

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2018**

**Petr Camrda**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

**Petr Camrda**

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

**ŽIVOTNÍ STYL STUDENTŮ OBORU ZDRAVOTNICKÝ  
ZÁCHRANÁŘ V ČR**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Eva Pfefferová

PLZEŇ 2018





Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 25.3.2018

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Evě Pfefferové za profesionální a odborné vedení bakalářské práce, poskytování rad, ochotu a věnovaný čas.

**Anotace:**

Příjmení a jméno: Camrda Petr

Katedra: Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Název práce: Životní styl studentů oboru Zdravotnický záchranář v ČR

Vedoucí práce: Mgr. Eva Pfefferová

Počet stran - číslované: 89

Počet stran - nečíslované: 30

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 44

Klíčová slova: životní styl, zdravotnický záchranář, návykové látky, spánek, výživa, pohybová aktivita

**Souhrn:**

Tématem této bakalářské práce je životní styl studentů oboru Zdravotnický záchranář. Zabývá se zejména stravováním, fyzickou aktivitou, spánkem a užíváním návykových látek, včetně alkoholu a kouření.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části jsou popsána specifika práce zdravotnického záchranáře, dále jsou popsány jednotlivé složky životního stylu a rizika s nimi související. V praktické části, jejímž úkolem je podat přehledový materiál o životním stylu studentů oboru Zdravotnický záchranář, jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření, které proběhlo mezi studenty oboru Zdravotnický záchranář na vysokých školách a univerzitách v České republice a ve Slovenské republice.

**Annotation:**

Surname and name: Camrda Petr

Department: Department of Rescue Services, Diagnostic Fields and Public Health

Title of thesis: Lifestyle of students of Paramedic in the Czech Republic

Consultant: Mgr. Eva Pfefferová

Number of pages - numbered: 89

Number of pages - unnumbered: 30

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 44

Keywords: lifestyle, paramedic, addictive substances, sleep, nutrition, physical activity

**Summary:**

The topic of this bachelor thesis is lifestyle of Paramedic students. The thesis specifically deals with eating, physical activity, sleeping, drug use, alcohol use and smoking.

Bachelor thesis is divided into theoretical part and practical part. The theoretical part includes a description of the paramedic's work. The thesis also deals with the individual components of the lifestyle and the risks related with this work. The practical part shows the survey material about lifestyle of a medical rescue student. It presents results of the questionnaire survey given to students of paramedic studies from universities in the Czech Republic and Slovakia.



# OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST .....	13
1 ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ .....	14
1.1 Specifika práce zdravotnického záchranáře .....	15
2 ŽIVOTNÍ STYL.....	17
2.1 Determinanty zdraví.....	17
2.2 Kouření.....	18
2.2.1 Zdravotní rizika kouření .....	19
2.2.2 Statistika kouření .....	19
2.3 Alkohol (etylalkohol).....	20
2.3.1 Zdravotní rizika alkoholu.....	21
2.3.2 Statistika užívání alkoholu.....	22
2.4 Ostatní drogy.....	22
2.4.1 Kanabinoidy.....	23
2.4.2 Lysohlávký.....	24
2.4.3 LSD.....	24
2.4.4 Extáze.....	25
2.4.5 Pervitin.....	25
2.4.6 Kokain.....	26
2.4.7 Opiáty a opioidy.....	26
2.4.8 Těkavé narkotické látky.....	27
2.5 Spánek.....	27
2.5.1 Poruchy spánku.....	28
2.6 Výživa a pitný režim .....	30
2.6.1 Sacharidy .....	31
2.6.2 Lipidy.....	32

2.6.3	Proteiny .....	33
2.6.4	Minerální látky a vitamíny .....	34
2.6.5	Pitný režim .....	36
2.7	Fyzická aktivita .....	37
PRAKTICKÁ ČÁST .....		39
3	FORMULACE PROBLÉMU .....	40
4	CÍLE A PŘEDPOKLADY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	40
4.1	Cíle .....	40
4.2	Předpoklady .....	40
5	METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	41
6	VZOREK RESPONENTŮ .....	42
7	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	43
7.1	Základní informace .....	43
7.2	Stravování .....	51
7.3	Spánek .....	65
7.4	Kouření .....	69
7.5	Alkohol .....	73
7.6	Drogy .....	77
7.7	Pohyb .....	82
7.8	Jiné .....	88
8	DISKUZE .....	94
ZÁVĚR .....		100
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....		101
SEZNAM ZKRATEK .....		106
SEZNAM TABULEK .....		108
SEZNAM GRAFŮ .....		110
SEZNAM PŘÍLOH .....		112

## ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá, jak již z názvu „Životní styl studentů oboru zdravotnický záchranář v ČR“ vyplývá, životním stylem budoucích zdravotnických záchranářů. Řešenou problematiku životního stylu studentů tohoto oboru považujeme v dnešní době za velmi aktuální, neboť mnoho mladých lidí, a tedy i studentů oboru Zdravotnický záchranář, dnes tráví svůj volný čas spíše sedavým způsobem, mnohdy se studenti nestravují nejlepším způsobem, což může být dáno i časovým vytížením z mnohdy nevhodně rozloženého vyučování během dne. Obecně je v české společnosti vysoká tolerance vůči pití alkoholických nápojů, rozšířené je samozřejmě i kouření cigaret, či poměrně časté užívání nelegálních drog, převážně marihuany. V této práci jsme si dali za cíl zmapovat jakým způsobem přistupují k těmto problémům dnešní doby studenti zdravotnického oboru, kteří by měli mít o této problematice a celkově životním stylu alespoň základní znalosti a povědomí.

Budoucí povolání, na které se studenti připravují, přinese zcela jistě psychicky, ale i fyzicky náročné situace. Budoucí zdravotničtí záchranáři se budou muset vyrovnávat s náročnými situacemi při výkonu svého povolání, ať při výjezdech zdravotnické záchranné služby nebo při výkonu povolání na urgentních příjmech nebo jednotkách intenzivní péče nemocnic, zvyknout si budou muset na nepravidelný režim, na směnný provoz, často v dvanáctihodinových směnách, přijmout fakt, že ne vždy lze každého zachránit, a že smrt je také součástí života. Tento stres může přispívat, mimo jiné, také k vyšší náchylnosti k užívání některých návykových látek. Je tedy potřebné, aby tyto budoucí zdravotničtí záchranáři byli co nejlépe připraveni, nejen svými znalostmi ze studia, ale také po stránce fyzické, emocionální a psychické, aby to byly vyrovnané osobnosti, které dokážou zvládnout krizové situace, které přijdou a nezapomínali na odpočinek a hlavně na své zdraví.

Formálně jsme rozdělili bakalářskou práci na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se zabýváme jednotlivými složkami životního stylu, jako je právě výživa, pohyb, užívání alkoholu a jiných látek či kouření. V praktické části jsme využili kvantitativní výzkumné šetření. Věnujeme se zde jednomu vzorku respondentů z řad studentů oboru Zdravotnický záchranář v České republice a ve Slovenské republice, kterým byl zaslán anonymní dotazník v elektronické podobě, ve kterém se dotazujeme na jednotlivé součásti životního stylu, těmi jsou již výše zmíněné stravování, pohyb,

užívání návykových látek, včetně alkoholu a tabáku. Dotazujeme se ale také na základní informace o respondentech, jako je jejich tělesná výška a hmotnost, z čehož následně počítáme index tělesné hmotnosti, tedy BMI, zjišťovali jsme ale také informace o způsobu bydlení respondentů a o jejich partnerských vztazích, což nepochybně na kvalitu života vliv má a tedy se může projevit i v životním stylu. Výsledky dotazníkového šetření, které mohou sloužit jako přehledový materiál o životním stylu studentů, pak shrneme v tabulkách a grafech.

## **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ

Zdravotnický záchranář je nelékařský zdravotnický pracovník, který získává odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře dle § 18 zákona č. 96/2004 Sb., který byl novelizován zákonem č. 201/2017 Sb.. To znamená, že odborná způsobilost z výkonu povolání zdravotnického záchranáře v České republice se získává absolvováním akreditovaného bakalářského zdravotnického oboru pro přípravu zdravotnických záchranářů nebo nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium zahájeno nejdéle ve školním roce 2018/2019 nebo absolvování střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický záchranář, pakliže bylo studium zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999. Odbornou způsobilost k výkonu tohoto povolání může získat také zdravotnický pracovník s odbornou způsobilostí k výkonu povolání všeobecná sestra, který má rovněž specializovanou způsobilost v oboru sestra pro intenzivní péči a splní další podmínky dle § 18 odst. 2 výše uvedeného zákona (Česko, 2004; Česko, 2017b).

V současné době nabízí obor Zdravotnický záchranář v České republice celkem 11 vysokých škol nebo univerzit. a to v následujících městech: Plzeň, České Budějovice, Pardubice, Liberec, Praha, Ostrava, Olomouc, Brno, Kladno, Hradec Králové a Příbram. Vyšší zdravotnické školy budou dle nové legislativy přijímat studenty oboru diplomovaný zdravotnický záchranář naposledy ve školním roce 2018/2019. Od školního roku 2019/2020 se tedy bude možné hlásit pouze ke studiu v bakalářských studijních programech na vysokých školách a univerzitách (Česko, 2004; Česko, 2017b).

Svou činnost zdravotnický záchranář vykonává v souladu s § 3 odst. 1 a § 17 vyhlášky č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb. ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., místo výkonu povolání je upraveno § 18 odst. 3 a 4 zákona č. 201/2017 Sb., ten určuje, že zdravotnický záchranář může vykonávat svou činnost v přednemocniční neodkladné péči, v akutní lůžkové péči intenzivní, včetně urgentního příjmu. Přičemž v přednemocniční neodkladné péči může působit bez odborného dohledu až po 1 roce výkonu povolání v akutní péči intenzivní, či na urgentním příjmu (Česko, 2011b; Česko, 2016; Česko, 2017a).

Absolventů oboru Zdravotnický záchranář je v současné době větší počet, než volných míst na zdravotnických záchranných službách v jednotlivých krajích v České republice. I z toho důvodu je velkou výhodou možnost uplatnění zdravotnických záchranářů v péči nemocniční, a to na odděleních anesteziologicko-resuscitačních, na urgentních příjmech a dle nové legislativy rovněž na jednotkách intenzivní péče.

## **1.1 Specifika práce zdravotnického záchranáře**

Zdravotničtí záchranáři musejí prokázat značnou odolnost fyzickou, ale také psychickou. Výkon jejich povolání je spjat s častými stresovými situacemi. V prostředí zdravotnické záchranné služby v České republice pracují zdravotničtí záchranáři ve směnném provozu s dvanáctihodinovou pracovní dobou, přičemž není výjimkou ani více hodin strávených v práci během jedné směny, neboť nelze odhadnout, jakou dobu stráví výjezdová posádka na určitém zásahu. Zákon č. 374/2011 Sb. stanovuje maximální dojezdovou dobu posádek zdravotnické záchranné služby na místo události na 20 minut, výjimkou mohou být nepříznivé dopravní nebo povětrnostní podmínky, při kterých může být dojezdová doba delší. Posádka je povinna splnit pokyn k výjezdu do 2 minut od jeho obdržení. Z toho je zřejmé, že není možné zabezpečit například pravidelný stravovací režim členů výjezdových skupin (Česko, 2011a).

K psychické náročnosti dále přispívá fakt, že většinu výjezdů zabezpečují posádky rychlé zdravotnické pomoci (RZP), členem posádky RZP je řidič-záchranář a zdravotnický záchranář. Lékař není ve většině případů na místě zásahu přítomen, zdravotnický záchranář je tedy samostatně se rozhodující a pracující zdravotnický pracovník dle rozsahu jeho odborných kompetencí, jež vycházejí z platné legislativy. Je tedy nezbytně nutná výborná úroveň zdravotnických záchranářů po stránce odborných znalostí a dovedností.

Ne výjimečně se stává, že se posádky zdravotnické záchranné služby setkávají s pacienty agresivními, musejí čelit útokům slovním, ale i fyzickému napadání. Velmi častá je nutnost spolupráce s Policií České republiky, neboť možnosti obrany zdravotnických záchranářů jsou omezené. Donucovací a omezovací prostředky jsou oprávněni použít pouze policisté. Zklidnění pacienta farmakologicky je možné, ale pouze z indikace lékaře a může přinést u pacientů, často intoxikovaných alkoholem

nebo jinými omamnými látkami, zhoršení jejich zdravotního stavu a další komplikace. V současnosti je často diskutovaným tématem v souvislosti s napadáním členů výjezdových skupin, zařazení zdravotnických pracovníků mezi úřední osoby. Názory na toto téma se různí, v úvahu je nutné vzít však výhody statutu úřední osoby, ale i povinnosti, které by přinesl. Otázkou je, do jaké míry by tento statut odradil případné útočníky od jejich agrese, kterým by v případě napadení úřední osoby hrozil přísnější právní postih. Nutné ještě uvést, že i současně platný trestní zákoník pomýšlí na přísnější postihy za napadení zdravotnických pracovníků (Česko, 2009; Český rozhlas České Budějovice, 2011; Sigmund, 2012).



## 2 ŽIVOTNÍ STYL

Existuje mnoho definic a způsobů dělení životního stylu. Jednou z možností je rozdělení na životní styl jednotlivce a životní styl skupin. Životním stylem jednotlivce rozumíme konzistentní životní způsob jedince, jehož jednotlivé části jsou ve vzájemné shodě a vztahu a vycházejí z jednotného základu. Životní styl skupin představuje typické znaky společenského života, které jsou charakteristické pro převážnou většinu členů určité skupiny. Tyto skupiny mohou být různé velikosti a jejich členové se nemusejí navzájem znát, ale spojují je podobné zájmy, činnosti, práce. Příkladem mohou být skupiny, vytvářející se při výkonu stejného povolání, například lékaři, sportovci či studenti. Do základních prvků životního stylu se zařazují výživa, fyzická aktivita, duševní pohoda, sexuální aktivita, práce, odolnost proti stresu, sociální vztahy a různé závislosti (Čeledová, Čevela, 2010).

Machová, Kubátová a kol. (2015, s. 15) uvádějí, že životní styl je stěžejní determinantou zdraví a definují ho takto: „*Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, jež zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možností).*“

### 2.1 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví jsou faktory, tedy podmínky a příčiny, jež působí komplexně na zdraví člověka. Různé faktory působí na zdraví člověka kladně, či záporně. Mohou působit zprostředkovaně, nebo přímo, avšak vždy se navzájem ovlivňují. Determinanty zdraví můžeme dále rozdělit na vnitřní (endogenní) a zevní (exogenní). Do vnitřních faktorů řadíme především genetické vlivy, těm se přikládá význam 10 až 15 %. Do faktorů vnějších patří životní styl, který má největší vliv na zdraví člověka - 50 až 60 %, dále socioekonomické prostředí a životní prostředí - 20 až 25 %, zdravotní péče neovlivňuje zdraví v tak velkém rozsahu, jak se obvykle předpokládá - 10 až 15 % (Čeledová, Čevela, 2010; Hřivnová a kol., 2010).

## 2.2 Kouření

Tabákizmus znamená kuřáctví, nebo kouření cigaret a jiných tabákových výrobků. Nikotinismus značí nadměrné kouření tabákových výrobků a závislost na nikotinu. Kouření je naučené chování člověka, které postupně přechází v závislost centrálního nervového systému na nikotinu (Hřivnová a kol., 2010).

Jako tabák se označují sušené a fermentované listy lilkovité rostliny *Nicotiana tabacum*. Při hoření tabáku vzniká na 4000 odlišných chemických sloučenin plynného i pevného skupenství. Obsah nikotinu v tabáku se liší dle jeho kvality od 0,2 % do 2 %. Množství nikotinu, které se vstřebá sliznicí, závisí na obsahu nikotinu v tabáku, na ploše sliznice a na pH sliznice. Proto pro efektivnější vstřebání nikotinu některé firmy tabák alkalizují. Po vykouření 1 cigarety se koncentrace nikotinu pohybuje kolem 25 - 50 ng / 1 ml plazmy. Nikotin působí na nikotinové cholinergní receptory, které se vyskytují ve vegetativním nervovém systému (ganglia sympatiku i parasympatiku), centrálním nervovém systému, na nervosvalové ploténce a také na buňkách dřeně nadledvin, kde ovlivňují uvolňování adrenalinu. Některé další látky, obsažené v tabákovém kouři, mají prokázaný karcinogenní efekt. Zatížení kuřáka těmito látkami závisí na kvalitě tabáku, použití filtru, teplotě spalování a hloubce inhalace (Čapková, 2016; Lüllmann, Mohr, Hein, 2012).

Alkaloid nikotin je psychotropní složkou tabáku. Jedná se o velmi silný jed, minimální letální dávka je pro člověka asi 50 mg. Nikotin z kyselého kouře z cigaret se vstřebává v plicích velmi rychle v řádu sekund, zásaditý kouř z doutníků a dýmek se vstřebává v dutině ústní či nosní, ale pomaleji. Účinky nikotinu na lidský organizmus jsou zvýšení bdělosti, soustředění a paměti; potlačení agresivity a podrážděnosti; také snižuje chuť k jídlu a brání přírůstku tělesné hmotnosti. Má však mnoho nežádoucích účinků krátkodobých, jako jsou zvýšení sekrece slin, blokáce hemoglobinu oxidem uhelnatým, zkrácení doby srážení krve a také dlouhodobých, kam patří chronické záněty dýchacích cest, poruchy potence mužů, nechutenství a průjmy (Hřivnová a kol., 2010; Kalina a kol., 2015).

Hlavní příčinou vzniku těžké tělesné a psychické kuřácké závislosti je právě nikotin. Jedinec kouřením tabákových výrobků přijímá opakovaně dávky nikotinu. Jeho tělo si na nikotin zvyká a při jeho nedostatku nastupují projevy abstinčních příznaků. Abstinční příznaky se mohou projevovat nervozitou, úzkostí, podrážděností,

nesoustředěností a hlavně touhou po další cigaretě. Z objektivních příznaků se může vyskytnou přibývání na hmotnosti, poruchy spánku, zácpa a pocení. Statisticky kuřáci nejčastěji umírají na akutní infarkt myokardu, ischemickou cévní mozkovou příhodu a rakovinu různých orgánů (Hřivnová a kol., 2010).

### **2.2.1 Zdravotní rizika kouření**

Kouření je hlavní preventabilní příčina rakoviny, kardiovaskulárních onemocnění, plicních chorob a předčasné smrti. Dále je spojováno s osteoporózou a porušenou glukózovou tolerancí. Kouření v těhotenství negativně ovlivňuje zdraví plodu. Škodlivé účinky kouření souvisejí s přítomností toxických a karcinogenních látek v tabákovém kouři. Nikotin zásadně ovlivňuje činnost endokrinních orgánů, zvláště pak hypotalamu, hypofýzy, nadledvin, štítné žlázy, vaječnicků a varlat. Zasahuje také do metabolismu lipidů, glukózy, vápníku a vitamínu D (Hřivnová a kol., 2010; Kunzová, Hrubá, 2013).

Zdravotní rizika rozdělujeme na okamžitá a pozdější. Mezi okamžitá rizika řadíme nevolnost, závrať, skleslost, dále zvýšení tepové frekvence a vzestup arteriálního tlaku. Tyto příznaky mají nejčastěji osoby, které začínají s kouřením, nebo jsou nějakým způsobem oslabené (nemoc, imunosupresivní léčba). Do pozdějších rizik spojených s kouřením spadá převážně výskyt srdečních a cévních onemocnění (ateroskleróza a její komplikace), nádorových onemocnění (hrtan, hltan, jícen, plíce, ledviny, močový měchýř, děložní čípek, některé leukémie), nemocí žaludku, onemocnění dýchacího systému (astma bronchiale, chronická obstrukční plicní nemoc) a další (Hřivnová a kol., 2010).

### **2.2.2 Statistika kouření**

Vývoj počtu dospělých kuřáků v České republice je v posledních letech stabilní, pohybuje se mezi hodnotami 28 % až 32 %. Ve věkové kategorii 13 až 15 let je zastoupení kuřáků asi 30 %. Vůbec největší zastoupení kuřáků je ve věku 15 až 24 let, a to 44,7 %. Téměř 25 % dospělých nekuřáků je vystaveno v domácnosti pasivnímu kouření, u dětí až 40 %. V pracovním prostředí je pak vystaveno tabákovému kouři 20

% nekuřáků. V celé populaci je více kuřáků mužů, ale v dětském věku kouří více dívek. Dle dosaženého vzdělání kouří nejméně (24,8 %) lidé s dokončeným vysokoškolským vzděláním. Česká populace kouří hlavně cigarety (30,9 %), ale výrazně se v posledních letech zvyšuje podíl kouření vodních dýmek (17,3 %) (Čapková a kol., 2016; Kodl a kol., 2014).

### **2.3 Alkohol (etylalkohol)**

Alkohol je chemická látka, která vzniká kvašením cukrů. V České republice se jedná o legální drogu, která je společností obecně tolerována. Alkohol je návyková látka, která má účinky závislé na dávce. Nižší dávky se projeví stimulačně, vyšší tlumivě. Způsobuje příjemný požitok, veselí a uvolnění, rovněž také agresivitu, závislost, ztrátu osobnosti, poškození zdraví a předčasné úmrtí. Velmi dobře a rychle proniká ke všem orgánům, včetně mozku. To je také důvod jeho širokého působení na organismus. Při pravidelném požívání poškozuje mnohé orgány, zvláště pak orgány trávicího traktu, játra, pankreas, srdce, cévy a nervové buňky periferního i centrálního nervového systému (Hřivnová a kol., 2010; Šeblová, Knor a kol., 2013).

