

# **Životní styl mladých dospělých a jeho dopady na vybrané rizikové faktory civilizačních nemocí**

Andrea Martinková

---

Bakalářská práce  
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Andrea Martinková**  
Osobní číslo: **H13871**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Životní styl mladých dospělých a jeho dopady na vybrané rizikové faktory civilizačních nemocí**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury v dané problematice.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti sedavého způsobu života, civilizačních nemocí a rizikových faktorů.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu kvantitativní metodou dotazníkového šetření a vyšetření respondentů.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.



Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**BOLAND, Mike, Matt GOLDING a Harjinder SINGH.** Food structures, digestion, and health. Amsterdam: Elsevier, c2014. 520 p. ISBN 978-0-12-404610-8.

**MÁČEK, Miloš a Jiří RADVANSKÝ.** Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity: z pohledu jednotlivce i populačních skupin. 1. vyd. Praha: Galén, c2011. 245 s. ISBN 978-80-7262-695-3.

**MITÁŠ, Josef a Karel FRÖMEL.** Pohybová aktivita české dospělé populace v kontextu podmínek prostředí. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 175 s. ISBN 978-80-244-3990-7.

**MÜLLEROVÁ, Dana a Karel FRÖMEL.** Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech: z pohledu jednotlivce i populačních skupin. 1. vyd. Praha: Triton, 2013. 175 s. ISBN 80-725-4421-7.

**SVÁČINA, Štěpán, Dana MÜLLEROVÁ a Alena BRETŠNAJDROVÁ.** Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeutky: z pohledu jednotlivce i populačních skupin. 2. upr. vyd. Praha: Triton, 2013. 341 s. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-699-9.

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Jana Pelková**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **13. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **20. května 2016**

Ve Zlíně dne 13. ledna 2016

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 24. 2. 2016



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

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

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

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

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

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

3). *Odporčí-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybnějiho projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zaměřuje na chování mladých lidí v jejich životním stylu s dopady na organismus vzhledem k civilizačním nemocem. Teoretická část je věnována přiblížení definice životního stylu, civilizačních onemocnění s příkladem konkrétních nemocí vzhledem k nevhodným návykům. Dále v bakalářské práci popisujeme, co znamená pohyb, zdraví a prevence a v neposlední řadě, co patří do správného stravování. Cílem praktické části je zjistit jak a jakým způsobem se mladí dospělí stravují, kolik času respondenti věnují pohybu a naopak, kolik času věnují sedavému způsobu života a jaká rizika způsobuje jejich životní styl. Praktickou část jsme založili na dotazníkovém šetření a měření fyziologických hodnot, jako je krevní tlak, puls, měření výšky, váhy, obvod pasu a boků.

Klíčová slova: životní styl, mladí dospělí, pohyb, zdraví, prevence, výživa, potravinová pyramida, civilizační onemocnění, stres, nevhodné návyky, diagnostika.

## **ABSTRACT**

The content of the Bachelor Thesis is describing the behavior of the young people based on their living style. Main point is to describe what impact it have on their organism due to diseases of civilization. The theoretical part is bringing closer look to definition of diseases of civilization. In this part are described specific kinds of diseases with the definition of particular kind of deceases based on unappropriated habits. This includes exercise, health and definition of prevention and last but not least everything that is part of healthy diet. Main goal of practical part was to interview subjects and gather data required for analysis. Based on survey these following parameters was documented. Measurement of physiological values as blood pressure, pulse, height, weight, waist and hips diameter. Determine what are the eating habits of young adults, how much time subjects are doing physical activities and on the other hand how much time they spend in sedentary lifestyle. And are the risks, that they are exposed based on their actual living style.

Keywords: lifestyle, young adults, exercise, health, prevention, nutrition, food pyramid, diseases of civilization, stress, bad habits, diagnostics

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce paní MUDr. Janě Pelkové za odborné vedení, připomínky a cenné rady při zpracování této bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat studentům 1. – 3. ročníku oboru všeobecná sestra, prezenčního bakalářského studia, Fakulty humanitních studií, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně za ochotu poskytnutí informací a tím podílení se na bakalářské práci.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>12</b>
<b>1 ŽIVOTNÍ STYL .....</b>	<b>13</b>
1.1 ROZDÍL MEZI ŽIVOTNÍM ZPŮSOBEM A ŽIVOTNÍM STYLEM .....	14
1.2 VOLNÝ ČAS JAKO SOUČÁST ŽIVOTNÍHO STYLU.....	14
1.3 VÝŽIVA JAKO SOUČÁST ŽIVOTNÍHO STYLU .....	15
1.4 POHYB JAKO SOUČÁST ŽIVOTNÍHO STYLU.....	20
1.5 SPÁNEK JAKO SOUČÁST ŽIVOTNÍHO STYLU .....	22
<b>2 ZDRAVÍ A PREVENCE.....</b>	<b>24</b>
2.1 ZDRAVÍ.....	24
2.2 PREVENCE .....	24
<b>3 VYBRANÁ CIVILIZAČNÍ ONEMOCNĚNÍ .....</b>	<b>26</b>
3.1 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ .....	26
3.2 DIABETES MELLITUS 2. TYPU.....	28
3.3 HYPERCHOLESTEROLEMIE .....	30
3.4 RIZIKOVÉ FAKTORY .....	31
3.4.1 Sedavý způsob života.....	31
3.4.2 Ateroskleróza .....	32
3.4.3 Obezita .....	32
3.4.4 Stres .....	36
3.4.5 Kouření.....	36
3.4.6 Alkohol.....	37
3.4.7 Drogy .....	38
<b>4 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ V KOMPETENCI VŠEOBECNÉ SESTRY.....</b>	<b>39</b>
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>43</b>
<b>5 METODOLOGIE VÝZKUMU .....</b>	<b>44</b>
5.1 CÍLE PRÁCE.....	45
5.2 VÝZKUMNÝ VZOREK .....	45
5.3 DISTRIBUCE DOTAZNÍKU.....	46
<b>6 VÝSLEDKY VÝZKUMU A INTERPRETACE DAT.....</b>	<b>47</b>
6.1 SOCIÁLNÍ A STUDIJNÍ POLOŽKY .....	47
6.1.1 Oblast zdravé výživy .....	53
6.2 OBLAST POHYBU .....	67
6.3 OBLAST RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ .....	73
<b>7 METODOLOGIE VÝZKUMU – MĚŘENÍ.....</b>	<b>82</b>



7.1	VÝZKUMNÉ CÍLE .....	82
7.2	METODA VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ VZOREK.....	82
7.3	OBSAH TABULKY K ŠETŘENÍ .....	82
7.4	ŠETŘENÍ.....	84
	<b>DISKUSE.....</b>	<b>111</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>117</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>119</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ – DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>124</b>
	<b>SEZNAM TABULEK – DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>125</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ – ŠETŘENÍ.....</b>	<b>126</b>
	<b>SEZNAM TABULEK - ŠETŘENÍ .....</b>	<b>127</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>128</b>

## ÚVOD

Současný trend zvyšujících se nároků na výkon člověka se bezpochybně negativně podepisuje na jeho fyzické i psychické stránce. Aktivní člověk, který v delším časovém horizontu nedodržuje základní pravidla zdravé životosprávy, se vystavuje rizikovým faktorům, jež mohou vést k civilizačním nemocem. Mezi nejčastější rizikové faktory patří sedavý způsob života, obezita, stres, kouření, alkohol, drogy a další. K civilizačním nemocem řadíme srdečně cévní nemoci (hypertenze, ateroskleróza a její komplikace), zhoubné nádory, obezitu, alergie, diabetes mellitus 2. typu, a spousta dalších.

V naší práci seznamujeme čtenáře s vybranými rizikovými faktory a civilizačními chorobami. Informujeme o vhodném složení stravy, o důležitosti pohybové aktivity, dostatečného příjmu tekutin, o významu dostatečného a kvalitního spánku a dalších důležitých souvislostech.

V posledních letech sledujeme výrazný nárůst civilizačních nemocí diabetu a hypertenze. Příčiny mohou souviset se špatnými stravovacími návyky. Z toho důvodu jsme vytvořili dotazník k zjištění základních stravovacích návyků studentů, kteří jsou ve sledovaném kritickém věku (19 – 25 let). Další zjištění se týká fyzické stránky sledované populace. Z antropologického měření a měření fyziologických hodnot u jednotlivých respondentů zkoumáme, zda mají sklon k rizikovým faktorům při srovnání obvodu pasu, jaká je pravděpodobnost vzniku metabolického syndromu a dalších onemocnění.

O životním stylu bychom mohli psát a číst mnoho studií, slyšet od každého jeho představy. Proto jsem si zvolila zmíněné téma, o které se zajímám, protože se i mě přímo dotýká. Stala jsem se pozorovatelem životního stylu mých známých i okruhu rodiny. V literatuře o životním stylu a civilizačních nemocech jsem našla zajímavé odpovědi na mnoho tematických otázek. Na vlastním příkladu uvádím, že v období mého studia na střední škole, i když jsem občas byla ve stresu, jsem hodně sportovala, lépe se stravovala. S příchodem na vysokou školu a následným větším osamostatněním došlo z mé strany k změně. Můj životní styl začal mít jiný obraz. Časová náročnost studia a větší odpovědnost mi nedovolila věnovat se sportu srovnatelně stejně, řekla bych, že sport jsem vyměnila za počítač, též režim stravování jsem musela přizpůsobit rozvrhu studijního dne.

Rádi bychom touto cestou motivovali mladou generaci k tomu, aby nepodceňovala význam a vliv správného složení stravy a pohybové aktivity a uvědomila si rizika spojená

s konzumací nezdravé, tučné stravy, alkoholu, užíváním drog, kouřením cigaret, nedostatkem pohybu apod.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ŽIVOTNÍ STYL

Podle Doliny (2009) je zdravý životní styl veden střídou, čerstvou a hlavně pestrou stravou za dostatečného pohybu, osobní hygienou, pozitivním myšlením a vztahem ke svému životu, vyváženým poměrem mezi prací a odpočinkem, kladným vztahem s okolím a se sebou samým. Dále říká, že vedení životního stylu není příliš finančně náročné (Civilizace a nemoci, 2009, s. 6).

Duffková (2008) definuje životní styl jako „*způsob jakým lidé žijí – tedy jak bydlí, stravují se, vzdělávají se, chovají se v různých situacích, baví se, pracují, spotřebovávají, vzájemně komunikují, jednají, rozhodují se, cestují, vyznávají a dodržují určité hodnoty, starají se o děti, pěstují potraviny, vyrábějí atd.*“. Abychom mohli mluvit o životním stylu jako takovém, je zapotřebí nejen zkoumat, jak lidé žijí, ale také stát se předmětem zájmu vědních oborů (Duffková, Urban a Dubský, 2008, s. 51 – 52).

„*Životní styl je ovlivňován v zásadě dvěma faktory – vnějším, což jsou životní podmínky jakožto v daném okamžiku existující objektivní danosti, a vnitřním faktorem, což je člověk jako nejkonkrétnější subjekt životního způsobu, jeho osobnost se všemi potřebami, hodnotami, dovednostmi, zkušenostmi, schopnostmi, ambicemi.*“ (Duffková, Urban a Dubský, 2008, s. 69)

Kubátová (2010) vymezuje životní styl jako způsob života, či životní sloh. Uvádí jej také jako sociální jev. „*To znamená, že je nutné způsob života primárně vymezit nikoliv empiricky (jak se reálně jeví), ale teoreticky, tedy aplikovat na něj obecné sociologické teorie. V sociologii existuje velké množství takových aplikovaných sociologických teorií. Jedná se například o sociologii práce, sociologii rodiny, sociologii výchovy, sociologii politiky, sociologii mládeže atd. Všechny sociální jevy, které jsou předmětem těchto aplikovaných disciplín (práce, rodina, výchova, politika, mládež atd.), jsou však současně také parciálními sociálními jevy, které zkoumá sociologie životního způsobu.*“ Při vymezování pojmu životní styl je důležité se zaměřit na pojmy způsobu života jako je životní styl, sloh, úroveň a kvalita života, ale i na problém nositele (subjektu) životního způsobu - jednotlivce, sociální skupina a společnost (Kubátová, 2010, s. 11).

## 1.1 Rozdíl mezi životním způsobem a životním stylem

Životní způsob je považován za obecnější pojem než životní styl. Dle Jany Duffkové (2005) jde o jakýsi systém významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí, které jsou typické a charakteristické pro určitého jedince či skupinu, případně i společenství či společnost jakožto nositele životního způsobu.

Naproti tomu životní styl je považován za pojem konkrétnější. Výše uvedená autorka rozděluje životní styl na životní styl jednotlivce a životní styl skupiny. Pod životním stylem jedince si lze představit konzistentní životní způsob jedince, jehož části jsou ve vzájemném vztahu a navzájem si odpovídají, vycházejí z jednotného základu a společného jádra, které se prolíná všemi podstatnými činnostmi. Životní styl skupiny pak představuje typické společné rysy životního způsobu, které jsou charakteristické pro převážnou většinu členů určité skupiny (Duffková, 2005, s. 80–81).

Duffková (2008) popisuje životní způsob jako sociálně-ekonomický rozměr, jako je životní úroveň, existenční otázky, práce a spotřeba. Kdežto životní styl vysvětluje jako kulturologickou dimenzi, zejména volný čas, zvyky, kvality a mezilidské vztahy (Duffková, Urban a Dubský, 2008, s. 69).

## 1.2 Volný čas jako součást životního stylu

Dle Hofbauera (2004) považujeme za volný čas dobu, kdy jedinec nevykonává činnosti pod tlakem závazků plynoucích ze sociální role, kterou naplňuje. Nebo také dobu, kdy člověk vykonává činnosti, do kterých vstupuje s očekáváními, která mu přinášejí uspokojení (Hofbauer, 2004, s. 3).

Podle Vážanského (2001) je volný čas od práce osvobozený časový úsek, který je nezávislý na pracovní době. Jde o časově vázaný prostor, který je vázán přirozenou a sociálně významnou potřebou (Vážanský, 2001, s. 26).

Duffková (2008) definuje volný čas jako nejdůležitější část sledovaného životního způsobu, respektive jak trávíme volný čas z pohledu kvalitativního (skladba volného času), tak kvantitativního (míra volného času). Volný čas je pro nás velmi důležitý a je také podstatnou součástí každodenní dimenze. Se svým volným časem můžeme nakládat zcela svobodně a

libovolně. „*Volný čas zůstává stále jen jednou časovou dimenzí života člověka, jeho každodennosti a jeho životního stylu.*“ (Duffková, Urban a Dubský, 2008, s. 141)

Duffková (2008) dále říká, že „*volný čas je jedno z největších bohatství společnosti a jednotlivce, a proto se společnost nemůže chovat lhostejně k tomu, co její příslušníci ve svém volném čase dělají – utrácet čas zbytečně za přepych, který si žádná společnost nemůže dovolit. Problém tedy nespočívá zdaleka jen v tom, jak volný čas trávit, ale především v tom, jak ho co nejefektivněji využít – volný čas by neměl být jen „dobou volna, prázdna“, ale něčím více pro jedince i něčím více pro společnost. Z toho plyne důraz na sebevzdělávání, „vyšší zájmy“, „ušlechtilé koníčky“, veřejnou angažovanost v zájmech společnosti, komunity. Podle zastánců tohoto pojetí se společnost jednoznačně musí – ve svém vlastním zájmu – v trávení volného času svých příslušníků angažovat.*“ (Duffková, Urban a Dubský, 2008, s. 150).

### **Funkce volného času:**

Duffková (2008) vymezuje podle Dumazediera 3 základní funkce volného času. Odpočinek (relaxace) zvláště fyzický, vzdělávání, především sebe zušlechťování se, zábava a dopřání si rozptýlení, včetně duševní relaxace. Nejlepší je, když jsou všechny tři zmíněné kategorie vyvážené během volného času (Duffková, Urban a Dubský, 2008, s. 152).

## **1.3 Výživa jako součást životního stylu**

Dle Müllerové (2003) je výživa vědecký obor, který nesmí být postaven na subjektivních a neověřených záznamech, i když každý člověk se domnívá, že může svými poznatky podávat rady druhým. Zdravou výživou si nejen prodloužíme život, ale i jeho kvalitu. Výživa je nedílnou součástí prevence vzniku civilizačních a metabolických onemocnění (Müllerová, 2003, s. 11).

Podle Kopce (2010) je výživa základní lidská potřeba a je nezbytností pro život. Příjmem potravy člověk získává nepostradatelné látky, kdy za společnosti kyslíku a vody utváří potřebnou energii k funkci, dále získá látky k budování a obnovování těla (Kopce, 2010, s. 11).

Nadměrný příjem energie vede ke vzniku nadváhy a obezity. Hrozí zde riziko vzniku metabolického syndromu, diabetes mellitus 2. typu, hypertenze, glukózové tolerance a inzulínové rezistence (Dolina, 2009, s. 22). Nadměrný příjem živočišných tuků, které obsahují aterogenní složky HDL a LDL způsobuje hypercholesterolémii. Rovněž zvýšený příjem těchto tuků zvyšuje riziko vzniku předčasné aterosklerózy, která může způsobit ischemickou chorobu srdeční či cévní mozkové příhodu (Machová, 2015, s. 22).

### **Hlavní složky potravy = živiny**

Živiny (nutrienty) dělíme na makronutrienty, nositele energie (bílkoviny, tuky, cukry), a mikronutrienty (Svačina a Bretšnajdrová, 2008, s. 262).

#### **Sacharidy**

Sacharidy lze rozdělit na monosacharidy, oligosacharidy a polysacharidy. Do jednoduchých cukrů patří glukosa a fruktosa (ovocný cukr). Z disacharidů je významná maltosa (cukr sladový), laktosa (cukr mléčný) a sacharóza (cukr řepný/třtinový). Z trisacharidů můžeme zmínit například maltotriosu a melezitosu (obsažena v medu). (Havlík, Marounek, 2012, s. 13–14) Sacharidy kryjí u dospělého člověka asi 55% energetické potřeby. Jejich spotřeba je závislá především na fyzické aktivitě a věku jedince. V současné době dochází k nadměrné spotřebě sacharidů, což zvyšuje riziko některých chorobných stavů, jako je obezita, kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus a zubní kaz (Machová, 2015, s. 21).

#### **Bílkoviny**

Bílkoviny jsou hlavní stavební součástí všech buněk těla, krve, hormonů, enzymů i protilátek. Jsou tvořeny aminokyselinami, které dělíme na esenciální (nezbytné) a neesenciální (postradatelné). Bílkoviny je nutné získávat stravou, protože tělo je nedokáže tvořit přeměnou tuků nebo sacharidů. Příklad příjem bílkovin je důležitý k tomu, aby mohl organismus tvořit bílkoviny vlastního těla (Machová, 2015, s. 17–18). Bílkoviny mají v denní dávce uhradit 10-15 % energie. Hlavním zdrojem energie se stávají ve chvíli, kdy probíhají patologické stavy (např. diabetes či mentální anorexie), v té chvíli jsou při nedostatku glukózy, jakožto hlavního zdroje energie, odbourávány bílkoviny tkání a vzniklé aminokyseliny se využívají k tvorbě energie.



Fyziologická potřeba bílkovin je závislá na úrovni jejich přeměny v organismu a jejich ztrátách (odlupováním odumřelých kožních buněk, krvácením, vyměšováním apod.). Dále je potřeba ovlivněna například věkem, druhem práce, těhotenstvím, kojením, teplotou prostředí, podílem tuků a sacharidů v potravě, stresem, nemocí, horečkou. Větší relativní potřebu bílkovin mají děti a mládež, zvýšený přívod je důležitý u některých sportů, při namáhavé práci, v těhotenství, po dobu kojení, v průběhu nemoci, při nižší teplotě prostředí (Machová, 2015, s. 18).

Pokud bílkoviny přijímáme v nadměrném množství, může to mít i nepříznivý vliv. Dle nových poznatků může např. u diabetu dojít k uspíšení vzniku ledvinové nedostatečnosti (Machová, 2015, s. 22).

### Tuky

Tuky fungují v těle jako stavební materiál buněk nebo jsou uloženy jako zásobní látka v buňkách podkožního tukového vaziva a v tukové tkáni kolem některých orgánů. Lipidy jsou pro tělo nepostradatelné, protože jsou nejvydatnějším zdrojem energie, rozpouštějí se v nich některé vitamíny (A, D, E, K), jsou základem pro tvorbu pohlavních hormonů a mají termoregulační funkci.

V těle se vyskytují především jednoduché tuky, tzv. triglyceridy tvořící téměř veškerý tuk tukové tkáně, dále fosfolipidy (povrchová membrána), lipoproteiny (krevní plazma). Jsou přijímány v živočišné a rostlinné potravě.

Mezi tuky se řadí také cholesterol, který se vyskytuje v krevní plazmě. Vytvářejí se z něj steroidní hormony, žlučové kyseliny a vitamin D. Cholesterol má tělo ze dvou zdrojů – vlastní tvorba v játrech a příjem v živočišné potravě. Rozlišujeme LDL cholesterol, který je rizikem pro vznik aterosklerózy, a HDL cholesterol, který naopak organismus chrání pomocí zanášení cholesterolu z tkání do jater a odtud žlučí ven z těla (Machová, 2015, s. 19).

Tuky obsahují mastné kyseliny, které dělíme na nasycené a nenasycené. Nasycené mastné kyseliny mají negativní vliv na krevní tuky. Nenasycené mastné kyseliny se dále dělí na monoenoové, polyenoové a trans-nenasycené mastné kyseliny. Monoenoové snižují hladinu celkového i LDL cholesterolu a jejich nejznámějším zástupcem je kyselina olejová. Polyenoové můžeme rozdělit ještě na polyenoové mastné kyseliny řady n-6 (kyselina linolová) a řady n-3 (kyselina linolenová), které snižují celkový cholesterol a triacylglyceroly. Trans-nenasycené mastné kyseliny, které mají velmi negativní vliv na krevní tuky, dokonce vyšší než nasycené

mastné kyseliny, výrazně se totiž podílejí na rozvoji obezity, diabetu 2. typu a dalších onemocněních (Vránová, 2013, s. 13).

Příjem živočišných tuků by měl být snížen, kromě ryb a rybích výrobků (především mořských). Vhodnější je používání spíše rostlinných tuků, především olivového a řepkového oleje, pokud možno bez tepelné úpravy, kvůli zachování optimálního složení mastných kyselin. Je doporučeno používat takových technologických postupů v úpravě potravy, ve kterých není třeba velkého množství tuku. Smažení je tedy nevhodné (Stellarová, 2014, s. 33–34).

Vysoký příjem polynenasycených mastných kyselin ze skupiny n-6 snižuje koncentraci cholesterolu v krvi a brání tak vzniku aterosklerotických cévních onemocnění. Vysoký podíl mastných kyselin n-3 na celkovém příjmu tuků snižuje shlukování krevních destiček a má pravděpodobně ochranný vliv na vznik kolorektálního karcinomu. Naopak ostatní mastné kyseliny vznik tohoto onemocnění podporují (Kasper, 2015, s. 113).

Celkový podíl tuků v denním energetickém příjmu by neměl překonat 30 % energetické hodnoty denní dávky potravy. Jak už jsme uváděli výše a zároveň podrobněji rozebereme v kapitole 3.3, vysoký příjem zejména živočišných tuků má nepříznivý vliv na vznik různých onemocnění. Příkladem může být zvýšená konzumace tučných uzenin, která je dávana do souvislosti se zvýšeným rizikem vzniku nádorů tlustého střeva (Machová, 2015, s. 22).

### **Potravinová pyramida**

Potravinová pyramida byla vyvinuta pro snadnější pochopení vzájemného zastoupení jednotlivých potravinových skupin. V základně jsou zastoupeny potraviny, které bychom měli v rámci zdravé výživy zařadit do svého jídelníčku co nejvíce (Müllerová, 2003, s. 81). Příkladem jsou obiloviny, cereálie, luštěniny, těstoviny, rýže. Doporučuje se 4-6 porcí denně (Svačina a Bretšnajdrová, 2008, s. 202).

V dalším patře je zastoupena hlavně zelenina a ovoce, doporučuje se konzumace 3-5 porcí denně. O patro výš hrají hlavní roli ryby, bílé maso, vejce, mléčné výrobky, které by se měli konzumovat ve 2-3 porcích za den. Na samotném vrcholu pyramidy se nachází potraviny tučné, nezdravé, včetně cukrů, které by neměli být konzumovány více, než ve 2 porcích denně (Svačina a Bretšnajdrová, 2008, s. 203).

### **Funkce vody v organismu**

Voda plní funkci rozpouštědla, transportu látek z krve do tkání, udržení tělesné teploty, vstřebávání, vylučování látek nepotřebných pro organismus ledvinami a celé látkové výměny v těle. Dále je voda obsažena ve tkáních, tkáňovém moku, v krvi a v míze. Vstřebávání vody probíhá ve střevech, přestupuje do vrátnicové žíly, dále do jater a v závěru do krevního oběhu. Jakmile tělo strádá po vodě, upozorní nás žízeň (Machová, 2015, s. 26).

### **Příjem tekutin**

Ve vodě probíhají biochemické a biologické děje. V těle je voda prostředím, ve kterém probíhají složité životní děje, mezi které patří například látková a energetická přeměna a další fyziologické funkce. Pitný režim také napomáhá k regeneraci organismu po zátěži i během ní. Napomáhá ke zlepšení činnosti ledvin a k optimalizaci krevního oběhu. Nicméně příjem tekutin má význam i pro přísun důležitých minerálních látek (vápníku, hořčíku a sodíku), které nejsou dostatečně přijímány stravou (Karafiátová, 2013, s. 18).

