd. Praha: Svoboda; 1987. s. 176-247.**

Jaroslav Kříž