Etanol ovlivňuje několik neurotransmiterových systémů - dopaminergní receptory, noradrenergické receptory a receptory  $\gamma$ -aminomáselné kyseliny (GABA). Rychle se vstřebává z trávicího traktu a dokáže prostupovat hematoencefalickou bariérou do mozku. Maximální alkoholémie nastává po 30 až 60 minutách od požití per os. Má vliv na mnohé struktury mozku. Snižuje metabolismus ve frontálním laloku, významně ovlivňuje také frontální kortex, to je část mozku důležitá mimo jiné pro plánování, rozhodování a sebeovládání. Dále narušuje funkci glutamátu v hipokampu, to má vliv na poruchy paměti. (Šeblová, Knor a kol., 2013)

Osoby lze rozdělit dle vztahu k alkoholu na abstinenty, kteří z jakéhokoli důvodu nepijí alkohol; na konzumenty, kteří pijí alkohol příležitostně; na pijáky, kteří pít potřebují a očekávají od alkoholu především euforii a na alkoholiky, pro které je alkohol droga a životní nezbytnost. (Hřivnová a kol., 2010)

Koncentrace alkoholu v krvi se stanovuje v laboratoři za použití chromatografie, dechová zkouška je testem orientačním. Kalina a kol. (2008, s. 341) rozděluje

intoxikace alkoholem takto: „*Intoxikace má čtyři stádia v závislosti na hladině alkoholu v krvi: 1. lehká opilost - excitační stádium (alkoholémie do 1,5 g/kg); 2. opilost středního stupně - hypnotické stádium (alkoholémie 1,6 - 2,0 g/kg); 3. těžká opilost - narkotické stádium (alkoholémie více než 2 g/kg); 4. těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu - asfyktické stádium (alkoholémie nad 3 g/kg).*“

Závislost na alkoholu se nazývá alkoholismus. Jedná se o fyzický a psychický stav, při kterém má jedinec nutkání užívat alkohol v opakujících se pravidelných intervalech nebo neustále. Alkoholismus je recidivující chronické onemocnění, postihuje nejen osobnost jedince psychicky a fyzicky, ale i jeho okolí, zvláště pak rodinné příslušníky. Vytváření závislosti je pozvolné a probíhá v několika stádiích (rané, střední, pokročilé). V raném stádiu jedinec pije, aby ustál nějaké problémy, emoce, pocity. Pije stále častěji a větší množství, aby se dostavily účinky, které od alkoholu očekává. Ve středním stádiu narůstá závislost a alkohol začne ovládat život jedince, alkoholu dává přednost na úkor svých zájmů a přátel. V pokročilém stádiu závislosti se stává postavení alkoholu dominantní, jedinec pít musí, aby zabránil abstinenčním příznakům. (Hřivnová a kol., 2010)

Pokud dojde k úplnému či částečnému odnětí látky (alkoholu), která vyvolává závislost a byla užívána dlouhodobě, začne se projevovat abstinenční syndrom (syndrom z odnětí). Abstinenční syndrom se dělí na psychický a fyzický. Psychický se projevuje podrážděností, úzkostí, emoční labilitou, depresivním laděním, neklidem. Část fyzická se vyznačuje nepříjemnými tělesnými projevy, sem patří bolest svalů a kloubů, průjem, zvracení, slzení a žaludeční křeče. Vyskytnou se může i delirium tremens, které se projevuje klasickou trias - zastřené vědomí; zrakové i tělové halucinace a iluze; výrazný třes. (Knor, Málek, 2014; Machová, Kubátová a kol., 2015)

### **2.3.1 Zdravotní rizika alkoholu**

U konzumace alkoholu v malých dávkách dospělými osobami byl zjištěn pozitivní vliv na zdraví, konkrétně na kognitivní funkce a kardiovaskulární riziko. Oproti tomu neexistují bezpečné dávky alkoholu pro děti a plod těhotné ženy, stejně jako pro vliv na emoce a hrubou i jemnou motoriku. S vyšší dávkou vzrůstají zdravotní rizika. Konzumace alkoholu se často spojuje s autonehodami, úrazy a sociálně

patologickými jevy. Epidemiologové uvádějí až 200 diagnostických jednotek, které mají vztah k alkoholu. Při dlouhodobém pravidelném užívání představuje hlavní riziko vznik kardiovaskulárních onemocnění - arteriální hypertenze, koronární a cerebrovaskulární nemoci; onemocnění jater - jaterní cirhóza; onemocnění pankreatu a vznik maligních nádorů - příčinný vztah alkoholu k malignitám byl prokázán u rakoviny dutiny ústní, hrtanu, hltanu, jícnu, jater, tlustého střeva, rekta a prsu. U těhotných žen narušuje prenatální vývoj plodu a může způsobit závažné poškození jeho zdraví (fetální alkoholový syndrom, poškození mozku, porucha růstu. (Kunzová, Hrubá, 2013; Kodl a kol., 2014; WHO, 2014)

### **2.3.2 Statistika užívání alkoholu**

V České republice se vypije v průměru 16,6 l čistého alkoholu na 1 dospělou osobu a rok. To řadí Českou republiku na první místa ve spotřebě alkoholu v Evropské unii (průměr v EU je 12,5 l na dospělou osobu a rok). Rizikových konzumentů je mezi muži 26 %, mezi ženami 13 %. Rizikovým pitím se rozumí konzumace více jak 40 g čistého alkoholu u mužů a více jak 20 g u žen. Míra abstinence je nízká, více se vyskytuje mezi ženami, v průměru se jedná o 5 % české dospělé populace. Mezi dospívajícími konzumuje alkohol 98 % dotázaných a 60 % lze považovat za pravidelné konzumenty. Alkohol souvisí se 4 % celkové roční úmrtnosti ve světě, nejčastěji v důsledku úrazů, nádorových onemocnění, nemocí jater a kardiovaskulárního systému. (Kodl a kol., 2014; WHO, 2014)

## **2.4 Ostatní drogy**

Droga je látka, která má dvě základní vlastnosti. První vlastností je psychotropní efekt, tzn., že droga mění naše prožívání, mění to, jak svět vidíme. Druhá vlastnost je potenciál závislosti, tzn., že dlouhodobým užíváním může vzniknout závislost na dané látce a ztráta kontroly nad jejím užíváním. (Kalina a kol., 2015)

Drogy můžeme rozdělit dle účinku na psychiku, přičemž rozdělení bere v úvahu hlavní účinek látky: 1. narkotika - tlumí psychomotorické funkce, způsobí zklidnění či spánek, hlavními zástupci jsou benzodiazepiny, barbituráty, opiáty, těkavé látky; 2.

stimulancia - povzbuzují psychomotorické funkce, zbavují únavy, urychlí myšlení, patří sem pervitin a kokain; 3. halucinogeny - vyvolávají změny vnímání různého stupně od malých změn po stavy podobné schizofrenii, například kanabinoidy, LSD (dietylamid kyseliny lysergové), psilocybin (obsažený v lysohlávkách). (Fischer, Škoda, 2014; Kalina a kol., 2015)

Oproti alkoholizmu dochází k vývoji závislosti na ostatní drogy rychleji. Tolerance společnosti je oproti alkoholizmu téměř nulová. Negativní následky pro jedince i společnost přicházejí tedy velmi rychle. Často dochází ke kriminálnímu chování v podobě majetkové trestné činnosti. Zásadní dopady jsou v oblasti rodiny a zaměstnání a v oblasti sociální a ekonomické. (Fischer, Škoda, 2014)

Roku 2012 byl realizován výzkum na reprezentativním vzorku české populace. Nejčastěji užívanou drogou v běžné populaci byly kanabinoidy, zkušenost s nimi má 27,9 % respondentů (34,9 % mužů a 21,2 % žen). Druhé v pořadí byly lysohlávky, zde má zkušenost 5,3 % respondentů (7,7 % mužů a 2,9 % žen). Na třetím místě byla extáze s 3,6 % (5,0% mužů a 2,2 % žen). Následují pervitin, amfetaminy, kokain, LSD - kolem 2,5 %. Zkušenost s heroinem je nízká - 0,6 %, stejně tak zkušenost s novými rostlinnými a syntetickými drogami a těkavými látkami nepřesahuje 1 % populace. (Kodl a kol., 2014)

#### **2.4.1 Kanabinoidy**

Konopné drogy jsou přírodní drogy s halucinogenním účinkem, patří tedy mezi halucinogeny. Nejznámější pěstované rostliny pro psychotropní efekt jsou konopí seté (*Cannabis sativa*) a konopí indické (*Cannabis indica*). Účinnou látkou jsou kanabinoidy rostlinného původu, přesněji fytoKANABINOIDY. Psychotropně nejaktivnější z nich je THC (delta-9-trans-tetrahydrocannabinol). Účinek je zprostředkován vazbou na specifické receptory pro endogenní kanabinoidy. (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2016; Kalina a kol., 2015)

Konopné drogy lze rozdělit do 2 základních forem, a to na marihuanu a hašiš. Mezi méně známé formy patří například konopný olej. Marihuanou rozumíme sušené květy s okvětními lístky samičí rostliny, které jsou většinou smíchány s většími listy. Marihuana v evropských zemích obsahuje 2 - 8 % THC. Hašiš je získáván ze zralých

květů samičí rostliny, které obsahují pryskyřici. V hašiši bývá obsah THC 4 - 17 %. (Miovský a kol., 2008)

Hlavními očekávanými účinky uživatelů konopných drog jsou euforie, zklidnění a zostření smyslového vnímání. Účinek probíhá ve 3 fázích - 1. fáze se vyskytuje spíše u méně zkušených uživatelů, zahrnuje pocit úzkosti a útlumu; 2. fáze přináší hlavní očekávaný účinek v podobě zklidnění a euforie; 3. fáze při odeznívání účinku přináší únavu a zmatenost. Mezi nežádoucí účinky patří hlad, sucho v ústech, zmatenost, poruchy krátkodobé paměti, zhoršení jemné motoriky, zhoršení úsudku a pozornosti. Psychická závislost nevzniká často, fyzická závislost nevzniká vůbec, nicméně dlouhodobé užívání přináší pomalost a poruchy krátkodobé paměti. Užívání konopných drog může také provokovat vznik psychiatrického onemocnění. (Kalina a kol., 2015; Miovský a kol., 2008)

#### **2.4.2 Lysohlávky**

Aktivní látka psilocybin patří do skupiny halucinogenů. Psilocybin oxiduje na modrý produkt, pročež jsou lysohlávky většinou ve stáří modré. Užívání psilocybinu vede k psychické závislosti, fyzickou nevyvolává. Psychické účinky nastupují do 60 minut od požití hub, somatické do 30 minut. Intoxikace začíná bolestí hlavy, malátností, neklidem a křečemi, později se objevuje uvolnění, barevné sny, pocit lehkosti. Tento stav trvá 4 - 6 hodin. Dlouhodobé užívání psilocybinu může způsobit poškození mozku či nastartovat psychické choroby. (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2016; Hirt, 2016)

#### **2.4.3 LSD**

LSD, chemicky dietylamid kyseliny lysergové, je droga ze skupiny halucinogenů. Objevuje se ve formě malých papírových čtverečků s potiskem, tzv. tripů, nebo ve formě malých granulek tmavě modré nebo zelené barvy. Účinek LSD je nevypočitatelný, a proto nebezpečný. Již po prvním užití mohou nastat komplikace v podobě velkých halucinací či panické ataky, které mohou přetrvávat i několik dní. (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2016; Kukla, 2016)



#### **2.4.4 Extáze**

Extáze, chemicky 3,4-metylendioxy-N-methamfetamin, zkráceně MDMA. Svými účinky spadá mezi halucinogeny a stimulační drogy. V podobě tablet se užívá nejčastěji na různých tanečních akcích (kluby, diskotéky, ...). Uživatel nepocituje únavu, mizí stres, zlepšuje se nálada a vzniká potřeba se někoho dotýkat, dostávají se pocity lásky a empatie. Halucinace po požití extáze nejsou příliš pravděpodobné, dostaví se většinou pouze psychická a fyzická stimulace. (Kalina a kol., 2015; Kukla, 2016)

Extáze ovlivňuje serotoninergní, dopaminergní a noradrenergní neurotransmiterový systém. Zvyšuje koncentraci serotoninu a dopaminu v synaptických štěrbinách. Po odeznění účinku extáze dochází 2. až 3. den po požití extáze ke zhoršení nálady v důsledku změn koncentrací serotoninu v synaptických štěrbinách. Dlouhodobým užíváním se poškozují serotoninergní nervová zakončení a vzniká riziko rozvoje depresí, poruch paměti a impulzivního chování. Mezi další účinky patří zvýšený tonus svalstva, pocení, nechutenství, zvracení, porucha erekce a oddálení ejakulace. (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2016; Kalina a kol., 2015)

#### **2.4.5 Pervitin**

Metamfetamin je látka ze skupiny budivých aminů s psychostimulačním účinkem. Dodává uživateli pocit síly, dobré nálady až euforie, sebedůvěry, výkonnosti, tlumí pocit hladu, vyvolává tachykardii a hypertenzi. Zneužívání metamfetaminu vede k psychické závislosti. Mohou se vyskytnout i nežádoucí projevy, například halucinace, paranoidní bludy, sebevražedné myšlenky a agresivita. Droga se užívá šňupáním, intravenózně, kouřením i per os v podobě tablet. Látka účinkuje 6 - 12 hodin. (Hirt, 2016)

Pervitin je typickou českou drogou, je účinnější než amfetamin a lze ho poměrně snadno připravit v domácích podmínkách z efedrinu. Nedokonale připravený metamfetamin obsahuje poměrně často příměsi, což je zdroj dalších negativních účinků na zdraví člověka. Nebezpečné je také předávkování, to se projevuje pocením, mydriázou, hypertenzí, hyperaktivitou, někdy je akutní intoxikace provázena křečemi. Chronické užívání pak vede k úzkostem, poruchám spánku, podrážděnosti, zjištěno

může být i krvácení do jater, sleziny a plic. Z psychických komplikací pak halucinace, deprese, sebevražedné myšlení a poruchy paměti. (Hirt, 2016; Štefan, Hladík a kol., 2012)

#### **2.4.6 Kokain**

Kokain je bílá krystalická látka, jedná se o rostlinný alkaloid z jihoamerického keře koka pravá (*Erythroxyton coca*). Kokain má silné stimulační účinky, ale také účinky lokálně anestetické. Ovlivňuje především membránové přenašeče pro dopamin, serotonin a noradrenalin, hlavní účinek v mozku spočívá v zesílení výdeje dopaminu. Účinek nastupuje velmi rychle, přetrvává však jen 30 - 60 minut. Nastupuje pocit radosti a euforie, pocit vzrušení (i sexuálního), podporuje sebedůvěru, družnost a soustředění. Naopak může narušit sebekontrolu a objektivitu myšlení a způsobit agresivitu. Způsobuje hypertenzi, tachykardii a někdy arytmiie, tímto významně zatěžuje kardiovaskulární systém. (Hirt, 2016)

Opakované užívání kokainu vede k rozvoji tolerance a závislosti. Na kokain vzniká silná psychická závislost, přičemž fyzická nevzniká. V některých případech dochází ke vzniku senzitivace, tzn., že běžná dávka vyvolá stav akutní paranoidní psychózy. Při předávkování dochází k suchu v ústech, mydriáze, nauze, zmatené řeči, úzkostem, křečím až opistotonu. Smrt nastává v důsledku srdeční arytmiie či ochrnutí dýchacího centra nebo intracerebrálního krvácení. (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2016; Fišar a kol., 2009)

#### **2.4.7 Opiáty a opioidy**

Skupina těchto látek nese označení odvozené od opia. Opium je zaschlá šťáva získávaná z nezralých makovic máku setého (*Papaver somniferum*). Termín opiát označuje alkaloidy obsažené v opiu, jimi jsou především morfin a kodein. Opioidy jsou syntetické či polosyntetické látky schopné se navázat na endogenní opioidní receptory. Nejvýznamnějšími opioidy jsou heroin, buprenorfin, metadon, fentanyl, tramadol. Typický účinek je zprostředkován především receptorem  $\mu$  - jeho aktivace způsobí analgezii, sedaci, euforii, ale také útlum dechu a závislost. Podle účinku na

receptor se rozdělují na agonisty, kteří receptor plně aktivují (morfin, heroin), na antagonisty, kteří receptor blokují a využívají se jako antidota (naloxon) a na částečné antagonisty (buprenorfin). V České republice byl nejvíce užívaný opioid braun vyrobený z kodeinu, v současnosti jej vystřídal buprenorfin, v Evropě a celosvětově to je pak heroin. (Hirt, 2016; Kalina a kol., 2015)

Heroin je obecně nejznámější opioid, jedná se o silně návykovou látku, vzniká především závislost fyzická, velký potenciál je ale i pro vznik závislosti psychické. Závislost vzniká velmi rychle a vyznačuje se zvyšující se tolerancí k užívané látce a ztrátou kontroly nad užíváním. Heroin se užívá několika způsoby - intranazálně, inhalačně, injekčně, per os, . Žádané účinky jsou euforie, zklidnění. Dalšími účinky jsou mióza, bronchokonstrikce, svědění, zácpa. Velkým rizikem je předávkování a útlum dechového centra. (Hirt, 2016)

#### **2.4.8 Těkavé narkotické látky**

Mezi tyto látky patří hlavně organické sloučeniny nacházející se v obchodech jako ředidla, rozpouštědla a čisticí prostředky. Příkladem je benzin, aceton, toluen, xylen, benzon, éter. Vstup do organismu je nejčastěji inhalačně, někdy i per os. Nejvíce zneužívané látky toxikomany jsou toluen, aceton a trichloretylen. U toluenu, který je nejčastější inhalační drogou v České republice, je žádaným účinkem euforie, která nastává již po malých dávkách, větší dávky způsobují zmatenost, halucinace, narkózu až smrt. Smrt nastává z důvodu předávkování nebo v kombinaci s dušením s hlavou v sáčku z umělé hmoty. Dlouhodobé užívání vede k celkovému otupění, poruchám chování, ztrátě zájmů a agresivitě. Dochází k poškození tkáně mozku, jater, ledvin, dýchacích cest a plic. Somatická závislost nevzniká, rozvíjí se ale silná psychická závislost vedoucí ke změnám osobnosti. (Štefan, Hladík a kol., 2012)

## **2.5 Spánek**

Spánek je prostředkem k zachování energie a k regeneraci organismu. Ve spánu probíhá syntéza bílkovin a enzymů, převládají tedy děje anabolické, v bdělém stavu naopak děje katabolické. Spánek ovlivňuje i sekreci hormonů, maximální sekrece

růstového hormonu je v prvních cyklech NREM spánku ve stádiích III a IV, sekrece prolaktinu je vázána na REM spánek spíše v pozdějších cyklech, tedy k ránu. Spánek vzniká každou noc, popisujeme spánkové cykly, fáze a stádia. Pro spánkové cykly je typická rytmicita, dochází ke střídání po přibližně 90 minutách fází NREM a REM. První nastupuje fáze NREM, jinak označována jako spánek pomalý, synchronizovaný. Druhá fáze je REM, označována jako rychlý spánek, desynchronizovaný. (Rokyta, 2015)

Fázi REM (rapid eye movements) provází rychlé konjugované pohyby očima, kolísání teploty, změny frekvence srdeční a dechové, změny tlaku krve, záškuby a sny. Tato fáze vzniká v retikulární formaci v pons Varoli, hlavním mediátorem je noradrenalin a roste tonus sympatiku. Fáze NREM se vyznačuje klidem bulbů, nedochází ke změnám jako v REM fázi, nevyskytují se záškuby ani sny. Mediátorem NREM fáze je serotonin a tonus sympatiku klesá, naopak se zvyšuje tonus parasympatiku. Poměr mezi NREM a REM fází se mění během života člověka, u novorozenců je poměr vyrovnaný, ve vyšším věku se poměr mění ve prospěch fáze NREM. V dospělosti je zastoupení NREM fáze asi 80 %, na REM fázi připadá 20 %. (Rokyta, 2015; Seidl, 2015)

Dle změn na EEG lze NREM fáze rozdělit do 4 stádií. Jednotlivá stádia jsou charakteristická přítomností určitých vln na EEG. V I. stádiu se vyskytují ojedinělé vlny theta, předchází je vlny alfa; v II. stádiu se objevují vlny theta, ojedinělá spánková vřetena a K-komplexy; v III. stádiu jsou to hlavně spánková vřetena a vlny delta; v IV. stádiu dominují vlny delta, podle kterých je tato část spánku označována jako delta-spánek. (Rokyta, 2015)

Potřeba spánku je individuální a geneticky daná. Obecně ale platí, že člověk by měl spát kolem 8 hodin denně. Ovšem některým jedincům stačí i 5 - 6 hodin denně, to je dáno větším zastoupením delta spánku. Potřeba spánku se mění s věkem, ve stáří se potřebná délka zkracuje, přibývá také více poruch spánku. (Borzová, 2009; Rokyta, 2015)

### **2.5.1 Poruchy spánku**

Poruchy spánku jsou v současné době velkým problémem medicínským i společenským. Závažnost poruchy spánku je spojená s vysokým výskytem v populaci,

s převážně chronickým průběhem potíží a s vlivem na kvalitu života. Pro diagnostiku některých poruch, jako je například nespavost, stačí podrobný odběr anamnézy a fyzikální vyšetření. Jiné složitější poruchy vyžadují podrobnější diagnostiku ve spánkové laboratoři. Základní metoda vyšetření se nazývá polysomnografie, ta zahrnuje elektroencefalografii (EEG), elektrookulografii (EOG), povrchovou elektromyografii (EMG) svalů brady a někdy dolních končetin, záznam dýchání, saturaci hemoglobinu kyslíkem, sledování polohy těla a videozáznam. Farmakoterapie je často prováděna nesprávně. Problémem je hlavně nadměrné užívání léků na různé typy nespavosti, tedy hypnotik. Naopak na poruchy spánku souvisejících s nadměrnou spavostí nejsou farmaka využívána dostatečně. (Orel, 2016; Vlček, Fialová, 2010)

Poruchy spánku lze rozdělit do 2 základních skupin z hlediska projevů. První skupinou je dyssomnie, jedná se o narušení množství, kvality nebo časování spánku. Sem se zařazují poruchy jako insomnie, hypersomnie a poruchy cyklu bdění a spánku. Druhou skupinou je parasomnie, pro tu jsou typické epizody abnormálních událostí ve spánku. Řadíme sem somnambulismus (náměsíčnictví, jedná se o mimovolní pohybové projevy, často chůzi, ve spánku), noční můry (většinou se jedná o děsivý sen) a noční děsy (latinsky pavor nocturnus; vyvolávají záchvaty křiku, pláče, úzkosti; nemocný má otevřené oči, potí se; lidé často mívají tendence uniknout, při tom se mohou zranit; doba trvání je 1 - 20 minut; na tento stav mívá většina pacientů amnézii). (Orel, 2016)

Významnou poruchou spánku je insomnie, jedná se o chronickou neschopnost spát, přestože jsou zajištěny ideální podmínky pro spánek. Problém se týká usínání, udržení spánku a časného probouzení, insomnií trpí 20 - 40 % populace, častěji ženy, s vyšším věkem incidence roste. Mezi vzácnější poruchy patří narkolepsie, jedná se o desorganizaci spánku a bdění, REM fáze předchází NREM fázi, redukovaný noční spánek je vynahrazován spaním přes den s paroxysmálními stavy imperativního spánku až pětkrát denně, ty trvají kolem 15 minut, nemocný se sám probudí a je odpočatý. Narkolepsie je někdy provázena kataplexií (pod vlivem emoce, například smíchu, dojde ke ztrátě tonu antigravitačního svalstva, nemocný tedy spadne na zem) a spánkovou obrnou (přes plné vědomí se nemocný nedokáže pohnout, dýchání je normální, tento stav trvá 2 - 3 minuty a lze přerušit promluvením nebo dotykem jiné osoby). Podobná narkolepsii, ale mírnější porucha, je hypersomnie, ta se vyznačuje zvýšenou potřebou spánku, obtížným probouzením a únavou během dne. Další poruchou je syndrom

spánkové apnoe, tato porucha se vyznačuje více než 10 apnoickými pauzami delšími než 10 sekund za 1 hodinu. (Orel, 2016; Seidl, 2015)

## 2.6 Výživa a pitný režim

O významu zdravé výživy v životě člověka se již nepochybuje, avšak mezi veřejností jsou stále pochybnosti o tom, co to zdravá výživa je. Výživa je významnou determinantou zdraví, ovlivňuje do jisté míry vznik mnohých onemocnění, například obezitu, aterosklerózu, diabetes II. typu, hypertenzi, onkologická onemocnění a s těmito nemocemi související komplikace. (Čapková a kol., 2016; Kunová, 2011)

Pro zdravou výživu platí několik zásad. Zdravá výživa chrání před malnutricí a dalšími nemocemi. Nezdravá výživa ve spojení s nedostatkem tělesné aktivity vede k ohrožení celosvětového zdraví. Zdravé stravovací návyky vznikají již od narození, a proto je kojení významnou součástí zdravé výživy. Příjem energie by měl být v rovnováze s výdejem energie. Přesné složení stravy se bude lišit dle individuálních potřeb každého člověka v závislosti na věku, pohlaví, stupni fyzické aktivity. Avšak základní principy toho, co tvoří zdravou výživu, zůstávají stejné. (WHO, 2015)

Základní složky stravy se nazývají živiny (nutrienty). Nutrienty dělíme na mikronutrienty a makronutrienty. Nositeli energie jsou makronutrienty, kam patří sacharidy (cukry), proteiny (bílkoviny), lipidy (tuky) a alkohol. Na celkovém příjmu energie by se u zdravých dospělých osob s obvyklou fyzickou aktivitou měly přibližně proteiny podílet 15 %, lipidy 30 % a sacharidy 55 %. Mezi mikronutrienty patří minerální látky a vitamíny. Lze je rozdělit dle přijímaného množství na makroelementy (>100 mg denně), mikroelementy (od 1 mg do 100 mg denně) a stopové prvky (<1 mg denně). (Svačina, 2008)

Měrnou jednotkou energie je joule, dříve kalorie. Energetické hodnoty jednotlivých složek jsou následující: 17 kJ / 1 g sacharidů, 38 kJ / 1 g tuků, 17 kJ / 1 g bílkovin, energeticky bohatou složkou je také alkohol s 30 kJ / 1 g. (Kasper, Burghardt, 2014; Svačina, 2008)