Minimální denní příjem tekutin pro zachování normální funkce buněk by se měl pohybovat okolo 2 litrů. Do tohoto celkového množství se nezapočítává tekutina z polévek, ovoce, zeleniny a z dalších potravin a jídel. Platí pravidlo, že čím větší fyzická aktivita, tím má být vyšší příjem tekutin. I u ročního období tomu je jinak, například v létě, při vysokých teplotách, by měl být příjem tekutin zdvojnásoben, než běžně vypijeme a to z důvodu přirozeného vylučování tekutin v podobě potu (Pavluch a Frolíková, 2004, s. 33).

Při nedostatku přísunu vody do organismu, tělo začne reagovat odběrem vody z orgánů, které nejsou životně důležité, tedy z vazivové tkáně, svalů a tukové tkáně (Beneš, Kyplová a Vítek, 2015, s. 45).

Za nejvhodnější tekutinu považujeme nesyčenou vodu nebo ovocný čaj. Dále lze za vhodné tekutiny považovat minerální vody s nízkým obsahem sodíku a ředěné ovocné šťávy.

Za nevhodné nápoje se považuje káva s obsahem kofeinu a silný čaj obsahující thein. Důvodem, proč nedoporučujeme konzumaci těchto nápojů je, že působí močopudně. Dále můžeme jako nevhodné označit slazené nápoje a limonády včetně kolových limonád. Kolové limonády jsou nevhodné proto, že obsahují velké množství cukru, kofein a fosfáty. Rovněž nejsou vhodné 100% džusy, které mají vysokou osmolaritu a způsobí spíše snížení hydrata-

ce. Samozřejmě jako nevhodné označujeme i alkoholické nápoje (Vytejková, 2011, s. 184).

### **Bilance vody**

Bilance vody je pojem označující rovnováhu mezi příjmem a výdejem vody z organismu za určitý čas. Měla by být udržována v rovnováze, avšak vlivem fyziologických i patologických procesů je neustále narušována a naopak řadou regulačních a homeostatických procesů je udržována v přijatelných hodnotách. Celková bilance vody musí být z dlouhodobého hlediska vždy udržována v rovnováze.

Na straně příjmů má vodní bilance vodu přijatou potravou, tedy nápoje a potraviny a vodu metabolickou, přičemž voda metabolická tvoří jen malý podíl. Přibližně 20 % celkového denního přívodu vody je přijato z pevných potravin (cca 700 ml) a zbývající podíl tvoří tekutiny, včetně mléka a alkoholických nápojů.

Na straně ztrát počítáme s běžnými ztrátami močí (kolem 1,5 l/den), které se však při diabetes insipidus mohou dostat až na hodnotu 20 l/den. K další ztrátě vody dochází při vylučování stolice, kdy se ztrácí běžně 0,1 l/den, avšak při průjmech může organismus ztratit až několik litrů. Také kůže je zodpovědná za ztráty vody, a to při pocení, kdy ztrácíme 0,3 l/den. Část vody se ztrácí odpařováním z tělesného povrchu, což je součástí termoregulace. Rovněž vydechovaných vzduchem se z organismu ztrácí voda, a to přibližně 0,4 l/den.

Při bilanci vody je nutné počítat s neměřitelnou ztrátou 700 ml/den (příjem metabolickou vodou a naproti tomu ztráty potem, odpařováním a vydechováním). Tyto ztráty ovlivňuje horečka, kdy se ztráty zvyšují o 200 ml na zvýšení teploty o 1°C. Vždy je navíc nutné přičíst odhad výraznějších ztrát potem (Jabor, 2008, s. 1–2).

## **1.4 Pohyb jako součást životního stylu**

Definicí pohybu je svalová činnost při tělesné zátěži. Jedná se o základní životní projevy a hraje velkou roli v běžném životě. Pokud se ovšem vědomě zaměřujeme na pohybovou aktivitu ke zvýšení výkonnosti, či zdatnosti, mluvíme o tělesném cvičení. Při zaměření na zvýšení fyzické výkonnosti se jedná o sportovní trénink (Máček a Radvanský, c2011, s. 1).

Pohyb, společně s výživou, jsou jedny z prioritních činitelů pro zdraví, ale také, jak si udržet možnost pohybové aktivity až do stáří. Pravidelným pohybem lze docílit zpomalení či zastavení úbytku síly, ochabnutí svalů a oddálit vznik osteoporózy.

Inaktivní jedinci častěji navštěvují lékaře se subjektivními příznaky (dušnost, únava, slabost, nervozita, bolesti hlavy, zad, bušení srdce, závratě, trápí je studené končetiny), což může vyvolat až pocit skutečné nemoci (Máček a Radvanský, c2011, s. 31).

### **Detrénink**

Princip reverzibility vede adaptační mechanismy, což znamená, že při pauze pravidelného cvičebního tréninku během 1 nebo 2 týdnů započne v organismu k postupnému až k úplnému návratu ubývání příznivých indikátorů adaptace. Nejvíce tyto změny zaznamenáme na oběhovém ústrojí a metabolismu. Ovšem tyto adaptační projevy se neodehrávají u všech osob stejně. Důsledek záleží na době přerušení pohybové aktivity, dle toho rozlišujeme krátkodobé přerušení, který je do 4 týdnů, a dlouhodobé přerušení pohybové aktivity, který je nad 4 týdny. Také příznaky se liší u osob s různým stavem trénovanosti (Máček a Radvanský, c2011, s. 31 – 32).

### **Situace v České republice**

Podle Mitáše a Frömla (2013) je nejběžnější pohybovou aktivitou Čechů chůze. Muži se týdně věnují chůzi v průměru 75 minut denně a ženy v průměru 84 minut denně. Chůze je důležitá a prospěšná pohybová aktivita, ovšem hrozí riziko, že s příchodem moderní doby a změnou životního stylu klesne počet chodců. Inaktivitu v chůzi vykazuje 6,6 % mužů a 3,7 % žen. Jízdní kolo je využíváno jako dopravní prostředek u 7 % mužů a 4 % žen (Mitáš a Frömel, 2013, s. 12–13).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) dospělí lidé ve věku 18 až 64 let, bez rozdílu pohlaví, rasy, ekonomické situace a zdravotního omezení by měli vykonávat svou volnočasovou pohybovou aktivitu při přepravě, například chůzí, při činnostech v domácnosti, či v zaměstnání, při sportu, her jak s rodinou, tak ve společnosti. Minimální čas trávený pohybem by měl činit 150 minut týdně při středně zatěžující aktivitě (rychlá chůze, úklid, cyklistika po rovině, rekreační plavání apod.) anebo 75 minut týdně věnované intenzivní pohybové aktivitě. Důležité je věnovat se i protahovacím a posilovacím cvikům jednou za týden nebo vícekrát týdně (Mitáš a Frömel, 2013, s. 23 – 25).

## 1.5 Spánek jako součást životního stylu

Spánek je jedním z nejdůležitějších potřeb organismu a jeho kvalita může být ovlivněna narůstajícími nároky společnosti na jednotlivce, zrychlením životního tempa a hektickým vedením života (Borzová, 2009, s. 9).

Spánek dělíme na REM (rapid eye movement = rychlý pohyb očí) a nREM, který se dělí do dalších 4 fází. Většinou lidé prochází nejprve 4 fázemi nREM a teprve poté přechází do spánku REM, v němž se objevují sny. Tato část trvá obvykle přibližně 90 minut. Díky procházení od 1. k 4. fázi se spánek prohlubuje. K nejsnazšímu probuzení dochází v 1. fázi, naopak nejobtížnější je probuzení ve 4. fázi spánku. Během fáze spánku REM je náš mozek aktivován a funguje podobně jako v bdělém stavu (Ayers a De Visser, 2015, s. 168).

Okolo dvou hodin po usnutí se „zaktivizuje“ tělo – kolísá tělesná teplota i tep, dech se zrychluje a zvyšuje se spotřeba kyslíku, srdeční frekvence se stává nepravidelnou, svalstvo se uvolňuje, u mužů nastává erekce. V průběhu spánku se snižuje potřeba energie. I hormony kolující v krvi mění svou hladinu. Jedná se o hormony somatotropin (štěpí tuky, snižuje zpracovávání glukózy, podporuje růst svalové hmoty), kortizon (jedná se o předstupeň hormonu kortizolu), thyreotropní hormon (ovlivňuje tvorbu a sekreci hormonů štítné žlázy), luteinizační hormon (stimuluje sekreci pohlavních hormonů u obou pohlaví). Díky hlubokému spánku se podporuje obnova buněk a tkání (Borzová, 2009, s. 13 – 14) a (Rokyta, 2015, s. 351).

Potřebu spánku máme každý rozdílnou, proto tvrzení, že průměrný čas spánku má být 8 hodin, není zcela správné. Čas strávený spánkem je zcela individuální, prvotně je v každém z nás jeho potřeba geneticky daná. Někdo se cítí odpočat již po 6 hodinách spánku, protože umí spát velmi hluboce, neboli delta-spánkem, jiný má potřebu spánku delší, 8 a více hodin. Nutnost spánku se s okolním prostředím a hlavně s věkem mění. Spánek se s přibývajícím věkem zkracuje a je lehčí, což má za příčinu časté probouzení se v noci a dochází k rychlejšímu přechodům mezi jednotlivými fázemi spánku. Při subjektivním pocitu deficitu spánku nám chybí hluboký delta spánek, tedy nejhlubší fáze spánku (Borzová, 2009, s. 13).

Narušení nebo nedostatek spánku může být zapříčiněno narůstajícími nároky společnosti na jednotlivce, zrychlením životního tempa nebo jeho hektickým vedením. Dlouhodobý deficit spánku může urychlit výskyt onemocnění jako je diabetes mellitus, hypertenze, obezita nebo porucha paměti. Rovněž přerušovaný nebo nedokonalý spánek není vhodný pro organismus.

Je spojován s chronickou únavou a celkovou nemocností. Nedostatek spánku ovlivňuje řidiče dopravních prostředků, hrozí vyšší riziko dopravních nehod, v zaměstnání hrozí vyšší riziko úrazů (Borzová, 2009, s. 13 – 14).

Také psychická stránka je narušena vzhledem k nedostatku spánku. Úmyslné zkrácení spánku zvoleným životním stylem má za důsledky zvýšenou podrážděnost, zvýšenou únavu, snížení koncentrace, sklony k horší náladě, bolestem zad a hlavy. Tento stav jedinci subjektivně pocítují v delším období. Deficit spánku, který si jedinec sám nezvolil (z důvodu stresu, tělesného či psychického onemocnění), je subjektivně vnímán více nepříjemně kvůli neschopnosti se adaptovat (Borzová, 2009, s. 76).

## 2 ZDRAVÍ A PREVENCE

V následující kapitole se budeme zabývat oblastí zdraví a nemoci, vysvětlíme, co to zdraví je, čím je podmíněno a jak si jej chránit, budeme se tedy bavit také o prevenci a jednotlivých typech prevence.

### 2.1 Zdraví

Světová zdravotnická organizace WHO definuje zdraví jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“. Vyvážená a optimální činnost organismu ze sféry sociální, biologické a psychologické, je základní předpoklad pro zdraví, která poskytuje stabilizaci s požadavky vnitřního a vnějšího prostředí tak, aby nenařušily životní funkce.

Lidské zdraví je podmíněno pozitivním i negativním působením mnoha činitelů. Když se cítíme zdraví, můžeme plnit své plány, realizovat svá přání. Zdraví je bráno jako hodnota individuální, ale i jako hodnota společenská. Machová a Kubátová definují plné zdraví za duševní, sociální i tělesné.

Narušení zdraví se nazývá nemoc a jeho definicí je nemožnost se vyrovnat během života s vnitřním a vnějším životním prostředím bez poruchy životních funkcí (Machová, 2015, s. 10 – 11).

### 2.2 Prevence

Prevence podporuje zdraví, zaměřuje se proti nemocem a její snahou je i předcházet nemocem. Zaměřuje se jak na jednotlivce, tak na společnost a dělíme ji podle času do tří skupin – primární prevenci k podpoře zdraví, sekundární a terciální jsou zaměřeny spíše v medicínské oblasti.

Primární prevencí rozumíme období, kdy ještě nemoc nevznikla a brání jejímu vzniku. Činností v prevenci jsou aktivity pro posílení zdraví nebo odstranění rizikových faktorů například snížit konzumaci alkoholu, omezit kouření, dodržovat hygienické návyky a jiné. Očkování patří také mezi primární prevenci, kdy se zaměřujeme v boji proti určitým nemocem.



Sekundární prevence se zakládá na časně diagnostice nemoci a na její účinné léčbě. Její snahou je zamezit nežádoucímu průběhu a zároveň zabránit komplikacím. Sekundární prevencí se myslí řádné preventivní prohlídky, při kterých můžeme včas odhalit počátek nemoci.

Za terciální prevenci považujeme prevenci důsledků nemocí, poškození, vad a handicapů, které by pacienta přivedly k imobilitě a k invaliditě. Využívá se zde léčebná, sociální, pracovní, či speciálně pedagogická rehabilitace. Za cíl si klade omezit důsledky nemocí a pracovní či sociální následky a prodloužit kvalitu života (Machová, 2015, s. 13).

### 3 VYBRANÁ CIVILIZAČNÍ ONEMOCNĚNÍ

Jako civilizační onemocnění označujeme choroby vyskytující se v ekonomicky prosperujících zemích a vzniklé v důsledku poměrně snadného přístupu k živočišným druhům potravin, snížení pohybové aktivity, zvýšení míry sociálního stresu, abúzu alkoholu a dalších návykových látek včetně kouření (Svačina a kol., 2008, s. 343).

Problém civilizačních chorob se rozvíjela ruku v ruce s rozvojem techniky, znečišťováním ovzduší či s přemírou stresu. Kupříkladu s rozvojem techniky byl člověk zbaven tělesné námahy. Až do konce 80. let byl zdravotní stav naší populace velmi neuspokojivý. Od roku 1990 se stav zlepšuje, přesto stále zaostáváme za úrovní jiných evropských zemí (Kotulán, 2012, s. 108).

Za civilizační nemoci můžeme považovat srdečně cévní nemoci, zhoubné nádory. Dále sem řadíme obezitu, alergie, hypertenzi, diabetes mellitus 2. typu, zubní kaz, artritidy, osteoporózu, astma, žlučové i ledvinové kameny, migrénu, menstruační i prostatické potíže, předčasné stárnutí, deprese, Alzheimerovu nemoc (Dolina, 2009, s. 6).

Mezi civilizační nemoci zařazujeme také aterosklerózu a její komplikace, vředovou chorobu gastroduodena, chronický zánět průdušek, dopravní úrazy. (Machová, 2009, s. 192). Dále také infekční choroby, únavový syndrom, psychické poruchy, glaukom a celiakii (Soprová, 2013, s. 15).

Mezi rizikové faktory těchto onemocnění patří i faktory sociální, kam řadíme sociální gradient (vliv úrovně socioekonomických faktorů jako např. vzdělání či zaměstnání). Dále sem patří například stres (Dolina, 2009, s. 6).

#### 3.1 Nádorová onemocnění

Machová (2009) ve své publikaci uvádí definici Vokurky (1995), který definuje nádor takto: „*Nádor je patologický útvar tvořený tkání, jejíž růst se vymkl kontrole organismu. Nádory se dělí na nezhoubné (benigní) a zhoubné (maligní).*“

Benigní, tedy nezhoubný nádor je charakteristický lokálním růstem. Tvoří se útvar ohraničený od okolních tkání. Benigní nádor netvoří metastázy, tedy dceřiná ložiska ve vzdálenějších oblastech organismu. Avšak i benigní nádory mohou ohrožovat život pacienta a to tlakem, který nádor vyvíjí na okolní orgány, čímž může ohrožovat jejich výživu a vést až

k odumření přilehlé tkáně. Taktéž může benigní nádor způsobit neprůchodnost orgánu, například pokud jde o nádor, který vyrůstá z výstelky močové trubice, žlučových cest či trávicí trubice.

Maligní (zhoubný) nádor, tedy rakovina či tumor jsou patologicky změněné buňky, které se vymkly regulačním mechanismům organismu. Dochází k nekontrolovatelnému buněčnému dělení. Vytváří se neohrazený útvar, což znamená, že buňky při svém růstu prostupují do okolních tkání. Také na rozdíl od benigních nádorů tvoří metastázy, a to jak blízké, tak vzdálené (Machová, 2009, s. 205).

Rozlišujeme maligní nádory epitelové (nejčastější), mezenchymové (vycházejí z buněk pojivových tkání – vazivo, chrupavka, kost, apod.), hematopoetické (lymfomy, leukemie, myeloproliferativní a myelodysplastická onemocnění a nádory z histiocytárních a dendritických buněk), neuroektodermální (tumory z gangliových i gliálních buněk CNS, z periferních nervů, paraganglií a melanocytární nádory), germinální (somatické - teratomy, embryonální karcinom, seminom; extrasomatické – př. Choriokarcinom), smíšené nádory (teratomy, karcinosarkomy, mamární fibroadenom) a nádory, které se do žádné z těchto kategorií nezařazují, například mezoteliom, gestační choriokarcinom (Fabian, In Tomášek, 2015, s. 22–23).

Faktory ovlivňující vznik zhoubných nádorů:

- Vnitřní faktory:

- Hlavně genetické dispozice a změny v imunitě organismu.

- Vnější faktory:

- Fyzikální faktory – ionizující záření.
- Chemické faktory – kouření a rakovinotvorné látky obsažené nejen ve stravě, ale i v okolním prostředí.
- Biologické faktory – viry

V České republice se u mužů vyskytuje nejvíce rakovina tlustého střeva, konečníku a průdušek. U žen se nejčastěji vyskytuje rakovina pohlavních orgánů, mléčné žlázy a také, jako u mužů zhoubný nádor tlustého střeva a konečníku (Čoupková a Slezáková, 2010, s. 65).

**Riziko vzniku rakoviny ve vztahu k výživě**

Vlivu výživy je přisuzován 35% podíl na celkové úmrtnosti způsobené nádorovým onemocněním (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012 s. 35).

Vysoký energetický příjem, nadměrný obsah živočišných tuků a nízký obsah vlákniny v potravě jsou spojovány s rizikem rakoviny prsu, kolorektálního karcinomu a rakoviny žaludku. K rakovině žaludku má vztah rovněž vysoký příjem kuchyňské soli (Machová, 2015, s. 33).

Naopak konzumace ovoce a zeleniny se považuje za ochranný faktor před vznikem rakovinného bujení (Dolina, 2009, s. 23).

### **Riziko vzniku rakoviny ve vztahu ke konzumaci alkoholu**

Konzumace alkoholu významně podporuje vznik řady nádorů. S vyšší konzumací alkoholu stoupá i riziko vzniku rakovinného bujení, především v dutině ústní, hrtanu, hltanu, jícnu, tlustého střeva, rekta, jater a prsu. Již při pouhé konzumaci 10g alkoholu denně se zvyšuje riziko rakoviny prsu o 9 %. Při konzumaci 25 g alkoholu denně se procentuálně riziko rakoviny vyšplhalo až na 25 % (Dolina, 2009, s. 27).

### **Prevence onkologického onemocnění**

Nádorovým onemocněním lze nejlépe předcházet odstraňováním rizikových faktorů. Tedy nezatěžovat organismus kouřením a alkoholem, upravit stravování a životní styl. Významnou roli hrají také preventivní prohlídky, a to nejen u praktických, ale i odborných lékařů. Neodmyslitelnou součástí prevence je také informovanost populace o vlivu ionizujícího a slunečního záření, výfukových plynů a dalších škodlivin. Důležité je rovněž dodržování bezpečnosti práce v rámci rizikových zaměstnání, například při práci s chemikáliemi (Machová, 2009, s. 206–212).

## **3.2 Diabetes mellitus 2. typu**

Diabetes mellitus je metabolické onemocnění, konkrétně se jedná o poruchu metabolismu sacharidů, tuků a bílkovin.

Mezi příčiny diabetu 2. typu řadíme například poruchu dynamiky sekrece inzulínu, sníženou senzibilitu tkání na inzulín, sníženou sekreci inkretinů ve střevě, zvýšenou sekrece glukagonu, nadměrný výdej glukózy z jater, a další (Kudlová, 2015, s. 31).

Diagnostika tohoto onemocnění je založena na průkazu hyperglykémie, kterou prokazujeme měřením glykémie v žilní plazmě (nikoli pomocí glukometru). Pokud vychází hraniční výsledek, pak je proveden tzv. oGTT, což je orální glukózový toleranční test. Pro průkaz diagnózy platí tato kritéria:

- Pacient vykazuje klinickou symptomatologii, která je provázená náhodnou glykemií vyšší než 11,0 mmol/l a poté v žilní plazmě nalačno glykemií vyšší nebo rovnající se 7,0 mmol/l.
- Pacient je bez klinických příznaků a nález glykémie v žilní plazmě na lačno je vyšší nebo roven 7,0 mmol/l po osmihodinovém lačnění (ověřujeme alespoň dvakrát v různých dnech).
- Po 2 hodinách po provedení oGTT je nález glykémie v žilní plazmě vyšší než 11,0 mmol/l.

Diagnóza musí být vždy potvrzena výsledkem opakovaného vyšetření v jiný den (kromě ketoacidotické dekompenzace). Rovněž by měla být diagnóza potvrzena či vyvrácena pomocí oGTT (Kudlová, 2015, s. 32).

Základem terapie diabetu mellitu 2. typu je nefarmakologická léčba, která zahrnuje volbu individuálně stanovených dietních opatření a fyzické aktivity. V případě obézního pacienta je prvořadě snížení váhy. Od roku 2006 každý diabetik 2. typu, bez nutnosti inzulínové terapie, užívá léky tzv. perorální antidiabetika a je u nich nasazena i dieta se sníženým příjmem sacharidů. Nezbytnou součástí léčby diabetu je edukace pacientů s upevňováním návyků nefarmakologické léčby (Rybka, 2006, s. 75–76).

### **Prevence diabetu 2. typu**

Diabetes mellitus 2. typu převažuje nad diabetem 1. typu. Vzhledem k etiopatogenezi je vzrůst tohoto závažného onemocnění velmi pravděpodobně dán změnou životního stylu.

Díky prevenci se snižují náklady na zdravotní péči a to jak na straně klienta, tak na straně zdravotnictví. Ovšem obrovským problémem je nízká ochota ze strany klientů měnit své návyky. Lidé se raději uchylují k farmakologické prevenci, než aby zabránili propuknutí onemocnění změnou jejich životního stylu. I když farmakoterapie je drahá, pro klienta je pohodlná tím, že nemusí měnit svůj zaběhnutý styl života. Přitom při redukci hmotnosti o 5 – 10 % se snižuje riziko metabolických komplikací obezity.

Faktory ovlivňující snížení výskytu diabetes mellitus 2. typu:

- Dietní opatření
- Úprava hmotnosti
- Pohyb
- Farmakologická léčba
- Terapie hypertenze novějšími léky (Svačina, Müllerová a Bretšnajdrová, 2012, s. 82 – 86)

### **3.3 Hypercholesterolemie**

Hypercholesterolemie znamená vysokou hladinu cholesterolu v krvi. Stává se, že toto označení se objevuje špatně pod termínem hyperlipidemie nebo dyslipidemie. V krvi koluje více druhů tuků, ovšem nás zajímá cholesterol, který je složen z částí zvaných LDL (low – density lipoprotein) cholesterol a HDL (high – density lipoprotein) cholesterol. Tyto složky jsou vyšetřovány z krve. HDL cholesterol znamená cholesterol o vysoké hustotě, kterému se také říká „hodný“ cholesterol a to z důvodu, že při jeho zvýšení v krvi, se riziko kornatění cév snižuje. Kdežto LDL cholesterol, tedy cholesterol o nízké hustotě, je také označován jako tzv. „zlý“ cholesterol, protože při jeho zvýšení se naopak urychluje proces kornatění a zužování průsvitu cév, tedy ateroskleróza. Další složka, která přispívá ke kornatění cév, při jejím vyšším výskytu v krvi, je hodnota triacylglycerolů.

Vysoká hladina krevních tuků nebolí, neobtěžuje a nemusí mít žádné projevy, stejně tak jako hypertenze, proto většinou toto zvýšení zjistíme náhodně.

Možnosti diagnostiky hypercholesterolemie:

- Při preventivní prohlídce a odběrem venózní krve na stanovení hladiny cholesterolu.
- V rámci sekundární prevence u hypertoniků po ischemických chorobách - stanovení hladiny cholesterolu při kontrolách.
- Pravidelné kontroly cholesterolu u diabetiků. Vyšetření se provádí povinně jako součást diabetologické kontroly.

Za normální hodnoty cholesterolu se považují hodnoty, které nepřevyšují potenciál onemocnění srdce a cév. Ovšem na vyšší hladiny cholesterolu se významně podílí životní styl, množství a způsob přípravy stravy a pohyb.

Podle tabulky hodnot je normální hladina celkového cholesterolu pod 5,0 mmol/l, LDL cholesterol pod 3,0 mmol/l, triacylglyceroly méně než 2,0 mmol/l a HDL cholesterol s hodnotou nad 1,0 mmol/l. Kontroly se provádí ze začátku po 3 měsících, jestliže je dosaženo požadovaných hodnot, pak stačí kontroly za 6 – 12 měsíců. Ovšem o četnosti kontrol rozhoduje lékař (Špínar a Vítovec, 2007, s. 28–34).