### 2.6.1 Sacharidy

Sacharidy jsou důležitou součástí stravy člověka. Chemicky se jedná o polyhydroxyketony a o polyhydroxyaldehydy. Sacharidy lze dělit podle počtu atomů uhlíku (triózy, tetriózy, pentózy, ...) a také podle počtu cukerných jednotek vázaných v molekule (monosacharidy s 1 jednotkou, oligosacharidy s 2 - 10 jednotkami, polysacharidy s více jak 10 jednotkami). Vznikají v buňkách fotoautotrofních organismů, tedy při fotosyntéze za využití  $\text{CO}_2$ ,  $\text{H}_2\text{O}$  a světelné energie. (Svačina, 2008)

Z monosacharidů je nejvíce zastoupena v potravě, zvláště pak v ovoci, ale i v zelenině, medu, vaječném bílku a vínu D-glukóza (dextróza) a D-fruktóza (levulóza). Významnými oligosacharidy jsou hlavně disacharidy (sacharóza, laktóza, maltóza). Polysacharidy dělíme na tzv. využitelné (stravitelné) a nevyužitelné (nestravitelné). Mezi stravitelné patří hlavně polysacharidy škrobové povahy obsažené převážně v obilovinách, luštěninách a bramborech, ty jsou štěpeny až na monosacharidy a využity jako zdroj energie. Nestravitelné polysacharidy, kam patří část škrobů a neškrobové polysacharidy, jsou označovány jako vláknina. Vláknina prochází tenkým střevem nezměněná, v tlustém střevě může být částečně fermentována enzymy mikroflóry. Nejznámějším zástupcem nestravitelných polysacharidů, tedy vlákniny, je celulóza, dále hemicelulóza, pektin a inulin. (Kunová, 2011; Svačina, 2008)

Vlákninu můžeme rozdělit na rozpustnou (pektiny) a nerozpustnou (celulóza, hemicelulóza, lignin). Rozpustná vláknina ovlivňuje glykémii, snižuje absorpci cholesterolu, má prebiotický efekt na střevní flóru. Zdrojem je ovoce, zelenina a částečně obiloviny. Nerozpustná vláknina váže vodu, zvětšuje objem a měkkost stolice, při nedostatku nerozpustné vlákniny se vyskytují zácpy. Zdrojem jsou svrchní vrstvy zrn obilovin, tedy hlavně celozrnné pečivo a těstoviny, luštěniny, lněné semínko, pšeničné klíčky. Doporučená denní dávka vlákniny je 30 g, průměrná reálná spotřeba je však poloviční. Je to dáno úbytkem potravin obsahující vlákninu z jídelníčku. (Kunová, 2011)

Sacharidy představují přes 50 % celkového energetického příjmu člověka, z toho 75 % polysacharidy a 25 % oligosacharidy a monosacharidy. Sacharidy se mohou resorbovat pouze ve formě monosacharidů. Potravou přijaté polysacharidy, oligosacharidy i disacharidy se musejí nejprve rozštěpit na monosacharidy pomocí

enzymů. Resorpce probíhá na enterocytech a po průchodu potravy duodenem a jejunem je resorpce sacharidů ukončena. (Kasper, Burghardt, 2014; Svačina, 2008)

## 2.6.2 Lipidy

Lipidy jsou různorodé látky, které se špatně rozpouštějí ve vodě nebo jsou v ní nerozpustné. Význam lipidů je jednak energetický, v potravě slouží jako významný zdroj energie. Jsou také nejvýznamnějším zásobním zdrojem energie u člověka - lipidové kapénky jsou uloženy v adipocytech. Dalším významem lipidů je jejich stavební funkce, podílejí se na stavbě membrán a elektrické izolaci buněk. Dále izolační funkce lipidů, ukládají se v podkožním vazivu a kolem některých orgánů, zde slouží jako tepelná izolace. Některé lipidy slouží jako hormony či mediátory. (Koolman, Röhm, 2012)

Lipidy můžeme rozdělit na napolární lipidy, představované triacylglyceroly a polární lipidy, kam řadíme fosfolipidy a steroly. Triacylglyceroly jsou mastné kyseliny vázané na glycerol. U člověka jsou uskladněny v adipocytech. V potravě představují u člověka hlavní součást přijímaných tuků, jsou obsaženy v rostlinných olejích, živočišném tuku i mléčných produktech. Trávením a hydrolýzou se z triacylglycerolů uvolňují volné mastné kyseliny (MK). MK se dělí dle dvojných vazeb mezi atomy uhlíků na nasycené MK, které nemají dvojnou vazbu (saturované MK - SMK) a na nenasycené MK, které dvojnou vazbu obsahují (monoenové MK - MMK a polyenové MK - PMK). Většinu mastných kyselin tělo dokáže syntetizovat. Ty, které syntetizovat nedokáže, nazýváme esenciální mastné kyseliny (EMK), jedná se o PMK a je nutné je přijmout v potravě. (Koolman, Röhm, 2012; Svačina, 2008)

SMK většinou působí nepříznivě, zvyšují hladinu cholesterolu. Obsaženy jsou hlavně v živočišných tucích, například v másle, sádle, hovězím tuku. MMK působí na zdraví člověka příznivěji, nemění hladinu celkového cholesterolu, ale snižují jeho LDL-frakci a zvyšují HDL-frakci. Obsaženy jsou například v olivovém oleji, olivách, avokádu, ořeších. PMK většinou hladiny cholesterolu snižují. Obsaženy jsou v rostlinných olejích, zvláště pak v řepkovém, slunečnicovém a sójovém; nacházejí se také v rybím tuku. (Kunová, 2011; Svačina, 2008)



Steroly se nacházejí v podobě cholesterolu v potravě živočišného původu. Na vyšší hladinu cholesterolu v krvi, zejména pak jeho LDL-frakce, má vliv hlavně zvýšená hladina nasycených mastných kyselin v krvi, neboť SMK ovlivňují vstřebávání cholesterolu ze stravy. Obsah cholesterolu ve stravě je pak méně významný než obsah SMK.

Triglyceridů denně průměrný dospělý člověk zkonzumuje 70 - 140 g, cholesterolu potravou přijmeme denně kolem 300 mg. Více než polovina přijatých lipidů je živočišného původu. Živočišný tuk má vyšší zastoupení SMK a MMK, proměnlivost je závislá na živočišném druhu. PMK jsou pak obsaženy hlavně v tucích rostlinných a v rybím tuku. (Svačina, 2008)

### **2.6.3 Proteiny**

Proteiny jsou základní biologické makromolekuly. Funkcí proteinů je vytváření struktury organismu, katalyzování buněčných reakcí. Zásadní význam mají v transkripci genetické informace v genové DNA. Další funkcí proteinů je výživa, molekulární transport, imunita a řada dalších. Skládají se z polypeptidových řetězců obsahující 100 - 2000 aminokyselinových zbytků spojených peptidovou vazbou. O jejich funkci rozhoduje řazení 20 aminokyselin (AMK), ale i jejich další uspořádání. V těle probíhá neustálá degradace a resyntéza bílkovin. Tomu se říká proteinový obrat, u zdravých lidí klesá s přibývajícím věkem. Rovnováhu mezi degradací a syntézou ovlivňuje mnoho faktorů. Významný je anabolický účinek inzulínu. Katabolicky pak působí například glukagon a kortizol. (Koolman, Röhm, 2012; Svačina, 2008)

AMK se vstřebávají z potravy v tenkém střevě, většinu jich pak vychytávají játra. Dostatečným příjmem AMK v potravě se snižuje celotělová degradace proteinů. Naopak při nedostatečném příjmu v potravě bude docházet k využívání svalových bílkovin játry pro glukoneogenezi. Při dlouhodobém hladovění budou AMK využívány i jako zdroj energie. Příjem bílkovin potravou je také nezbytným zdrojem dusíku, síry a esenciálních AMK. Bílkoviny můžeme rozdělit na rostlinné a živočišné. Živočišné mají větší obsah a zastoupení esenciálních AMK a jsou také lépe vstřebatelné. (Svačina, 2008)

Nedostatek bílkovin člověku v České republice v podstatě nehrozí, výjimkou jsou lidé, kteří vyznávají některé tzv. alternativní výživové směry. Minimální příjem bílkovin je 0,6 g na 1 kg tělesné hmotnosti, optimální je 1 - 1,5 g / kg tělesné hmotnosti. Přebytek bílkovin však také není příznivý, zatěžuje hlavně ledviny a játra dusíkatými metabolity. (Kunová, 2011)

Hlavním zdrojem jsou maso, mléko, vejce, luštěniny, obiloviny a zelenina včetně brambor. Při smíšené stravě kryjí živočišné zdroje asi 65 % příjmu bílkovin, 20 % kryjí obiloviny. Při příjmu pouze rostlinných bílkovin je nutné mít pestrou stravu, neboť jednotlivé rostlinné zdroje bílkovin obsahují jen některé esenciální AMK. (Kunová, 2011; Svačina, 2008)

#### **2.6.4 Minerální látky a vitamíny**

Minerální látky jsou pro lidský organizmus potřebné z mnoha důvodů. Jsou určitou stavební hmotou pro některé tkáně, například pro zuby a kosti. Důležité jsou i pro funkční systémy, například při nervosvalovém přenosu. Z minerálních látek je nutné přijímat v dávkách nad 100 mg denně vápník, hořčík, fosfor, sodík, draslík, síru a chlór, jedná se tedy o makroelementy. Z těchto prvků se výživové problémy týkají nejčastěji nedostatečného příjmu vápníku a nadbytku sodíku a fosforu. Do mikroelementů (denní dávka 1 mg - 100 mg) spadají železo, zinek, měď, mangan, jód, molybden, selen, fluor, kobalt a chrom. Nejčastěji se vyskytují problémy s železem, zinkem a jódem. V nejmenších denních dávkách jsou pak přijímány stopové prvky (v řádu mikrogramů), patří sem křemík, vanad, nikl, cín, bór, kadmium, hliník a arzen. Nedostatek stopových prvků příliš nehrozí, rizikové jsou spíše vyšší dávky těchto prvků, neboť některé z nich jsou potenciálně toxické. (Kunová, 2011)

Vitamíny jsou organické esenciální látky, které je nutné přijímat v potravě. Některé vitamíny jsou přijímány v podobě provitaminů, tedy prekurzorů vitamínů, z kterých tělo vytváří aktivní formu vitamínu. Základní dělení vitamínů je na vitamíny rozpustné v tucích a rozpustné ve vodě. Vitamíny rozpustné ve vodě jsou s výjimkou kyseliny askorbové přijímány v podobě provitaminů, při vysokých dávkách nehrozí tedy riziko hypervitaminózy. Naopak vitamíny rozpustné v tucích jsou přijímány v aktivní formě, nikoli jako provitamíny. U nich hrozí při předávkování intoxikace.

Nedostatečný příjem všech vitamínů vyvolává karencní příznaky, které jsou velmi rozdílné na základě druhu chybějícího vitamínu a doby trvání hypovitaminózy. (Kasper, Burghardt, 2014; Svačina, 2008)

Ve vodě rozpustné jsou vitamíny: **B<sub>1</sub> (tiamin)** - nedostatek dnes již výjimečně, označuje se jako nemoc „beri-beri“, která se projevuje kardiálními a neurologickými příznaky. Rizikovou skupinou jsou alkoholici, kteří mají snížené vstřebávání tiaminu. Zdrojem jsou kvasnice, obiloviny a luštěniny. **B<sub>2</sub> (riboflavin)** - izolovaná hypovitaminóza je vzácná, postiženy jsou hlavně sliznice a kůže. Zdrojem jsou kvasnice, játra, obiloviny, mléko a maso. **B<sub>3</sub> (niacin, kyselina nikotinová)** - jeho nedostatek se projeví dermatitidou (zarudlá kůže s puchýři a hnědá pigmentace na osvětlené části pokožky. Zdrojem jsou kvasnice, maso a tmavý chléb. **B<sub>5</sub> (kyselina pantotenová)** - součástí koenzymu A, hypovitaminóza výjimečně, projeví se vypadáváním vlasů a ztrátou pigmentace. Zdrojem jsou játra, kvasnice, žloutek, maso, mléko, mouka a sója. **B<sub>6</sub> (pyridoxin)** - nedostatek se projeví dermatitidou v obličeji, zánětem rtů, jazyka a hypochromní anémií. Zdrojem jsou kvasnice, játra, maso, vnitřnosti a sója. **B<sub>12</sub> (cyanokobalamin)** - nedostatek se projeví makrocytární anémií. Zdroje jsou hlavně živočišné, zejména játra.

**H (biotin)** - hypovitaminóza se projeví padáním vlasů, dermatitidou, neurologickými a zažívacími problémy. Zdrojem jsou kvasnice, čokoláda, květák, houby, maso a mnoho dalších. **N (folacin, kyselina listová)** - hypovitaminóza poměrně častá, projeví se anémií, poruchou růstu, slabostí, záněty. Důležitá je v prenatálním období, nedostatek zvyšuje riziko rozštěpu neurální trubice plodu. Zdrojem jsou listová zelenina, ořechy, játra, mléko. **C (kyselina askorbová)** - hypovitaminóza se projeví krvácením z dásní, do kůže, do svalů, orgánů i periostu. Zdrojem jsou ovoce a zelenina, například jahody, kiwi, citrusy, brambory a také játra. (Kasper, Burghardt, 2014; Kunová, 2011; Svačina, 2008)

V tucích rozpustné jsou vitamíny: **A** - zahrnuje retinol a jeho provitamínem jsou karotenoidy. Důležitý je pro zrak. Hypovitaminóza způsobí šeroslepost, xeroftalmii a konjunktivitidy, v těžkých případech slepotu. Zdrojem aktivního vit. A jsou játra, žloutek, mléko. Provitamín je v červené a žluté zelenině a v ovoci. **E** - nedostatek se projevuje anémií, poruchou plodnosti. Obsažen je v obilných klíčcích, rostlinných olejích, vnitřnostech, vejcích a mléce. **D** - jedná se o skupinu steroidních látek, nejedná se o

typický vitamín, člověk jej dokáže syntetizovat v kůži vlivem UV záření jako vit. D<sub>3</sub> (cholecalciferol), který se dále zpracovává v játrech a ledvinách na aktivní formy. Ovlivňuje metabolismus vápníku a fosforu. Důležitý je tedy pro vývoj kostí. Nedostatek v dětství se projeví jako křivice, v dospělosti jako osteomalacie. Hlavním zdrojem jsou ryby, máslo, vejce a játra. **K** - je nezbytný pro tvorbu některých koagulačních faktorů a pro kalcifikaci kostí. Nedostatek se projeví poruchou hemokoagulace. V potravě je obsažen běžně, hlavním zdrojem je však střevní mikroflóra, který jej syntetizuje. (Kasper, Burghardt, 2014; Kunová, 2011; Svačina, 2008)

### 2.6.5 Pitný režim

Voda patří k základním složkám výživy. Každý člověk potřebuje jiné množství vody, tato potřeba je ovlivněna věkem, pohlavím, prostředím, fyzickou aktivitou, tělesnou hmotností i způsobem stravování. Dospělý člověk by měl přijmout 20 - 40 ml vody během 24 hodin, tj. 2 - 3 l vody denně, toto množství může být ale značně vyšší při těžké fyzické aktivitě, pobytu v horkém prostředí atd., kdy může člověk ztratit během dne až 15 l tekutin. Základem pitného režimu by měla být čirá voda s nízkým obsahem minerálních látek, ta může být doplněna ovocnými a zeleninovými šťávami, případně bylinkovými a zelenými čaji. Naopak je vhodné omezit požívání kávy, alkoholu a silných čajů. Vhodné je pít v průběhu celého dne menší množství tekutin. (Čeledová, Čevela, 2010)

Pitím získáme průměrně 1000 - 1500 ml vody denně. Některé osoby však vypijí mnohem více, například velcí pijáci piva, kteří při konzumaci 30 piv přijmou 15 l tekutiny. Dalším zdrojem vody je požitá potrava, zde příjem závisí na druhu potravy, průměrně se jedná o 1000 ml vody za den. Tělo vodu získává i při oxidativních pochodech, tato voda představuje asi 300 ml denně. Ke ztrátám vody dochází močením, při normální situaci se jedná asi o 1500 ml vody denně. Plícemi je vyloučeno za den asi 400 ml vody, stolicí 100 ml. A množství vyloučené potem je ve velmi velkém rozmezí (až 2000 ml za hodinu) v závislosti na fyzické aktivitě a prostředí. (Čeledová, Čevela, 2010; Rokyta, 2015)

Podle množství energie v nápoji se rozeznávají nápoje rehydratační, které neobsahují velké množství sacharidů (20 - 30 g cukru na 1 l nápoje). Dále rehydratačně-

energetické s 40 - 70 g cukru na 1 nápoje. A energetické s více než 80 g cukru na 1 l nápoje, vhodné pro hrazení energetických zrát při velkém fyzickém výkonu. (Pastucha, 2014)

Voda z vodovodu byla v posledních letech vytlačována balenými vodami na pokraj zájmu. Nyní se zájem o tuto vodu zvyšuje. Jedná se o nejlevnější, nejdostupnější a neekologičtější zdroj pitné vody. Její sensorické hodnocení může být na různých místech odlišné. Pramenité vody jsou vody přírodní podzemní. Neobsahují velká množství minerálů, tudíž jsou vhodné pro dlouhodobější užívání. Minerální vody naopak obsahují velké množství minerálů a je potřeba při jejich užívání sledovat složení těchto vod a nedoporučuje se je užívat je dlouhodobě každý den. Džusy a ovocné šťávy patří mezi zdravé nápoje, obsahují minerální látky a mají ovšem větší energetickou hodnotu. Limonády a slazené nápoje jsou výživově nevyhovující. (Kunová, 2011)

## 2.7 Fyzická aktivita

Pohybovou aktivitu definují Kodl a kol. (2014, s. 99) jako „*jakýkoli tělesný pohyb spojený se svalovou kontrakcí, který zvyšuje výdej energie nad klidovou úroveň*“. Do této definice lze tedy zahrnout všechny denní pohybové aktivity, stejně tak pohyb doma, v práci i ve volném čase. (Kodl a kol., 2014)

Ve většině rozvinutých zemích se snížila pohybová aktivita lidí a vzrostla prevalence obezity. Příčinou není ani tak to, že méně cvičíme a sportujeme, ale spíše pokles habituální fyzické aktivity. Lidé se méně pohybují při jejich zaměstnání v důsledku automatizace, využívání počítačů, využívání automobilové přepravy. To platí i mimo pracovní proces. U dětí i dospělých převládá často trávení volného času spíše sedavým způsobem. (Čapková, 2016; Hainer, 2011)

Pravidelný pohyb má pozitivní efekt na zdraví. Snižuje riziko kardiovaskulárních onemocnění, některých nádorových onemocnění (karcinom prsu a tlustého střeva), zlepšuje kompenzaci diabetu, arteriální hypertenze i hypercholesterolemie. Udržuje správnou tělesnou hmotnost (nedostatek pohybu v kombinaci s vysokým energetickým příjmem způsobuje obezitu), má ale vliv i na psychiku (sníží stres, zvyšuje sebevědomí) a imunitu, kterou zlepšuje. Pro zdravé dospělé lidi ve věku od 18 do 65 let je doporučeno Světovou zdravotnickou organizací

minimálně 30 minut pohybové aktivity střední intenzity pětkrát týdně. Děti by měly vykonávat pohybovou aktivitu jim příjemnou každý den alespoň 60 minut. Tato doporučení je nutné chápat jako doplnění k rutinním aktivitám běžného života. (Čapková a kol., 2016; Kodl a kol., 2014)

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **3 FORMULACE PROBLÉMU**

Životní styl ovlivňují mnohé faktory z našeho života, některé jej ovlivňují pozitivně, nicméně mnohé faktory působí negativně. Problémem životního stylu, a především zdravého životního stylu, jsou faktory působící negativně, tedy například nadměrné užívání alkoholických nápojů, užívání omamných látek a drog, kouření tabákových výrobků a také nesprávná výživa a nedostatek pohybové aktivity.

### **4 CÍLE A PŘEDPOKLADY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

#### **4.1 Cíle**

- C1 Zjistit, jakým způsobem se stravují studenti oboru Zdravotnický záchranář během studia.
- C2 Zjistit, kolik tekutin vypijí studenti oboru Zdravotnický záchranář průměrně během 24 hodin.
- C3 Zjistit podíl studentů oboru Zdravotnický záchranář, který pravidelně užívají alkohol a jiné návykové látky, včetně tabákových výrobků.
- C4 Zjistit, zda studenti oboru Zdravotnický záchranář vykonávají pravidelně pohybové aktivity nebo sporty a jak často.

#### **4.2 Předpoklady**

- P1 Předpokládáme, že větší podíl žen než mužů si vaří své vlastní jídlo.
- P2 Předpokládáme, že větší podíl mužů než žen vypije během 24 hodin alespoň 1,5 l tekutin.
- P3 Předpokládáme, že denně kouří větší podíl mužů než žen.
- P4 Předpokládáme, že respondentů, kteří nepijí alkoholické nápoje, tedy abstinentů, je menší podíl než respondentů, kteří nikdy nekouřili tabákové výrobky.



- P5 Předpokládáme, že příležitostně až pravidelně užívá drogy větší podíl mužů než žen.
- P6 Předpokládáme, že podíl respondentů, kteří provozují pohybovou aktivitu alespoň třikrát týdně (ne však každý den), bude vyšší u respondentů s BMI v normálních hodnotách, než u respondentů s BMI v hodnotách nadváhy.

## 5 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Praktická část této bakalářské práce je tvořena kvantitativním výzkumným šetřením, které bylo realizováno prostřednictvím anonymních dotazníků v elektronické podobě. Dotazník obsahoval celkem 31 otázek, které byly rozděleny do 8 částí (základní informace, stravování, spánek, kouření, alkohol, drogy, pohyb a jiné). V dotazníku byly využity jak otázky uzavřené dichotomické, tak uzavřené polytomické s výběrem jedné alternativy odpovědi, dále byly využity otázky polouzavřené s možností výběru jedné alternativy odpovědi, ale také s možností výběru několika alternativ. Otevřené otázky byly použity pro zjištění základních údajů o respondentovi a jejich odpovědi byly omezeny na číselnou odpověď. Vyplňování dotazníku probíhalo prostřednictvím internetového serveru [www.survio.cz](http://www.survio.cz), a to od 22. listopadu 2017 do 20. prosince 2017 a celkem bylo získáno 352 dotazníků.

Jako respondenti byli osloveni studenti oboru Zdravotnický záchranář na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, Lékařské fakultě Masarykovy univerzity, Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Fakultě vojenského zdravotnictví Univerzity obrany, Fakultě biomedicínského inženýrství Českého vysokého učení technického v Praze, Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci, Lékařské fakultě Ostravské univerzity, Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice, Vysoké škole zdravotnické, Fakultě ošetrovatelství a zdravotnických odborných studií Slovenské zdravotnické univerzity v Bratislavě a Fakultě zdravotnických oborů Prešovské univerzity v Prešově.

Pro vyhodnocení získaných dat byly použity tabulkový procesor Microsoft Excel a textový procesor Microsoft Word.

## **6 VZOREK RESPONDENTŮ**

Sledovaný soubor v rámci výzkumného šetření tvoří jeden vzorek respondentů. Tímto vzorkem byli studenti a studentky bakalářského studijního oboru Zdravotnický záchranář v 1., 2. a 3. ročníku studia na 9 vybraných vysokých školách nebo univerzitách v České republice a na 2 vybraných univerzitách ve Slovenské republice.

## 7 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

### 7.1 Základní informace

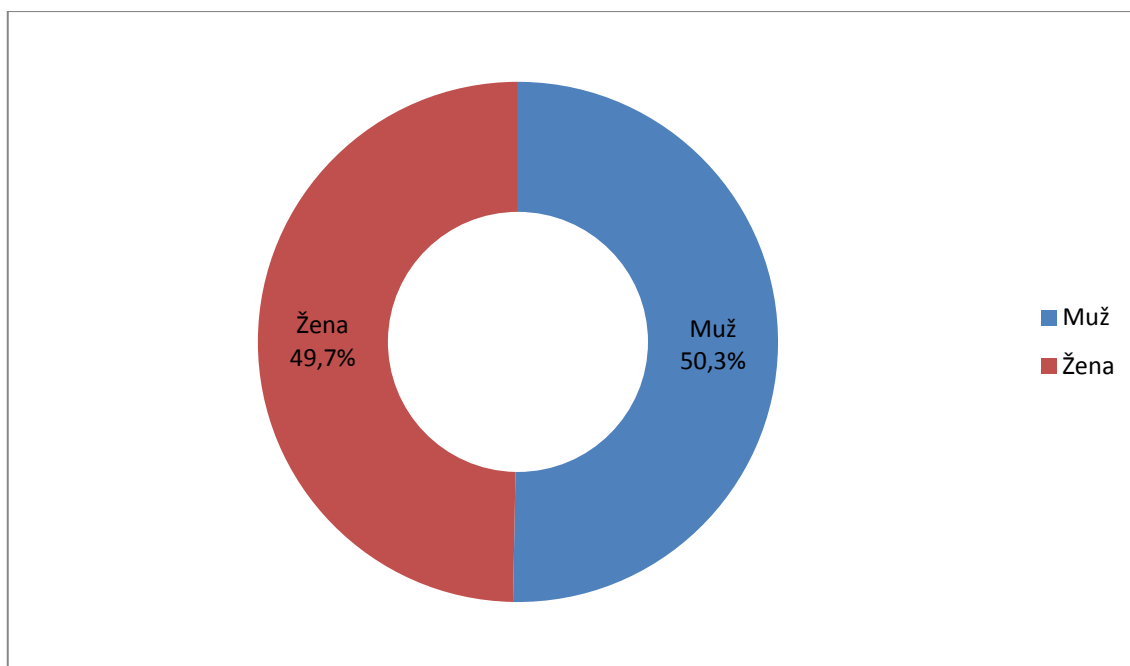
Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 1 Pohlaví respondentů (N = 352)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Muž</b>	177	50,3 %
<b>Žena</b>	175	49,7 %

Zdroj: vlastní

Graf 1 Pohlaví respondentů (N = 352)



Zdroj: vlastní

V otázce č. 2 byli respondenti dotazováni na pohlaví. Z grafu 1 je zřejmé, že podíl mužů a žen je téměř totožný. Sledovaný soubor tvořilo 177 mužů (50,3 %) a 175 žen (49,7 %).

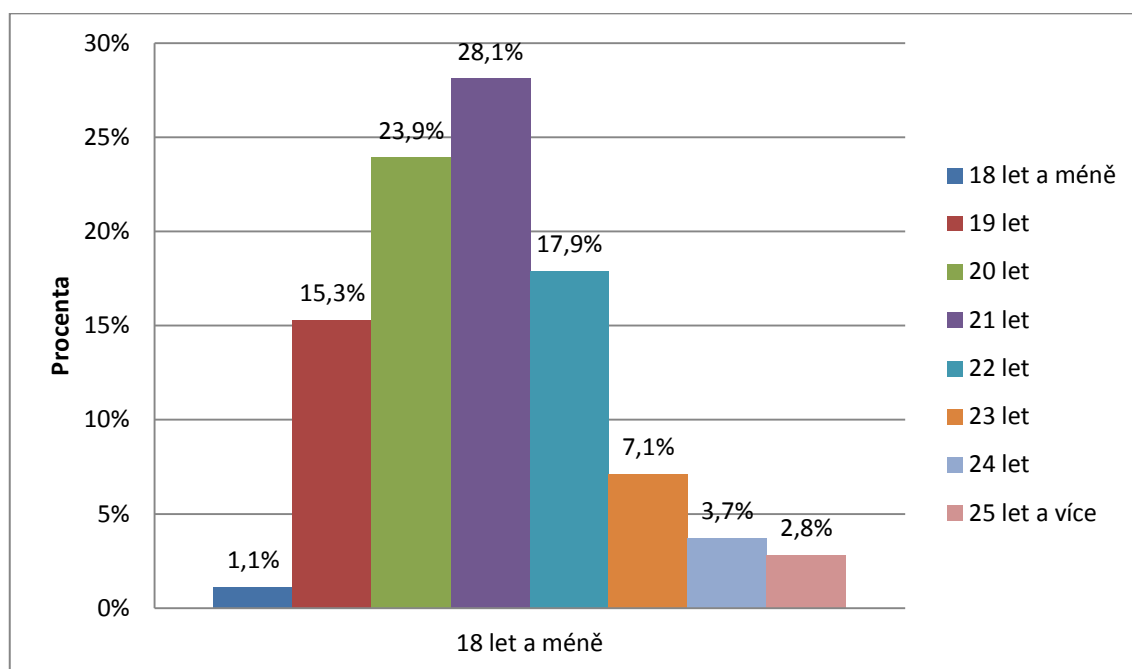
## Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Tabulka 2 Věk respondentů (N = 352)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
18 let a méně	4	1,1 %
19 let	54	15,3 %
20 let	84	23,9 %
21 let	99	28,1 %
22 let	63	17,9 %
23 let	25	7,1 %
24 let	13	3,7 %
25 let a více	10	2,8 %

Zdroj: vlastní

Graf 2 Věk respondentů (N = 352)



Zdroj: vlastní

Otázka číslo 1 byla otázkou otevřenou. Tabulka 2 a graf 2 znázorňují věkové zastoupení respondentů. Celkový počet respondentů byl 352. Nejvíce respondentů bylo ve věku 21 let, a to 99 (28,1 %), dále ve věku 20 let 84 respondentů (23,9 %), 22 let 63 respondentů (17,9 %), 19 let 54 respondentů (15,3 %), 23 let 25 respondentů (7,1 %), 24

let 13 respondentů (3,7 %). Ve věku 25 let a více bylo celkem 10 respondentů, přičemž nejstaršímu z nich bylo 44 let. Naopak respondenti s věkem 18 let a méně byli celkem 4, přičemž nejmladšímu bylo 17 let.

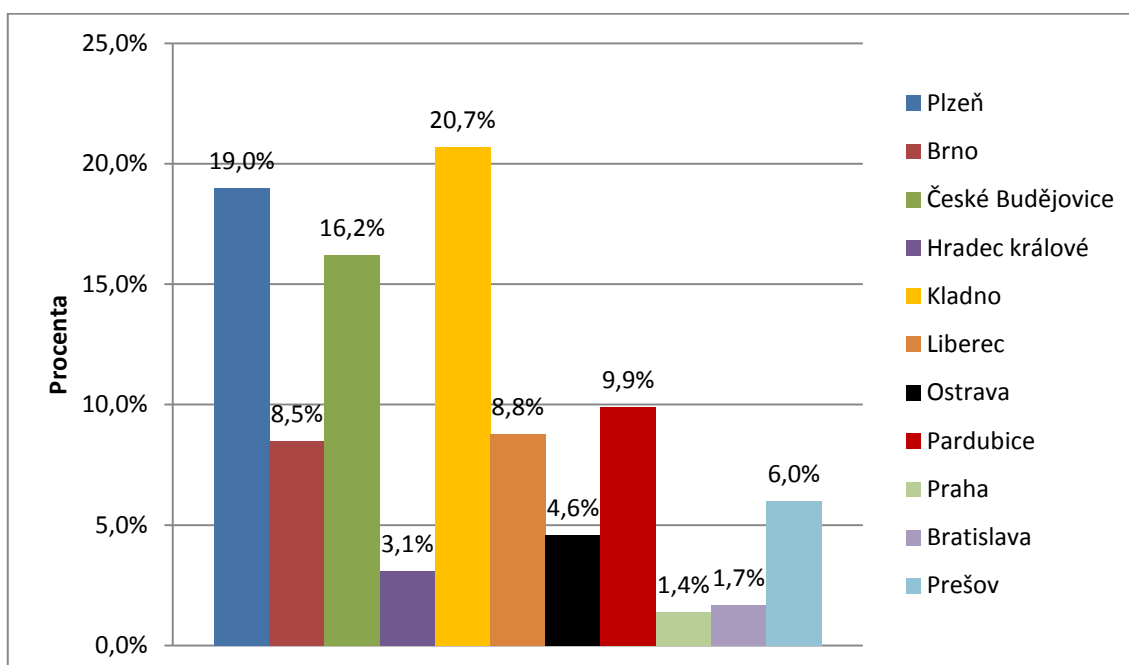
### Otázka č. 5: Kde studujete?

Tabulka 3 Místo studia respondentů (N = 352)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Plzeň</b>	67	19,0 %
<b>Brno</b>	30	8,5 %
<b>České Budějovice</b>	57	16,2 %
<b>Hradec Králové</b>	11	3,1 %
<b>Kladno</b>	73	20,7 %
<b>Liberec</b>	31	8,8 %
<b>Ostrava</b>	16	4,6 %
<b>Pardubice</b>	35	9,9 %
<b>Praha</b>	5	1,4 %
<b>Bratislava</b>	6	1,7 %
<b>Prešov</b>	21	6,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 3 Místo studia respondentů (N = 352)



Zdroj: vlastní

V otázce č. 5 bylo zjišťováno místo studia respondentů. V rámci České republiky se výzkumného šetření účastnili studenti 9 škol. Plzni na Fakultě zdravotnických studií studovalo 67 respondentů (19,0 %), v Brně na Lékařské fakultě 30 respondentů (8,5 %), v Českých Budějovicích na Zdravotně sociální fakultě 57 respondentů (16,2 %), v Hradci Králové na Fakultě vojenského zdravotnictví 11 respondentů (3,1 %), v Kladně na Fakultě biomedicínského inženýrství 73 respondentů (20,7 %), v Liberci v Ústavu zdravotnických studií 31 respondentů (8,8 %), v Ostravě na Lékařské fakultě 16 respondentů (4,6 %), v Pardubicích na Fakultě zdravotnických studií 35 respondentů (9,4 %), v Praze na Vysoké škole zdravotnické 5 respondentů (1,4 %). Ze Slovenské republiky se jedná o 6 respondentů (1,7 %) z Bratislavy z Fakulty ošetrovatelství a zdravotnických odborných studií a 21 respondentů (6,0 %) z Prešova z Fakulty zdravotnických oborů. Výrazně vyšší počet respondentů je tedy dle grafu z Kladna, Plzně a Českých Budějovic.

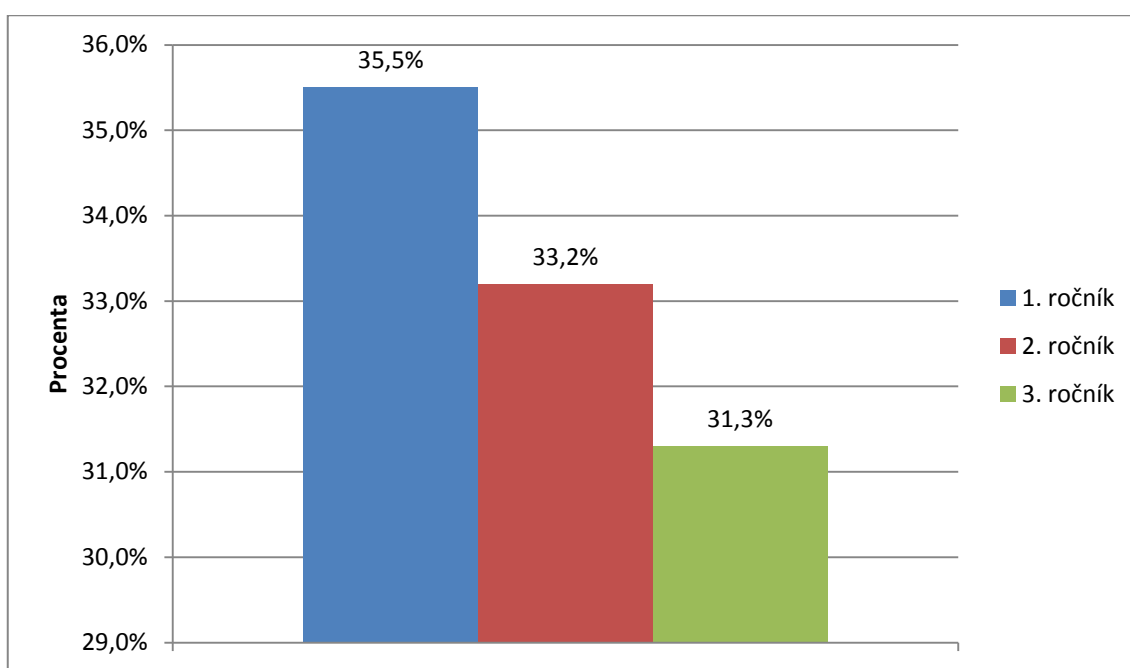
## Otázka č. 6: Jaký ročník studujete?

**Tabulka 4** Ročník studia respondentů (N = 352)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>1. ročník</b>	125	35,5 %
<b>2. ročník</b>	117	33,2 %
<b>3. ročník</b>	110	31,3 %

Zdroj: vlastní

**Graf 4** Ročník studia respondentů (N = 352)



Zdroj: vlastní

Tabulka 5 a graf 5 zobrazují zastoupení respondentů v jednotlivých ročnících studia. Nejvíce respondentů bylo z řad studentů 1. ročníku, a to 125 (35,5 %), z 2. ročníku bylo 117 respondentů (33,2 %) a 110 respondentů (31,3 %) z 3. ročníku studia.



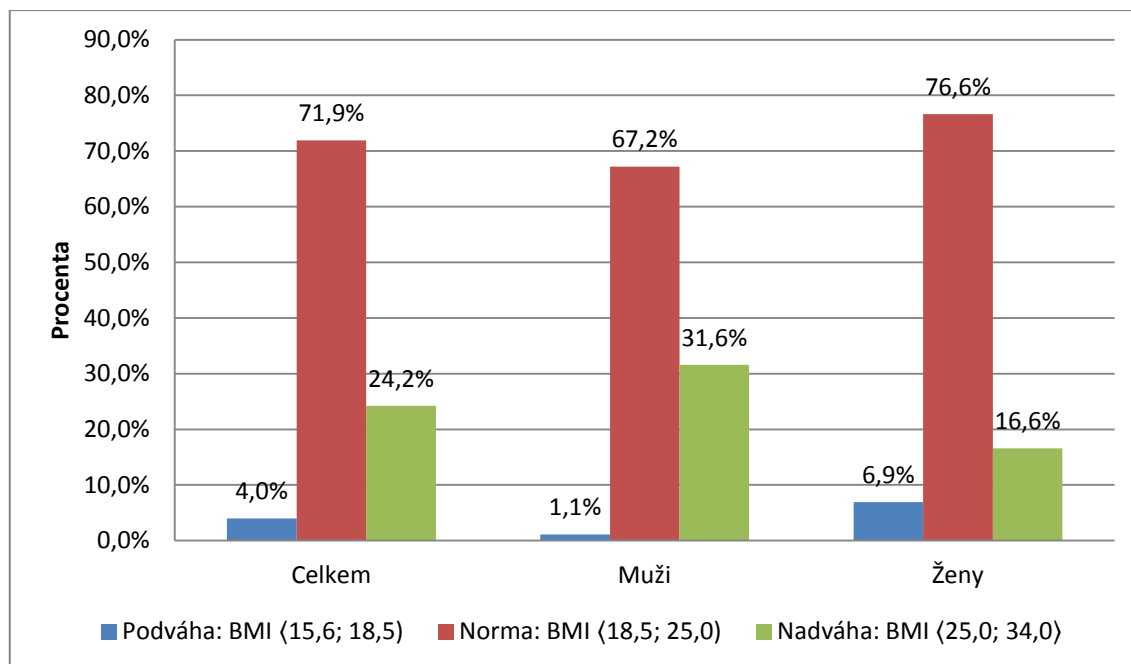
### Otázka č. 3 a 4: Jaká je Vaše hmotnost? Jaká je Vaše výška?

Tabulka 5 BMI respondentů

Vypočítané BMI	Celkem (N = 352)		Muži (N = 177)		Ženy (N = 175)	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<15,6; 18,5> kg.m <sup>-2</sup>	14	4,0 %	2	1,1 %	12	6,9 %
<18,5; 25,0> kg.m <sup>-2</sup>	253	71,9 %	119	67,2 %	134	76,6 %
<25,0; 34,0> kg.m <sup>-2</sup>	85	24,2 %	56	31,6 %	29	16,6 %

Zdroj: vlastní

Graf 5 BMI respondentů



Zdroj: vlastní

V otázkách 3 a 4 byli respondenti dotazováni na jejich tělesnou hmotnost a výšku. Z těchto hodnot byl vypočítán body mass index (BMI) dle vzorce tělesná hmotnost v kilogramech dělená druhou mocninou tělesné výšky v metrech. Intervaly

mezi podváhou, normou a nadváhou byly stanoveny dle doporučení Světové zdravotnické organizace, přičemž maximální a minimální hodnota intervalů byla stanovena dle nejvyšší a nejnižší vypočítané hodnoty vycházející z dotazníkového šetření [podváha s BMI (15,6; 18,5) kg.m<sup>-2</sup>, norma s BMI (18,5; 25,0) kg.m<sup>-2</sup> a nadváha s BMI (25,0; 34,0) kg.m<sup>-2</sup>]. Z grafu 3 vyplývá, že z celkového počtu respondentů, tj. 352, bylo 14 respondentů (4,0 %) v kategorii podváha, 253 respondentů (71,9 %) s normálním BMI a 85 respondentů (16,6 %) s hodnotou BMI v kategorii nadváha. Ve skupině respondentů mužského pohlaví (s celkovým počtem 177 respondentů) byli pouze 2 muži (1,1 %) v kategorii podváha, 119 mužů (67,2 %) s normálním BMI a 56 mužů (31,6 %) v kategorii nadváha. Ve skupině respondentů ženského pohlaví bylo celkem 175 žen, 12 z nich (6,9 %) spadá dle výsledného BMI do kategorie podváha, což je procentuálně více než ve skupině mužů. Dále bylo 134 žen (76,6 %) v kategorii norma a 29 žen (16,6 %) s nadváhou.

## 7.2 Stravování

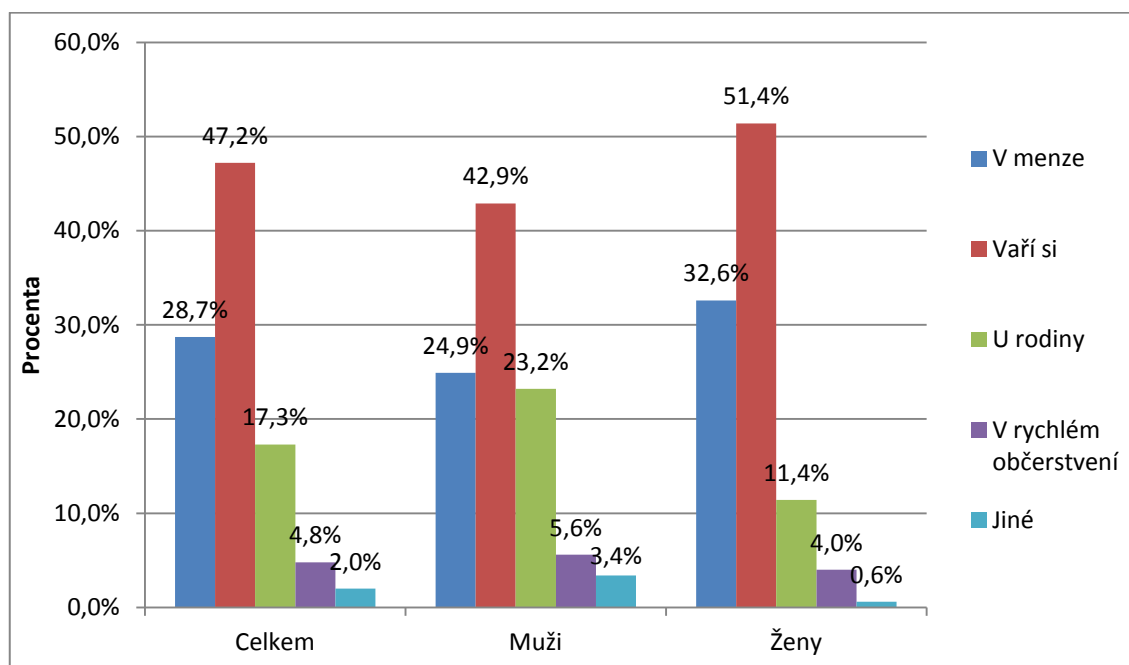
Otázka č. 7: Kde se nejčastěji stravujete?

Tabulka 6 Nejčastější místo stravování respondentů dle pohlaví

Odpovědi	Celkem (N = 352)		Muži (N = 177)		Ženy (N = 175)	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>V menze</b>	101	28,7 %	44	24,9 %	57	32,6 %
<b>Vařím si</b>	166	47,2 %	76	42,9 %	90	51,4 %
<b>U rodiny</b>	61	17,3 %	41	23,2 %	20	11,4 %
<b>V rychlém občerstvení</b>	17	4,8 %	10	5,6 %	7	4,0 %
<b>Jiné</b>	7	2,0 %	6	3,4 %	1	0,6 %

Zdroj: vlastní

Graf 6 Nejčastější místo stravování respondentů dle pohlaví



Zdroj: vlastní

V otázce č. 7 jsme se ptali na nejčastější místo stravování studentů. Celkem 166 respondentů (47,2 %) si vaří své vlastní jídlo. V počtu odpovědí následuje stravování se

v menze se 101 respondenty (28,7 %), u rodiny se stravuje 61 respondentů (17,3 %), v rychlém občerstvení 17 respondentů (4,8 %) a jinou odpověď zvolilo celkem 7 respondentů (2,0 %), kde nejčastěji respondenti uváděli kombinaci více možností a 2 uvedli, že se stravovali v restauracích. V porovnání pohlaví je z grafu 6 zřejmé, že si ženy v porovnání s muži častěji vařily, více se stravovaly také v menze a méně využívaly stravování u svých rodin.

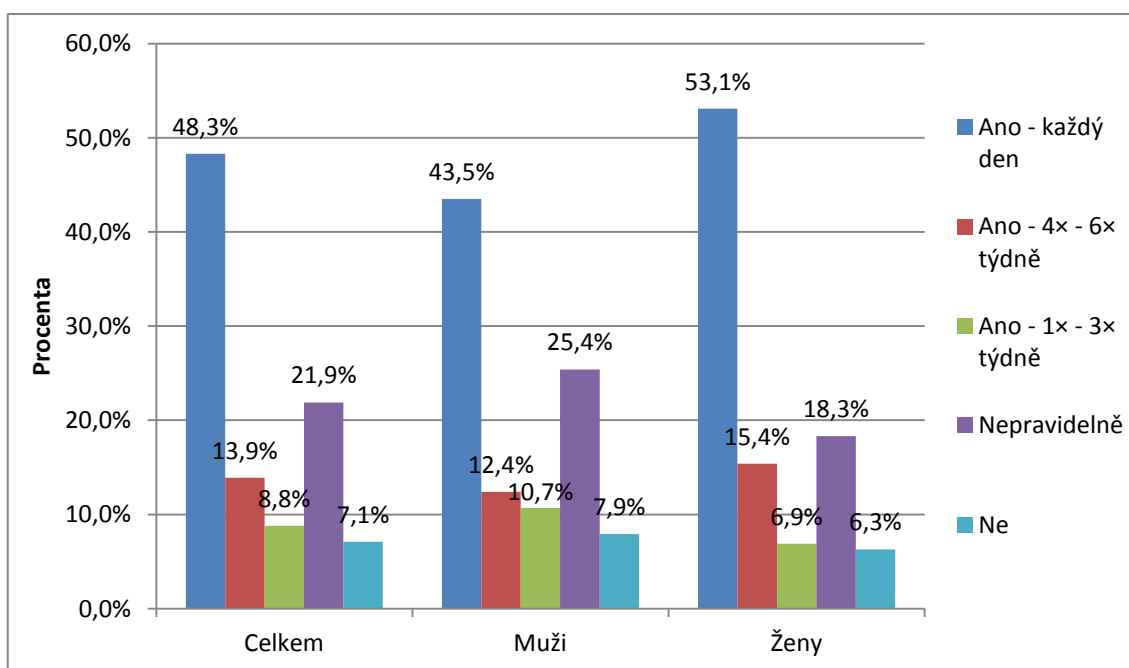
## Otázka č. 8: Snídáte?