Jestliže lékař zjistil vysoký cholesterol, je důležité změnit dosavadní a zaběhnutý životní styl pacienta, a to snížením tělesné hmotnosti, hlavně u obézních lidí a lidí s nadváhou, snížit pravidelný příjem alkoholu u mužů do 30 ml ethanolu na den, u žen do 20 ml na den. Změnit stravovací návyky a to snížením příjmu nasycených tuků, zvýšit konzumaci nízkocholesterolových potravin jako je ovoce, zelenina, obiloviny, celozrnné pečivo, ořechy, ryby, bílé maso. Dále je vhodné zvolit správnou úpravu potravin, buď syrovou konzumaci (ovoce, zelenina) nebo vařením či dušením. Za méně vhodné považujeme pečení a vyloučené je smažení.

### 3.4 Rizikové faktory

Rizikové faktory jsou faktory, které zvyšují riziko vzniku některého z onemocnění například z řad kardiovaskulárního a metabolického systému. Mezi nejčastější rizikové faktory patří sedavý způsob života, ateroskleróza, obezita, stres, kouření, alkohol, drogy a další.

#### 3.4.1 Sedavý způsob života

Mezinárodní systém kontroly rizikových faktorů (BRFSS) se zapojením 37 zemí prokázal, že nejvíce procentuálně zastoupeným rizikovým faktorem je sedavý způsob života, a to až v 57 %. Dalšími rizikovými faktory jsou kouření (25 %), obezita (22 %), hypertenze (17 %) a diabetes mellitus (5 %). (Máček a Radvanský, c2011, s. 31)

*„Člověk není fyzicky přizpůsobený modernímu pasivnímu životnímu stylu.“* (Doležal a Jebavý, 2013, s. 10)

Podle Čevelové a spol. (2009) je sedavý způsob života zapříčiněn technickým pokrokem v posledních letech, z důvodu sedavého způsobu v zaměstnání i mimo něj, přepravováním

se pomocí automobilu a hromadné dopravy. Z jedné strany je to pro člověka usnadnění každodenního života, z druhé strany je ochuzen o přirozený pohyb (Čevela, Čeledová a Dolanský, 2009, s. 39).

### 3.4.2 Ateroskleróza

Aterosklerózu lze zařadit jednak do samotných civilizačních onemocnění, neboť vzniká v důsledku některých níže uvedených rizikových faktorů. Zároveň je však rizikovým faktorem pro vznik kardiovaskulárních onemocnění jako je například ischemická choroba srdeční.

Jedná se o multifaktoriální onemocnění, které je charakterizováno postupným rozvojem degenerativních změn cévní stěny. Jsou popisována tři stádia tohoto onemocnění. Prvním stádiem jsou tukové proužky, které se často vyskytují již v dětském věku, v této fázi jde ještě o reverzibilní změny. Další fází jsou fibrózní pláty, což jsou rozsahem větší ložiska, které již promínují do průsvitu arterií. Posledním stádiem jsou komplikované léze, které mohou vzniknout z fibrózních plátů ulcerací či rupturou s následnými reparativními změnami, např. kalcifikací (Haluzík, Svačina, 2005, s. 73–74).

Rizikové faktory aterosklerózy lze rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi ovlivnitelné rizikové faktory řadíme hypercholesterolemii, kouření, obezitu, diabetes mellitus, arteriální hypertenzi, nízkou fyzickou aktivitu, metabolický syndrom, a další. Mezi neovlivnitelné pak řadíme věk, pohlaví a genetickou predispozici (Lukáš, Žák a kol., 2014, s. 81).

V důsledku aterosklerózy dochází k zúžení a poškození tepenné stěny, což má za důsledek ischemické poškození. Poškození cévní stěny vede k jejímu ztuhnutí, nižší elasticitě a k možnému vzniku aneurysmat, která mohou později prasknout. Mezi nejčastější onemocnění, která vznikají v důsledku aterosklerózy, patří ischemická choroba srdeční, ischemická choroba dolních končetin, cévní mozková příhoda, ale také mohou být poškozeny tepny ledvin, trávicích orgánů apod. (Vokurka, 2012, s. 178)

### 3.4.3 Obezita

Obezita je odchylnost od normální hmotnosti, podmíněná množstvím tělesné hmoty, především podílu tuků (Kasper, 2015, s. 245). Pro stanovení obezity se dlouhodobě používal vzorec podle francouzského lékaře Broca. Nyní se však více používá pro výpočet meziná-



rovněž uznávaný vzorec tzv. BMI (body mass index). Výhodou je to, že podle tabulky dokážeme určit stupeň závažnosti obezity (Steffen, 2010, s. 111).

Z etiopatologického hlediska dělíme obezitu několika tříd:

- Běžná obezita
- Obezita způsobená léky
- Endokrinně podmíněná obezita
- Monogenní obezita
- Syndromy provázené obezitou
- Patogenetické faktory ovlivňující vznik obezity (Hainer, 2011, s. 59)

Obezitu bychom mohli definovat jako uložení tuku v organismu v nadměrném množství. U žen tento podíl se pohybuje mezi 25 – 30 %, u mužů mezi 20 – 25 %.

Definice nadváhy nám říká, že se jedná o předstupeň obezity. Zdravotní riziko se řadí až od BMI 25 a riziko prudce stoupá nad hodnotu 27.

Morbidní obezita patří mezi vážné onemocnění a lidé s touto nemocí nepřežívají více než 60 let věku života. Ideální hodnota BMI je 20 – 22, přičemž o morbidní obezitě hovoříme při hodnotě BMI 40 a více.

Další klasifikací obezity je obezita androidní a gynoidní. Androidní obezita znamená obezita mužského typu, která připomíná tvar jablka. Pro tento typ obezity je typické úložiště tuku v oblasti břicha. Metabolické riziko u androidní obezity hrozí u žen s obvodem pasu nad 80 cm a vysoké riziko hrozí nad 88 cm. U mužů androidního typu obezity hrozí riziko u obvodu nad 94 cm a vysoké riziko nad 102 cm. Gynoidní obezita, neboli obezita ženského typu připomíná tvar hrušky a tuk se ukládá především na hýždích a dolních končetinách.

Vnější faktory, jako jsou například přejídání, vzdělání, snížená pohyblivost, a vnitřní faktory, neboli metabolické se z patogenetického hlediska rovnají 1:1. Při vyhodnocování vnějších činitelů je nutné uvážit u nemocného jeho stupeň vzdělání, fyzickou aktivitu, prostředí, ve kterém se vyskytuje, reakci na stres. Z genetického hlediska je důležité zjistit výskyt obezity a diabetu v rodině. Metabolický syndrom je součástí androidní obezity. Podle Světové diabetické organizace se obvod pasu považuje za jedno z hlavních diagnostických měřítek pro riziko vzniku metabolického syndromu.

Moderní terapie si dává za cíl snížit hmotnost u pacienta o 5 – 10 % a tuto hmotnost si nadále udržet. Tohoto cíle může dosáhnout každý pacient. Snížení hmotnosti o 10 % podle epidemiologických výzkumů vede ke snížení kardiovaskulárního onemocnění o 20 % a u výskytu cukrovky a nádorů dokonce až o 50 %. Při snaze o redukci hmotnosti je ve stravě, mimo jiné, důležité sledovat glykemický index potravin, který udává, jakou rychlostí tělo využije přijatou glukózu z určité potraviny (Boland, Golding a Singh, 2014, s. 17).

Větším snížením hmotnosti nedocílíme lepší prognózy, ale může pomoci preventivně před onemocněním pohybového aparátu, dušnosti a spánkové apnoe.

Léčba obezity spočívá v dietoterapii, ale v samostatné aplikaci léčby, je ve většině případů účinek neúspěšný. Při léčbě obézních i obézních s přidruženými nemocemi jako je například diabetes, se používá kombinace až pěti terapií: psychoterapie, chirurgická léčba, dietoterapie, pohyb a farmakoterapie (Svačina, 2008, s. 97 – 98).

Mladí dospělí jsou vysoce rizikovou skupinou díky mnohým negativním faktorům přispívajícím k nadváze, či až k obezitě. Nízká fyzická aktivita spojená s vyšší pracovní vyčerpání a náročným studiem ve škole má dopad na fyzickou stránku jedince, kdy nemá kvůli povinnostem takové možnosti pohybové aktivity a volí dobrovolně či více méně povinně sedavý způsob života. K navýšení hmotnosti přispívají změny ve stávajících aktivních koníčcích, pohybových aktivitách mimo domov a také změny stravy. Rovněž nedostatečně dlouhý spánek, alespoň 7 hodin denně, přispívá k nabírání hmotnosti.

### **Obezita a její přidružené problémy u mladých dospělých**

Mladí lidé patří do kategorie s vysokým rizikem nárůstu hmotnosti. Podle průzkumu Foresight projects, provedeném v Anglii, se prevalence obezity zvýší v roce 2050 na 42 % u mužů ve věku 21 – 30 let, u žen stejného věku je to mezi 13 – 30 %. Tato skutečnost je velmi skličující. Onemocnění diabetem 2. typu v mladším věku je nyní stále častější, stejně tak imobilita u mladých dospělých kvůli nadměrné hmotnosti a další onemocnění jako jsou kardiovaskulární a metabolická. Tyto rizika výrazně zkracují život, dokonce až o 13 let.

### **Farmakologické přípravky a obezita**

Snížování hmotnosti pomocí farmakologických přípravků nepatří mezi vhodnou volbu. Důvodem jsou jejich mnohé vedlejší účinky a tím snížování kvality života jedince. Proto je důležitá prevence, jako je udržování si hmotnosti v mladém věku, než v pozdějším ke snížení rizika vzniku onemocnění. U žen s nadváhou ve věku 20–30 let při jejím udržování bylo prokázáno vyšší procento výskytu karcinomu endometria, než u těch, které trpěly nadváhou až po 40. roku života.

V průměru mladý člověk přibere na hmotnosti za rok 0,5 – 1 kg, v přepočtu to znamená nadbytečné množství 100 kcal denně. Pro většinu lidí, kteří se snaží zabránit progresivnímu přibývání na hmotnosti, se doporučuje vyhnout se hladovění a přejídání. Prvním krokem je stanovení si pevných pravidel ve stravovacích návycích.

### **Vliv obezity na psychiku jedince**

Obezita může působit i psychické problémy. Se zvýšenou hmotností se u mladých jedinců může projevit nízká sebeúcta a snížená duševní pohoda. I některá psychofarmaka mohou mít za vedlejší účinek nárůst hmotnosti.

### **Vliv kouření na obezitu**

Mnoho mladých dospělých si myslí, že po zanechání kouření budou nabírat na hmotnosti, to je také jejich argumentem, proč s kouřením nepřestali. Na místě je vhodné informovat o škodlivosti kouření a o rizicích, která s sebou nese. Důležitá je i podpora při odvykání a zároveň i při hlídání hmotnosti.

### **Role všeobecné sestry v edukaci**

Všeobecná sestra má v této části roli edukační, to znamená, že vysvětlí mladému člověku, po diagnostice u lékaře, jak by měl svou stravu upravit a jakou pohybovou aktivitu by měl vykonávat. Velmi důležitá je i podpora a důvěra mezi pacientem a sestrou. Od všeobecné sestry se očekává i aktivní účast v prevenci obezity jak jedince, tak i širokého okolí (Avery, 2012, vol. 23, no. 6).

### 3.4.4 Stres

Každý člověk pociťuje stres buď jako negativní nebo pozitivní. Hans Selye zavedl pro tyto dva druhy stresu pojmy eustres (z řeckého slova dobrý) a distres (z řeckého slova špatný). Pozitivní neboli dobrý stres je popisován jako stav vzrušení, který můžeme přirovnat k období zamilovanosti. Negativní stres vnímáme jako určitý stupeň zátěže na vlastní osobu. Stres je subjektivní stav. Při stoupání pocitu nekontrolovanosti nad věci stoupá i bezmoc a člověk pociťuje narůstající stres. Stres pociťujeme až v okamžiku, když máme pocit, že se nám věci vymkly z rukou (Prieß, 2015, s. 14 – 15).

*„Stres přichází tehdy, když něco nejde tak, jak chci.“ (Prieß, 2015, s. 15)*

Většina lidí tvrdí, že stres škodí, ale v malém množství ho považujeme za důležitý, protože se tělo připravuje k úkolům jako je například soutěž či zkouška. Ovšem dlouhodobý stres působí negativně na organismus a mohou vzniknout deprese, kardiovaskulární onemocnění a syndrom vyhoření. Dlouhodobým působením stresu se komplikuje léčba infekcí a zpomaluje se návrat do plného zdraví. Stresory představují spouštěče stresu. Stresory dělíme na vnější a vnitřní, podle toho, jak působí na psychiku. Podle délky působení dělíme stresory na akutní (smrt blízké osoby), chronické (ošetřování nemocné blízké osoby), traumatické (přepadení) a další (Ayers a De Visser, 2015, s. 50).

### 3.4.5 Kouření

V České Republice je nejrozšířenější závislost na tabáku a ze všech druhů závislostí se řadí k příčinám nejvyšší mortality. Nejběžnější podoba kouření je kouření tabákových cigaret. Kouření má za následek nádorová, respirační, kardiovaskulární a mnoho dalších onemocnění. Je rozdíl mezi kouřením a závislostí na tabáku a nikotinu. Jsou lidé, kteří kouří tabák, ale závislost na nikotinu u nich není a lidé, kteří jsou závislí na nikotinu, ale nekouří, užívají jiný druh tabáku. Pasivní kouření také zapříčiňuje rakovinu plic. Pasivní i aktivní kouření, kromě rakoviny plic, zapříčiňuje cévní poškození. Zdravotní rizika nesou téměř stejně obě skupiny kouřících, tedy jak pasivní kuřáci, tak aktivní. U aktivních kuřáků se pohybuje hodnota mezi 80 až 90% rizika. Tabákový kouř obsahuje kromě nikotinu dalších 4000 látek, z toho 60 prokázaných kancerogenních látek. Jako příklad uvádíme nikl, arzén, aldehydy, kobalt a další (Kalina, 2015, s. 528 – 534).

### **Intervence ke snížení počtu kuřáků:**

Cílené zaměření se na kuřáky můžeme zavést na dvou skupinách. První jsou kuřáci, které podporujeme k odvykání kouření, čímž se organismus, po úplném přestání kouřit, zregeneruje již po 5 letech. Po 15 letech je riziko úmrtí na rakovinu plic tak minimální, že se příliš neliší od běžné populace. Druhou skupinu tvoří děti a mladiství, u kterých se provádí primární prevenci před návykem kouření.

Kouření je rizikovým faktorem rakoviny dutiny ústní (rtů, jazyka, tkání), hrtanu, hltanu, jícnu, močového ústrojí (ledvin, močového měchýře), tlustého střeva, konečníku, děložního čípku a slinivky břišní.

### **Rakovina plic**

Za hlavní příčinu rakoviny plic může již zmíněné kouření. Průměrně 90 % zemřelých na rakovinu plic, zemřelo právě v důsledku své dlouholeté závislosti – kouření. Ovšem rakovina plic postihuje i nekuřáky, 3 % úmrtí na rakovinu plic jsou zapříčiněna pasivním kouřením, tedy vdechováním cigaretového kouře z okolí. 5 – 6 % zemřelých na nádorové onemocnění plic nebyli ve styku ani se samotným kouřením, ani z okolí kuřáka, či zakouřeného prostředí, ale z průmyslu, kde se dostaly do styku s karcinogenními látkami jako je například azbest, chrom, niklu a radioaktivního záření. Asi u 1 % populace zemřelých na rakovinu nelze určit přesnou příčinu vzniku.

Česká republika je zemí s nejvyšší úmrtností na rakovinu plic. Každoročně na toto onemocnění umírá 5000 mužů. U žen se číslo pohybuje v stovkách (Dolina, 2009, s. 54 – 56).

#### **3.4.6 Alkohol**

Alkohol se považuje za psychotropní látku. Ve střeoevropských zemích se dělí alkohol na 3 kategorie: víno, pivo a lihoviny. Skupina lihovin se ještě dělí na další dvě podkategorie likéry a destiláty. V České Republice se nejvíce vypije piva z typu piva výčepního s obsahem 4% alkoholu, dříve označován jako 10° a ležák s obsahem alkoholu 5%, dříve označován za 12°. Nealkoholická piva nesou sice název nealkoholická, ale obsahují malé množství alkoholu a to do povolené normy 0,5% alkoholu. Alkoholové opojení jmenovaným druhem piva je minimální, kdežto u nízkoalkoholických, u kterých je rozmezí alkoholu od 0,6% do 1,2% je pravděpodobnost oproti nealkoholickému pivu vyšší. Vína stolní či archivní obsahují okolo

11% alkoholu. Lihoviny se vyrábějí v různých koncentracích, ale průměrná hodnota tvrdého alkoholu se pohybuje okolo 40% (Hirt, 2012, s. 91 – 93).

### **Množství a typ přijímaného alkoholu**

Jestliže máme porovnat konzumaci alkoholu po nárazové konzumaci nebo kontinuální konzumaci, pro organismus je daleko horší nárazová konzumace. Pouze příznivý efekt na kardiovaskulární onemocnění má konzumace alkoholu v malém množství bez konzumace tvrdého alkoholu. Alkohol je lépe přijímán při konzumaci jídla, než na lačný žaludek (Dolina, 2009, s. 28).

### **3.4.7 Drogy**

Droga je látka používaná a zneužívaná pro změnu nálady, vědomí, povzbuzení či utlumení somatopsychických funkcí. Svou chemickou strukturou způsobuje změny funkce lidského organismu. Drogy jsou v jistých případech velmi žádoucí, příkladem je oblast medicíny. Nicméně, nadměrné užívání legálních nebo jakékoli užívání ilegálních a nebezpečných drog, znamená nebezpečí (Hynoušová, 2008, s. 9).

Účinky drog na psychiku člověka mohou být tlumivé, psychotropní, psychomotoricky stimulační a halucinogenní. Tlumivý efekt spočívá ve zpomalení a zklidnění psychiky i motoriky a ve větším množství může vést k selhání organismu a smrti. Psychotropní látky mění náš pohled na svět a naše prožitky. Psychomotoricky stimulačním účinkem dochází k oproštění těla od únavy a zároveň k aktivizaci pohybu. Halucinogeny navozují pocit myšlenkového zostření až stavy podobné schizofrenii (Kalina, 2015, s. 49).

V důsledku užívání drog se zvyšují jistá zdravotní rizika. Patří zde akutní stavy při intoxikaci drogou, poškození organismu při dlouhodobém užívání drog, atd. Mezi vážné rizika užívání nelegálních a nebezpečných drog se řadí přenos infekce HIV a dalších infekčních onemocnění, zejména hepatitid. Dalším a poměrně častým jevem v souvislosti s užíváním drog jsou různá duševní onemocnění. Psychiatrické poruchy spojené s užíváním drog jsou především poruchy osobnosti a chování, neurotické a stresové poruchy, schizofrenie, schizotypní poruchy a bludy (Hynoušová, 2008, s. 27; 30).

## 4 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ V KOMPETENCI VŠEOBECNÉ SESTRY

Fyzikální vyšetření sestrou představuje jednu z metod získávání, objektivizace a validizace údajů v rámci posuzování. Význam vyšetření spočívá ve schopnosti sestry rozpoznat a odlišit fyziologický stav klienta od patologického. Sestra upozorňuje lékaře na změnu stavu pacienta a rozhoduje dle svých kompetencí (Streitová, Zoubková a kol., 2015, s. 22).

Podle vyhlášky 55/2011 Sb. § 4 ods. 1 účinné od 1. března 2011 všeobecná sestra podle § 3 ods. 1 má v kompetenci:

- „vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy)“,
- „sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry“
- „edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály“
- „motivovat a edukovat jednotlivce, rodiny a skupiny k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe“ (Sbírka zákonů Česká republika, s. 484)

### **Definice fyzikálního vyšetření**

Nejedlá (2015) uvádí: „Fyzikálním vyšetřením se rozumí vyšetření prostřednictvím smyslů, tj. zraku, sluchu, hmatu a výjimečně čichu. K zesílení sluchových vjemů používáme fonendoskop.“ Radíme sem tzv. 5P: pohled, pohmat, poslech, poklep, per rectum vyšetření (Nejedlá, 2015, s. 25).

Do fyzikálního vyšetření lze rovněž zahrnout měření výšky, zvážení hmotnosti a stanovení výškově-váhového indexu, tzv. Body mass index (Vytejčková, 2011, s. 174). Níže popsané možnosti měření různých částí těla jsou v kompetenci všeobecné sestry. A díky níže popsanému měření zjišťujeme rizikové faktory nejruznějších onemocnění, včetně civilizačních. Například měřením krevního tlaku můžeme zjistit, zda pacient netrpí hypertenzí, která je

jedním z rizikových faktorů kardiovaskulárního onemocnění. Pomocí měření tělesné hmotnosti a výšky můžeme stanovit BMI a tedy zjistit, zda pacient trpí obezitou, která je rovněž rizikovým faktorem civilizačních nemocí.

### **Měření výšky**

K nejpřesnějšímu měření výšky se používá tzv. stadiometr, který je většinou na pevně zavěšen na stěně. Skládá se z posuvné destičky, která je určena k měření výšky, kdy destička se pevně drží na vrcholu hlavy. Z dalších přístrojů určených k měření výšky se používá antropometr, který je součástí pákové váhy (Vytejková, 2011, s. 174).

### **Měření obvodu pasu a boků**

Měření obvodu pasu a boků patří mezi antropologické metody a vypočítává se z poměrů pas/boky a pas/výška.

*„Obvod pasu je jednoduchý antropologický ukazatel, který nejlépe koreluje s intraabdominálním obsahem tukové tkáně, měřeným jako plocha intraabdominální tukové tkáně (IAT) pomocí CT nebo NMR, ale také s plochou subkutánní abdominální tukové tkáně (SAT) a se vznikem komplikací obezity.“ (Hainer, 2011, s. 170)*

Při měření obvodu pasu se zvolí místo v polovině délky mezi dolním okrajem posledního žebra a crista iliaca v horizontální poloze. Z výsledné hodnoty se může určit riziko vzniku onemocnění jak metabolického, tak oběhových komplikací. U mužů, jejichž obvod pasu je roven nebo vyšší než 94 cm, vyskytuje se u nich zvýšené riziko. Vysoké riziko hrozí u obvodu pasu rovno nebo více než 102 cm. U žen je zvýšené riziko onemocnění při naměření obvodu pasu rovno nebo více než 80 cm a vysoké riziko je již od rovno nebo více než 88 cm u obvodu (Hainer, 2011, s. 170).

Obvod boků se měří v nejširší části hýžděového svalstva. V místě měření se nedoporučuje mít na sobě jakékoliv oblečení.

### **Měření hmotnosti**

Dospělého zvážíme na osobní váze a v stoji. Pokud je zapotřebí hmotnost zaznamenávat častěji, přistupujeme k vážení vždy v pravidelný čas nebo denní dobu, například před snídaní



a je vhodné upozornit klienta na přibližně stejné ošacení. Vážíme na stejné osobní váze (Vytejšková, 2011, s. 174).

### **Vyšetření krevního tlaku**

Měření krevního tlaku probíhá u jedince v ordinaci lékaře. Je nutné, aby před samotným měřením byl dospělý v klidu, což se zajistí alespoň 10 minuty sezením v čekárně. Po zklidnění si pozveme klienta do ordinace. Krevní tlak se měří na paži (u klientů s první návštěvou lékaře provádíme měření na obou pažích) s podloženým předloktím v úrovni srdce. K měření se používá rtuťový či digitální tonometr. Také je důležitá správná volba velikosti manžety. Na obvod paže do 33 cm se použije širší manžety 12 cm. Při obvodu paže 33 – 41 cm, zvolíme manžetu 15 cm širokou. Nad 41 cm velikosti paže volíme širší manžety 18 cm. Při kontrolním měření tlaku měříme vždy na stejné končetině, na které jsme naměřili při vstupní prohlídce vyšší tlak (Homolka, 2010, s. 35).

Systolickému krevnímu tlaku odpovídá první objevení Korotkovových fenoménů. U diastolického krevního tlaku odečítáme vymizení ozev (Štejfa, 2007, s. 82).

Za hypertenzi neboli vysoký krevní tlak, označujeme naměřené hodnoty nad 140/90 mmHg bez ohledu na věk. Opakem hypertenze je hypotenze, což znamená nízký krevní tlak, o kterém hovoříme při hodnotách systolického tlaku pod 100 mmHg (Chrobák, 2007, s. 101).

### **Vyšetření pulzu**

Za pulz označujeme změnu objemu arterie, kterou jsme schopni nahmatat, vidět anebo registrovat pomocí karotidogramu. K měření pulzu si nejčastěji volíme místo nad arterii radialis. Při měření hodnotíme objem hmatného pulsu, četnost, rytmus a charakter pulsové vlny (Chrobák, 2007, s. 103).

Dospělý, u kterého chceme změřit pulz, musí být 10 až 15 minut v klidu. Poté ho vyzveme buď k sezení, nebo k lehnutí. Měříme vždy 2. a 3. prstem, nikdy pulz neměříme palcem. U pravidelného rytmu měříme 30 sekund a vynásobíme dvěma, u nepravidelného pulzu měříme 60 sekund. Počet úderů za 1 minutu může být ovlivněn zejména věkem, pohlavím, horečkou, krvácením, tělesnou kondicí, stresem, změnou polohy, léky, nervovou labilitou anebo nestabilitou vegetativního nervového systému. Fyziologické hodnoty u mužů se pohybují

v rozmezí 50 – 90 tepů za 1 minutu, kdy průměr činí 70 tepů za 1 minutu a u žen je hodnota 55 – 95 úderů za 1 minutu a průměr činí 75 pulsů za 1 minutu.

Tachykardie je označení pro zrychlenou tepovou frekvenci a hodnoty se pohybují více než 90 tepů za 1 minutu.

Bradykardie je naopak označení pro zpomalenou tepovou frekvenci o hodnotách menších než 60 tepů za 1 minutu (Mikšová, 2006, s. 68 – 71).

### **Vyšetření BMI**

Získané informace o výšce a váze jedince můžeme využít pro výpočet jeho hmotnostně-výškový index, tzv. body mass index, zkráceně BMI. Vzorec pro výpočet zní, že vydělíme hmotnost udanou v kg druhou mocninou výšky udávanou v metrech. Výsledek zhodnotíme podle tabulky v příloze (Vytejčková, 2011, s. 174).

Normální hmotnost je uváděna jako BMI 18,5 – 24,9 s průměrným rizikem doprovodných onemocnění. Nadváhu můžeme rozdělit do 4 podkategorií. Za nadváhu se označuje hodnota BMI rovno nebo více 25. U předstupně obezity s hodnotou BMI 25 – 29,9 je riziko přidružených onemocnění nepatrně zvýšené. Obezita I. stupně se pohybuje v hodnotách BMI 30 – 34,5. Riziko onemocnění je zvýšené. U obezity II. stupně s BMI 35 – 39,9 je riziko onemocnění vysoké. A velmi vysoké riziko onemocnění se týká obezity III. stupně (tzv. morbidní) s BMI rovno nebo vyšší 40 (Steffen, 2010, s. 111).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce se věnujeme výzkumu, který je zaměřen na životní styl mladých dospělých. Tento výzkum byl realizován formou kvantitativního šetření metodou dotazníku.

*„Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit sílu této intenzity apod. Pracuje většinou s velkým souborem respondentů. Používá metod dotazníku, standardizovaného rozhovoru, analýzy dat apod. Při analýze dat převládají většinou statistické postupy. Kvantitativní výzkum zahrnuje systematické shromažďování a analýzu numerických informací za předpokladu kontroly podmínek. Kvantitativní výzkum se řadí k „těžké vědě“ a má sklon zdůrazňovat dedukci, pravidla logiky a měřitelné atributy lidské zkušenosti. Kvantitativní výzkum pracuje se statistickými jednotkami, které třídí.“* (Kutnohorská, 2009, s. 21–22)

Dotazník je v sociálních výzkumech velice rozšířenou technikou a v některých oborech přímo je technikou přímo tradiční. Jde o písemný způsob dotazování. Lze jej použít jak v kvantitativním, tak kvalitativním výzkumu. Rozlišujeme dotazník volný (nestrukturovaný), který představuje de facto pouze určité téma a informant se má volně rozepsat, dále dotazník polostrukturovaný představující soubor otázek, na které respondent odpovídá v libovolném pořadí, a v neposlední řadě standardizovaný dotazník, který v kvantitativním šetření představuje soubor převážně uzavřených, několika polouzavřených a pouze výjimečně několika málo otevřených otázek (Reichel, 2009, s. 118–119).

Na úvod byly respondentům/kám poskytnuty informace o výzkumu, důvod zvolení cílové skupiny respondentů a cíle výzkumu. V dotazníku byly na úvod vysvětleny instrukce k vyplnění, jako je označení pouze jedné odpovědi, kolik času stráví nad vyplněním a celkový počet otázek. Položek v dotazníku bylo 19 a jednalo se o uzavřené otázky. V neposlední řadě jsem upozornila na to, že dotazník je anonymní. Dotazník v tištěné podobě a elektronické podobě je totožný jak úvodem s informacemi, instrukcemi, tak i otázkami s odpověďmi.

Dotazník je složen z 3 oblastí o různém počtu otázek. První oblast se zabývá výživou respondentů. Cílem bylo zjistit, jakým způsobem se mladí dospělí stravují. Tato oblast obsahuje 7 otázek. Druhá oblast se zabývá pohybem respondentů a cílem bylo zjistit, kolik času respondenti věnují pohybu a kolik sedavému způsobu života. V této oblasti se nacházejí 3

otázky. V poslední oblasti zabývající se rizikovým chováním respondentů bylo cílem zjistit, zda se mladí dospělí chovají rizikově. Tato oblast obsahuje 5 otázek.

## 5.1 Cíle práce

Cílem naší práce bylo:

1. Zjistit, jak a jakým způsobem se mladí dospělí stravují. (Odpovídají položky č. 5 – 11 v dotazníku)
2. Zjistit, kolik času respondenti věnují pohybu a naopak, kolik času věnují sedavému způsobu života. (Odpovídají položky č. 12 – 14 v dotazníku)
3. Zjistit, zda se mladí dospělí chovají rizikově vzhledem ke svému životnímu stylu. (Odpovídají položky č. 15 – 19 v dotazníku)

## 5.2 Výzkumný vzorek

Při výběru výzkumného vzorku respondentů jsme zvolili záměrný vzorek, což znamená, že při výběru zkoumaného prvku nehledáme náhodně (Chrásková, 2007, s. 22). Podmínkou bylo, aby respondenti byli studenti 1. – 3. ročníku oboru všeobecná sestra, prezenčního bakalářského studia, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Naším cílem bylo získat data alespoň od 100 respondentů.

Pomocí webového odkazu [Survio.com](https://www.surveymonkey.com) jsem vyvěsila dotazník na tyto stránky dne 10. 4. 2016 a uzavřela dne 20. 4. 2016. Dotazník na [Survio.com](https://www.surveymonkey.com) byl určen pro 1., 2. 3. ročník prezenčního studia, oboru všeobecná sestra, programu ošetřovatelství, Fakulty humanitních studií, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Vyplnilo jej celkem 37 respondentů, z toho byli bohužel 4 respondenti vyřazeni vzhledem k nedodržení pokynů v zadání. Celkový počet respondentů z portálu [Survio.com](https://www.surveymonkey.com) tedy činí 33. Dále jsme dotazníky distribuovali osobně ve třídách 1. a 2. ročníku oboru všeobecná sestra, prezenční formy studia, kdy mi bylo využívajícími poskytnut čas na práci se studenty a možnost provést šetření.

Celkový počet respondentů 1. ročníku činil 42, kdy 3 respondenti byli vyřazeni z nedodržení pokynů v zadání, 30 jich bylo vyplněno a odevzdáno osobně a 9 dotazníků bylo vyplněno na [Survio.com](https://www.surveymonkey.com). Konečný stav dotazníků za 1. ročník činí 39.

Celkový počet respondentů 2. ročníku činil 42, kdy 1 respondent byl vyřazen z nedodržení pokynů v zadání, 40 respondentů vyplnilo a odevzdalo osobně dotazník a 1 respondent odpověděl na Survio.com. Konečný stav dotazníků za 2. ročník činí 41.

Celkový počet respondentů 3. ročníku činí 23, kdy žádný z respondentů nebyl vyřazen. Dotazníky jsou vyplněny pouze přes internetovou stránku Survio.com.

Součet všech dotazníků tak činí 103.

### 5.3 Distribuce dotazníku

Před samotnou distribucí dotazníků byla na Ústav zdravotnických věd podána žádost o umožnění dotazníkového šetření v 1. – 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Po udělení souhlasu byly první osloveny a požádány o vyplnění dotazníku na webovém portálu Survio.com studentky 3. ročníku, a to prostřednictvím sociální sítě. Dále byl zaslán email 1. ročníku oboru Všeobecná sestra, jehož předmětem byla rovněž prosba o spolupráci s odkazem na dotazník umístěný na webovém portálu Survio.com. U 1. ročníku všeobecné sestry se ovšem tato metoda neosvědčila, zpětná vazba v podobě vyplnění dotazníku byla nedostačující. Z toho důvodu byl osloven vyučující, kterého jsme požádali o umožnění dotazníkového šetření v rámci jeho výuky. Po předchozím sdělení všech důležitých informací, byl dotazník rozdán studentům, kteří s vyplněním souhlasili a zároveň potvrdili, že tento dotazník dosud nevyplňovali. U 2. ročníku oboru všeobecná sestra jsme postupovali obdobně jako u 1. ročníku jen s výjimkou, že studentům 2. ročníku jsme záměrně nezaslala odkaz na online vyplnění dotazníku a to z důvodu, že ještě nenastoupili na odbornou blokovou praxi a tak jsme měli možnost se se studenty sejit osobně. Vyplnění dotazníku studentům zabralo okolo 10 minut.

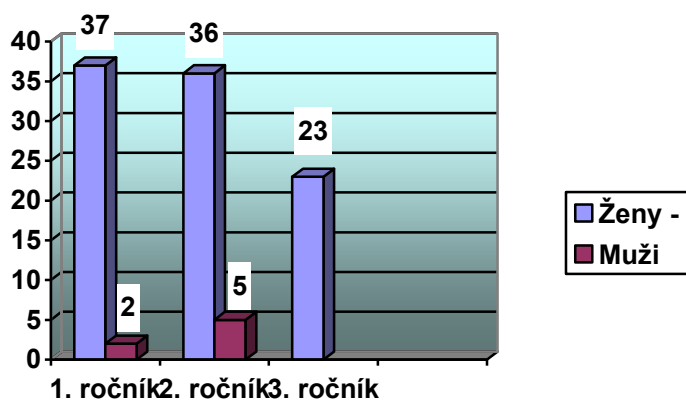
## 6 VÝSLEDKY VÝZKUMU A INTERPRETACE DAT

Vyhodnocení dat je, stejně tak, jako dotazník, rozdělen do 4 oblastí týkajících se sociálních a studijních položek, dále zaměřená na oblast o zdravé výživě respondentů, pohybu a v poslední části oblast rizikového chování.

### 6.1 Sociální a studijní položky

Otázka č. 1: Jakého jste pohlaví?

Grafické znázornění č. 1: Jakého jste pohlaví? (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Tabulkové znázornění č. 1: Jakého jste pohlaví? (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ženy	37	94,9	36	87,8	23	100,0
Muži	2	5,1	5	12,2	0	0,0
Σ	39	100,0	41	100,0	23	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Komentář:

*1. ročník:* Z celkového počtu 39 respondentů, dotazník vyplnilo 37 žen a 2 muži.

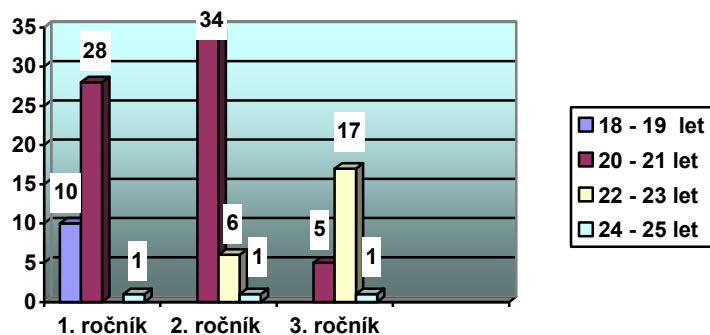
*2. ročník:* Celkem dotazník vyplnilo 36 žen a 5 mužů.

*3. ročník:* Ve 3. ročníku odpovědělo 23 žen a 0 mužů.



Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Grafické znázornění č. 2: Kolik je Vám let? (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum 2016

Tabulkové znázornění č. 2: Kolik je Vám let? (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
18 – 19 let	10	25,6	0	0,0	0	0,0
20 – 21 let	28	71,8	34	82,9	5	21,7
22 – 23 let	0	0,0	6	14,6	17	73,9
24 – 25 let	1	2,6	1	2,5	1	4,4
Více jak 25 let	0	0,00	0	0,0	0	0,0
$\Sigma$	39	100,0	41	100,0	23	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Komentář:

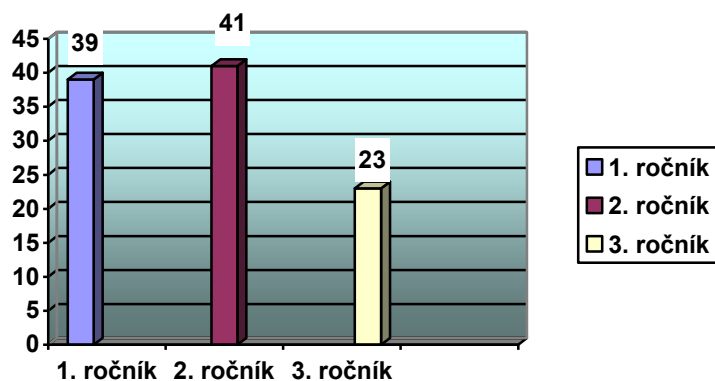
*1. ročník:* Celých 28 respondentů je ve věku 20 – 21 let, což je nejtypičtější pro 1. ročník prezenčního studia, dále 10 respondentů je ve věku 18 – 19 let a jeden respondent je ve věku 24 – 25 let.

*2. ročník:* Celkový počet respondentů byl 41, z toho jich je 34 v kategorii 20 – 21 let, 6 v kategorii 22 – 23 let a 1 respondent v kategorii 24 – 25 let. Věk 18 – 19 a více jak 25 let neměl žádný z respondentů.

*3. ročník:* Největší zastoupení věku respondentů je v kategorii 22 – 23 let, kdy jich zodpovědělo 17. 5 respondentů je ve věku 20 – 21 let, 1 ve věku 24 – 25 let a žádný ve věkové kategorii 18 – 19 a více jak 25 let. Celkový počet respondentů je 23.

Otázka č. 3: Kolikátý ročník studujete?

Grafické znázornění č. 3: Kolikátý ročník studujete? (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Tabulkové znázornění č. 3: Kolikátý ročník studujete? (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
	39	100,0	41	100,0	23	100,0
Σ	39	100,0	41	100,0	23	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

#### Komentář:

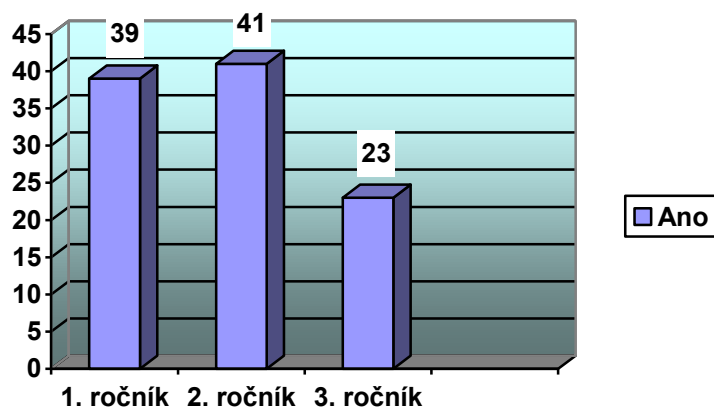
*1. ročník:* Dotazník určený pro 1. ročník vyplnilo celkem 39 respondentů.

*2. ročník:* Celkem na otázku, kolikátý ročník studujete, odpovědělo 41 respondentů za b) 2. ročník.

*3. ročník:* 23 odpovědí na otázku, který ročník studujete, zněl 3. ročník.

Otázka č. 4: Jste studentem/studentkou zdravotnického oboru?

Grafické znázornění č. 4: Jste studentem/studentkou zdravotnického oboru? (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Tabulkové znázornění č. 4: Jste studentem/studentkou zdravotnického oboru? (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	39	100,0	41	100,0	23	100,0
Ne	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Σ	39	100,0	41	100,0	23	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Komentář: Všech 103 respondentů odpovědělo, že jsou studentem zdravotnického oboru.

V 1. ročníku odpovědělo 39 respondentů. V 2. ročníku odpovědělo 41 respondentů. Za 3. ročník mi odpovědělo 23 respondentů.

### 6.1.1 Oblast zdravé výživy

**Cíl:** Zjistit, jak a jakým způsobem se mladí dospělí stravují.

**Otázka č. 5:** Kolik porcí (o velikosti Vaší pěsti) denně sníte?

**Tabulkové znázornění č. 5:** Kolik porcí (o velikosti Vaší pěsti) denně sníte? (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1 – 2 porce	0	0,0	5	12,2	1	4,3
3 – 4 porce	17	43,6	17	41,4	6	26,1
5 – 6 porcí	13	33,3	12	29,3	10	43,5
Více jak 6 porcí	5	12,8	5	12,2	1	4,4
Nepočítám	4	10,3	2	4,9	5	21,7
$\Sigma$	39	100,0	41	100,0	23	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

#### Komentář:

*1. ročník:* Nejvíce respondentů (17 respondentů) odpovědělo, že denně sní 3 – 4 porce jídla o velikosti své pěsti, 5 – 6 porcí denně zaznamenalo 13 respondentů, více jak 6 porcí denně označilo 5 respondentů, 4 respondenti nepočítají své porce stravy a žádný z respondentů neodpovědělo, že sní 1 – 2 porce o velikosti pěsti denně. Celkový počet respondentů je 39.

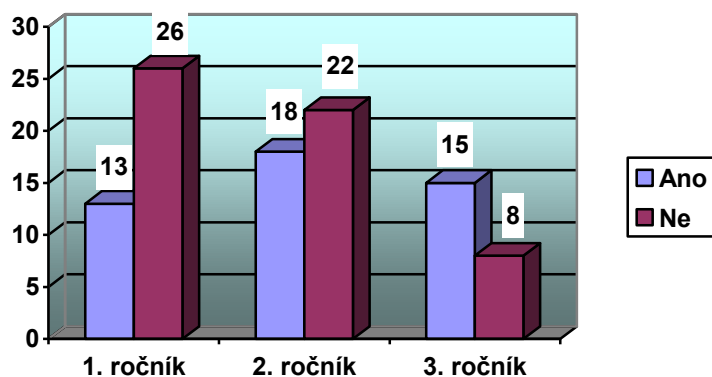
*2. ročník:* 1 – 2 porcí denně sní 5 respondentů, 3 – 4 porcí denně sní podle odpovědí nejvíce respondentů, celých 17, 5 – 6 porcí denně sní 12 respondentů a 2 respondenti nepočítají denní porce. Celkový počet respondentů je 41.

*3. ročník:* Největší část respondentů (10) odpověděla, že denně sní 5 – 6 porcí. 6 respondentů sní denně 3 – 4 porce jídla a hned za tím s 5 respondenty se nachází odpověď, že por-

ce nepočítají. Po jednom respondentovi odpověděli, že sní 1 – 2 porce a více jak 6 porcí denně. Celkový počet respondentů je 23.

Otázka č. 6: Jíte jídlo ve spěchu, aniž byste si k němu alespoň na 10 minut sedli?

Grafické znázornění č. 5: Jíte jídlo ve spěchu, aniž byste si k němu alespoň na 10 minut sedli? (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Tabulkové znázornění č. 6: Jíte jídlo ve spěchu, aniž byste si k němu alespoň na 10 minut sedli? (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	13	33,3	18	43,9	15	65,2
Ne	26	66,7	22	56,1	8	34,8
Σ	39	100,0	41	100,0	23	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Komentář:

*1. ročník:* Více jak polovina respondentů (26 z 39 respondentů) odpověděla, že jídlo nejí ve spěchu. 13 respondentů odpovědělo, že jí ve spěchu. Celkový počet respondentů je 39.

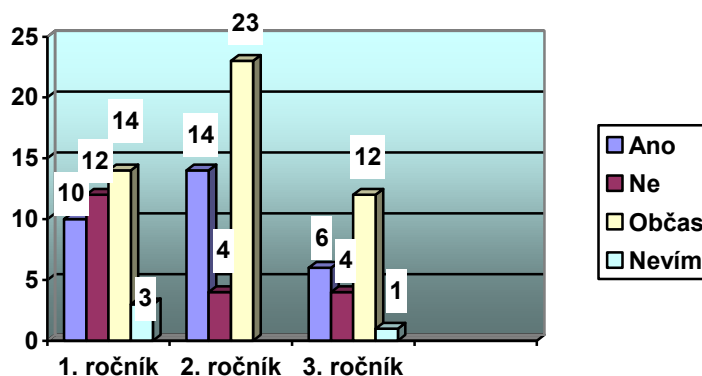
*2. ročník:* 22 respondentů 2. ročníku odpověděl, že nejí jídlo ve spěchu, zatím co 18 respondentů již se ve spěchu stravují. Celkový počet respondentů je 41.

3. ročník: 15 respondentů odpovědělo, že se stravuje ve spěchu a 8 respondentů odpovědělo, že se nestravuje ve spěchu. Celkový počet respondentů je 23.



Otázka č. 7: Jíte každé jídlo nejméně 10 minut?

Grafické znázornění č. 6: Jíte každé jídlo nejméně 10 minut? (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Tabulkové znázornění č. 7: Jíte každé jídlo nejméně 10 minut? (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	10	25,6	14	34,1	6	26,1
Ne	12	30,8	4	9,8	4	17,4
Občas	14	35,9	23	56,1	12	52,2
Nevím	3	7,7	0	0,0	1	4,3
Σ	39	100,0	41	100,0	23	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Komentář:

*1. ročník:* Nejvíce zaznamenaných odpovědí (14) bylo, že respondenti občas jí jídlo nejméně 10 minut, 12 respondentů odpovědělo, že nejí nejméně 10 minut, 10 respondentů odpovědě-

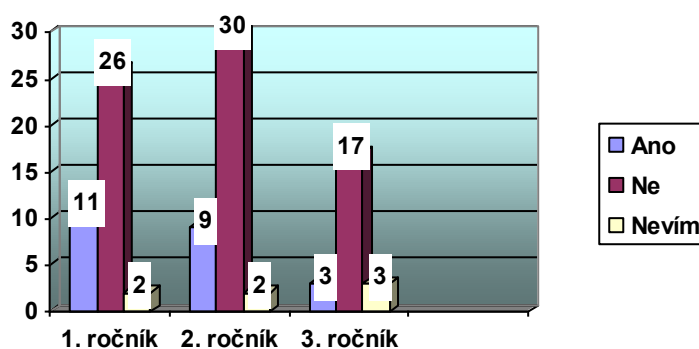
lo, že jí nejméně 10 minut a 3 respondenti nevědí, zda jí jídlo nejméně 10 minut. Celkový počet respondentů je 39.

2. *ročník*: Nejčastější odpovědí v otázce o konzumaci jídla nejméně 10 minut zněla občas. Na tuto otázku odpovědělo celkem 23 respondentů. 14 respondentů odpovědělo ano. 4 respondenti nekonzumují jídlo alespoň 10 minut a žádný z respondentů neoznačil odpověď nevím. Celkový počet respondentů je 41.

3. *ročník*: 12 respondentů odpovědělo, že občas jí jídlo alespoň 10 minut. 6 respondentů odpovědělo, že se stravuje alespoň 10 minut. 4 respondenti uvedli, že nevěnují stravě nejmíň 10 minut. A jeden respondent odpověděl, že neví, zda jí alespoň 10 minut. Celkový počet respondentů je 23.

Otázka č. 8: Denní optimální množství přijaté zeleniny je 3 – 5 porcí, tj. 300 – 500 g a ovoce 2 – 4 porce. Splňujete tento limit?

Grafické znázornění č. 7: Denní optimální množství přijaté zeleniny je 3 – 5 porcí, tj. 300 – 500 g a ovoce 2 – 4 porce. Splňujete tento limit? (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Tabulkové znázornění č. 8: Denní optimální množství přijaté zeleniny je 3 – 5 porcí, tj. 300 – 500 g a ovoce 2 – 4 porce. Splňujete tento limit? (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	11	28,2	9	21,9	3	13,0
Ne	26	66,7	30	73,2	17	74,0
Nevím	2	5,1	2	4,9	3	13,0
Σ	39	100,0	41	100,0	23	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

#### Komentář:

*1. ročník:* Nejvíce odpovědí bylo, že mladí dospělí nesplňují denní limit příjmu zeleniny a ovoce, celkem jich odpovědělo 26 respondentů. 11 respondentů odpovědělo ano. 2 respondenti nevědí, zda splňují tento limit. Celkový počet respondentů je 23.

2. *ročník*: Nejčastější odpovědí respondentů bylo, že nesplňují denní limit, celkem jich zodpovědělo 30. Denní limit splňuje pouze 9 respondentů. A 2 respondenti nevědí, zda splňují denní limit příjmu ovoce a zeleniny. Celkový počet respondentů je 41.

3. *ročník*: U 3. ročníku bylo nejčastější odpovědí, ne, což znamená, že nesplňují denní limit příjmu ovoce a zeleniny. Na otázku odpověděl stejný počet respondentů, kdy 3 respondenti odpověděli ano a 3 respondenti nevědí, zda splňují denní limit. Celkový počet respondentů je 23.

Otázka č. 9: Kolik denně vypijete tekutin (nezapočítává se káva, čaj, alkoholické nápoje)?