Tabulka 7 Snídaně respondentů dle pohlaví

Odpovědi	Celkem (N = 352)		Muži (N = 177)		Ženy (N = 175)	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Ano - každý den</b>	170	48,3 %	77	43,5 %	93	53,1 %
<b>Ano - 4× - 6× týdně</b>	49	13,9 %	22	12,4 %	27	15,4 %
<b>Ano - 1× - 3× týdně</b>	31	8,8 %	19	10,7 %	12	6,9 %
<b>Nepravidelně</b>	77	21,9 %	45	25,4 %	32	18,3 %
<b>Ne</b>	25	7,1 %	14	7,9 %	11	6,3 %

Zdroj: vlastní

Graf 7: Snídaně respondentů dle pohlaví



Zdroj: vlastní

Otázka č. 7 zjišťovala, zda studenti snídali či nikoli a jak často. Nejvíce respondentů, celkem 170 (48,3 %), odpovědělo, že snídali každý den. Další v pořadí byla odpověď nepravidelně se 77 respondenty (21,9 %). Dále pak snídalo 49 respondentů (13,9 %) čtyřikrát až šestkrát týdně, 31 respondentů (8,8 %) jedenkrát až třikrát týdně a 25 respondentů (7,1 %) nesnídalo vůbec. Rozdíly mezi muži a ženami nebyly příliš patrné, lze však říci, že ženy snídaly častěji nežli muži.

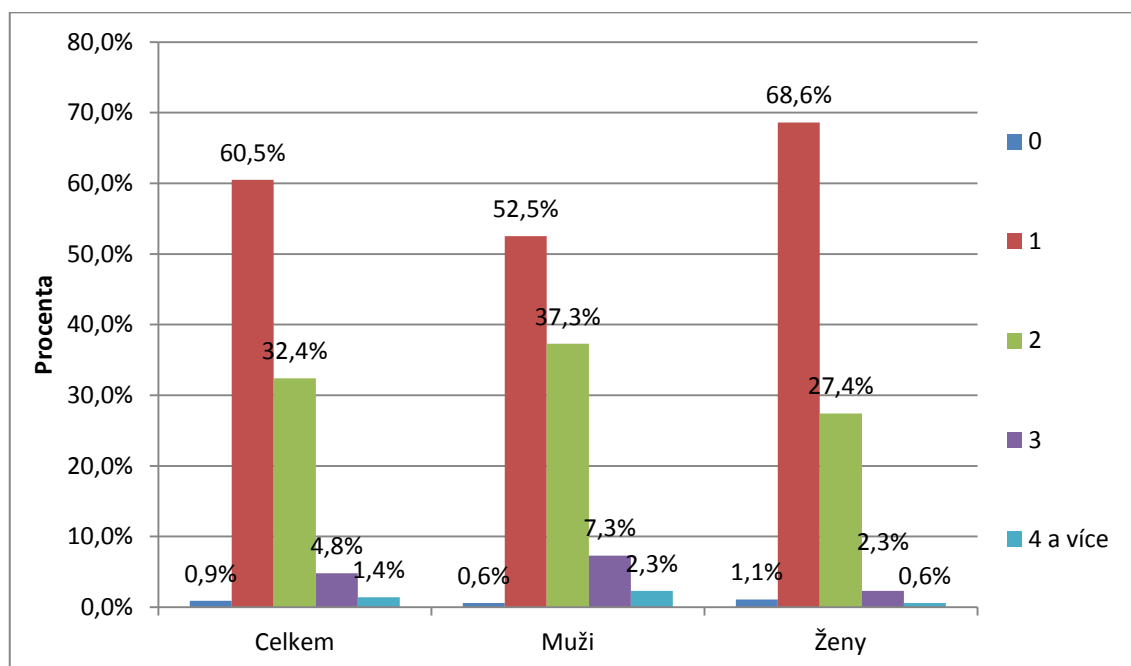
### Otázka č. 9: Kolik máte za den průměrně teplých jídel?

Tabulka 8 Teplá jídla v průběhu dne u respondentů dle pohlaví

Odpovědi	Celkem (N = 352)		Muži (N = 177)		Ženy (N = 175)	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>0</b>	3	0,9 %	1	0,6 %	2	1,1 %
<b>1</b>	213	60,5 %	93	52,5 %	120	68,6 %
<b>2</b>	114	32,4 %	66	37,3 %	48	27,4 %
<b>3</b>	17	4,8 %	13	7,3 %	4	2,3 %
<b>4 a více</b>	5	1,4 %	4	2,3 %	1	0,6 %

Zdroj: vlastní

Graf 8 Teplá jídla v průběhu dne u respondentů dle pohlaví



Zdroj: vlastní

Otázka č. 9 se respondentů dotazovala na počet teplých jídel, které průměrně zkonsumovali během jednoho dne. Pouze 3 respondenti (0,9 %) neměli během dne ani jedno teplé jídlo. Nejvíce respondentů, a to 213 (60,5 %) udalo, že během dne mají průměrně 1 teplé jídlo, dále 114 respondentů (32,4 %) mělo 2 teplá jídla, 17

respondentů (4,8 %) mělo 3 teplá jídla a 5 respondentů (1,4 %) mělo během dne 4 a více teplých jídel. Z tabulky 8 a grafu 8 je patrné, že muži jedli více teplých jídel během dne než ženy. Celkem 68,6 % žen mělo během dne pouze jedno teplé jídlo a 27,4 % žen mělo 2 teplá jídla, přičemž muži měli v 52,5 % jedno teplé jídlo, což je o 16,1 % méně než u žen a 2 teplá jídla mělo 37,3 % mužů, což je o 9,9 % více než u žen. Muži měli také častěji 4 a více teplých jídel za den než ženy.



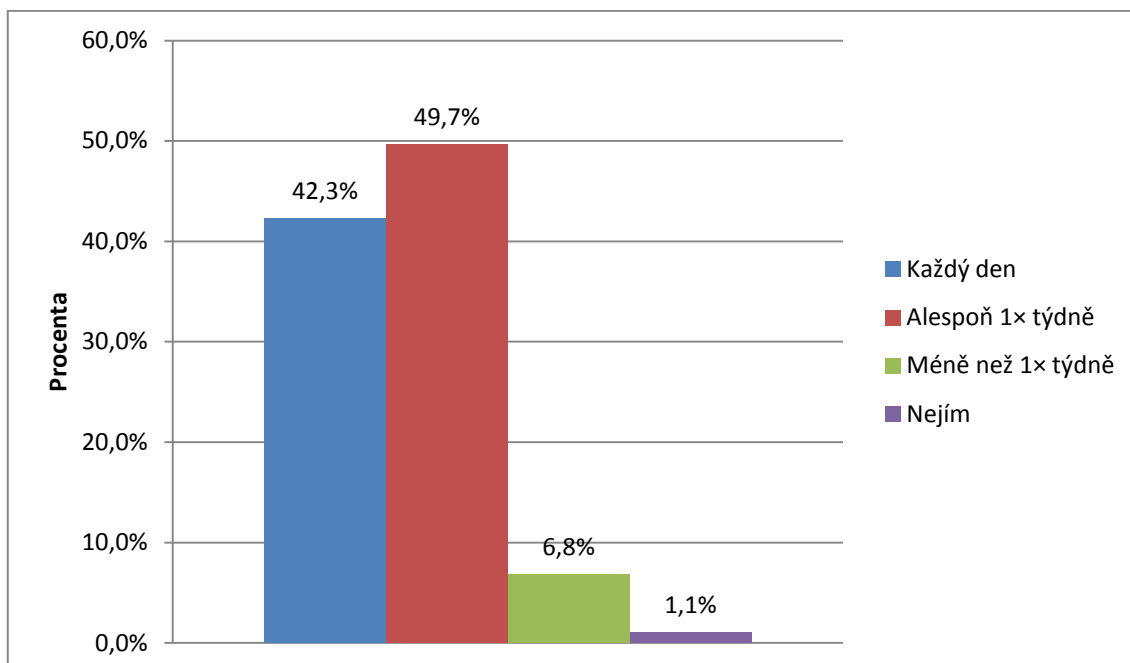
### Otázka č. 10: Jak často jíte ovoce?

**Tabulka 9 Konzumace ovoce respondenty (N = 352)**

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Každý den</b>	149	42,3 %
<b>Alespoň 1× týdně</b>	175	49,7 %
<b>Méně než 1× týdně</b>	24	6,8 %
<b>Nejím</b>	4	1,1 %

Zdroj: vlastní

**Graf 9 Konzumace ovoce respondenty (N = 352)**



Zdroj: vlastní

V otázce č. 10 bylo zjišťováno, jak často konzumovali respondenti ovoce. Téměř polovina respondentů, konkrétně 175 (49,7 %), jedlo ovoce alespoň jedenkrát týdně. Každý den mělo ovoce 149 respondentů (42,3 %). Méně než jedenkrát za týden jedlo ovoce 24 respondent (6,8 %) a pouze 4 respondenti (1,1 %) uvedli, že ovoce nejedli vůbec.

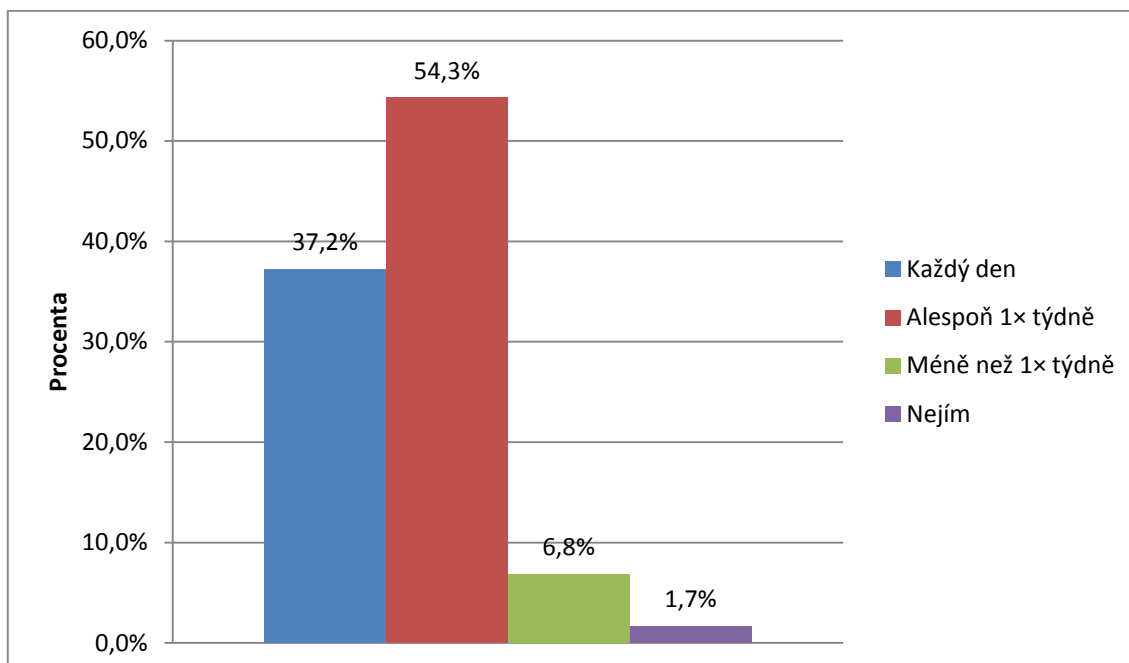
### Otázka č. 11: Jak často jíte zeleninu?

Tabulka 10 Konzumace zeleniny respondenty (N = 352)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Každý den</b>	131	37,2 %
<b>Alespoň 1× týdně</b>	191	54,3 %
<b>Méně než 1× týdně</b>	24	6,8 %
<b>Nejím</b>	6	1,7 %

Zdroj: vlastní

Graf 10 Konzumace zeleniny respondenty (N = 352)



Zdroj: vlastní

V otázce č. 11 jsme zjišťovali, jak často jedli respondenti zeleninu, obdobně jako v otázce č. 10, týkající se ovoce. Nejvíce respondentů uvedlo, celkem 191 (54,3 %), že jedli zeleninu alespoň jedenkrát týdně, 131 respondentů (37,2 %) jedlo zeleninu každý den, 24 respondentů (6,8 %) pak konzumovalo zeleninu méně než jedenkrát týdně a 6 respondentů (1,7 %) zeleninu nejedlo.

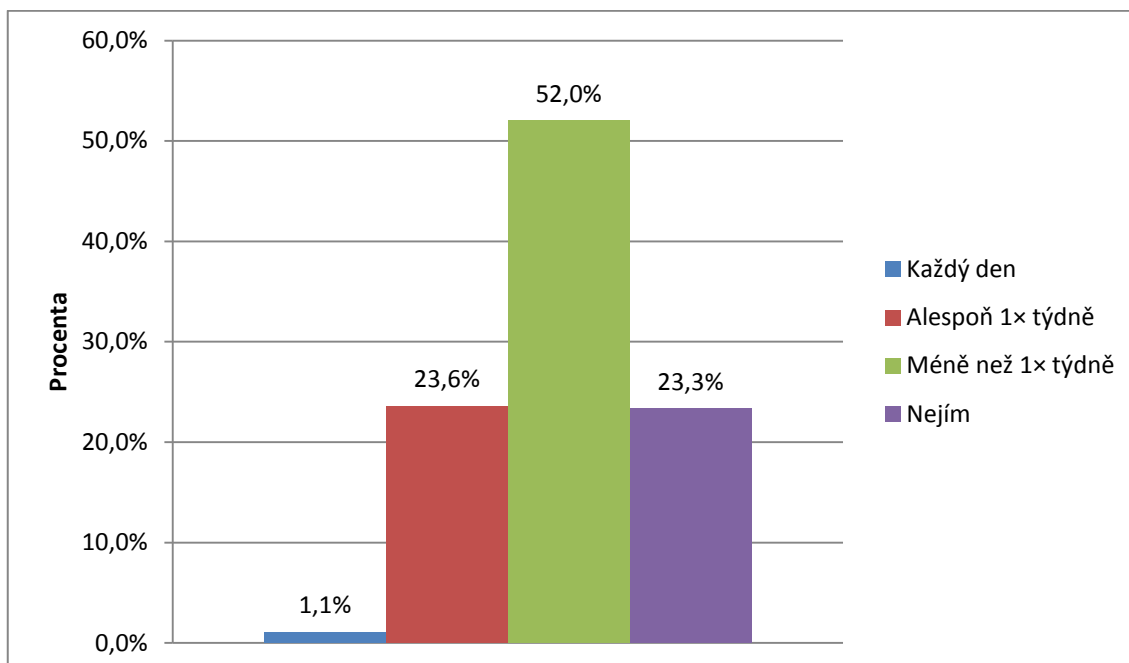
## Otázka č. 12: Jak často jíte fast-food?

Tabulka 11 Rychlé občerstvení a respondenti (N = 352)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Každý den</b>	4	1,1 %
<b>Alespoň 1× týdně</b>	83	23,6 %
<b>Méně než 1× týdně</b>	183	52,0 %
<b>Nejím</b>	82	23,3 %

Zdroj: vlastní

Graf 11 Rychlé občerstvení a respondenti (N = 352)



Zdroj: vlastní

Respondenti odpovídali v otázce č. 12 na to, jak často se stravují v tzv. rychlém občerstvení. Velmi malý počet respondentů se stravoval tímto způsobem každý den, ti byli 4 (1,1 %), alespoň jedenkrát týdně jedlo fast-food 83 respondentů (23,6 %). Nejvíce respondentů uvedlo, celkem 183 (52,0 %), že fast-food jedli méně než jedenkrát týdně. A 82 respondentů (23,3 %) nejedlo fast-food vůbec.

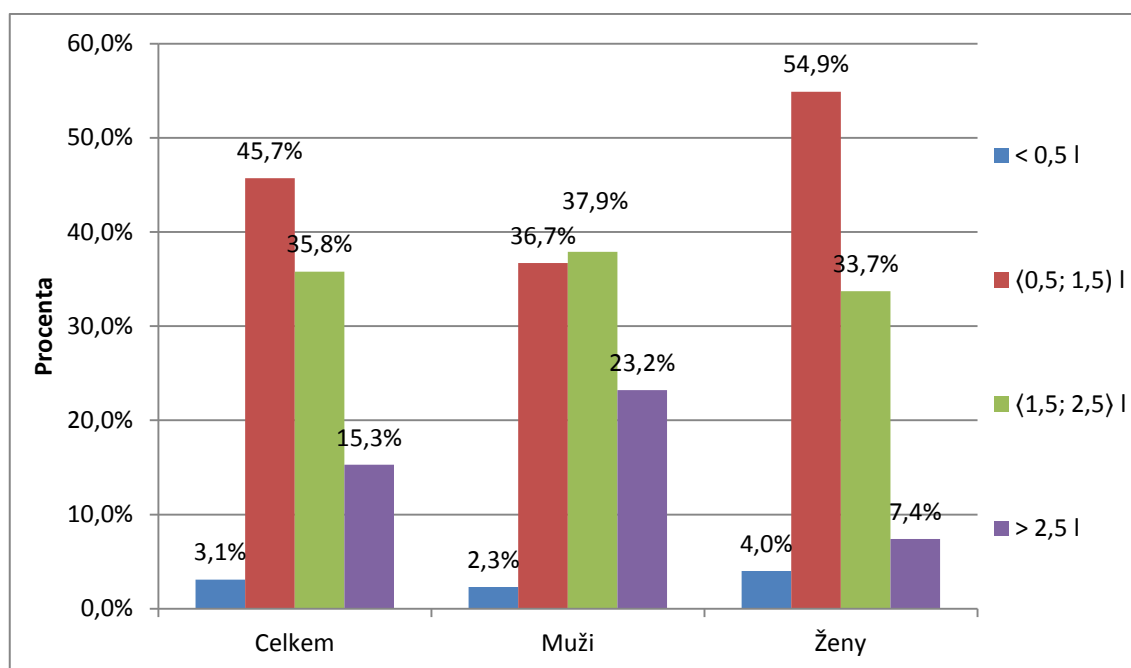
### Otázka č. 13: Kolik vypijete za den průměrně tekutin?

Tabulka 12 Množství vypitých tekutin dle pohlaví

Odpovědi	Celkem (N = 352)		Muži (N = 177)		Ženy (N = 175)	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
< 0,5 l	11	3,1 %	4	2,3 %	7	4,0 %
(0,5; 1,5) l	161	45,7 %	65	36,7 %	96	54,9 %
(1,5; 2,5) l	126	35,8 %	67	37,9 %	59	33,7 %
> 2,5 l	54	15,3 %	41	23,2 %	13	7,4 %

Zdroj: vlastní

Graf 12 Množství vypitých tekutin dle pohlaví



Zdroj: vlastní

V otázce 13 jsme se dotazovali na pitný režim respondentů. Méně než 0,5 l tekutin vypilo průměrně za den 11 respondentů (3,1 %). Nejvíce respondentů, a to 161 (45,7 %) vypilo od 0,5 l do 1,5 l tekutin denně, 126 respondentů (35,8 %) vypilo od 1,5 l do 2,5 l tekutin a 54 respondentů (15,3 %) přijalo 2,5 l tekutin a více. U mužů i u žen bylo procentuální zastoupení respondentů, kteří udávali 1,5 l až 2,5 l vypitých tekutin

denně, podobné, a to 37,9 % u mužů a 33,7 % u žen. Větší rozdíl je zřejmý u respondentů, kteří odpověděli 0,5 l až 1,5 l vypitých tekutin denně, kde ženy s 54,9 % převyšují o 18,2 % muže, kteří mají 36,7 %. Dále 23,2 % mužů vypilo 2,5 l a více tekutin, přičemž ženy zde měly zastoupení pouze 7,4 %. Z těchto dat je zřejmé, že muži pili více tekutin denně než ženy.

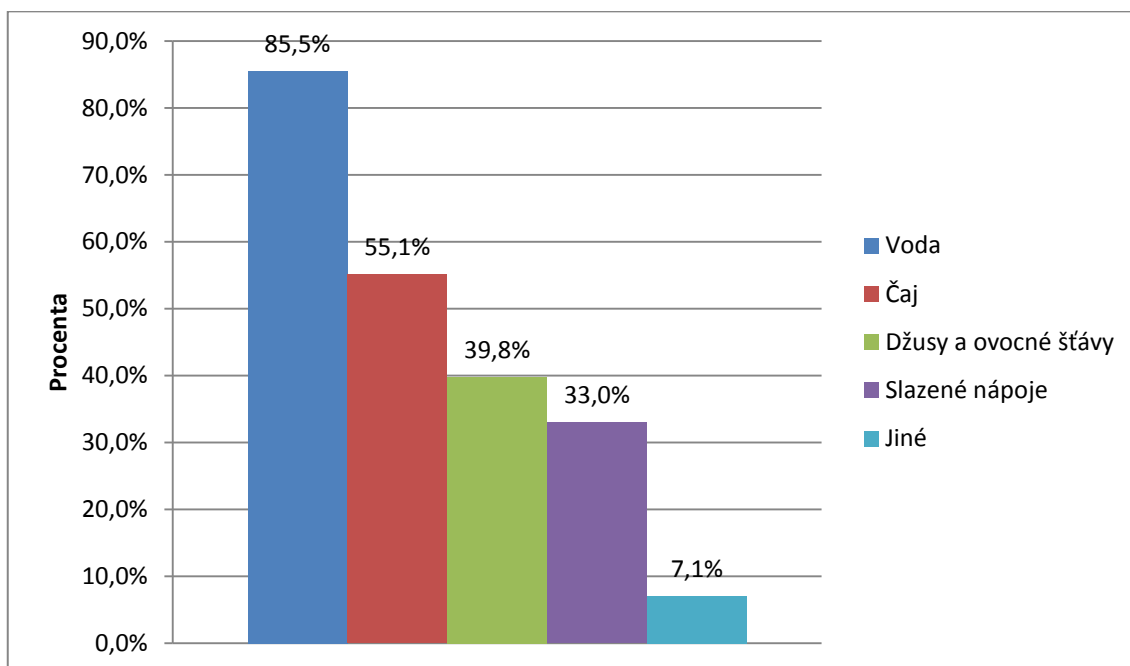
### Otázka č. 14: Jaké tekutiny pijete?

Tabulka 13 Typ vypitých tekutin (N = 352)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Voda	301	85,5 %
Čaj	194	55,1 %
Džusy a ovocné šťávy	140	39,8 %
Slazené nápoje	116	33,0 %
Jiné	25	7,1 %

Zdroj: vlastní

Graf 13 Typ vypitých tekutin (N = 352)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 14 byla otázkou s možností výběru více odpovědí. Nejvíce respondentů uvedlo, že pije vodu, celkem se jednalo o 301 respondentů (85,5 %). Dále 194 respondentů (55,1 %) vybralo odpověď čaj, džusy a ovocné šťávy zvolilo 140 respondentů (39,8 %), slazené nápoje uvedlo 116 respondentů (33,0 %) a odpověď jiné vybralo 25 respondentů (7,1 %). Do odpovědi jiné respondenti uváděli nejčastěji kávu, a to celkem v 11 případech, dále respondenti uváděli minerální vody a alkoholické nápoje.

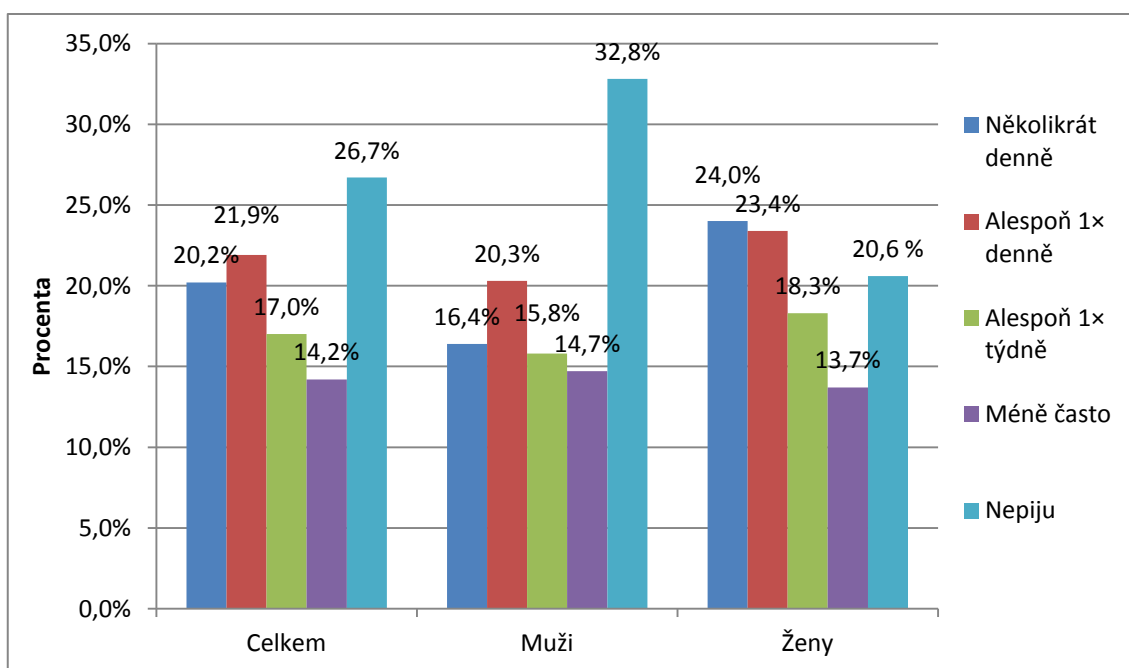
## Otázka č. 15: Pijete kávu?

Tabulka 14 Pití kávy dle pohlaví

Odpovědi	Celkem (N = 352)		Muži (N = 177)		Ženy (N = 175)	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Několikrát denně</b>	71	20,2 %	29	16,4 %	42	24,0 %
<b>Alespoň 1× denně</b>	77	21,9 %	36	20,3 %	41	23,4 %
<b>Alespoň 1× týdně</b>	60	17,0 %	28	15,8 %	32	18,3 %
<b>Méně často</b>	50	14,2 %	26	14,7 %	24	13,7 %
<b>Nepiju</b>	94	26,7 %	58	32,8 %	36	20,6 %

Zdroj: vlastní

Graf 14 Pití kávy dle pohlaví



Zdroj: vlastní

V otázce č. 15 jsme zjišťovali, zda respondenti pili kávu a jak často. Nejčastěji respondenti uváděli, že kávu nepijí vůbec, tuto možnost zvolilo 94 z nich (26,7 %). Druhá nejfrekventovanější odpověď byla alespoň jedenkrát denně se 77 respondenty (21,9 %). Dále uvedlo 71 respondentů (20,2 %), že pili kávu několikrát za den, alespoň jedenkrát týdně pilo kávu 60 respondentů (17,0 %) a 50 respondentů (14,2 %) uvedlo, že kávu pilo méně často než jedenkrát týdně. Ze získaných dat vyplývá při porovnání pohlaví, že muži pili kávu méně často než ženy. Celkem 32,8 % mužů uvedlo, že kávu nepili vůbec, přičemž mezi ženami je to pouze 20,6 %, což je o 12,2 % méně než u mužů. Více žen než mužů také uvedlo, že pily kávu několikrát denně, alespoň jedenkrát denně či alespoň jedenkrát týdně.



## 7.3 Spánek

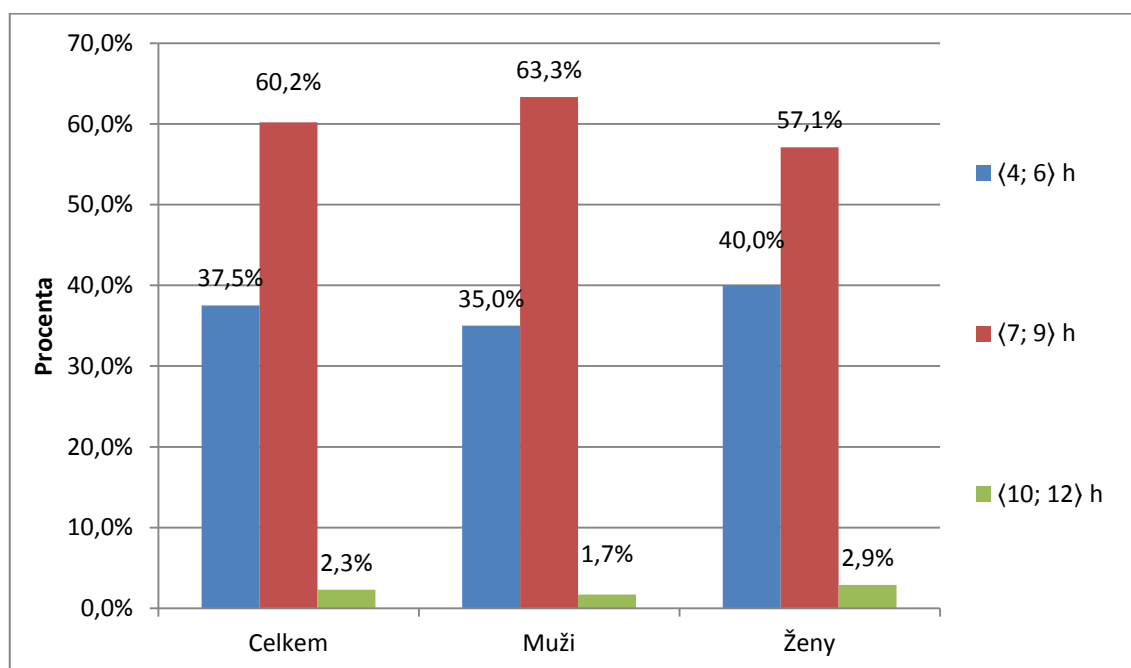
Otázka č. 16: Kolik hodin denně průměrně spíte?

Tabulka 15 Průměrná doba spánku dle pohlaví

Odpovědi	Celkem (N = 352)		Muži (N = 177)		Ženy (N = 175)	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<4; 6> h	132	37,5 %	62	35,0 %	70	40,0 %
<7; 9> h	212	60,2 %	112	63,3 %	100	57,1 %
<10; 12> h	8	2,3 %	3	1,7 %	5	2,9 %

Zdroj: vlastní

Graf 15 Průměrná doba spánku dle pohlaví



Zdroj: vlastní

V otázce 16 byli respondenti dotazováni na průměrnou dobu spánku v hodinách během 1 dne. Nejvíce respondentů, a to 212 (60,2 %), uvedlo, že spalo 7 až 9 hodin denně. Dále 132 respondentů (37,5 %) spalo 4 až 6 hodin denně a 8 respondentů (2,3 %) spalo 10 až 12 hodin denně. Rozdíly mezi pohlavími nejsou z dat příliš zřejmé.

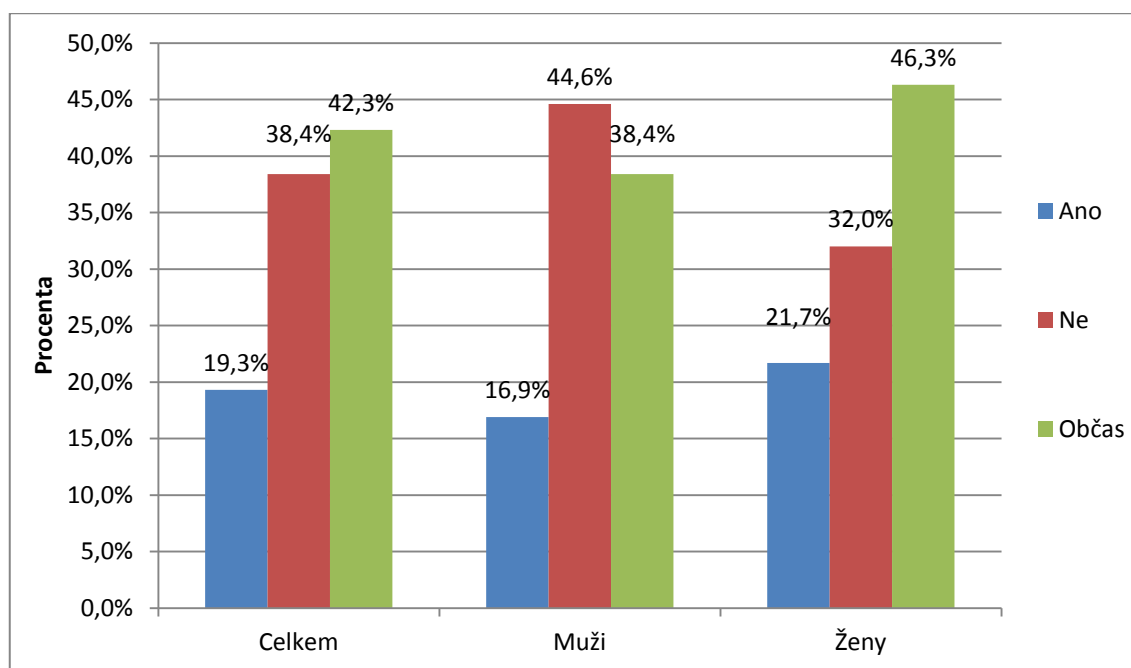
### Otázka č. 17: Probouzí se během spánku?

Tabulka 16 Probouzení se během spánku dle pohlaví

Odpovědi	Celkem (N = 352)		Muži (N = 177)		Ženy (N = 175)	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Ano</b>	68	19,3 %	30	16,9 %	38	21,7 %
<b>Ne</b>	135	38,4 %	79	44,6 %	56	32,0 %
<b>Občas</b>	149	42,3 %	68	38,4 %	81	46,3 %

Zdroj: vlastní

Graf 16 Probouzení se během spánku dle pohlaví



Zdroj: vlastní

Otázka č. 17 se dotazovala na probouzení se během spánku. Bylo zjištěno, že 149 respondentů (42,3 %) se probouzelo občas, 135 respondentů (38,4 %) se během spánku neprobouzelo a 68 respondentů (19,3 %) se probouzelo. Během spánku se probouzel větší podíl žen než mužů, z grafu také vyplývá, že muži neměli potíže s probouzením během spánku ve 44,6 % případů, což je o 12,6 % více než u žen.

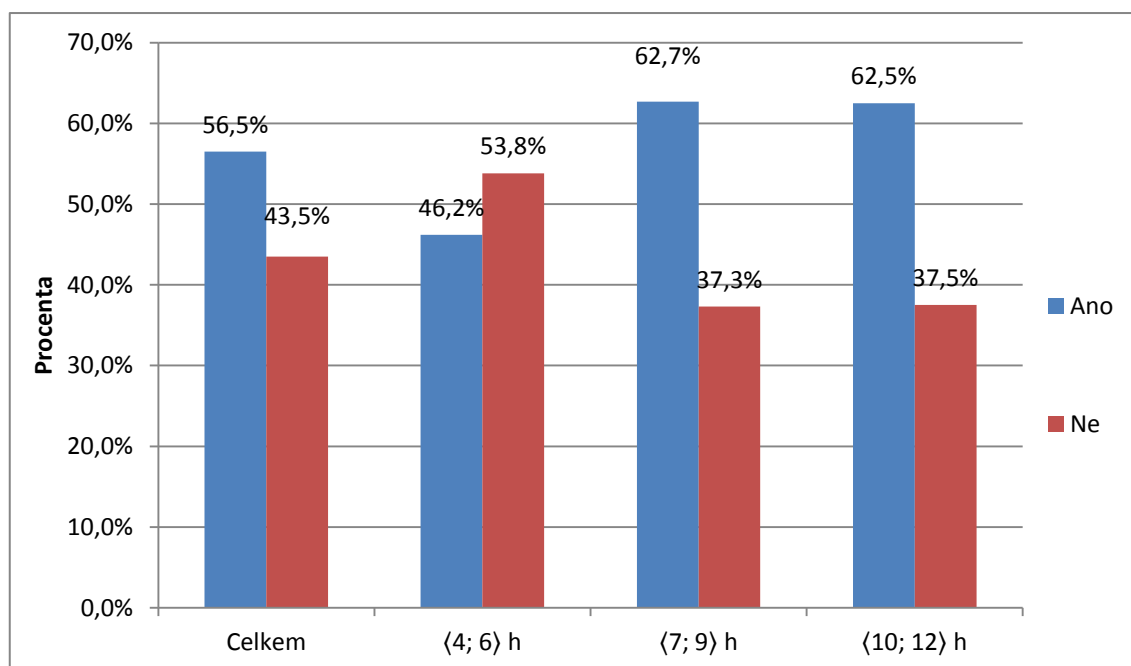
### Otázka č. 18: Cítíte se po spánku odpočatý?

Tabulka 17 Pocit odpočinutí po spánku v závislosti na délce spánku

Odpovědi	Celkem (N = 352)		Spánek <4; 6> h (N = 132)	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Ano</b>	199	56,5 %	61	46,2 %
<b>Ne</b>	153	43,5 %	71	53,8 %
Odpovědi	Spánek <7; 9> h (N = 212)		Spánek <10; 12> h (N = 8)	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Ano</b>	133	62,7 %	5	62,5 %
<b>Ne</b>	79	37,3 %	3	37,5 %

Zdroj: vlastní

Graf 17 Pocit odpočinutí po spánku v závislosti na délce spánku



Zdroj: vlastní

V otázce č. 18 jsme zjišťovali, zda se respondenti cítili po spánku odpočatí, či nikoli. Z celkového počtu 352 respondentů odpovědělo 199 z nich (56,5 %), že se cítili odpočatí a 153 respondentů odpovědělo opačně, tedy, že se odpočatými po spánku

necítli. Respondentů, kteří odpověděli v otázce č. 16, že spí 4 až 6 hodin denně, bylo celkem 132 a z nich 46,2 % uvedlo, že se cítili po spánku odpočatí a 53,8 % z nich odpovědělo opačně, z toho vyplývá, že více respondentů, spících denně 4 až 6 hodin, se cítilo po spánku neodpočatých. Naopak respondenti, kteří uvedli, že spí 7 až 9 hodin denně, se cítili odpočatí v 62,7 % případů, neodpočatých bylo pouze 37,5 %. V kategorii spících 10 až 12 hodin denně jsou výsledky podobné předchozí kategorii, spící 7 až 9 hodin denně.

## 7.4 Kouření

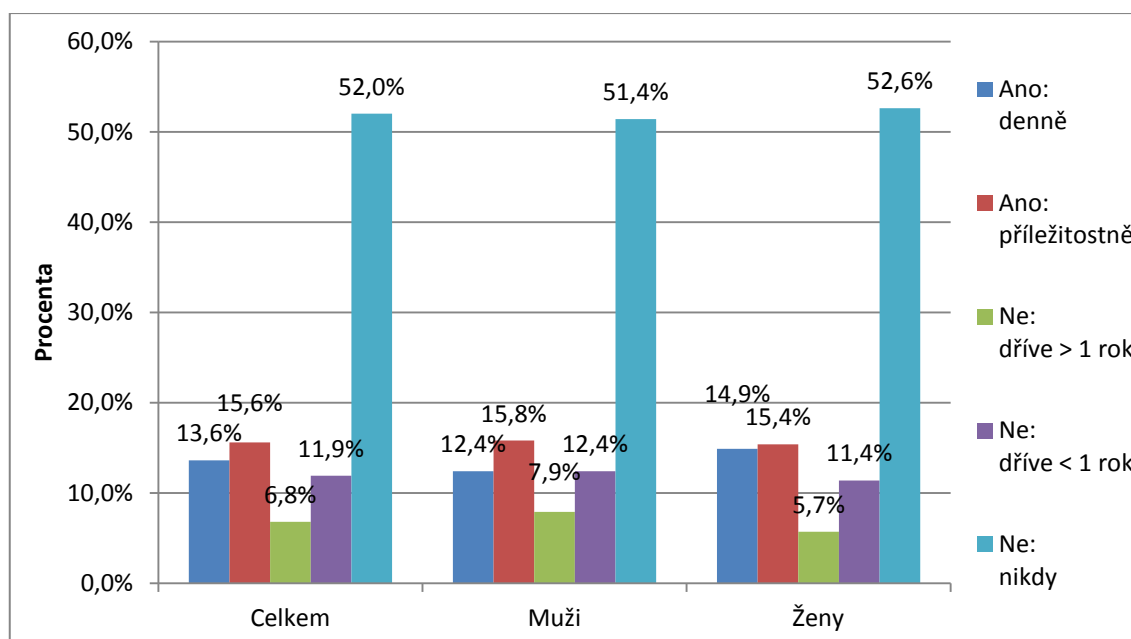
Otázka č. 19: Kouříte?

Tabulka 18 Kuřáci dle pohlaví

Odpovědi	Celkem (N = 352)		Muži (N = 177)		Ženy (N = 175)	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Ano: denně</b>	48	13,6 %	22	12,4 %	26	14,9 %
<b>Ano: příležitostně</b>	55	15,6 %	28	15,8 %	27	15,4 %
<b>Ne: v dříve &gt; 1 rok</b>	24	6,8 %	14	7,9 %	10	5,7 %
<b>Ne: dříve &lt; 1 rok</b>	42	11,9 %	22	12,4 %	20	11,4 %
<b>Ne: nikdy</b>	183	52,0 %	91	51,4 %	92	52,6 %

Zdroj: vlastní

Graf 18 Kuřáci dle pohlaví



Zdroj: vlastní

Otázka č. 19 zjišťovala kolik respondentů kouří. Denně kouřilo 48 respondentů (13,6 %), možnost příležitostně zvolilo 55 respondentů (15,6 %). V době provádění výzkumu tedy kouřilo, ať denně či příležitostně, celkem 103 respondentů (29,2 %). V minulosti kouřilo celkem 66 respondentů (18,7 %), přičemž 24 respondentů (6,8 %) kouřilo delší dobu než 1 rok a 42 respondentů (11,9 %) kouřilo po dobu kratší než jeden rok. Nikdy nekouřila přibližně polovina respondentů, konkrétně 183 (52,0 %). Rozdíly mezi ženami a muži nejsou příliš znatelné. Denně kouřilo nepatrně více žen než mužů (12,4 % mužů a 14,9 % žen). Příležitostně kouřili mírně častěji muži, stejně tak kouřili muži častěji i v minulosti. Nikdy nekouřilo jen o 1,2 % více žen než mužů.

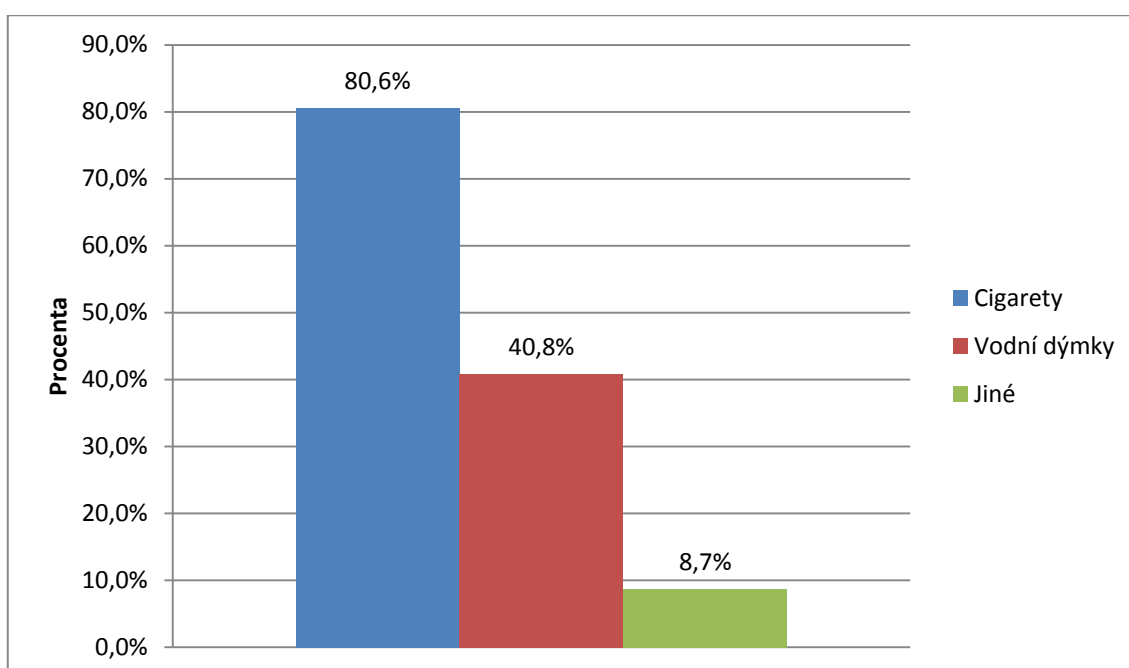
## Otázka č. 20: Co kouříte?

**Tabulka 19 Co respondenti kouří (N = 103)**

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Cigarety</b>	83	80,6 %
<b>Vodní dýmky</b>	42	40,8 %
<b>Jiné</b>	9	8,7 %

Zdroj: vlastní

**Graf 19 Co respondenti kouří (N = 103)**



Zdroj: vlastní

Na otázku č. 20 odpovídali pouze respondenti, kteří v otázce č. 19 odpověděli, že kouří, a to denně či příležitostně, celkem bylo těchto respondentů 103 a mohli zvolit více odpovědí. Celkem 83 respondentů (80,6 %) odpovědělo, že kouřilo cigarety, dále 42 respondentů (40,8 %) kouřilo vodní dýmky a 9 respondentů (8,7 %) uvedlo jinou možnost. Mezi dalšími odpověďmi byla zastoupena čtyřikrát elektronická cigareta, třikrát marihuana, jedenkrát doutník a jedenkrát dýmka.

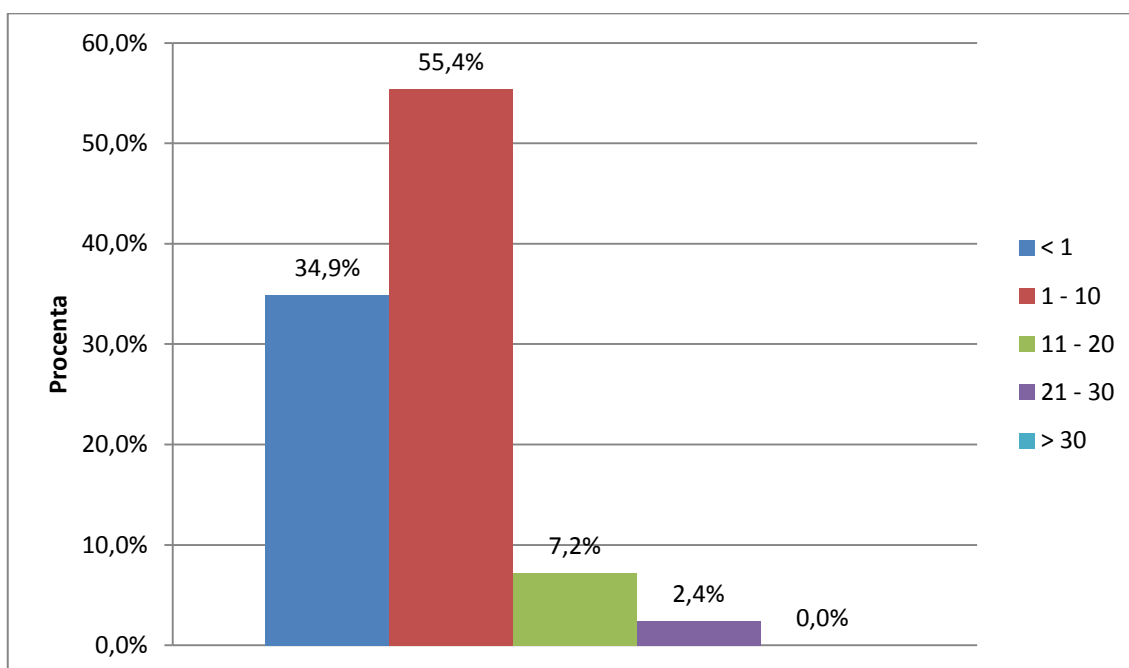
### Otázka č. 21: Kolik cigaret denně průměrně vykouříte?