Tabulkové znázornění č. 9: Kolik denně vypijete tekutin (nezapočítává se káva, čaj, alkoholické nápoje)? (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 1 litru tekutin	7	18,0	7	17,0	7	30,4
1 – 1,5 litru	16	41,0	11	26,8	7	30,4
1,6 – 2 litry	7	18,0	11	26,8	4	17,4
2,1 – 2,5 litru	8	20,5	9	22,0	5	21,8
2,6 – 3 litry	1	2,5	2	4,9	0	0,0
Více jak 3,1 litru	0	0,0	1	2,5	0	0,0
$\Sigma$	39	100,0	41	100,0	23	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

#### Komentář:

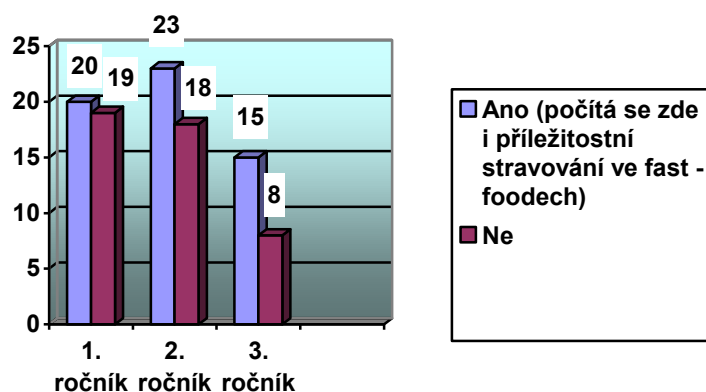
*1. ročník:* 16 respondentů vypije denně 1 – 1,5 litru tekutin. 8 respondentů odpovědělo, že vypije 2,1 – 2,5 litru tekutin. 7 respondentů odpovědělo, že vypije do 1 litru tekutin. Stejný počet respondentů odpovědělo, že denně vypije 1,6 – 2 litry tekutin denně. Žádný z respondentů nevedl, že vypije více jak 3,1 litru tekutin. Celkový počet respondentů je 39.

*2. ročník:* 11 respondentů odpovědělo, že vypijí denně 1 – 1,5 litru tekutin. Stejný počet respondentů odpovědělo, že vypijí denně 1,6 – 2 litry tekutin. 9 respondentů odpovědělo, že vypijí denně 2,1 – 2,5 litru. 7 respondentů vypije do 1 litru tekutin. 2 respondenti vypijí 2,6 – 3 litry tekutin. Pouze jeden respondent zaznačil, že vypije více jak 3,1 litru tekutin denně. Celkový počet respondentů je 41.

3. ročník: 7 respondentů odpovědělo, že vypije denně do 1 litru tekutin. Stejný počet respondentů zaznačilo odpověď, že vypijí denně 1,5 – 2 litry tekutin. 5 respondentů odpovědělo, že vypijí 2 – 2,5 litru tekutin. Odpověď 1,6 – 2 litry tekutin zaznačili 4 respondenti. Žádný respondent neodpověděl, že vypije 2,6 – 3 litry a více jak 3,1 litru tekutin denně. Celkový počet respondentů činí 23.

Otázka č. 10: Stravujete se v provozovnách rychlého občerstvení?

Grafické znázornění č. 8: Stravujete se v provozovnách rychlého občerstvení? (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Tabulkové znázornění č. 10: Stravujete se v provozovnách rychlého občerstvení? (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano (Počítá se zde i příležitostní stravování ve fast – foodech)	20	51,3	23	56,1	15	65,2
Ne	19	48,7	18	43,9	8	34,8
Σ	39	100,0	41	100,0	23	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Komentář:

*1. ročník:* 1. ročník označil nejvíce odpovědí, že se stravuje ve fast – food, celých 20 respondentů. 19 respondentů nenavštěvuje fast – food. Celkový počet respondentů činí 39.

*2. ročník:* Celých 23 respondentů odpovědělo, že se stravuje ve fast – foodech. 18 respondentů se nestravuje ve fast – foodech. Celkový počet respondentů je 41.

*3. ročník:* 15 respondentů odpovědělo, že se stravuje ve fast – foodech a 8 respondentů se nestravuje ve fast – foodech. Celkový počet respondentů činí 23.



Otázka č. 11: Jak často navštěvujete fast – food?

Tabulkové znázornění č. 11: Jak často navštěvujete fast – food? (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1x týdně	1	2,5	2	4,9	1	4,4
2x a vícekrát týdně	0	0,0	1	2,4	0	0,0
1x do měsíce	15	38,5	11	26,8	11	47,8
2x a více krát do měsíce	4	10,3	9	22,0	3	13,0
Nenavštěvuji fast – food	19	48,7	18	43,9	8	34,8
Σ	39	100,0	41	100,0	23	100,0

Zdroj: Vlastní šetření, 2016

Komentář:

*1. ročník:* Jak bylo zmíněno v předchozí otázce, zda navštěvuje respondent fast – food, tak 19 respondentů nenavštěvuje fast – food. 15 respondentů uvedlo, že 1x měsíčně se stravuje ve zmíněném zařízení. 4 respondenti se stravují ve fast – food 2x a více krát měsíčně. Žádný z respondentů neoznačilo za odpověď 2x a více krát týdně. Celkový počet respondentů je 39.

*2. ročník:* 18 respondentů označilo za odpověď „Nenavštěvuji fast – food“, 11 respondentů zatrhllo odpověď „1x do měsíce“. 9 respondentů navštěvuje fast – food 2x a více krát do měsíce. 2 respondenti navštěvují fast – food 1x týdně a 1 respondent označil odpověď „2x a více krát týdně“. Celkový počet respondentů je 41.

*3. ročník:* 11 respondentů odpovědělo, že se stravuje 1x do měsíce, 8 respondentů nenavštěvuje fast – food, 3 respondenti zaznačili odpověď 2x a více krát za měsíc. Jeden respondent odpověděl, že navštěvuje rychlé občerstvení 1x týdně. Žádný z respondentů nenavštěvuje fast – food 2x více krát týdně. Celkový počet respondentů činí 23.

## 6.2 Oblast pohybu

**Cíl:** Zjistit, kolik času respondenti věnují pohybu a naopak, kolik času věnují sedavému způsobu života.

**Otázka č. 12:** Jak často se aktivně věnujete pohybu po dobu alespoň 30 minut (běh, posilovna, trénink,...)?

**Tabulkové znázornění č. 12:** Jak často se aktivně věnujete pohybu po dobu alespoň 30 minut (běh, posilovna, trénink,...)? (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Denně	1	2,6	1	2,4	1	4,3
1x týdně	14	35,9	15	36,6	3	13,1
2x – 3x týdně	11	28,2	13	31,8	7	30,4
4x – 5x týdně	2	5,1	3	7,4	1	4,3
1x měsíčně	5	12,8	1	2,4	2	8,7
2x – 3x měsíčně	0	0,0	1	2,4	4	17,4
4x – 5x měsíčně	2	5,1	1	2,4	0	0,0
Vůbec – ne- sportuji	4	10,3	6	14,6	5	21,8
Σ	39	100,0	41	100,0	23	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

### Komentář:

*1. ročník:* Nejvíce odpovědí u 1. ročníku bylo, že cvičí 1x týdně. Tuto skutečnost zaznačilo 14 respondentů. 2x – 3x týdně cvičí 11 respondentů, 1x měsíčně cvičí 5 respondentů. 4x –

5x týdně cvičí 2 respondenti a stejný počet respondentů odpovědělo i u cvičení 4x – 5x měsíčně. Pouze 1 respondent cvičí každý den. Žádný z respondentů neoznačil odpověď cvičení 2x – 3x měsíčně. 4 respondenti označili za odpověď, že nesportují. Celkový počet respondentů je 39.

*2. ročník:* U 2. ročníku bylo nejvíce zaznačeno, že sportují respondenti 1x týdně. Tuto možnost zaznačilo 15 respondentů. 13 respondentů zaznačilo možnost, že sportuje 2x – 3x týdně. 4x – 5x týdně zaznačili za možnost 3 respondenti. Po jednom respondentovi byla zaznačena odpověď, že sportují denně, 1x měsíčně, 2x – 3x měsíčně a 4 – 5 měsíčně. 6 respondentů odpovědělo, že nesportují.

*3. ročník:* Za nečastější odpověď respondenti zaznačili sportování 2x – 3x týdně. Tuto odpověď uvedlo 7 respondentů. 4 respondenti odpověděli, že sportují 2x – 3x měsíčně. 3 respondentů odpovědělo, že sportují 1x týdně. 2 respondenti uvedli, že sportují 1x měsíčně. 1 respondent uvedl, že sportuje denně. Také 1 respondent označil odpověď, že sportuje 4x – 5x týdně. Žádný z respondentů, vyplývající z dotazníku, necvičí 4x – 5x měsíčně. 5 respondentů označilo, že nesportuje. Celkový počet respondentů činí 23.

Otázka č. 13: Kolik času v průměru denně strávíte u PC, notebooku či tabletu jak ve škole, zaměstnání, tak doma?

Tabulkové znázornění č. 13: Kolik času v průměru denně strávíte u PC, notebooku či tabletu jak ve škole, zaměstnání, tak doma? (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 1 hodiny	5	12,8	1	2,4	0	0,0
1 – 3 hodiny	16	41,0	15	36,6	6	26,1
4 – 6 hodin	16	41,0	16	39,0	14	60,9
7 – 10 hodin	1	2,6	9	22,0	3	13,0
Více jak 10 hodin denně	1	2,6	0	0,0	0	0,0
Netrávím u PC, NTB či tabletu čas	0	0,0	0	0,0	0	0,0
$\Sigma$	39	100,0	41	100,0	23	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

#### Komentář:

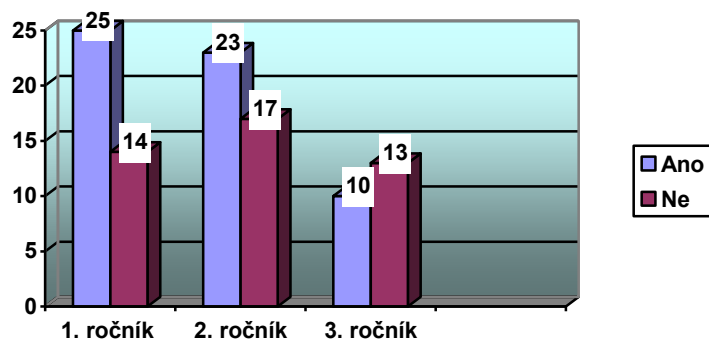
*1. ročník:* V prvním ročníku odpovědělo na dotaz 16 respondentů u trávení času u elektrotechniky 1 – 3 hodiny a stejný počet u počítače 4 – 6 hodin. 5 respondentů tráví u počítače do 1 hodiny. 1 respondent tráví čas u počítače 7 – 10 hodin a také 1 respondent odpověděl na tutéž otázku s odpovědí více jak 10 hodin denně. Žádný z respondentů neodpověděl na to, že by netrávil čas u PC, NTB či tabletu. Celkový počet respondentů činí 23.

*2. ročník:* Největší počet respondentů 2. ročníku stráví denně u PC 4 – 6 hodin. Tuto možnost zahrlo 16 respondentů. 15 respondentů zvolilo možnost 1 – 3 hodiny, 9 respondentů tráví u PC 7 – 10 hodin a 1 respondent odpověděl, že tráví u PC do 1 hodiny. Žádný z respondentů nezvolilo možnost „Více jak 10 hodin denně“ a „Netrávím u PC, NTB či tabletu čas. Celkový počet respondentů činí 41.

*3. ročník:* Nejčastější odpovědí (14 respondentů) u 3. ročníku bylo, že u PC tráví 4 – 6 hodin denně. Druhá nejčastější odpověď byla 1 – 3 hodiny. Tuto možnost zaznačilo 6 respondentů. 3 respondenti tráví denně u PC 7 – 10 hodin. Celkový počet respondentů činí 23.

Otázka č. 14: Dáváte si během práce na PC, notebooku nebo tabletu, 10 minutové pauzy?

Grafické znázornění č. 9: Dáváte si během práce na PC, notebooku nebo tabletu 10 minutové pauzy? (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Tabulkové znázornění č. 14: Dáváte si během práce na PC, notebooku nebo tabletu 10 minutové pauzy? (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	25	64,1	24	58,5	10	43,5
Ne	14	35,9	17	41,5	13	56,5
Σ	39	100,0	41	100,0	23	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

#### Komentář:

*1. ročník:* 25 respondentů odpovědělo, že si dává 10 minutové pauzy během práce na PC, notebooku či tabletu. 14 respondentů si naopak pauzy nedává. Celkový počet respondentů činí 39.

2. *ročník*: Přestávky během práce na PC, notebooku či tabletu si dává 24 respondentů, kdežto 17 respondentů si přestávku nedává. Celkový počet respondentů činí 41.

3. *ročník*: Větší část respondentů si nedává přestávku během práce u PC či notebooku. Tuto odpověď zaznačilo 13 respondentů. 10 respondentů si přestávku dává. Celkový počet respondentů činí 23.

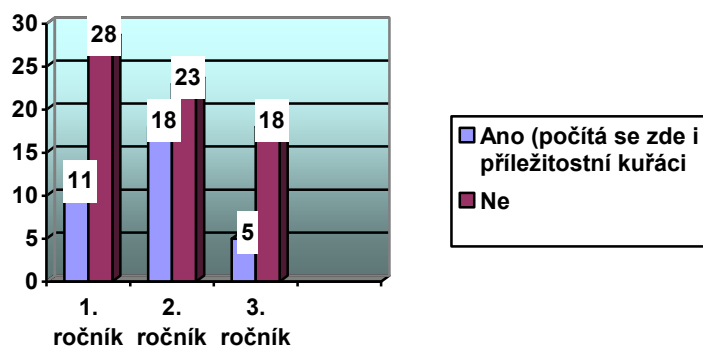


### 6.3 Oblast rizikového chování

**Cíl:** Zjistit, zda se mladí dospělí chovají rizikově vzhledem ke svému životnímu stylu.

**Otázka č. 15:** Jste kuřák/kuřačka?

**Grafické znázornění č. 10:** Jste kuřák/kuřačka? (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

**Tabulkové znázornění č. 15:** Jste kuřák/kuřačka? (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano (počítá se zde i příležitostní kuřáci)	11	28,2	18	43,9	5	21,7
Ne	28	71,8	23	56,1	18	78,3
$\Sigma$	39	100,0	41	100,0	23	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Komentář:

1. *ročník*: 28 respondentů odpovědělo, že nejsou kuřáci. 11 respondentů jsou kuřáci. Celkový počet respondentů činí 39 respondentů.

2. *ročník*: U druhého ročníku výsledky ukázaly, že 23 respondentů kuřáky nejsou, kdežto 18 respondentů kuřáky jsou. Celkový počet respondentů činí 41.

3. *ročník*: 18 respondentů není kuřáky, 5 respondentů odpovědělo, že jsou kuřáci. Celkový počet respondentů činí 23.

Otázka č. 16: Kolik kusů cigaret denně vykouříte?

Tabulkové znázornění č. 16: Kolik kusů cigaret denně vykouříte? (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 5 ks denně	5	45,4	8	44,4	1	20,0
Do 5 ks týdně	2	18,2	3	16,7	3	60,0
Do 20 ks denně	2	18,2	3	16,7	1	20,0
Do 20 ks týdně	2	18,2	3	16,7	0	0,0
20 a více ks denně	0	0,0	1	5,5	0	0,0
20 a více ks týdně	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Σ	11	100,0	18	100,0	5	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

#### Komentář:

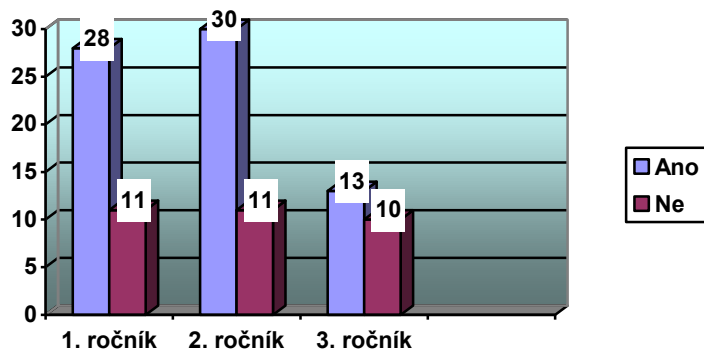
*1. ročník:* Podle odpovědí respondentů jich 5 kouří denně do 5 ks cigaret, 2 respondenti do 5 ks týdně, 2 respondenti do 20 ks denně a 2 vykouří do 20 ks cigaret týdně. Celkový počet respondentů, kteří jsou kuřáci, činí 11.

*2. ročník:* Nejvíce kouřících respondentů zadrželo možnost, že kouří Do 5 ks denně. Tuto možnost zvolilo 8 respondentů. Po 3 respondentech byla zvolena odpověď kouření cigaret „do 5 ks týdně“, „do 20 ks denně“ a „do 20 ks týdně“. Jediný respondent vybral možnost kouření cigaret „20 a více ks denně“. Celkový počet kouřících respondentů činí 18.

3. ročník: 3 respondenti kouří do 5 ks týdně cigaret, 1 respondent odpověděl, že vykouří do 5 ks denně a 1 respondent odpověděl, že vykouří do 20 ks denně. Celkový počet respondentů činí 5.

Otázka č. 17: Dostáváte se do uzavřeného prostředí, kde se kouří a tím patříte mezi pasivní kuřáky?

Grafické znázornění č. 11: Dostáváte se do uzavřeného prostředí, kde se kouří a tím patříte mezi pasivní kuřáky? (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Tabulkové znázornění č. 17: Dostáváte se do uzavřeného prostředí, kde se kouří a tím patříte mezi pasivní kuřáky? (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	28	71,8	32	78,0	13	56,5
Ne	11	28,2	9	22,0	10	43,5
$\Sigma$	39	100,0	41	100,0	23	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

### Komentář:

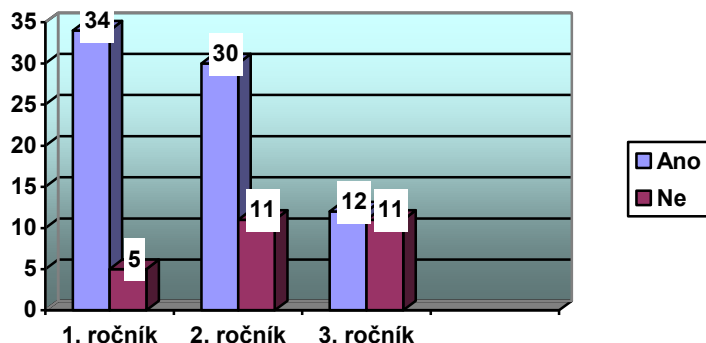
*1. ročník:* 28 respondentů se dostává do uzavřeného prostředí a tím patří mezi pasivní kuřáky, kdežto 11 respondentů nepatří mezi pasivní kuřáky. Celkový počet respondentů činí 39.

2. *ročník*: 32 respondentů ze 41 respondentů patří mezi pasivní kuřáky. 9 respondentů nepatří mezi pasivní kuřáky. Celkový počet respondentů činí 41

3. *ročník*: 13 respondentů patří mezi pasivní kuřáky. 10 respondentů nepatří podle odpovědi k pasivním kuřákům.

Otázka č. 18: Pijete tvrdý alkohol?

Grafické znázornění č. 12: Pijete tvrdý alkohol? (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Tabulkové znázornění č. 18: Pijete tvrdý alkohol? (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	34	87,2	30	73,2	12	52,2
Ne	5	12,8	11	26,8	11	47,8
Σ	39	100,0	41	100,0	23	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Komentář:

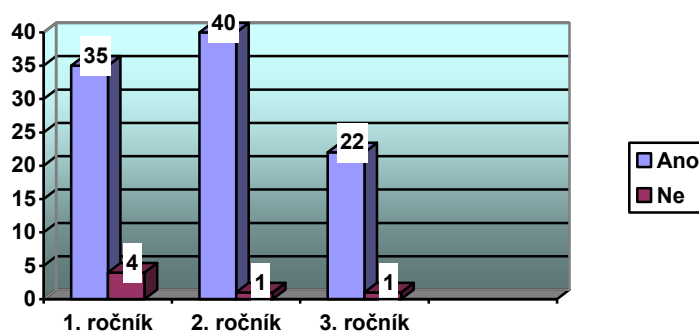
*1. ročník:* 34 respondentů odpovědělo, že pije tvrdý alkohol. Pouze 5 respondentů z 39 respondentů tvrdý alkohol nepije. Celkový počet respondentů činí 39.

*2. ročník:* 30 respondentů označilo za odpověď, že poje tvrdý alkohol. 11 respondentů odpovědělo, že nepije tvrdý alkohol. Celkový počet respondentů činí 41.

3. ročník: 12 respondentů 3. ročníku pije tvrdý alkohol, 11 respondentů odpovědělo, nepije tvrdý alkohol. Celkový počet respondentů činí 23.

Otázka č. 19: Pijete víno či pivo?

Grafické znázornění č. 13: Pijete víno či pivo? (absolutní činnost)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Tabulkové znázornění č. 19: Pijete víno či pivo? (absolutní a relativní činnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	35	89,7	40	97,6	22	95,6
Ne	4	10,3	1	2,4	1	4,4
Σ	39	100,0	41	100,0	23	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Komentář:

1. ročník: Z 39 respondentů jich 35 pije víno či pivo, 4 z nich nepije. Celkový počet respondentů činí 39

2. ročník: Ze 41 respondentů jich 40 pije víno či pivo a pouze 1 respondent nepije víno či pivo. Celkový počet respondentů činí 41.



*3. ročník:* 22 respondentů pije víno či pivo a pouze 1 respondent odpovědělo, že nepije víno či pivo. Celkový počet respondentů činí 23.

## 7 METODOLOGIE VÝZKUMU – MĚŘENÍ

Ve druhé fázi praktické části bakalářské práce se věnujeme měření a vážení studentů Fakulty humanitních studií ve Zlíně, oboru všeobecná sestra. Zjišťujeme údaje, jako je výška, obvod pasu a boků, hodnoty pulsu a krevního tlaku. Z vážení na osobní váze jsme kromě samotné hmotnosti získali informace o podílu tuku (v procentech), vody (v procentech) a svaloviny (v kilogramech) v organismu. Z naměřené hmotnosti a výšky jsme vyhodnotili tzv. Body Mass Index (BMI). Důvodem ke zvolení této části výzkumu bylo to, že chceme poukázat na proporce mladých dospělých a prokázat, že čím vyšší ročník studia, tím se proporce studentek ubírají k hodnotám, které zvyšují riziko civilizačních onemocnění.

### 7.1 Výzkumné cíle

Cílem této části práce bylo zjistit a zhodnotit fyziologické funkce, výšku a hmotnost, BMI a obvod pasu a boků v souvislosti s rizikovými faktory civilizačních onemocnění. Dále získané údaje porovnat mezi jednotlivými ročníky a zhodnotit, který ročník je na tom v rámci rizikových faktorů civilizačních chorob nejhůř, a tím je potenciálně nejvíce ohrožen vznikem civilizačního onemocnění.

### 7.2 Metoda výzkumu a výzkumný vzorek

Po schválení dotazníkového šetření a rovněž schválení provedení vážení jsme respondenty z 1. a 2. ročníku (více viz. 10.2), po domluvě s vyučujícím, požádali o spolupráci na této části práce a po jejich souhlasu jsme uskutečnili měření. Výsledky byly zaznamenány do předem vytvořeného záznamového archu. Výzkumného šetření se zúčastnily bohužel jen ženy, muži o toto měření neměli zájem. Měření probíhalo v učebně. Změřili jsme výšku, poté hmotnost na osobní váze, která měřila také údaje o podílu tuku, vody a svaloviny v jejich těle. Dále jsme změřili obvod pasu a boků krejčovským metrem a také jsme změřili tlak a puls na digitálním tlakoměru. Studentky 3. ročníku jsme měřili v šatně pro studenty.

Veškeré hodnoty byly poté vyhodnoceny a porovnány mezi jednotlivými ročníky.

### 7.3 Obsah tabulky k šetření

Tabulka obsahuje 15 kolonek k zápisu zjištěných údajů.

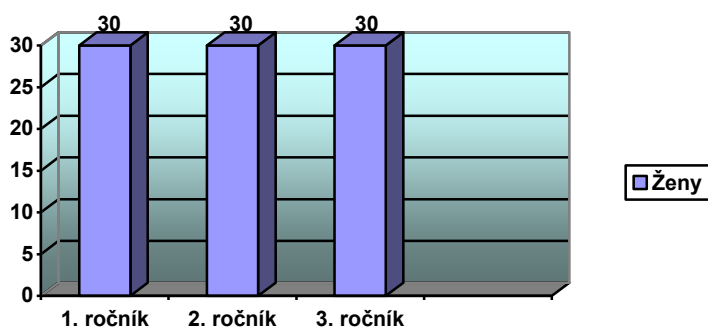
Obsahuje tyto položky:

- Pohlaví
- Věk
- Fakulta
- Obor
- Ročník
- Výška
- Hmotnost
- BMI
- Podíl tuku
- Podíl vody
- Podíl svaloviny
- Tlak
- Puls
- Obvod pasu
- Obvod boků

## 7.4 Šetření

### Pohlaví

Grafické znázornění č. 1: Pohlaví (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

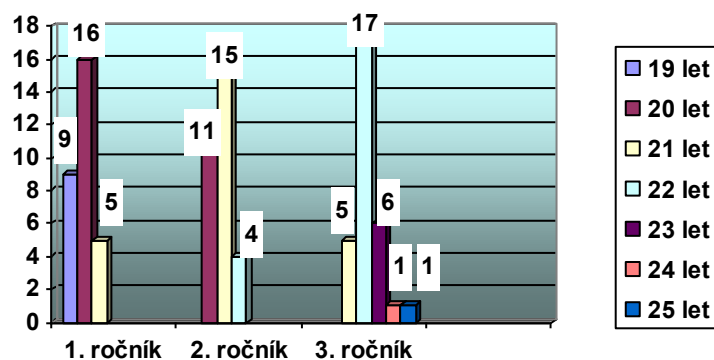
Tabulkové znázornění č. 1: Pohlaví (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ženy	30	100,0	30	100,0	30	100,0
Σ	30	100,0	30	100,0	30	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

### Komentář:

Za 1., 2. a 3. ročník jsem změřila a zvažila celkem 90 studentek, což je 30 studentek z každého ročníku.