Tabulka 20 Počet vykouřených cigaret respondenty (N = 83)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
< 1	29	34,9 %
1 - 10	46	55,4 %
11 - 20	6	7,2 %
21 - 30	2	2,4 %
> 30	0	0,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 20 Počet vykouřených cigaret respondenty (N = 83)



Zdroj: vlastní

V otázce č. 21 jsme zjišťovali kolik cigaret vykouří jejich uživatelé (každodenní i příležitostní), tedy respondenti, kteří odpověděli v otázce č. 19, že kouří denně nebo příležitostně a následně v otázce č. 18 uvedli, že kouří cigarety. Respondentů, kteří splňovali tyto podmínky, bylo celkem 83. Celkem 29 respondentů (34,9 %) uvedlo, že kouřilo v průměru méně než 1 cigaretu denně. Nejvíce respondentů, a to 46 (55,4 %) kouřilo 1 - 10 cigaret denně, 6 respondentů (7,2 %) vykouřilo 11 - 20 cigaret denně, u 2 respondentů (2,4 %) to bylo 21 - 30 cigaret denně. A více než 30 cigaret neuvedl nikdo.



## 7.5 Alkohol

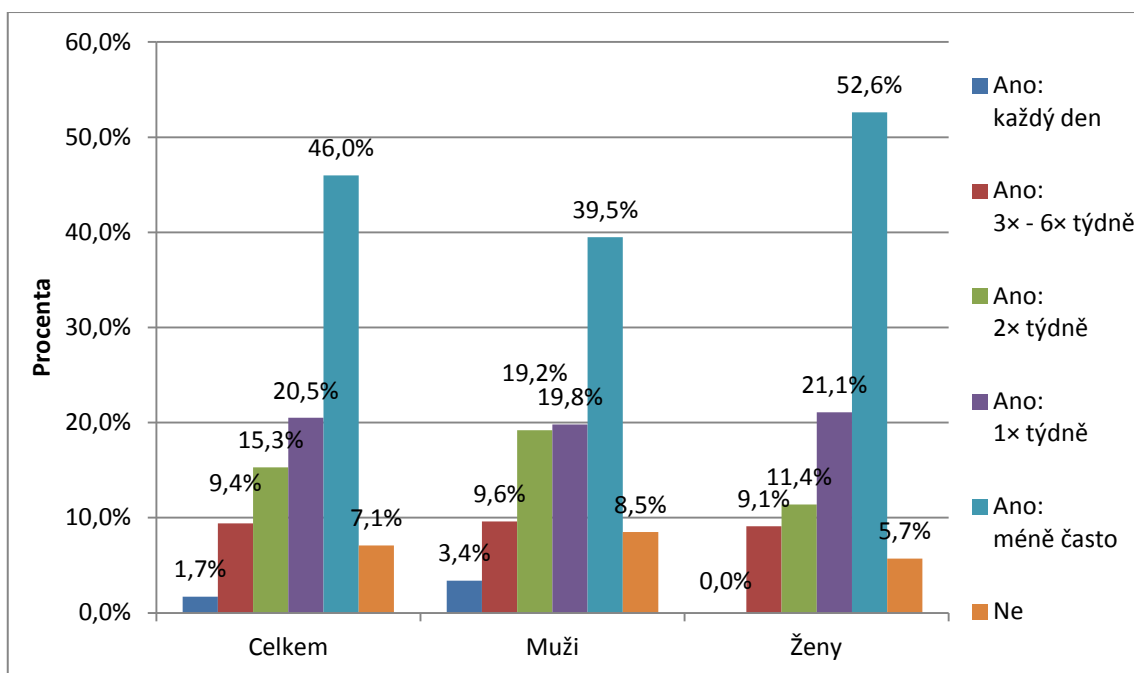
Otázka č. 22: Pijete alkohol?

Tabulka 21 Pití alkoholu dle pohlaví

Odpovědi	Celkem (N = 352)		Muži (N = 177)		Ženy (N = 175)	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Ano: každý den</b>	6	1,7 %	6	3,4 %	0	0,0 %
<b>Ano: 3× - 6× týdně</b>	33	9,4 %	17	9,6 %	16	9,1 %
<b>Ano: 2× týdně</b>	54	15,3 %	34	19,2 %	20	11,4 %
<b>Ano: 1× týdně</b>	72	20,5 %	35	19,8 %	37	21,1 %
<b>Ano: Méně často</b>	162	46,0 %	70	39,5 %	92	52,6 %
<b>Ne</b>	25	7,1 %	15	8,5 %	10	5,7 %

Zdroj: vlastní

**Graf 21 Pití alkoholu dle pohlaví**



Zdroj: vlastní

V otázce 22 jsme se ptali zda respondenti pili alkohol a jak často. Největší počet respondentů, konkrétně 162 (46,0 %), uvedl, že pili alkohol méně často než jedenkrát týdně. Jedenkrát týdně pak pilo alkohol 72 respondentů (20,5 %), dvakrát týdně 54 respondentů (15,3 %), třikrát až šestkrát týdně 33 respondentů (9,4 %). Celkem 25 respondentů (7,1 %) uvedlo, že alkohol nepili a pouze 6 respondentů (1,7 %) uvedlo, že pili alkohol každý den. Celkem 3,4 % mužů odpovědělo, že pili alkohol každý den, mezi ženami se takováto odpověď nevyskytla. Třikrát až šestkrát týdně pilo alkohol přibližně stejný podíl mužů i žen, ovšem dvakrát týdně již pilo alkohol 19,2 % mužů a jen 11,4 % žen. Podíl mužů a žen v pití alkoholu jedenkrát týdně byl opět téměř vyrovnaný a v pití alkoholu méně často než jedenkrát týdně dominovaly ženy s 52,6 %, oproti mužům s 39,5 %. Podíl respondentů, kteří nepili alkohol vůbec byl vyšší mezi muži.

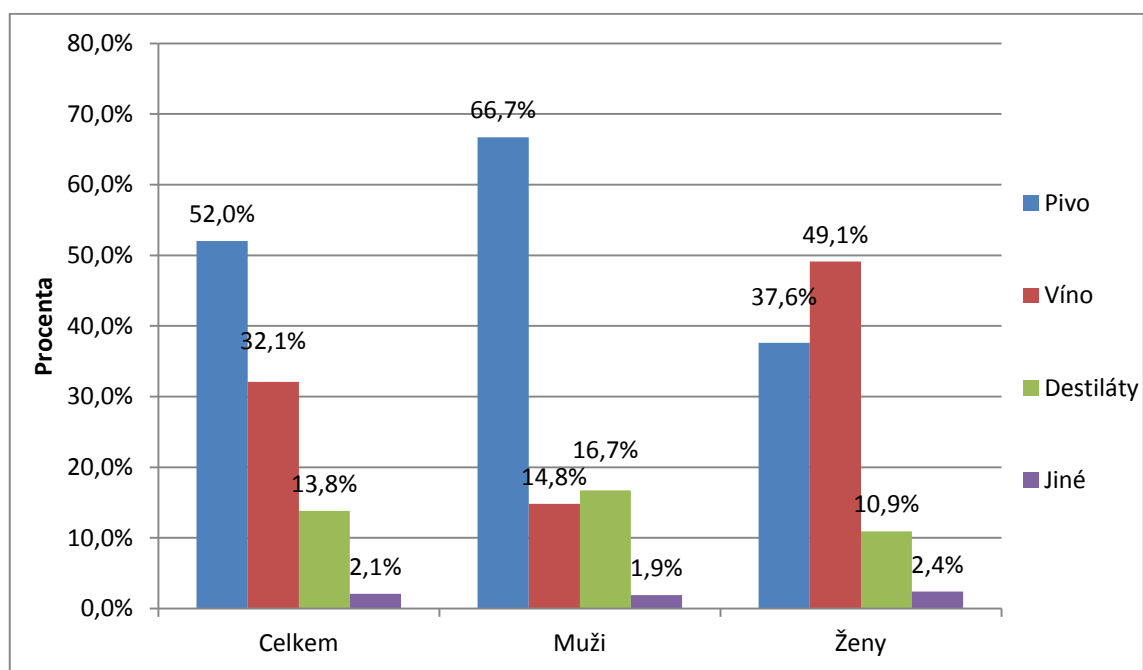
### Otázka č. 23: Jakému alkoholu dáváte přednost?

Tabulka 22 Upřednostňovaný druh alkoholu dle pohlaví

Odpovědi	Celkem (N = 327)		Muži (N = 162)		Ženy (N = 165)	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Pivo</b>	170	52,0 %	108	66,7 %	62	37,6 %
<b>Víno</b>	105	32,1 %	24	14,8 %	81	49,1 %
<b>Destiláty</b>	45	13,8 %	27	16,7 %	18	10,9 %
<b>Jiné</b>	7	2,1 %	3	1,9 %	4	2,4 %

Zdroj: vlastní

Graf 22 Upřednostňovaný druh alkoholu dle pohlaví



Zdroj: vlastní

Jakému alkoholu dávají respondenti přednost jsme zjišťovali v otázce č. 23. Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří zvolili v otázce č. 22 možnost ano, tedy, že pili alkoholické nápoje, a to bez ohledu na frekvenci jejich pití. Celkový počet respondentů je tudíž 327, z toho 162 mužů a 165 žen. Nejčastěji se vyskytla odpověď pivo, tuto možnost zvolilo 170 respondentů (52,0 %), následovalo pití vína se 105

respondenty (32,1 %), destiláty se 45 respondenty (13,8 %) a jinou možnost zvolilo celkem 7 respondentů (2,1 %). Alkoholické nápoje, které respondenti uvedli do možnosti jiné, zahrnovaly kombinaci všeho výše uvedeného, názvy konkrétních značek lihovin, dvakrát cider a jedenkrát medovinu. Nejzřetelnější rozdíl mezi muži a ženami byl v pití piva a vína. Muži dávali přednost pivu v 66,7 % případů, ale mezi ženami bylo preferováno pouze v 37,6 % případů, to je o 29,1 % méně než u mužů. Naopak víno bylo upřednostňováno ženami v 49,1 % případů, mezi muži to bylo jen 14,8 %, tedy o 34,3 % méně než u žen. Destiláty byly oblíbenější více u mužů než u žen, a to o 5,8 %.

## 7.6 Drogy

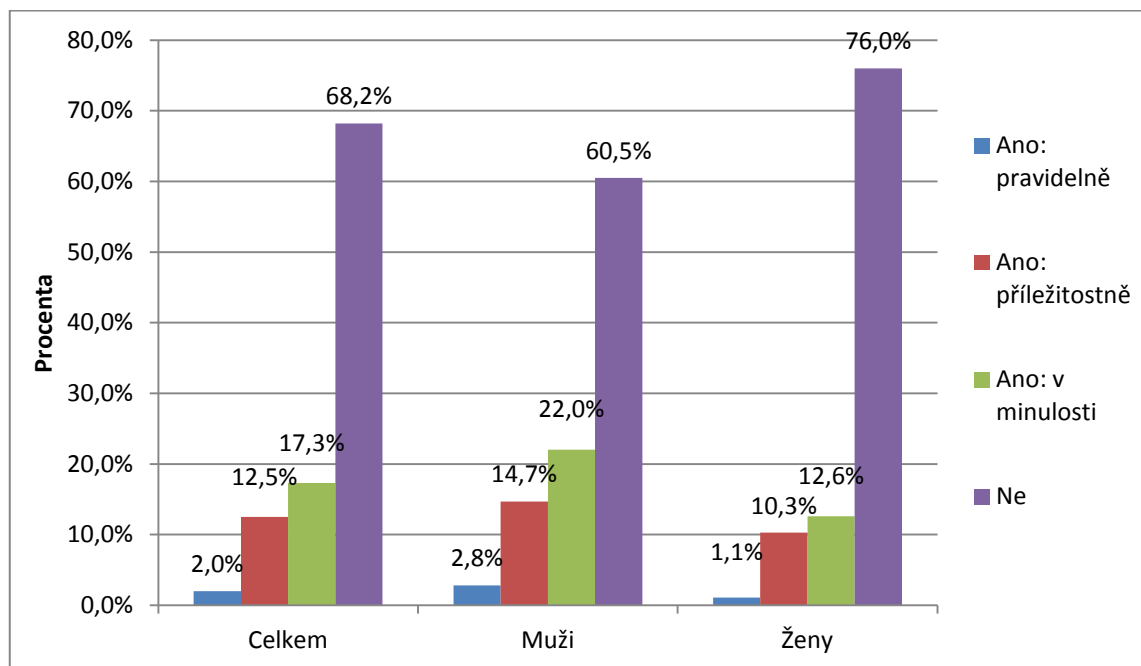
Otázka č. 24: Máte zkušenosti s drogami?

Tabulka 23 Užívání drog dle pohlaví

Odpovědi	Celkem (N = 352)		Muži (N = 177)		Ženy (N = 175)	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Ano: pravidelně</b>	7	2,0 %	5	2,8 %	2	1,1 %
<b>Ano: příležitostně</b>	44	12,5 %	26	14,7 %	18	10,3 %
<b>Ano: v minulosti</b>	61	17,3 %	39	22,0 %	22	12,6 %
<b>Ne</b>	240	68,2 %	107	60,5 %	133	76,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 23 Užívání drog dle pohlaví



Zdroj: vlastní

Otázka č. 24 se dotazovala respondentů na jejich zkušenosti s užíváním drog. Celkem 240 respondentů (68,2 %) uvedlo, že s užíváním drog neměli zkušenosti. V minulosti vyzkoušelo, či užívalo drogy 61 respondentů (17,3 %), dále 44 respondentů (12,5 %) mělo s drogami zkušenosti a užívalo je příležitostně a pravidelně bralo drogy 7 respondentů (2,0 %). Z dat, která jsou uvedena v tabulce 23 a grafu 23, je zřejmé, že muži měli větší zkušenosti s užíváním drog, ať v minulosti, tak i v přítomnosti. Pouze 60,5 % mužů uvedlo, že nikdy osobní zkušenost s drogami neměli, to samé uvedlo 76,0 % žen, tedy o 15,5 % více než mužů.

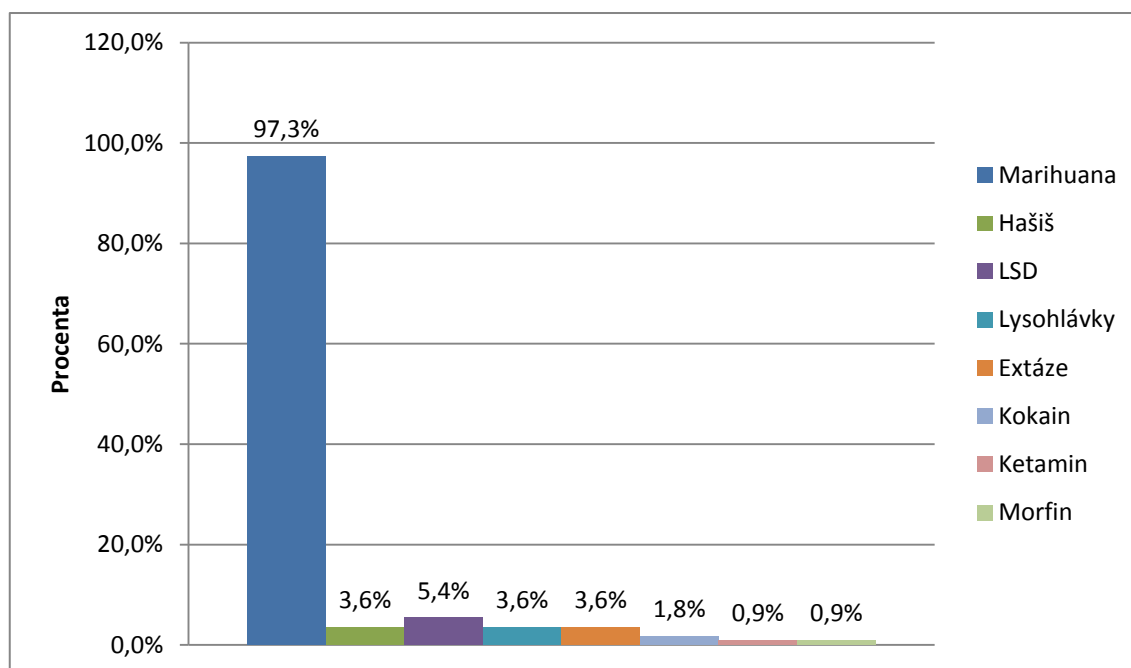
### Otázka č. 25: Jaké drogy užíváte nebo jste užíval(a)?

Tabulka 24 Druhy užívaných drog respondenty (N = 112)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Marihuana</b>	109	97,3 %
<b>Hašiš</b>	4	3,6 %
<b>LSD</b>	6	5,4 %
<b>Lysohlávky</b>	4	3,6 %
<b>Extáze</b>	4	3,6 %
<b>Kokain</b>	2	1,8 %
<b>Ketamin</b>	1	0,9 %
<b>Morfin</b>	1	0,9 %

Zdroj: vlastní

Graf 24 Druhy užívaných drog respondenty (N = 112)



Zdroj: vlastní

V otázce č. 25 jsme se ptali na to, jaké drogy respondenti užívají nebo užívali, bylo možné uvést více odpovědí. Na tuto otázku mohli odpovídat pouze respondenti, kteří uvedli v otázce č. 24, že mají zkušenosti s drogami, těch bylo celkem 112. Nabízena byla odpověď marihuana, kterou zvolilo 109 respondentů (97,3 %). Dále

jinou odpověď zvolilo 22 respondentů (19,6 %), mezi jinými odpověďmi se vyskytovaly LSD, hašiš, extáze, lysohlávky, kokain, ketamin a morfin.



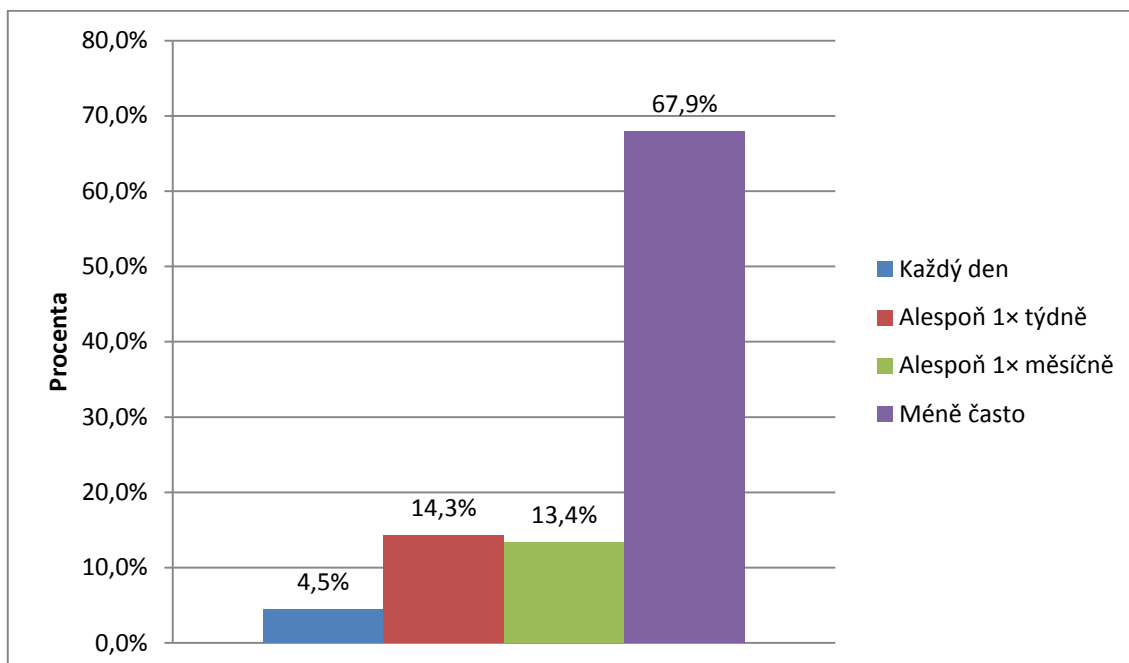
### Otázka č. 26: Jak často užíváte drogy nebo jste užívat(a)?

Tabulka 25 Frekvence užívání drog respondenty (N = 112)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Každý den	5	4,5 %
Alespoň 1× týdně	16	14,3 %
Alespoň 1× měsíčně	15	13,4 %
Méně často	76	67,9 %

Zdroj: vlastní

Graf 25 Frekvence užívání drog respondenty (N = 112)



Zdroj: vlastní

V otázce č. 26 byli respondenti dotazováni na to, jak často užívají drogy nebo je užívali. Odpovídali pouze respondenti, kteří uvedli v otázce č. 24, že mají zkušenosti s drogami, těch bylo 112. Nejvíce respondentů, a to 76 (67,9 %) užívalo drogy méně často než jedenkrát za měsíc. Alespoň jedenkrát týdně užívalo drogy 16 respondentů (14,3 %), 15 respondentů (13,4 %) užívalo drogy alespoň jedenkrát měsíčně a 5 respondentů užívalo drogy každodenně.

## 7.7 Pohyb

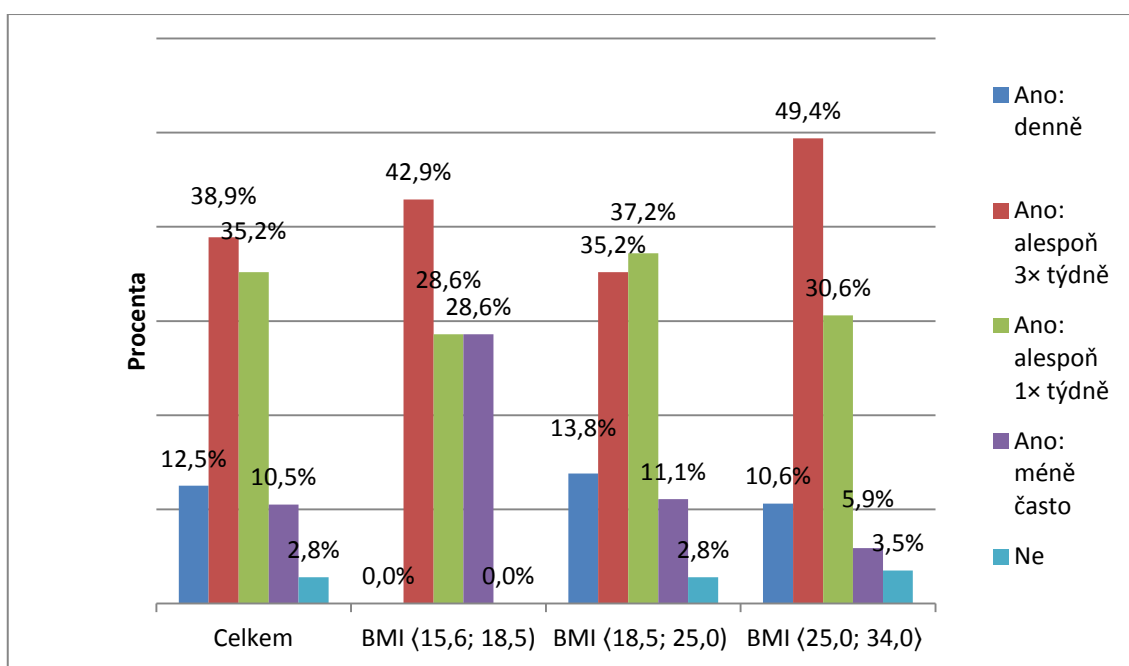
Otázka č. 27: Vykonáváte nějakou pohybovou aktivitu nebo sport?