VěkGrafické znázornění č. 2: Věk (absolutní četnost)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Tabulkové znázornění č. 2: Věk (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
19 let	9	30,0	0	0,0	0	0,0
20 let	16	53,3	11	36,7	0	0,0
21 let	5	16,7	15	50,0	5	16,7
22 let	0	0,0	4	13,3	17	56,7
23 let	0	0,0	0	0,0	6	20,0
24 let	0	0,0	0	0,0	1	3,3
25 let	0	0,0	0	0,0	1	3,3
Σ	30	100,0	30	100,0	30	100,0

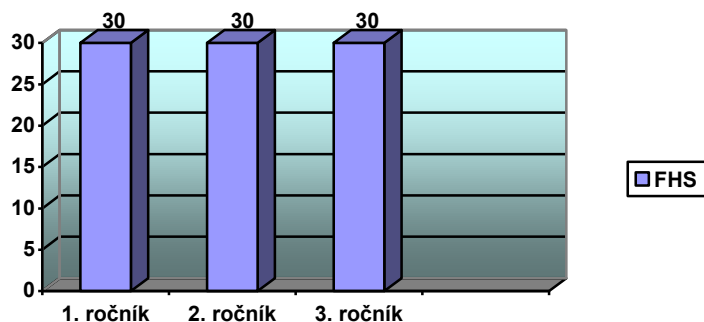
Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Komentář:

*1. ročník:* V 1. ročníku je největší podíl studentek ve věku 20 let. Celkem jich bylo 16. Na druhém místě byl nejtýpější věk 19 let. Z 30 respondentek jich bylo 9. A třetí nejčastější odpovědí bylo, že studentkám je 21 let. Tento věk uvedlo 5 studentek.

*2. ročník:* 15 studentek odpovědělo, že jsou ve věku 21 let. 11 respondentek odpovědělo, že jim je 20 let. 4 studentky uvedly, že jim je 22 let.

*3. ročník:* Nejčastější odpovědí na věk respondentek bylo, že jim je 22 let. Tento věk uvedlo 17 studentek. 6 studentek uvedlo, že jim je 23 let, 5 studentkám je 21 let, 1 studentka uvedla, že jí je 24 let a poslední studentka uvedla, že jí je 25 let.

**Fakulta**Grafické znázornění č. 3: Fakulta (absolutní četnost)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

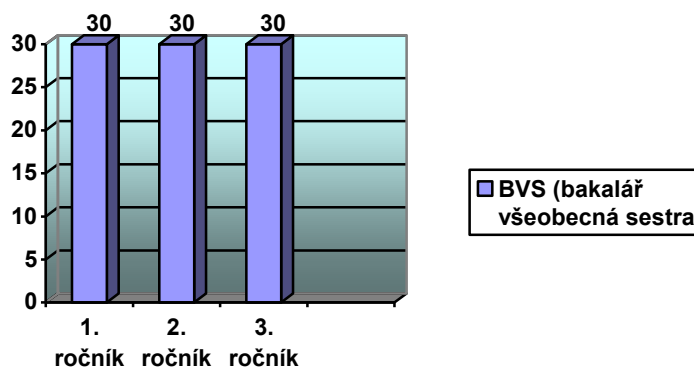
Tabulkové znázornění č. 3: Fakulta (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
FHS	30	100,0	30	100,0	30	100,0
$\Sigma$	30	100,0	30	100,0	30	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Komentář:

Všech 90 studentek odpovědělo souhlasně, že jsou studentky fakulty humanitních studií. Na každý ročník to vychází 30 studentek.

**Obor**Grafické znázornění č. 4: Obor (absolutní četnost)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Tabulkové znázornění č. 4: Obor (absolutní a relativní četnost)

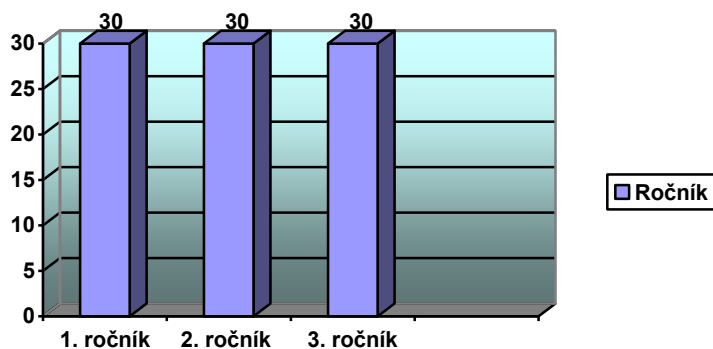
Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
BVS	30	100,0	30	100,0	30	100,0
Σ	30	100,0	30	100,0	30	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

**Komentář:**

Všech 90 studentek odpovědělo, že studují bakalářský obor všeobecná sestra, ve zkratce BVS.



**Ročník**Grafické znázornění č. 5: Ročník (absolutní četnost)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Tabulkové znázornění č. 5: Ročník (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Počet v ročníku	30	100,0	30	100,0	30	100,0
$\Sigma$	30	100,0	30	100,0	30	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

**Komentář:**

Celkový počet studentek je 90. V každém ročníku poskytlo své údaje 30 studentek, tj. v 1., 2. a 3. ročníku.

VýškaTabulkové znázornění č. 6: Výška (absolutní a relativní činnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
156 – 159 cm	4	13,3	4	13,4	3	10,0
160 – 165 cm	5	16,7	7	23,3	9	30,0
166 – 169 cm	10	33,3	7	23,3	7	23,3
170 – 175 cm	8	26,7	9	30,0	11	36,7
176 – 179 cm	3	10,0	3	10,0	0	0,0
Σ	30	100,0	30	100,0	30	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Komentář:

*1. ročník:* V prvním ročníku je nejvíce studentek vysokých 166 – 169 cm. Celkem jich je 10 z 30. 8 studentek měří mezi 170 – 175 cm. 5 studentek je vysokých 160 – 165 cm, 4 studentky 156 – 159 cm a 3 studentky jsou vysoké 176 – 179 cm.

*2. ročník:* Ve 2. ročníku nejvíce studentek spadá výškově do kategorie 170 – 175 cm. V této kategorii se nachází 9 studentek. 2. nejvíce zastoupená kategorie je 160 – 165 cm a 166 – 169 cm. V obou kategoriích se nachází po sedmi studentkách. 4 studentky se nachází výškově v první skupině, tj. skupina výšky mezi 156 – 159 cm. Poslední 3 studentky 2. ročníku se nachází v nejvyšší skupině, tj. mezi 176 – 179 cm.

*3. ročník:* Nejvíce zastoupenou skupinou ve 3. ročníku se nachází výška mezi 170 – 175 cm. V této skupině nalezneme 11 studentek. 9 studentek je v kategorii 160 – 165 cm a 7 studentek v kategorii 166 – 169 cm. Žádná ze studentek neměří v nejvyšší kategorii, tj. 176 – 179 cm.

**Hmotnost**Tabulkové znázornění č. 7: Hmotnost (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
44 – 45 kg	0	0,0	1	3,3	0	0,0
46 – 50 kg	2	6,7	2	6,7	3	10,0
51 – 55 kg	7	23,3	5	16,7	7	23,3
56 – 60 kg	6	20,0	5	16,7	1	3,3
61 – 65 kg	5	16,7	7	23,2	5	16,7
66 – 70 kg	2	6,7	5	16,7	3	10,0
71 – 75 kg	5	16,7	2	6,7	3	10,0
76 – 80 kg	0	0,0	2	6,7	4	13,3
81 – 85 kg	1	3,3	1	3,3	2	6,7
86 – 90 kg	0	0,0	0	0,0	2	6,7
91 – 95 kg	1	3,3	0	0,0	0	0,0
96 – 100 kg	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Σ	30	100,0	30	100,0	30	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

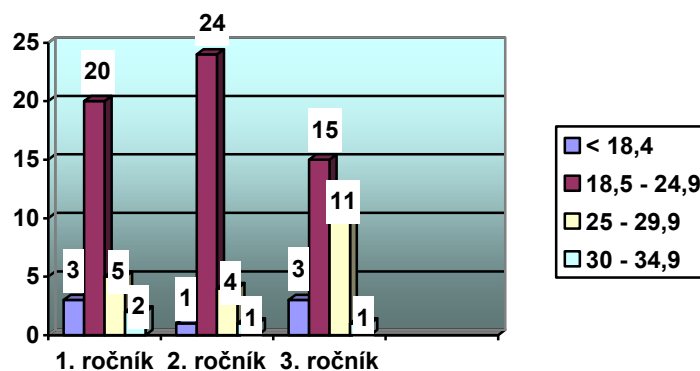
**Komentář:**

*1. ročník:* V prvním ročníku převládá hmotnost v kategorii 51 – 55 kg, na druhém místě se nachází skupina s 56 – 60 kg. Na třetím místě se nachází 2 kategorie hmotnosti a tím je hmotnostní skupina 61 – 65 kg a 71 – 75 kg. 2 studentky jsou se svou hmotností v kategorii

66 – 70 kg. Po jedné studentce se nachází v kategorii 81 – 85 kg, 91 – 95 kg a 96 – 100 kg. Žádná ze studentek 1. ročníku se nenachází v kategorii 44 – 45 kg, 76 – 80 kg a 86 – 90 kg.

*2. ročník:* Ve druhém ročníku se u studentek nachází nejčastěji hmotnost v kategorii 61 – 65 kg (7 studentek). 5 studentek se nachází v kategorii 51 – 55 kg, 56 – 60 kg a 66 – 70 kg. Ve třech kategoriích se nachází po dvou studentkách. Jsou to kategorie 46 – 50 kg, 71 – 75 kg a 76 – 80 kg. Žádná ze studentek nespadá do kategorie 86 – 90 kg, 91 – 95 kg, 96 – 100 kg.

*3. ročník:* Ve 3. ročníku se nachází stejný počet studentek v hmotnostní kategorii jako v 1. ročníku. Tím je skupina 51 – 56 kg, kde se nachází 7 studentek. 5 studentek se nachází ve skupině 61 – 65 kg, 4 studentky jsou v kategorii 76 – 80 kg, po třech studentkách jsou v kategoriích 46 – 50 kg, 66 – 70 kg a 71 – 75 kg. Ve dvou skupinách se nachází 2 studentky v kategorii 81 – 85 kg a 86 – 90 kg. Jedna studentka se nachází ve skupině 56 – 60 kg. Žádná ze studentek neváží, a tudíž není ve skupině 44 – 45 kg, 91 – 95 kg a 96 – 100 kg.

**BMI**Grafické znázornění č. 6: BMI (absolutní četnost)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Tabulkové znázornění č. 8: BMI (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
< 18,4	3	10,0	1	3,3	3	10,0
18,5 – 24,9	20	66,7	24	80,0	15	50,0
25 – 29,9	5	16,7	4	13,4	11	36,7
30 – 34,9	2	6,6	1	3,3	1	3,3
Σ	30	100,0	30	100,0	30	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

Komentář:

*1. ročník:* Největší podíl studentek (20 z 30) se nachází v kategorii BMI 18,5 – 24,9. Tuto kategorii označujeme za normální hmotnost. 3 studentky, které mají BMI méně jak 18,4 se

nachází v kategorii podváhy. 5 studentek se nachází v kategorii v předstupni obezity. A 2 studentky jsou v kategorii obezity I. stupně s BMI 30 – 34,9.

*2. ročník:* I ve druhém ročníku převládá správné BMI. Celých 80 % tj. 24 studentek se nachází v normální hmotnosti s BMI v mezi 18,5 – 24,9. Jedna studentka se nachází v kategorii podváhy s BMI méně jak 18,4. V předstupni obezity se vyskytují 4 studentky s BMI 25 – 29,9. V kategorii označované jako obezita I. stupně se nachází 1 studentka.

*3. ročník:* Ve třetím ročníku také dominuje kategorie BMI s normální hmotností, je jich přesná polovina studentek, tj. 15 studentek. Jejich BMI je 18,5 – 24,9. 3 studentky, stejný počet studentek jako v 1. ročníku, je vzhledem ke své váze a výšce v kategorii podvýživy s BMI ve skupině méně jak 18, 4. 11 studentek se nachází v kategorii předstupně obezity. Pouze 1 studentka 3. ročníku se nachází v kategorii s výsledkem BMI 30 – 34,9, což znamená, že se nachází ve skupině obezity I. stupně.

**Podíl tuku**Tabulkové znázornění č. 9: Podíl tuku (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
12,6 – 19,9 %	4	13,4	7	23,4	3	10,0
20 – 25,9 %	9	30,0	10	33,3	6	20,0
26 – 30,9 %	7	23,4	7	23,4	6	20,0
31 – 35,9 %	5	16,7	4	13,3	5	16,7
36 – 39,9 %	2	6,6	1	3,3	8	26,7
40 – 45,9 %	3	10,0	1	3,3	2	6,6
Σ	30	100,0	30	100,0	30	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

**Komentář:**

Norma podílu tuku v těle je u mužů mezi 20 – 25 %, u žen je to 25 – 30 % (Machová, 2015, s. 234).

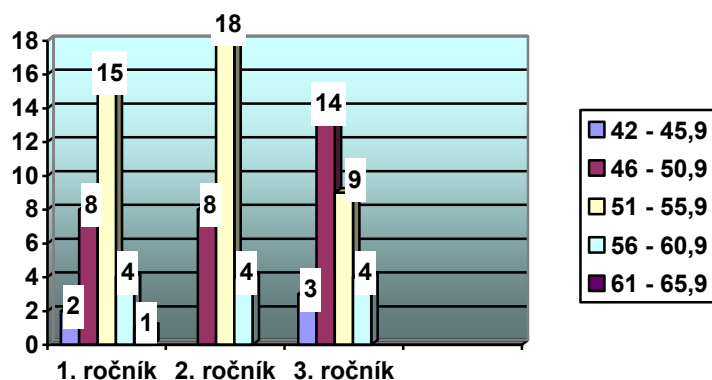
Nejvíce zastoupená hodnota podílu tuku u 1. – 3. ročníku byla 20 – 25,9 % tuku.

*1. ročník:* 9 studentek patří do skupiny s podílem tuku 20 – 25,9 %. Druhá nejčastější naměřená hodnota 26 – 30,9 % patří 7 studentkám. 5 studentek se nachází ve skupině 31 – 35,9 % a 4 respondentky se nachází ve skupině 12,6 – 19,9 % podílu tuku. U 3 studentek byla naměřená hodnota podílu tuku 40 – 45,9 %. V poslední kategorii se nachází studentky s podílem tuku mezi 36 – 39,9 %.

*2. ročník:* Ve druhém ročníku se nejvíce studentek nachází ve skupině 20 – 25,9 %, celkem se jich zde nachází 10. Na 2. místě se nachází 2 skupiny s počtem 7 studentek a to ve skupině 12,6 – 19,9 % a 26 – 30,9 % podílu tuku. 4 respondentky se nachází v kategorii 31 – 35,9 %. Po jedné studentce se nachází ve skupinách 36 – 39,9 % a 40 – 45,9 %,

3. ročník: Největší zastoupení podílu tuku v organismu je u 8 studentek s hodnotou mezi 36 – 39,9%. Po 6 studentkách se nachází ve skupinkách 20 – 25,9 %, 26 – 30,9 %. Skupina s 5 studentkami má rozmezí podílu tuku 31 – 35,9%. 3 studentky se nachází v 1. kategorii, tj. 12,6 – 19,9% a 2 studentky v poslední kategorii 40 – 45,9%.



**Podíl vody****Grafické znázornění č. 7:** Podíl vody (absolutní četnost)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

**Tabulkové znázornění č. 10:** Podíl vody (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
42 – 45,9 %	2	6,7	0	0,0	3	10,0
46 – 50,9 %	8	26,7	8	26,7	14	46,7
51 – 55,9 %	15	50,0	18	60,0	9	30,0
56 – 60,9 %	4	13,3	4	13,3	4	13,3
61 – 65,9 %	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Σ	30	100,0	30	100,0	30	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

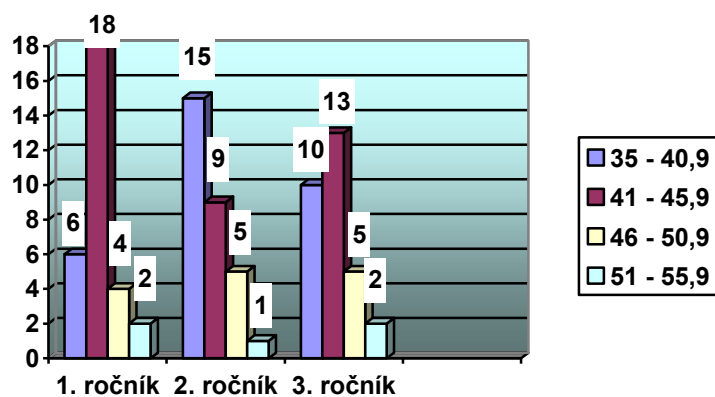
**Komentář:**

Nejvíce zastoupenou kategorií v oblasti podílu vody v organismu znázorněné v procentech je kategorie 51 – 55,9 %. V této kategorii se nachází 42 studentek z 90.

*1. ročník:* V prvním ročníku nejvíce zastoupená skupina má 15 studentek s celkovým obsahem vody 51 – 55,9 % v organismu. Na druhém místě se nachází skupina s 8 studentkami v kategorii 46 – 50,9 %. 4 studentky se nachází ve skupině 56 – 60,9 %. 2 studentky zastupují skupinu na 1. žebříčku s podílem vody mezi 42 – 45,9 % a jedna studentka je v kategorii s podílem vody v organismu mezi 61 – 65,9 %.

*2. ročník:* Nejvíce zastoupenou skupinou u druhého ročníku je také kategorie s podílem vody mezi 51 – 55,9 %. V této kategorii se nachází 18 studentek. V druhé, nejvíce zastoupené kategorii u druhého ročníku je kategorie 46 – 50,9 % s 8 studentkami. 4 studentky patří se svým podílem vody v organismu do kategorie mezi 56 – 60,9 %. První a poslední kategorie u 2: ročníku není obsazena. Jedná se o kategorii s podílem vody mezi 42 – 45,9 % a 61 – 65,9 %.

*3. ročník:* U 3. ročníku se jedná o nejvíce zastoupenou kategorii 51 – 55,9 % s celkovým počtem 14 studentek. Na druhém místě se nalézá kategorie 51 – 55,9 % s 9 studentkami. 4 studentky se nachází v kategorii 56 – 60,9 % a 3 studentky se umístily v kategorii s hodnotami mezi 42 – 45,9 % podílem vody. Žádná ze studentek není zastoupena v kategorii 61 – 65,9 %.

**Podíl svaloviny****Grafické znázornění č. 8:** Podíl svaloviny (absolutní četnost)

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

**Tabulkové znázornění č. 11:** Podíl svaloviny (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
35 – 40,9 kg	6	20,0	15	50,0	10	33,3
41 – 45,9 kg	18	60,0	9	30,0	13	43,3
46 – 50,9 kg	4	13,3	5	16,7	5	16,7
51 – 55,9 kg	2	6,7	1	3,3	2	6,7
Σ	30	100,0	30	100,0	30	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

**Komentář:**

Největší podíl svaloviny za 1. – 3. ročník má kategorie 41 – 45, 9 kg s celkovým počtem 40 studentek.

*1. ročník:* V 1. ročníku je nejvíce zastoupena již zmíněna kategorie 41 – 45,9 kg podílu svaloviny v organismu. Tato kategorie má zastoupení 18 studentek. Na druhém místě se umístila kategorie 35 – 40,9 kg s 6 studentkami. Dále se jedná o kategorii s rozmezím hmotnosti svaloviny 46 – 50,9 kg se 4 studentkami. 2 studentky se nachází v poslední z kategorií 51 – 55,9 kg.

*2. ročník:* Nejvíce studentek zaujímá kategorii s podílem svaloviny 35 – 40,9 kg, v nichž se nachází 15 studentek. 9 studentek najdeme v kategorii 41 – 45,9 kg svaloviny. Skupina s rozmezím podílu svaloviny 46 – 50,9 kg je s celkovým počtem 5 studentek. Jedna studentka zastupuje v kategorii 51 – 55,9 kg svaloviny.

*3. ročník:* Kategorie s nejvyšším počtem studentek ve 3. ročníku je 41 – 45,9 kg svaloviny. V této kategorii se nachází 13 studentek. 10 studentek je v kategorii s podílem svaloviny mezi 35 – 40,9 kg. 5 studentek najdeme v kategorii mezi 46 – 50,9 kg svaloviny. 2 studentky se nachází v poslední kategorii s nejvyšším podílem svaloviny mezi 51 – 55,9 kg svaloviny.

**Tlak**

Tabulkové znázornění č. 12: Tlak – systolický (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
mmHg	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
100 – 106	2	6,7	2	6,6	2	6,7
107 – 110	2	6,7	2	6,6	2	6,7
111 – 115	3	10,0	2	6,6	4	13,4
116 – 120	3	10,0	6	20,1	5	16,6
121 – 125	6	20,0	1	3,4	5	16,6
126 – 130	3	10,0	6	20,1	5	16,6
131 – 135	5	16,6	7	23,4	4	13,4
136 – 140	3	10,0	2	6,6	3	10,0
141 – 145	3	10,0	2	6,6	0	0,0
Σ	30	100,0	30	100,0	30	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

**Komentář:**

Nejčastěji naměřený systolický krevní tlak u 1. – 3. ročníku bez ohledu na diastolický tlak byl 131 – 135 mmHg. Celkový počet s tímto naměřeným tlakem dělá 16 studentek.

*1. ročník:* Nejčastěji naměřená hodnota systolického krevního tlaku u 1. ročníku je 121 – 125 mmHg s celkovým počtem 6 studentek. Na 2. místě se umístil systolický krevní tlak 131 – 135 mmHg u 5 studentek. V 5 skupinách je stejný počet studentek (3 studentky v každé skupině) a to 111 – 115 mmHg, 116 – 120 mmHg, 126 – 130 mmHg, 136 – 140

mmHg a 141 – 145 mmHg. Ve dvou skupinách po 2 studentkách se se svým systolickým krevním tlakem nachází v kategorii 100 – 106 mmHg a 107 – 110 mmHg.

*2. ročník:* Ve 2. ročníku je nejtypičtější systolický krevní tlak, již zmíněný i jako nejčastěji naměřený u všech třech ročníků, 131 – 135 mmHg. Tento krevní tlak byl naměřen a zaznamenán do tabulky u 7 studentek. Se systolickým krevním tlakem 116/00 – 120/00 mmHg a 126 – 130 mmHg se setkáme u 6 studentek v každé ze zmíněné kategorie. V 5 skupinách se systolickým krevním tlakem 100 – 106 mmHg, 107 – 110 mmHg, 111 – 115 mmHg, 136 – 140 mmHg a 141 – 145 mmHg jsme se setkali pokaždé u dvou studentek dané kategorie. Jedna studentka byla zařazena po změření krevního tlaku do kategorie 121 – 125 mmHg.

*3. ročník:* U 3. ročníku se nejvíce zastupují rovnou 3 kategorie se stejným počtem studentek (5 studentek v každé kategorii) a tím jsou 116 – 120 mmHg, 121 – 125 mmHg a 126 – 130 mmHg. Na druhém místě se nachází 2 skupiny se systolickým krevním tlakem 111 – 115 mmHg a 131 – 135 mmHg o obsazenosti 4 studentek v každé kategorii. Ve skupině se systolickým krevním tlakem 136 – 140 mmHg se nachází 3 studentky. V posledních dvou obsazených skupin se systolickým krevním tlakem 100 – 106 mmHg a 107 – 110 mmHg se v každé z kategorie nachází 2 studentky. Žádná ze studentek nemá systolický krevní tlak pohybující se mezi 141 – 145 mmHg.

Tabulkové znázornění č. 13: Tlak – diastolický (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
mmHg	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
54 – 60	4	13,3	2	6,7	0	0,0
61 - 65	4	13,3	4	13,3	2	6,7
66 – 70	11	36,7	4	13,3	6	20,0
71 – 75	8	26,7	6	20,0	9	30,0
76 – 80	2	6,7	9	30,0	9	30,0
81 – 85	0	0,0	4	13,4	4	13,3
86 – 90	1	3,3	1	3,3	0	0,0
Σ	30	100,0	30	100,0	30	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

#### Komentář:

*1. ročník:* V prvním ročníku je nejvíce zastoupen diastolický tlak v hodnotách mezi 66 – 70 mmHg. Celkem tento tlak byl naměřen u 11 studentek. Jako další nejčastěji naměřená hodnota činila mezi 71 – 75 mmHg. Na 3. místě se nachází 2 skupiny diastolického tlaku se stejným počtem studentek, a tím jsou skupiny 54 – 60 mmHg a 61 – 65 mmHg. U obou skupin se nachází po čtyřech studentkách. Dále se nachází skupina s diastolickým krevním tlakem mezi 76 – 80 mmHg, ve které se nachází, po změření, 2 studentky. Jedna studentka se nachází ve skupině s diastolickým krevním tlakem 86 – 90 mmHg. U žádné ze studentek nebyla naměřena hodnota 81 – 85 mmHg. Celkový počet studentek činí 30.

*2. ročník:* U 2. ročníku byl nejvíce zastoupen diastolický krevní tlak 76 – 80 se zastoupením 9 studentek. Dále s celkovým počtem 6 studentek jde o diastolický tlak 71 – 75 mmHg. U čtyř studentek se objevuje diastolický tlak 61 – 65 mmHg, 66 – 70 mmHg a 81 – 85

mmHg. U dvou studentek byl naměřen diastolický tlak s hodnotou mezi 54 – 60 mmHg a v poslední kategorii 86 – 90 mmHg s celkovým počtem jedné studentky.

*3. ročník:* U 3. ročníku se nachází hned 2 kategorie se stejným počtem studentek. Jedná se o kategorie s naměřeným diastolickým tlakem 71 – 75 mmHg a 76 – 80 mmHg, v každé z nich se nachází devět studentek. 6 studentkám byl naměřen diastolický tlak s hodnotou mezi 66 – 70 mmHg. 4 studentky se řadí svým diastolickým tlakem do kategorie 81 – 85 mmHg. Poslední ze zastoupených kategorií je diastolický tlak s hodnotou mezi 61 – 65 mmHg, kam jsou zařazeny dvě studentky. Hodnoty diastolického tlaku 54 – 60 mmHg a 86 – 90 mmHg nebyly naměřeny u žádné ze studentek.



**Puls**Tabulkové znázornění č. 14: Puls (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
61 – 65'	4	13,3	2	6,7	2	6,7
66 – 70'	3	10,0	8	26,7	3	10,0
71 – 75'	5	16,7	5	16,7	6	20,0
76 – 80'	1	3,3	7	23,4	2	6,7
81 – 85'	3	10,0	1	3,3	5	16,7
86 – 90'	3	10,0	4	13,3	4	13,3
91 – 95'	2	6,7	1	3,3	4	13,3
96 – 100'	6	20,0	1	3,3	0	0,0
101 – 105'	3	10,0	1	3,3	1	3,3
106 – 110'	0	0,0	0	0,0	2	6,7
111 – 115'	0	0,0	0	0,0	1	3,3
$\Sigma$	30	100,0	30	100,0	30	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

**Komentář:**

Nejvíce zastoupenou skupinou naměřeného pulsu u studentek 1. – 3 ročníku je 71 – 75 tepů za minutu.

*1. ročník:* V 1. ročníku nejčastěji naměřené hodnoty pulsu činila 96 – 100 tepů za minutu. Celkem 6 studentek má tyto hodnoty. Na druhém místě se nachází hodnoty naměřeného pulsu mezi 71 – 75 tepů za minutu s celkovým počtem 5 studentek. 4 studentky se nachází

v kategorii pulsu mezi 61 – 65 tepů za minutu. Ve 4 skupinách o hodnotách pulsu 66 – 70', 81 – 85', 86 – 90' a 101 – 105' se nachází po 3 studentkách. 2 studentky se nachází v kategorii o pulsu mezi 91 – 95 tepů za minutu a 1 studentka se nachází se svým pulsem v kategorii mezi 76 – 80 tepů za minutu. Žádná ze studentek neměla naměřené hodnoty pulsu mezi 106 – 110 a 111 – 115 tepů za minutu.

*2. ročník:* U 8 studentek se nejčastěji vyskytla naměřená hodnota pulsu mezi 66 – 70 tepy za minutu. 7 studentek se nachází v kategorii 76 – 80 tepů za minutu, 5 studentek v kategorii 71 – 75 tepů za minutu, 4 studentky v kategorii 86 – 90 tepů za minutu a 2 studentky se nachází svým pulsem v kategorii 61 – 65 tepů za minutu. Po jedné ze studentek se nachází ve 4 skupinách o hodnotách 81 – 85', 91 – 95', 96 – 100' a 101 – 105 tepů za minutu. U žádné ze studentek nebyla naměřena hodnota pulsu 106 – 115 tepů za minutu.

*3. ročník:* Ve 3. ročníku převládá naměřená hodnota pulsu 71 – 75 tepů za minutu, kdy naměřená hodnota byla zjištěna u 6 studentek. Na 2. místě se nachází kategorie s pulsem 81 – 85 tepů za minutu naměřené u 5 studentek. V další kategorii 86 – 90' a 91 – 95' se nachází 4 studentky v každé ze zmíněné. U 3 studentek byla naměřena hodnota pulsu 66 – 70 tepů za minutu. Ve třech kategoriích po dvou studentkách byla naměřena hodnota pulsu

61 – 65', 76 – 80' a 106 – 110 tepů za minutu. 2 kategorie o celkovém počtu 2 studentek mají hodnoty pulsu v rozmezí 101 – 105' a 111 – 115' tepů za minutu. U žádné ze studentek nebyla naměřena hodnota pulsu v rozmezí 96 – 100' tepů za minutu.

**Obvod pasu**Tabulkové znázornění č. 15: Obvod pasu (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
62 – 65 cm	2	6,7	2	6,7	0	0,0
66 – 70 cm	7	23,3	8	26,7	3	10,0
71 – 75 cm	9	30,0	11	36,7	6	20,0
76 – 80 cm	4	13,3	4	13,3	4	13,3
81 – 85 cm	3	10,0	1	3,3	4	13,3
86 – 90 cm	0	0,0	3	10,0	4	13,3
91 – 95 cm	1	3,3	1	3,3	2	6,7
96 – 100 cm	2	6,7	0	0,0	3	10,0
101 – 105 cm	2	6,7	0	0,0	2	6,7
106 – 110 cm	0	0,0	0	0,0	2	6,7
Σ	30	100,0	30	100,0	30	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

**Komentář:**

Nejvíce zastoupenou kategorií v oblasti obvodu pasu po sečtení 1. – 3. ročníku je kategorie 71 – 75 cm s 26 studentkami z 90.

*1. ročník:* V 1. ročníku je nejvíce zastoupena kategorie s obvodem boku 71 – 75 cm s obsazením 9 studentek. Na 2. místě je kategorie s rozměry 66 – 70 cm s obsazením 7 studentek. 4 studentky se nachází v kategorii s rozměry pasu mezi 76 – 80 cm a 3 studentky s rozměry mezi 81 – 85 cm. 3 kategorie o 2 studentkách v každé z nich se nachází

v kategorii s rozměry mezi 62 – 65 cm, 96 – 100 cm a 101 – 105 cm. 1 studentka se nachází v kategorii 91 – 95 cm. Žádná ze studentek se nenachází v kategorii 105 – 110 cm.

*2. ročník:* U 2. ročníku je nejvíce zastoupenou kategorií obvod pasu mezi 71 – 75 cm. V této kategorii se nachází 11 studentek. Druhá nejvíce obsazovaná kategorie je s obvodem pasu studentek 66 – 10 cm, n v nichž se nachází 8 studentek. 4 studentky se nachází svými rozměry ve skupině mezi 76 – 80 cm, 3 studentky mezi 86 – 90 cm a 2 studentky v 62 – 65 cm. Po jedné studentce se nachází v kategorii 81 – 85 cm a 91 – 95 cm. Kategorie 96 – 100 cm, 101 – 105 cm a 106 – 110 cm není zastoupena žádnou studentkou.

*3. ročník:* Na 1. místě u 3. ročníku se nachází kategorie 71 – 75 cm s celkovým počtem 6 studentek. Studentky s rozměry 76 – 80 cm, 81 – 85 cm a 86 – 90 cm jsou zastoupeny v každé z kategorie po čtyřech. Ve dvou skupinách o obvodech 66 – 70 cm a 96 – 100 cm se zastoupením 3 studentek v každé z kategorií. Ve třech kategoriích o obvodech pasu 91 – 95 cm, 101 – 105 cm a 106 – 110 cm se zastoupením 2 studentek v každé z kategorií. Žádná ze studentek 3. ročníku nemá obvod pasu mezi 62 – 65 cm.

**Obvod boků**Tabulkové znázornění č. 16: Obvod boků (absolutní a relativní četnost)

Ročník	1. ročník		2. ročník		3. ročník	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
82 – 85 cm	0	0,0	5	16,7	0	0,0
86 – 90 cm	4	13,3	5	16,7	5	16,7
91 – 95 cm	6	20,1	5	16,7	4	13,3
96 – 100 cm	9	30,0	8	26,7	7	23,3
101 – 105 cm	4	13,3	4	13,3	4	13,3
106 – 110 cm	3	10,0	2	6,6	2	6,7
111 – 115 cm	0	0,0	0	0,0	2	6,7
116 – 120 cm	3	10,0	0	0,0	3	10,0
121 – 125 cm	0	0,0	0	0,0	2	6,7
126 – 130 cm	0	0,0	0	0,0	0	0,0
131 – 134 cm	1	3,3	1	3,3	1	3,3
$\Sigma$	30	100,0	30	100,0	30	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2016

**Komentář:**

*1. ročník:* Nejvíce žen má hodnoty obvodu boků 96 – 100 cm. Celkový počet studentek s tímto obvodem je 9. Druhá nejvíce naměřená hodnota u studentek byla 91 – 95 cm. Tento obvod má 6 studentek. Stejný počet studentek má obvod 86 – 90 cm a 101 – 105 cm. Tyto obvody byly naměřeny 4 studentkám ve skupině 86 – 90 cm a 4 studentkám s mírami ve skupině 101 – 105 cm. 3 studentky spadají svými obvody do kategorie 106 – 110 cm a tentýž počet studentek se nachází ve skupině 116 – 120 cm. 1 studentka spadá do kategorie

mezi 131 – 132 cm. Žádná ze studentek se nenachází v kategorii s obvodem boků 82 – 85 cm, 111 – 115 cm, 121 – 121 cm a 126 – 130 cm.

*2. ročník:* Nejvíce studentek spadá se svými naměřenými obvody do skupiny 96 – 100 cm. V této kategorii se nachází 8 studentek. 5 studentek najdeme v kategorii 82 – 85 cm, stejný počet studentek se nachází ve skupině obvodů 86 – 90 cm a dalších 5 studentek svými obvody najdeme v kategorii 91 – 95 cm. 4 studentky mají míry z kategorie 101 – 105 cm. 2 studentky jsou ve skupině 106 – 110 cm a 1 studentka se nachází ve skupině 131 – 134 cm.

*3. ročník:* Nejzaslouženější kategorii u 3. ročníku s obvody boků je mezi 96 – 100 cm, v nichž se nachází 7 studentek. Na 2. místě je kategorie s 5 studentkami s obvody 86 – 90 cm. Ve dvou skupinách je stejný počet studentek (po 4 studentkách) a tím jsou 91 – 95 cm a 101 – 105 cm. 3 studentky jsou zařazeny ve skupině s obvody boků 116 – 120 cm. Ve 3 kategoriích se nachází stejný počet studentek (po 2 studentkách) a to v kategorii 106 – 110 cm, 111 – 115 cm a 121 – 125 cm. 1 studentka se řadí svými rozměry v kategorii 131 – 134 cm. Žádná ze studentek se nenachází v kategorii 82 – 85 cm a 126 – 130 cm.

## DISKUSE

V praktické části bakalářské práce byly zjišťovány údaje zaměřené na životní styl mladých dospělých formou dotazníkového šetření. Na začátku byly stanoveny 3 cíle.

### **C1: Zjistit, jak a jakým způsobem se mladí dospělí stravují.**

Denní optimální množství přijatých porcí činí 5. Tuto skutečnost dodržuje nejvíce 3. ročník (43,5 %), nejméně 2. ročník (29,3 %). Naproti tomu vyšlo najevo, že 12,2 % studentů 2. ročníku a 4 % studentů 3. ročníku sní pouze 1–2 porce stravy denně. V prvním ročníku nebyl žádný respondent. Optimálního množství porcí za den dosáhlo ve 3. ročníku 43,5 %, v 1. ročníku 33,3 % a ve 2. ročníku 29,3 %. Je až zarážející, že ani polovina ze zúčastněných studentů nedodržuje optimální denní počet porcí. Bylo by vhodné věnovat se studentům aktivně v oblasti zdravé výživy, aby pochopili, že pravidelné vyvážené stravování je jediné přínosem. Hlavně kvůli zdraví.

Mladí dospělí si nedopřejí adekvátní množství času k poklidnému stolování, což může být rizikovým faktorem ke vzniku nespočtu onemocnění, ať už v oblasti zažívacích obtíží, tak v oblasti kardiovaskulárního a metabolického systému. Mladí dospělí podceňují význam pravidelné konzumace ovoce a zeleniny. Více jak 50% studentů všech 3 ročníků nekonzumuje denní optimální množství zeleniny a ovoce (300 – 500g/den), to může mít za následek zhoršené trávení pro nedostatek vlákniny v organismu. Z nedostatku příjmu přirozeného zdroje vitamínů a minerálů může vést k větší náchylnosti propuknutí respiračního onemocnění, kožním nemocem a k mnoha dalším nemocem postihující různé tělesné soustavy.

Součástí výživy jsou i tekutiny. V dotazníku se konkrétně dotazujeme na příjem tekutin. Tekutiny, jako je káva, čaj či alkoholické nápoje, nejsou zahrnuty do pitného režimu, tudíž se na ně neptáme. Z výsledků jasně vyplývá, že ani polovina studentů všech ročníků nesplňuje denní limit okolo 2 litrů tekutin. Při nízkém příjmu tekutin dochází k nedostatečné výměně látek v organismu a vylučování škodlivin z těla. Naopak při jeho dostatku stoupá funkčnost celého těla, duševní funkčnost a podporuje i zdravý vzhled pokožky. Podle studie, kterou provedla Zuzana Vránová (2011) ve své bakalářské práci s názvem „*Kouření, stravování a pitný režim sester při výkonu profese na vybraných odděleních*“, srovnává mimo jiné pitný režim sester. Její studie není zcela shodná s naší, ale jakožto budoucí všeobecné sestry můžeme srovnat, zda jsme my, studenti, na tom lépe s pitným režimem než sestry – budoucí profese.

Z výsledků studie Zuzany Vránové (2011) vyplynulo, že 16,6 % sester vypije do 1 litru tekutin za den. Při srovnání se studenty vidíme, že do 1 litru tekutin vypije v 1. ročníku 18,0 % studentů, ve 2. ročníku 17,0 %, a ve 3. ročníku 30,4 %. Jak z výsledků můžeme vidět, 3. ročník je v oblasti pitného režimu o necelou polovinu horší, než sestry. Očekávalo by se, že studenti vzhledem k pitnému režimu na tom budou lépe. I když s přibývajícím studiem a nabytí znalostí v oblasti zdravé výživy tomu výsledky neodpovídají. Jestli se jedná pouze o nedbalost a nepřisuzování pitnému režimu váhu, o tom bychom mohli vést dlouhé diskuse. Ve srovnání ročníků mezi sebou s pitným režimem do 1 litru tekutin, 3. ročník dosáhl prvenství s 30,4 %. Nejlépe obstál 2. ročník (17,0 %) s nejnižším procentem zastoupení pitného režimu do 1 litru tekutin. Jak již bylo výše zmíněno, denně by měl člověk vypít okolo 2 litrů tekutin. Při srovnání studentů mezi jednotlivými ročníky nejvíce dodržuje pitný režim 2. ročník. Rozdíly mezi ročníky jsou minimální, pohybují se mezi 0,2 – 1,5 procent (1. ročník: 20,5 %, 2. ročník: 22,0 %, 21,8 %). (Vránová, 2011, s. 31)

Na otázku jestli se studenti stravují v provozovnách rychlého občerstvení, odpovědělo kladně v 1. ročníku 51,3 % studentů, 2. ročníku 56,1 % a ve 3. ročníku 65,2 %. Při porovnání s příjmem ovoce a zeleniny by bylo vhodné zamyslet se nad svým jídelníčkem, zdravím, způsobu života i chováním.

V celkovém hodnocení výsledků oblasti zdravé výživy dospívám k závěrům, že studenti i vzhledem k vzdělání a stále aktuálního tématu se nechovají příkladně k sobě samým a také jako vzor pro ostatní. Spojení hektického stolování, nízkého příjmu správných tekutin, málo příjmu ovoce a zeleniny a naopak vysokého procenta stravování v provozovnách rychlého občerstvení nepříznivě ovlivňuje organismus po všech stránkách. I když nepocitujeme žádné z příznaků onemocnění, měli bychom zvážít, jak se chováme v této oblasti.

## **C2: Zjistit, kolik času respondenti věnují pohybu a naopak, kolik času věnují sedavému způsobu života.**

Srovnáme-li denní pohyb po dobu alespoň 30 minut proti žádné pohybové aktivitě, tak denně se aktivnímu pohybu věnuje v 1. ročníku 2,6 %, 2. ročníku 2,4 % a 3. ročníku 4,3%. Nesportuje v 1. ročníku 10,3 %, 2. ročníku 14,6 % a 3. ročníku 21,8 %. Z výsledků nám vyplývá, že převyšuje inaktivita. Ovšem, porovnáme-li poměr mezi pohybovou aktivitou bez ohledu na frekvenci pohybu a inaktivitou, výsledky jsou následující: v 1. ročníku alespoň



občas sportuje 89,7 % studentů, ve 2. ročníku 85,4 % studentů a ve 3. ročníku 78,2 %. Tato část je podstatně lepší, než část věnující se výživě. Ale stále nepatříme mezi špičku v pohybové aktivitě, ani ¼ studentů zdravotnického oboru se denně aktivně nevěnuje sportu, čímž se navyšuje riziko nejen navýšení hmotnosti, ale s přibýváním stoupá i riziko přidružení onemocnění.

V otázce věnované času tráveného u počítače, notebooku či tabletu jak ve škole, zaměstnání, tak doma jsme došli k zajímavým výsledkům. U počítače tráví 4 – 6 hodin v 1. ročníku 41,0 %, ve 2. ročníku 39,0 % studentů a ve 3. ročníku 60,9 %. Žádný ze studentů neodpověděl, že by u PC, notebooku či tabletu netrávil čas. To je názorná ukázka, že moderní doba se neobejde bez moderních technologií. Čím delší čas trávíme u počítače, tím spíše se mohou projevit bolesti hlavy, unavených očí, ztuhlosti krční páteře a svalstva, bolesti různých částí páteře, především bederní části a mnoho dalších nepříjemností. S nastupující moderní technikou se vytlačuje z povědomí lidí přirozený pohyb nejen v podobě sportu, jsme strnulí, sedíme v jedné poloze, či tělu nepřirozených polohách někdy i několik hodin. Počítače od-poutávají pozornost od okolního dění, klesá samozřejmě i přirozený kontakt s člověkem, kontakt s okolním prostředím, nevěnujeme pozornost pitnému režimu a pravidelnému stravování. V otázce přestávek mezi prací na PC, notebooku či tabletu jsou výsledky následující: kladnou odpověď uvedlo v 1. ročníku 64,1 %, 2. ročníku 58,5 % a 3. ročníku 43,5 %. Zápornou odpověď uvedlo v 1. ročníku 35,9 %, 2. ročníku 41,5 % a 3. ročníku 56,5 %. Nejvhodnější, vzhledem ke zdraví, by bylo, kdyby u všech ročníků byla odpověď, že si studenti dávají alespoň 10 minutové zdravotní pauzy během práce na PC, tabletu či notebooku. Tento čas by využili například k protažení celého těla, doplnění tekutin, zrelaxovat se.

V části věnované pohybu můžeme dojít k závěru, že moderní technika vytlačuje přirozený pohyb z každodenního života každého z nás. Nevěnujeme pohybu takové množství času, jako věnujeme počítači. Důsledky jsou jmenované výše, jen bych chtěla říci, že by bylo vhodné oprostít se ze spárů monitorů a věnovat se koníčkům, zálibám, tím se zlepší i psychická stránka a i ta je důležitá k celkovému zdraví a pohodě.

**C3: Zjistit, zda se mladí dospělí chovají rizikově vzhledem ke svému životnímu stylu.**

V dotázání na kouření, kde jsou zařazeni i příležitostní kuřáci, odpověděli v jednotlivých ročnících následovně: v 1. ročníku kouří 28,2 %, ve 2. ročníku 43,9 % a ve 3. ročníku 21,7 %. Ve srovnání s výzkumem Zuzany Vránové (2011), která srovnává kouření u sester, je 30 % sester kuřaček, což se blíží procentuálně 1. ročníku. V dotazníku odpovědělo, že jsou nekuřáci v 1. ročníku 71,8 %, ve 2. ročníku 56,1 % a ve 3. ročníku 78,3 %. Výsledky jsou zajímavé. U konkretizování množství vykouřených cigaret za den nejvíce studentů odpovědělo do 5 ks denně. 1 student (2. ročník) uvedl, že vykouří denně více než 20 ks cigaret.

V zjišťování počtu studentů, kteří se dostávají do zakouřeného prostředí a tím se stávají pasivními kuřáky, jsou čísla alarmující. Ve všech ročnících je počet pasivních kuřáků vyšší jak 50%. Rozvedeme si to na jednotlivé ročníky. V 1. ročníku odpovědělo 71,8 % studentů, že patří mezi pasivní kuřáky. Ve druhém ročníku jich je 78,0 % a ve 3. ročníku 56,5 %. Jen 3. ročník se pohybuje s procenty okolo poloviny. Zda se jedná o pasivní kuřáky dobrovolně či nedobrovolně, o tom by se mohly vést další studie. I když jedinec není kuřákem, pasivní kouření je už jistý druh kouření.

Alkohol dělíme na tvrdý (např. vodka, slivovice) a ostatní (např. pivo, víno). Největší zastoupení studentů, kteří konzumují tvrdý alkohol, je ve 2. ročníku (78,0 %). Nejnižší počet konzumentů tvrdého alkoholu se nachází u 3. ročníku (56,5 %). Opět názorně vidíme, že konzumace alkoholu se nepohybuje pod hodnotou 50 %. V konzumaci piva či vína je na tom nejhůře 2. ročník (97,6 %) a nejlépe 1. ročník (89,7 %). Nadměrná a/nebo pravidelná konzumace alkoholu výrazně podporuje vznik onemocnění. Nejznámějším onemocněním, které je často spojováno s konzumací alkoholu je cirhóza jater. Kromě cirhózy mohou ale vzniknout i další nemoci.

Pro získání většího množství dat a ucelenosti byli studenti navíc měřeni a váženi. Ze získaných údajů, jako je výška, obvod pasu a boků, fyziologických hodnot (tlak a puls), jsme získali ucelenou podobu životního stylu mladých dospělých a jejich rizikové chování. Toto chování má vliv na riziko vzniku například kardiovaskulárního onemocnění, metabolického onemocnění, vznik rakoviny a mnoho dalších.

Tímto měřením jsme chtěli zjistit, zda s přibývajícím rokem studia na vysoké škole stoupá hmotnost, obvod pasu a boků a další hodnoty přispívající k riziku vzniku civilizačních one-

mocnění. K našemu překvapení tomu tak zcela není. Potvrdilo se nám pouze to, že ve 3. ročníku studenti přibrali na hmotnosti.

Z výpočtu BMI (tělesná hmotnost (kg) / tělesná výška<sup>2</sup> (m)) vyšlo, že více jak 50% studentů všech ročníků je se svým BMI v normě (18,5 – 24,9). Normu překračuje v 1. ročníku 23,3 %, ve 2. ročníku 16,7 % a ve 3. ročníku 40,0 %.

Norma podílu tuku v těle je u žen 25 – 30% a u mužů 20 – 25%. Zaměříme se na ženy, muži si nepřáli zapojit do měření hodnot. Z naměřených hodnot vyplynulo, že více, jak 50% studentek splňuje normu hodnoty podílu tuku v těle. Pouze u 3. ročníku převažuje vyšší hodnota podílu tuku (60,0 % studentek).

Optimální zastoupení tekutiny v organismu činí okolo 55%. Pod touto hodnotou se nachází pouze 3 studentky, dvě v 1. ročníku, jedna ve 3. ročníku.

Z naměřených hodnot krevního tlaku jsme posuzovali zvlášť systolický krevní tlak a diastolický. Hypertenze začíná na hodnotách krevního tlaku 140/90 mmHg. Vyšší hodnota systolického krevního tlaku byla naměřena u 5 studentek, a to v 1. ročníku u 3 studentek (10,0 %) a ve 2. ročníku u 2 studentek (6,6 %). Diastolický krevní tlak s hodnotou vyšší jak 90 mmHg nebyl naměřen.

Hypotenze se vyznačuje krevním tlakem s hodnotami menšími než 100/60 mmHg. Tyto hodnoty jsme u systolického krevního tlaku nenaměřili u žádné ze studentek. Diastolický krevní tlak s touto hodnotou jsme naměřili u 6 studentek. Jednalo se o čtyři studentky (13,3 %) studující 1. ročník a dvě studentky (6,7 %) studující 2. ročník.

U studentek jsme taktéž měřili puls. S hodnotami tachykardie (hodnoty vyšší jak 90 – 100 tepů/min.) jsme se setkali u 15 studentek z celkového počtu 90 (16,6 %). Bradykardii (hodnota nižší, než 60 tepů za minutu) jsme nenaměřili u žádné ze studentek. Ovšem na hranici této hodnoty se nachází 8 studentek při součtu všech 3 ročníků.

Při zjišťování rizika vzniku metabolických a/nebo oběhových komplikací jsme studentkám měřili mimo jiné i obvod pasu. Hodnota 80 cm a více znamená zvýšené riziko vzniku onemocnění. U 8 z 90 studentek (8,8 %) byl naměřen obvod pasu větší, než 80 cm. Zastoupení v jednotlivých ročnících: 1. ročník zastupují 3 studentky (10,0 %), 2. ročník 1 studentka (3,3 %) a 3. ročník 4 studentky (13,3 %). Vysoké riziko hrozí při naměření hodnoty pasu

nad 88 cm. 22 z 90 studentek (24,4 %) tuto hranici překračuje. 1. ročník zastupuje 5 studentek (16,7 %), 2. ročník 4 studentky (13,3 %) a 3. ročník 13 studentek (43,4 %).

Ze získaných dat dotazníkovou formou a antropologickou metodou, včetně měření fyziologických hodnot, jsme došli k závěru, že 3. ročník je na tom ze všech ročníků nejhůře vzhledem k pohybu, stravování, což se odrazilo i na antropologických hodnotách, jako je BMI, podíl tuku v organismu s více jak 60% zastoupení, obvod BMI a zvýšené hodnoty systolického krevního tlaku. Připisuji tyto nechvalné výsledky zvýšeným nárokům na studenty vzhledem k ukončování studia, psaní závěrečné práce, studování nejen na zkoušky během studia, ale i na závěrečné zkoušky. Vše je mezi sebou propojené v tom slova smyslu, že se 3. ročník hůře stravuje, navštěvuje provozovny rychlého občerstvení namísto zvolení kvalitního plnohodnotného jídla, ovšem fast food je rychleji připraven a vzhledem i k rozvrhu studenti nemají tolik příležitostí se zdravě občerstvit. Samotné automaty na školách nenabízí žádné zdravé svačinky, například zeleninové nebo ovocné mísy, student tak nemá příležitost si vybrat. Další věc, která zvyšuje riziko onemocnění u studentů je sedavý způsob. Ten ale nelze ve 3. ročníku plně nahradit sportem. Důvodem je opět učení. Co nás ale z výsledků mile překvapilo, bylo, že studenti 3. ročníku patří mezi studenty s nejnižším počtem kuřáků. Můžeme to přisuzovat nabytí vědomostí a informací ze školních lavic, či praxe na odděleních nemocnice. 2. ročník vyšel ze všech studií nejlépe. A 1. ročník v oblasti kouření je na tom nejhůře v počtu studentů. Těmto studentům by měla být poskytnuta pomoc, jak skoncovat s kouřením. Kouření nepřináší nic dobrého, jen pohlcuje peníze, ničí zdraví a může i brát přátele, kteří jsou nekuřáci. V oblasti alkoholu by měli studenti všech ročníků snížit konzumaci, například tvrdý alkohol člověku opět nepřináší nic prospěšného. Studentům bych doporučila zamyslet se nad svým stravováním, protože stravovat se musíme stále, ale jen na nich záleží v jaké kvalitě. Čím více budou rozmýšlet, co zkonsumují, budou dodržovat pitný režim, mohou si život jen zkvalitnit a cítit se lépe. Počítače, notebooky a tablety patří k dnešní době, ale měli by se zamyslet, zda se nezanedbávají na úkor moderní technice. Jestli nezanedbávají sebe, rodinu, přátele, koníčky, odpočinek. To vše je důležité pro regeneraci a duševní očistu a prevence stresu. Zvýší-li i pohybovou aktivitu, zredukují tělesnou hmotnost, sníží konzumaci alkoholu na minimum, přestanou kouřit, sníží se riziko vzniku onemocnění, vzhledem k rizikovým faktorům, jakékoliv tělesné soustavy.

## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak vysoké riziko vzniku civilizačních nemocí se vyskytuje u jednotlivých ročníků oboru všeobecná sestra.

Teoretická část vysvětluje důležité informace z oblasti životního stylu, zdraví a prevence, chování se rizikově a důsledky rizikového chování u mladých dospělých. Jsou zde vypsány vybrané civilizační nemoci, jejich příčina, projevy a hlavně rizikové faktory, prevence a terapie.

Praktická část obsahuje výsledky dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo celkem 103 studentů oboru všeobecná sestra, 1. – 3. ročník, FHS, UTB ve Zlíně. Výsledky této práce jsou zpracovány v tabulkové podobě, některé z výsledků i ve formě grafické.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že studenti nevěnují velkou pozornost výběru vhodné stravy, nedopřejí si klidné stolování, nesplňují denní limit příjmu ovoce a zeleniny, zanedbávají pitný režim. V části věnované pohybu převládá inaktivita oproti aktivnímu věnování se pohybu alespoň 30 minut denně. Kdežto u PC, notebooku, či tabletu tráví studenti několik hodin denně. Nejvíce času u PC apod. věnují studenti 3. ročníku. Část týkající se rizikového chování (kouření a konzumace alkoholu) a jeho výsledky byly překvapující. Největší zastoupení kuřáků a kuřaček je v 2. ročníku (43,9 %) a nejméně ve 3. ročníku (21,7 %). V průměru denně studenti vykouří méně jak 5 ks cigaret. Více jak 50% studentů všech ročníků patří mezi pasivní kuřáky. V otázce týkající se alkoholu odpovědělo, že tvrdý alkohol (např. vodka, slivovice) konzumuje opět více jak 50% studentů všech ročníků, i když je konzumace tvrdého alkoholu vysoká, 3. ročník ze všech ročníků vyšel nejlépe. Konzumace vína či piva ukazuje, že se pohybuje okolo 90% konzumentů všech ročníků.

Druhou fází praktické části je měření antropologických údajů a měření fyziologických hodnot v podobě krevního tlaku a pulsu. Z výsledků jasně vyplývá, že studenti jsou ohroženi nadváhou nebo již spadají do kategorie nadváhy. Nasvědčují tomu výsledky BMI. Je zde i zvýšené riziko vzniku metabolického onemocnění či oběhových komplikací. K těmto závěrům jsme došli po změření obvodu pasu, kdy obvod pasu u žen s 80 a více cm přispívá k vyššímu riziku onemocnění a při obvodu pasu větším, než 88 cm je riziko již vysoké. 3. ročník patří nejvíce ze všech ročníků do kategorie jak s vyšším, tak i s vysokým rizikem vzniku onemocnění. A 1. ročník na tom je jen o pár procent lépe. 2. ročník je na tom se

svými výsledky nejlépe, kromě krevního tlaku, kde se vyskytly u 2 studentek vyšší hodnoty systolického tlaku.

V celkovém hodnocení výsledků v oblasti zdravé výživy dospíváme k závěrům, že studenti i vzhledem k vzdělání a stále aktuálnímu tématu zdraví se nechovají příkladně k sobě samým ani jako vzor pro ostatní. Spojení hektického stolování, nízkého příjmu správných tekutin, malého přísunu ovoce a zeleniny a naopak vysokého procenta stravování v provozovnách rychlého občerstvení, nepříznivě ovlivňuje organismus po všech stránkách. I když nepocítujeme žádné z příznaků onemocnění, měli bychom zvážit, jak se chováme v této oblasti.

Výstupem bakalářské práce je přednáška studentům oboru všeobecná sestra, prezenčního bakalářského studia na Fakultě humanitních studií, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Studentům byly prezentovány výsledky výzkumného vzorku respondentů a byla přednesena prezentace o dopadech rizikového chování na zdraví člověka. Přednáška se uskutečnila dne 16. 5. 2016 v 16:00 v rámci výuky vnitřního lékařství za dozoru vedoucí bakalářské práce MUDr. Jany Pelkové.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

AVERY, Amanda. Managing Obesity in Young Adults. *Practice Nursing*. 2012, vol. 23, no. 6 s. 291-294. ISSN:0964-9271.

AYERS, Susan a Richard DE VISSER, 2015. *Psychologie v medicíně*. Překlad Helena Hartlová. Praha: Grada Publishing, xiv, 552 strany. Psyché (Grada). ISBN 9788024752303.

BENEŠ, Jiří, Jaroslava KYMPLOVÁ a František VÍTEK, 2015. *Základy fyziky pro lékařské a zdravotnické obory: pro studium i praxi*. Praha: Grada, 224 s., [4] s. obr. příl. ISBN 9788024747125.

BLAŽEJOVSKÝ, Marek, 2015. *Drogy v dopravě*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 9788074789038.

BOLAND, Mike, Matt GOLDING a Harjinder SINGH, 2014. *Food structures, digestion, and health*. Boston: Elsevier/AP, Academic Press is an imprint of Elsevier, xvii, 520 pages. ISBN 012404610X.

BORZOVÁ, Claudia, 2009. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 9788024729787.

ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDOVÁ a Hynek DOLANSKÝ, 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024728605.

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, 264 s., [4] s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 9788024731292.

DOLEŽAL, Martin a Radim JEBAVÝ, 2013. *Přírozený funkční trénink*. Praha: Grada, 141 s. Fitness, síla, kondice. ISBN 9788024744384.

*Civilizace a nemoci*, 2009. Praha: Futura, 272 s. ISBN 9788086844534.

DUFFKOVÁ, Jana, Lukáš URBAN a Josef DUBSKÝ, 2008. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. Vysokoškolské učebnice (Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk). ISBN 9788073801236.

GOLDMANN, Radoslav a Martina CICHÁ, 2005. *Antropologický obraz populace moravských lokalit: psychosomatické studie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 8024411512.

- HOFBAUER, Břetislav, 2004. *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál, 2004. ISBN 8071789275.
- HAINER, Vojtěch, 2011. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, xxvi, 422 s., 16 s. barev. obr. příl. ISBN 9788024732527.
- HALUZÍK, Martin a Štěpán SVAČINA. *Metabolický syndrom a nukleární receptory: PPAR*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0824-8.
- HAVLÍK, Jaroslav a Milan MAROUNEK, 2012. *Živiny a živinové potřeby člověka: učebnice pro studenty ČZU v Praze*. V Praze: Česká zemědělská univerzita v Praze, 2012. ISBN 978-80-213-2269-1.
- HIRT, Miroslav, 2012. *Dopravní nehody v soudním lékařství a soudním inženýrství*. Praha: Grada, 151 s. ISBN 9788024743080.
- HOMOLKA, Pavel, 2010. *Monitorování krevního tlaku v klinické praxi a biologické rytmy*. Praha: Grada, 208 s., 4 s. barev. obr. příl. ISBN 9788024728964.
- CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 265 s. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024713694.
- CHROBÁK, Ladislav, 2007. *Propedeutika vnitřního lékařství: nové, zcela přepracované vydání doplněné testy*. 2. vyd. Praha: Grada, 243 s. ISBN 9788024713090.
- JABOR, Antonín, 2008. *Vnitřní prostředí*. Praha: Grada, xxvi, 530 s. ISBN 9788024712215.
- KALINA, Kamil, 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 696 stran. Psyché (Grada). ISBN 9788024743318.
- KARAFIÁTOVÁ, Eva, 2013. *Kvalita pitného režimu žáků vybraných středních škol v Prostějově* [online]. Olomouc [cit. 2016-05-18]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/618439/00181139-152228782.pdf>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci.
- KOPEC, Karel, 2010. *Zelenina ve výživě člověka*. Praha: Grada, 159 s. Zdraví & životní styl. ISBN 9788024728452.
- KOTULÁN, Jaroslav, 2012. *Zdravotní nauky pro pedagogy*. 3. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 9788021057630.



- KUDLOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 9788024753676.
- KUBÁTOVÁ, Helena, 2010. *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 9788024724560.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 9788024727134.
- LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.
- MÁČEK, Miloš a Jiří RADVANSKÝ, c2011. *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Praha: Galén, xvi, 245 s. ISBN 9788072626953.
- MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ, 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024727158.
- MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ, 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 312 stran. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024753515.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 248 s. Sestra (Grada). ISBN 8024714426.
- MITÁŠ, Josef a Karel FRÖMEL, 2013. *Pohybová aktivita české dospělé populace v kontextu podmínek prostředí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 175 s. ISBN 9788024439907.
- MÜLLEROVÁ, Dana, 2003. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech: z pohledu jednotlivce i populačních skupin*. Praha: Triton, 99 s. ISBN 8072544217.
- PAVLUCH, Lukáš a Kateřina FROLÍKOVÁ, 2004. *Osobní trenér: cvičíme ve fitness centru*. Praha: Grada, 229 s. Fitness, síla, kondice. ISBN 8024706784.
- PRIEB, Mirriam, 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 175 s. ISBN 9788024753942.
- REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 184 s. Sociologie (Grada). ISBN 9788024730066.
- RYBKA, Jaroslav a kol., 2006. *Diabetologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 9788024716121.

*Sbírka zákonů Česká republika*. Břeclav: Moraviapress. ISSN 12111244.

SOPROVÁ, Martina, 2013. *Metabolický syndrom versus civilizační onemocnění* [online]. České Budějovice [cit. 2016-05-18]. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z: [http://theses.cz/id/mwh2hv/Soprova\\_Martina\\_DP.pdf](http://theses.cz/id/mwh2hv/Soprova_Martina_DP.pdf).

STEFFEN, Hans-Michael, 2010. *Diferenciální diagnostika ve vnitřním lékařství*. Praha: Grada, xxii, 391 s. ISBN 9788024727806.

STELLAROVÁ, Apolena, 2014. *Tuky taky!* [online]. Brno [cit. 2016-05-18]. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/416719/lf\\_m/Diplomova\\_prace.pdf](http://is.muni.cz/th/416719/lf_m/Diplomova_prace.pdf). Diplomová. Masarykova univerzita.

STREITOVÁ, Dana a Renáta ZOUBKOVÁ, 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5215-0.

SVAČINA, Štěpán, 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada, 381 s. ISBN 9788024722566.

SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ, 2008. *Dietologický slovník*. Praha: Triton, 271 s. ISBN 9788073870621.

SVAČINA, Štěpán, Dana MÜLLEROVÁ a Alena BRETŠNAJDROVÁ, 2012. *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty*. Praha: Triton, 331 s. Lékařské repetitorium. ISBN 9788073873479.

ŠPINAR, Jindřich a Jiří VÍTOVEC, 2007. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. Praha: Grada, 256 s. ISBN 9788024718224.

ŠTEJFA, Miloš, 2007. *Kardiologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, xxxiii, 722 s., 16 s. barev. obr. příl. ISBN 9788024713854.

TOMÁŠEK, Jiří. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ, 2015. Asclepius. ISBN 9788088046011, 448 s.

VÁŽANSKÝ, M., 2001. *Základy pedagogiky volného času*. Brno: Print-Typia, spol. s.r.o., 2001, ISBN 8086384004, 175 s.

VOKURKA, Martin. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 3., upr. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2032-9.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3742-3.

VRÁNOVÁ, Zuzana, 2011. Kouření, stravování a pitný režim sester při výkonu profese na vybraných odděleních [online]. Olomouc, 2011 [cit. 2016-05-18]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/bc7exu/>>.

VRÁNOVÁ, Dagmar. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG, 2013. ISBN 978-80-7263-788-1.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 228 s., 24 s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 9788024734194.

*Výkladový ošetrovatelský slovník*, 2008. Překlad Veronika Di Cara, Helena Vidovičová. Praha: Grada, 568 s. ISBN 9788024722405.

**SEZNAM GRAFŮ – DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ**

Grafické znázornění č. 1: Jakého jste pohlaví?

Grafické znázornění č. 2: Kolik je Vám let?

Grafické znázornění č. 3: Kolikátý ročník studujete?

Grafické znázornění č. 4: Jste studentem/studentkou zdravotnického oboru?

Grafické znázornění č. 5: Jíte jídlo ve spěchu, aniž byste si k němu alespoň na 10 minut sedli?

Grafické znázornění č. 6: Jíte každé jídlo nejméně 10 minut?

Grafické znázornění č. 7: Denní optimální množství přijaté zeleniny je 3 – 5 porcí, tj. 300 – 500 g a ovoce 2 – 4 porce. Splňujete tento limit?

Grafické znázornění č. 8: Stravujete se v provozovnách rychlého občerstvení?

Grafické znázornění č. 9: Dáváte si během práce na PC, notebooku nebo tabletu 10 minutové pauzy?

Grafické znázornění č. 10: Jste kuřák/kuřačka?

Grafické znázornění č. 11: Dostáváte se do uzavřeného prostředí, kde se kouří a tím patříte mezi pasivní kuřáky?

Grafické znázornění č. 12: Pijete tvrdý alkohol?

Grafické znázornění č. 13: Pijete víno či pivo?

**SEZNAM TABULEK – DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ**

Tabulkové znázornění č. 1: Jakého jste pohlaví?

Tabulkové znázornění č. 2: Kolik je Vám let?

Tabulkové znázornění č. 3: Kolikátý ročník studujete?

Tabulkové znázornění č. 4: Jste studentem/studentkou zdravotnického oboru?

Tabulkové znázornění č. 5: Kolik porcí (o velikosti Vaší pěsti) denně sníte?

Tabulkové znázornění č. 6: Jíte jídlo ve spěchu, aniž byste si k němu alespoň na 10 minut sedli?

Tabulkové znázornění č. 7: Jíte každé jídlo nejméně 10 minut?

Tabulkové znázornění č. 8: Denní optimální množství přijaté zeleniny je 3 – 5 porcí, tj. 300 – 500 g a ovoce 2 – 4 porce. Splňujete tento limit?

Tabulkové znázornění č. 9: Kolik denně vypijete tekutin (nezapočítává se káva, čaj, alkoholické nápoje)?

Tabulkové znázornění č. 10: Stravujete se v provozovnách rychlého občerstvení?

Tabulkové znázornění č. 11: Jak často navštěvujete fast – food?

Tabulkové znázornění č. 12: Jak často se aktivně věnujete pohybu po dobu alespoň 30 minut (běh, posilovna, trénink,...)?

Tabulkové znázornění č. 13: Kolik času v průměru denně strávíte u PC, notebooku či tabletu jak ve škole, zaměstnání, tak doma?

Tabulkové znázornění č. 14: Dáváte si během práce na PC, notebooku nebo tabletu 10 minutové pauzy?

Tabulkové znázornění č. 15: Jste kuřák/kuřačka?

Tabulkové znázornění č. 16: Kolik kusů cigaret denně vykouříte?

Tabulkové znázornění č. 17: Dostáváte se do uzavřeného prostředí, kde se kouří a tím patříte mezi pasivní kuřáky?

Tabulkové znázornění č. 18: Pijete tvrdý alkohol?

Tabulkové znázornění č. 19: Pijete víno či pivo?

## SEZNAM GRAFŮ – ŠETŘENÍ

Grafické znázornění č. 1: Pohlaví

Grafické znázornění č. 2: Věk

Grafické znázornění č. 3: Fakulta

Grafické znázornění č. 4: Obor

Grafické znázornění č. 5: Ročník

Grafické znázornění č. 6: BMI

Grafické znázornění č. 7: Podíl vody

Grafické znázornění č. 8: Podíl svaloviny

**SEZNAM TABULEK - ŠETŘENÍ**

Tabulkové znázornění č. 1: Pohlaví

Tabulkové znázornění č. 2: Věk

Tabulkové znázornění č. 3: Fakulta

Tabulkové znázornění č. 4: Obor

Tabulkové znázornění č. 5: Ročník

Tabulkové znázornění č. 6: Výška

Tabulkové znázornění č. 7: Hmotnost

Tabulkové znázornění č. 8: BMI

Tabulkové znázornění č. 9: Podíl tuku

Tabulkové znázornění č. 10: Podíl vody

Tabulkové znázornění č. 11: Podíl svaloviny

Tabulkové znázornění č. 12: Tlak – systolický

Tabulkové znázornění č. 13: Tlak – diastolický

Tabulkové znázornění č. 14: Puls

Tabulkové znázornění č. 15: Obvod pasu

Tabulkové znázornění č. 16: Obvod boků

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

Příloha P II: Tabulka měření

Příloha P III: Přednáška



## **PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK**

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářských studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulty humanitních studií, programu ošetrovatelství, oboru všeobecná sestra a provádím průzkum toho, jakým životním stylem žijete. Téma mé bakalářské práce je Životní styl mladých dospělých a jeho dopady na vybrané rizikové faktory civilizačních nemocí. Jedná se o stále aktuálnější otázku dnešní doby. Mým úkolem je zjistit, jak vysoké rizikové faktory se nachází u mladých dospělých osob.

Dovoluji si Vás požádat o 5 - 10 minut času pro vyplnění anonymního dotazníku, Vaše odpovědi budou sloužit pouze pro vyhodnocení tématu.

U každé jednotlivé otázky zakroužkujte pouze jednu odpověď. Dotazník obsahuje 19 otázek.

Děkuji, že věnujete vyplnění dotazníku svůj čas. Andrea Martinková

1. Jakého jste pohlaví?

a) Žena

b) Muž

2. Kolik je Vám let?

a) 18 – 19

b) 20 – 21

c) 22 – 23

d) 24 – 25

e) Více jak 25 let

3. Kolikátý ročník studujete?

a) 1. ročník

b) 2. ročník

c) 3. ročník

4. Jste studentem/studentkou zdravotnického oboru?

- a) Ano
- b) Ne

## **OBLAST ZDRAVÉ VÝŽIVY**

**Cíl: Zjistit, jak a jakým způsobem se mladí dospělí stravují.**

5. Kolik porcí (o velikosti Vaší pěsti) denně sníte?

- a) 1 – 2 porce denně
- b) 3 – 4 porce denně
- c) 5 – 6 porcí denně
- d) Více jak 6 porcí denně
- e) Nepočítám

6. Jíte jídlo ve spěchu, aniž byste si k němu alespoň na 10 minut sedli?

- a) Ano
- b) Ne

7. Jíte každé jídlo nejméně 10 minut?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Občas
- d) Nevím

8. Denní optimální množství přijaté zeleniny je 3 – 5 porcí, tj. 300 – 500g a ovoce 2 – 4 porce. Splňujete tento limit?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

9. Kolik denně vypijete tekutin (nezapočítává se káva, čaj, alkoholické nápoje)?

- a) Do 1 litru tekutin
- b) 1 – 1,5 litru
- c) 1,6 – 2 litry
- d) 2,1 – 2,5 litrů
- e) 2,6 – 3 litry
- f) Více jak 3,1 litrů

10. Stravujete se v provozovnách rychlého občerstvení?

- a) Ano (Počítá se zde i příležitostní stravování ve fast – foodech)
- b) Ne (Přejděte na otázku číslo 12)

11. Jak často navštěvujete fast – food?

- a) 1x týdně
- b) 2x a vícekrát týdně
- c) 1x do měsíce
- d) 2x a více krát do měsíce
- e) Nenavštěvuji fast – food

## **OBLAST POHYBU**

**Cíl: Zjistit, kolik času respondenti věnují pohybu a naopak, kolik času věnují sedavému způsobu života.**

12. Jak často se aktivně věnujete pohybu po dobu alespoň 30 minut (běh, posilovna, trénink,...)?

- a) Denně
- b) 1x týdně
- c) 2x – 3x týdně
- d) 4x – 5x týdně
- e) 1x měsíčně
- f) 2x – 3x měsíčně
- g) 4x – 5x měsíčně
- h) Vůbec - nesportuji

13. Kolik času v průměru denně strávíte u PC, notebooku či tabletu jak ve škole, zaměstnání, tak doma?

- a) Do 1 hodiny
- b) 1 – 3 hodiny
- c) 4 – 6 hodin
- d) 7 – 10 hodin
- e) Více jak 10 hodin denně
- f) Netrávím u PC, NTB či tabletu čas

14. Dáváte si během práce na PC, notebooku nebo tabletu, 10 minutové pauzy?

- a) Ano
- b) Ne

## **OBLAST RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ**

**Cíl: Zjistit, zda se mladí dospělí chovají rizikově vzhledem ke svému životnímu stylu.**

15. Jste kuřák/ kuřačka?

- a) Ano (počítá se zde i příležitostní kuřáci)
- b) Ne (přejděte na otázku číslo 17)

16. Kolik kusů cigaret denně vykouříte?

- a) Do 5 ks denně
- b) Do 5 ks týdně
- c) Do 20 ks denně
- d) Do 20 ks týdně
- e) 20 a více ks denně
- f) 20 a více ks týdně

17. Dostáváte se do uzavřeného prostředí, kde se kouří a tím patříte mezi pasivní kuřáky?

- a) Ano
- b) Ne

18. Pijete tvrdý alkohol?

- a) Ano (počítá se zde i příležitostní pití tvrdého alkoholu)
- b) Ne

19. Pijete víno či pivo?

- a) Ano (počítá se zde i příležitostní pití vína či piva)
- b) Ne

## PŘÍLOHA P II: TABULKA MĚŘENÍ

Pohlaví	
Věk	
Fakulta	
Obor	
Ročník	
Výška	
Váha	
BMI	
Podíl tuku	
Podíl vody	
Podíl svaloviny	
Tlak	
Puls	
Obvod pasu	
Obvod boků	

## PŘÍLOHA P III: PŘEDNÁŠKA

### Fotografie č. 1



Zdroj: Vlastní archiv, 2016

### Fotografie č. 2



Zdroj: Vlastní archiv, 2016