Tabulka 26 Pohybová aktivita v závislosti na BMI respondentů

Odpovědi	Celkem (N = 352)		BMI <15,6; 18,5> (N = 14)	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Ano: denně</b>	44	12,5 %	0	0,0 %
<b>Ano: Alespoň 3× týdně</b>	131	38,9 %	6	42,9 %
<b>Ano: alespoň 1× týdně</b>	120	35,2 %	4	28,6 %
<b>Ano: méně často</b>	33	10,5 %	4	28,6 %
<b>Ne</b>	10	2,8 %	0	0,0 %
Odpovědi	BMI <18,5; 25,0> (N = 253)		BMI <25,0; 34,0> (N = 85)	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Ano: denně</b>	35	13,8 %	9	10,6 %
<b>Ano: Alespoň 3× týdně</b>	89	35,2 %	42	49,4 %
<b>Ano: alespoň 1× týdně</b>	94	37,2 %	26	30,6 %
<b>Ano: méně často</b>	28	11,1 %	5	5,9 %
<b>Ne</b>	7	2,8 %	3	3,5 %

Zdroj: vlastní

**Graf 26 Pohybová aktivita v závislosti na BMI respondentů**



Zdroj: vlastní

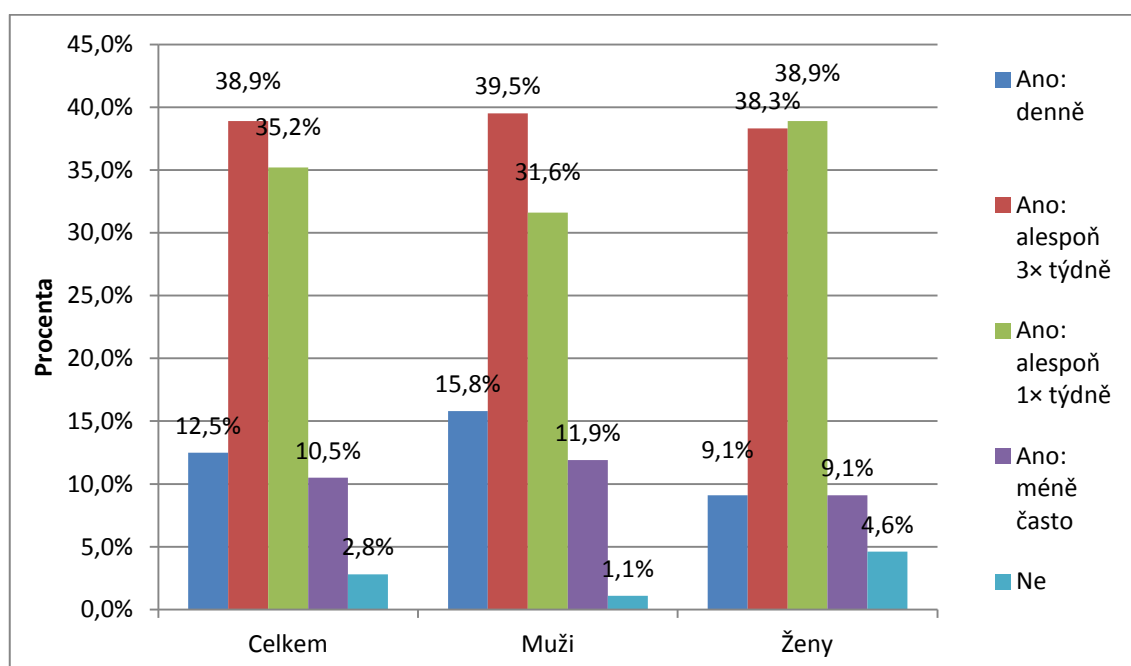
V otázce č. 27 jsme zjišťovali, zda respondenti vykonávali nějaké pohybové aktivity nebo sporty. Celkem 44 respondentů (12,5 %) vykonávalo tyto činnosti každý den, alespoň třikrát týdně to bylo 131 respondentů (38,9 %), alespoň jedenkrát týdně 120 respondentů (35,2 %). Méně často pak sportovalo či se jinak aktivně pohybovalo 33 respondentů (10,5 %) a 10 respondentů (2,8 %) uvedlo, že se pohybovým aktivitám nevěnují vůbec. Dle tabulky 26 a grafu 26 vyplývá, že respondenti s BMI (18,5; 25,0) kg.m<sup>-2</sup>, tedy s normálním BMI, se neodlišovali příliš v četnosti provádění pohybových aktivit od celku. Celkem 49,4 % respondentů s BMI (25,0; 34,0) kg.m<sup>-2</sup>, tedy s nadváhou, sportovalo alespoň třikrát týdně, což je o 10,5 % více než podíl celku. Poměrně často sportovali také respondenti s BMI v kategorii podváhy, tedy s BMI (15,6; 18,5) kg.m<sup>-2</sup>.

**Tabulka 27 Pohybová aktivita dle pohlaví**

Odpovědi	Celkem (N = 352)		Muži (N = 177)		Ženy (N = 175)	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Ano: denně</b>	44	12,5 %	28	15,8 %	16	9,1 %
<b>Ano: alespoň 3× týdně</b>	137	38,9 %	70	39,5 %	67	38,3 %
<b>Ano: alespoň 1× týdně</b>	124	35,2 %	56	31,6 %	68	38,9 %
<b>Ano: méně často</b>	37	10,5 %	21	11,9 %	16	9,1 %
<b>Ne</b>	10	2,8 %	2	1,1 %	8	4,6 %

Zdroj: vlastní

**Graf 27 Pohybová aktivita dle pohlaví**



Zdroj: vlastní

Jak již bylo zmíněno výše, v otázce č. 27 jsme se věnovali pohybové aktivitě respondentů. V tabulce 27 a grafu 27 jsme porovnali pohybovou aktivitu mužů a žen. Mužští respondenti vykonávali pohybové aktivity každý den v 15,8 % případů, u žen byl poměr nižší, a to 9,1 %. Muži také častěji sportovali alespoň třikrát týdně, bylo tomu tak v 39,5 % případů, zde je náskok nad ženami ovšem minimální, ženy sportovaly třikrát týdně v 38,3 % případů. V pohybových aktivitách prováděných alespoň jedenkrát týdně mají vyšší podíl ženy (38,9 %) oproti mužům s 31,6 %. Méně často než jedenkrát týdně sportovali častěji opět muži s 11,9 % oproti ženám s 9,1 %. Žen, které neprováděly žádné pohybové aktivity ani sporty bylo více než mužů (4,6 % žen proti 1,1 % mužů).

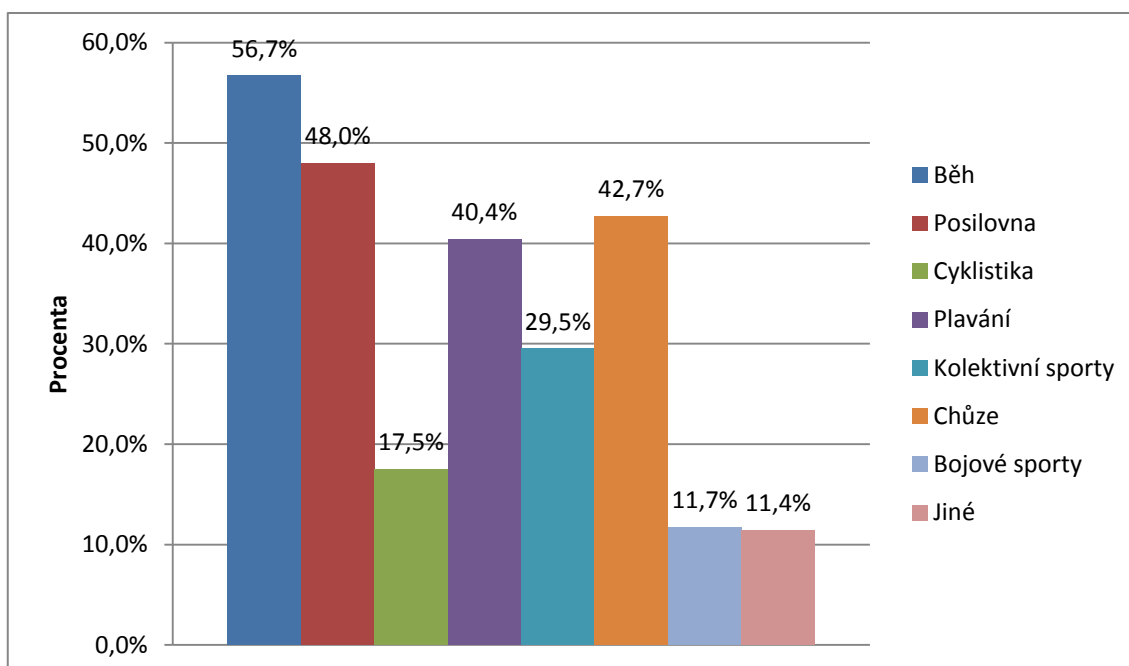
### Otázka č. 28: Jaký sport nebo pohybovou aktivitu provozujete?

Tabulka 28 Vykonávané pohybové aktivity respondenty (N = 342)

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Běh</b>	194	56,7 %
<b>Posilovna</b>	164	48,0 %
<b>Cyklistika</b>	60	17,5 %
<b>Plavání</b>	138	40,4 %
<b>Kolektivní sporty</b>	101	29,5 %
<b>Chůze</b>	146	42,7 %
<b>Bojové sporty</b>	40	11,7 %
<b>Jiné</b>	39	11,4 %

Zdroj: vlastní

Graf 28 Vykonávané pohybové aktivity respondenty (N = 342)



Zdroj: vlastní

Na otázku č. 28 odpovídali respondenti, kteří v otázce č. 27 uvedli, že provozují nějakou pohybovou aktivitu nebo sport, těchto respondentů bylo 342 a mohli zvolit více odpovědí. Nejčastější druh pohybu, který respondenti prováděli byl běh, ten provozovalo 194 z nich (56,7 %). Další v pořadí byla uváděna posilovna, kterou

označilo 164 respondentů (48,0 %), následovala chůze se 146 respondenty (42,7 %). Plavání provozovalo 138 respondentů (40,4 %), 101 respondentů (29,5 %) hrálo kolektivní sporty, cyklistice se věnovalo 60 respondentů (17,5 %), bojovým sportům 40 respondentů (11,7 %) a jinou možnost zvolilo 39 respondentů (11,4 %). Mezi jinými odpověďmi se nejčastěji vyskytovaly činnosti jako lezení, které provádí 25 respondentů (7,3 %), dále respondenti uváděli, již méně čteněji, například jízdu na koni, horskou a vysokohorskou turistiku a sex.

## 7.8 Jiné

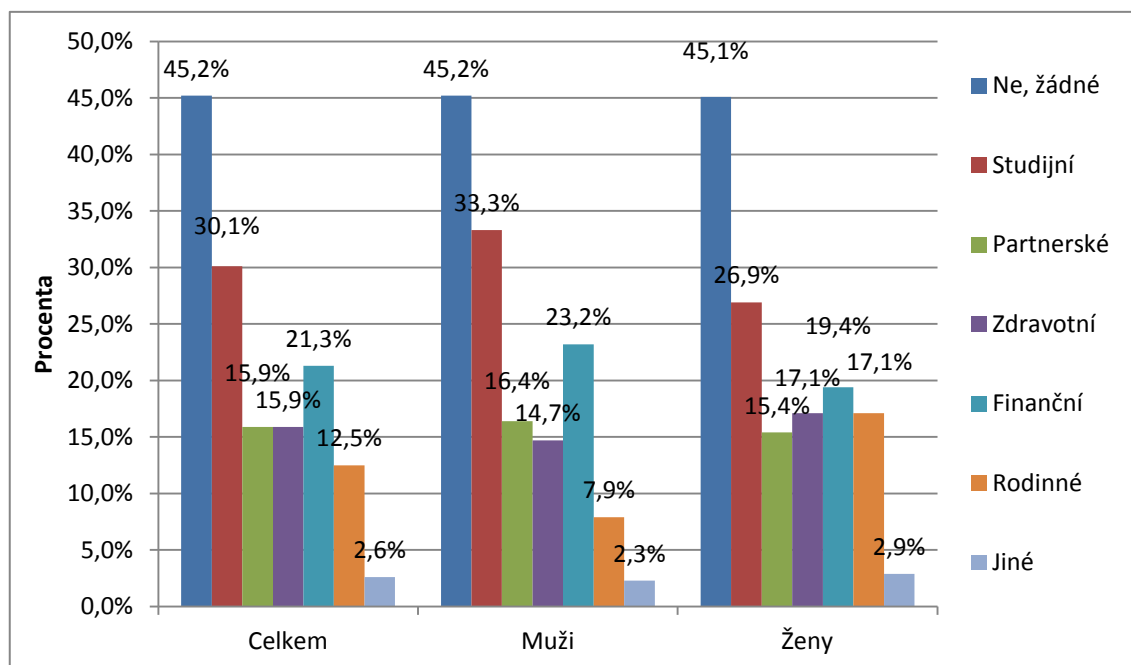
Otázka č. 29: Máte v současné době nějaké problémy? Pokud ano, jaké?

Tabulka 29 Problémy respondentů dle pohlaví

Odpovědi	Celkem (N = 352)		Muži (N = 177)		Ženy (N = 175)	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Ne, žádné</b>	159	45,2 %	80	45,2 %	79	45,1 %
<b>Studijní</b>	106	30,1 %	59	33,3 %	47	26,9 %
<b>Partnerské</b>	56	15,9 %	29	16,4 %	27	15,4 %
<b>Zdravotní</b>	56	15,9 %	26	14,7 %	30	17,1 %
<b>Finanční</b>	75	21,3 %	41	23,2 %	34	19,4 %
<b>Rodinné</b>	44	12,5 %	14	7,9 %	30	17,1 %
<b>Jiné</b>	9	2,6 %	4	2,3 %	5	2,9 %

Zdroj: vlastní

Graf 29 Problémy respondentů dle pohlaví



Zdroj: vlastní



V otázce č. 29 bylo možné vybrat více odpovědí. Dotazovali jsme se respondentů na jejich problémy. Nejvíce respondentů, celkem 159 (45,2 %), uvedlo, že nemají žádné problémy. Dále 106 respondentů (30,1 %) mělo problémy studijní, což jsou nejčastější problémy respondentů. Finanční problémy mělo 75 respondentů (21,3 %), 56 respondentů (15,9 %) mělo problémy partnerské a stejný počet respondentů problémy zdravotní. rodinnými problémy se potýkalo 44 respondentů (12,5 %) a jiné problémy uvedlo 9 respondentů (2,6 %). Bez problémů bylo téměř stejně žen i mužů. Muži měli ve více případech problémy studijní (33,3 % mužů oproti 26,9 % žen) a problémy finanční (23,2 % mužů oproti 19,4 % žen). Naopak ženy uváděly častěji než muži problémy rodinné (17,1 % žen oproti 7,9 % mužů). Mezi další problémy zařadily 3 ženy problémy psychické, muži uvedli ve 3 případech problémy s časem. Dále se objevily problémy s nespavostí, únavou a problémy udržet pozornost.



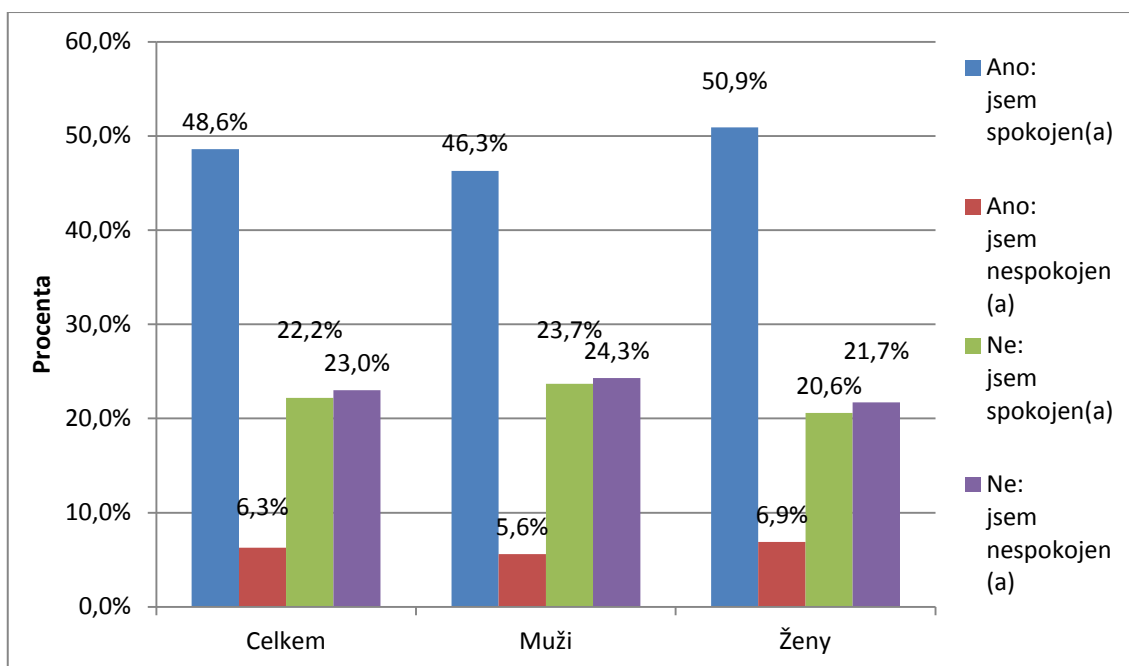
respondentů (2,3 %) bydlilo samo a 5 respondentů (1,4 %) uvedlo jinou možnost. Mezi jinými odpověďmi se vyskytlo například bydlení s různými členy rodiny a bydlení ve vlastním bytě.

**Otázka č. 31: Máte stálého partnera / partnerku?****Tabulka 31 Partnerské vztahy respondentů dle pohlaví**

Odpovědi	Celkem (N = 352)		Muži (N = 177)		Ženy (N = 175)	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
<b>Ano: jsem spokojen (a)</b>	171	48,6 %	82	46,3 %	89	50,9 %
<b>Ano: jsem nespokojen (a)</b>	22	6,3 %	10	5,6 %	12	6,9 %
<b>Ne: jsem spokojen (a)</b>	78	22,2 %	42	23,7 %	36	20,6 %
<b>Ne: jsem nespokojen (a)</b>	81	23,0 %	43	24,3 %	38	21,7 %

Zdroj: vlastní

**Graf 31 Partnerské vztahy respondentů dle pohlaví**



Zdroj: vlastní

V poslední otázce č. 31 jsme se dotazovali respondentů na jejich partnerský život, zda mají partnera či nikoli a jestli jim jejich situace vyhovuje. Celkem 171 respondentů (48,6 %) uvedlo, že mají partnera nebo partnerku a jsou s tím spokojeni, 22 respondentů (6,3 %) také mělo partnera či partnerku, ovšem situace jim nevyhovuje. Spokojených respondentů bez partnera či partnerky bylo 78 (22,2 %) a 81 respondentů partnera nebo partnerku nemělo ale tento stav se jim nelíbil. Rozdíly mezi muži a ženami nejsou nikterak výrazné.

## 8 DISKUZE

Cílem výzkumného šetření v rámci této bakalářské práce na téma „Životní styl studentů oboru Zdravotnický záchranář v ČR“ bylo zmapovat problematiku životního stylu u studentů oboru Zdravotnický záchranář v České republice, nicméně do dotazníkového šetření byly zařazeny i dvě univerzity ze Slovenské republiky. V problematice životního stylu studentů jsme se věnovali převážně výživě a pitnému režimu, návykovým látkám (jako jsou etanol, nikotin, THC a další látky), spánku a pohybové aktivitě. Na základě výzkumného problému byly stanoveny 4 cíle a s cíly souvisejících 6 předpokladů.

V rámci výzkumného šetření byl vytvořen 1 vzorek respondentů, který obsahoval studenty oboru Zdravotnický záchranář na 9 vzdělávacích institucích v České republice a na 2 ve Slovenské republice. Výzkum probíhal formou anonymních elektronických dotazníků a celkový počet vyplněných dotazníků byl 352 (100 %).

Z celkového počtu 352 respondentů (100 %) bylo 177 mužů (50,3 %) a 175 žen (49,7 %). Poměr mužů ku ženám byl tedy téměř vyrovnaný. Křemenová (2015) získala ve své práci velmi podobná data o pohlaví respondentů, a to 51,6 % mužů ku 48,4 % ženám. Většina studentů (92,3 %) byla ve věku od 19 do 23 let, což odpovídá běžnému věku pro studenty bakalářského studijního oboru.

Z odpovědí o tělesné hmotnosti a tělesné výšce byl spočítán BMI. Nejvíce studentů, a to 253 (71,9 %) spadalo do kategorie normálního BMI, tedy BMI od 18,5 do 24,9 kg.m<sup>-2</sup>. Nadváhu s BMI 25,0 kg.m<sup>-2</sup> a více mělo 85 studentů (24,2 %) a podváhu s BMI 18,4 kg.m<sup>-2</sup> a méně 14 studentů (4 %). Čapková a kol. (2016) v dokumentu Státního zdravotního ústavu, který shrnuje výsledky studie EHES 2014, uvádí, že nad hranicí normy se pohybuje 64 % dospělé populace. Mezi studenty oboru Zdravotnický záchranář to bylo, již výše uvedených, 24,2 %. Předpokládáme, že takto rozdílný výsledek je dán především nízkým věkem mezi respondenty z řad studentů. Hrušková (2017) ve své práci zjistila podobné výsledky mezi studenty Západočeské univerzity v Plzni, jako byly zjištěny mezi studenty oboru Zdravotnický záchranář, tedy, že z 95 studentů trpí nadváhou 23 jedinců, což je 24,2 % a 64,2 % studentů má normální hmotnost.

V následující části této práce byly pokládány studentům otázky ohledně stravování, těmito otázkami byl splněn **první cíl „Zjistit, jakým způsobem se stravují studenti oboru Zdravotnický záchranář během studia.“** Celkem 166 studentů (47,2 %) si vaří své vlastní jídlo, v menze se stravuje 101 studentů (28,7 %), u rodiny pak 61 studentů (17,3 %), fast-food upřednostňuje 17 studentů (4,8 %) a 7 studentů odpovědělo jinak. Hrušková (2017) zjistila, že studenti z Fakulty zdravotnických studií, kterých bylo celkem 96, si převážně vaří své vlastní jídlo, takových bylo 71 (74,0 %) a 25 (26,0 %) studentů se stravovalo v menze, jiné odpovědi nezískala. Rozdíl v získaných datech je dán větším počtem respondentů z různých fakult v našem výzkumu. Touto otázkou byl zodpovězen také **první předpoklad „ Předpokládáme, že větší podíl žen než mužů si vaří své vlastní jídlo“**, neboť z tabulky 6 a grafu 6 vyplývá, že 51,4 % žen si vaří vlastní jídlo, přičemž u mužů je to 42,9 %, tedy méně. **Předpoklad 1 byl potvrzen.**

Dále jsme se zaměřili na snídani, každý den snídá 170 studentů (48,3 %), v práci Hruškové (2017) uvedlo 57 studentů z 96 (to je 59,4 %), že snídá každý den. Dále jsme zjistili, že nejvíce studentů, a to 213 (60,5 %) má alespoň jedno teplé jídlo denně, 114 studentů (32,4 %) má teplá jídla 2, Další možné odpovědi nebyly příliš často zastoupené, pozitivní je, že pouze 3 studenti (0,9 %) uvedli, že nemají žádné teplé jídlo během dne. V porovnání s prací Hruškové (2017) se data získaná od studentů Fakulty zdravotnických studií v její práci příliš neliší, 62,5 % studentů mělo teplé jídlo jedenkrát denně a dvakrát denně to bylo u 33,3 % studentů.

Další otázky z kategorie stravování se zaměřily na jedení ovoce, zeleniny a fast-foodu. Každý den jedlo ovoce 149 studentů (42,3 %), alespoň jedenkrát týdně pak jedlo ovoce 175 studentů (49,7 %), další odpovědi neměly vysoké zastoupení. Čapková a kol. (2016) ve svém dokumentu uvádí, že ovoce jedlo každý den 52,8 % dospělé populace, a 41,8 % populace alespoň jedenkrát týdně. Ve výzkumu Hruškové (2017) jedlo ovoce 69,8 % studentů Fakulty zdravotnických studií a 30,2 % alespoň jedenkrát týdně. U jedení zeleniny nejsou výsledky příliš odlišné od ovoce. Bylo zjištěno, že 131 studentů (37,2 %) jí zeleninu denně a alespoň jedenkrát týdně 191 studentů (54,3 %). Čapková a kol. (2016) uvádí, že 48,9 % lidí jí zeleninu denně a 47,5 % alespoň jednou týdně. Z toho vyplývá, že každodenní jedení zeleniny není ve vzorku studentů oboru Zdravotnický záchranář rozšířené tak, jako v dospělé české populaci. To si vysvětlujeme především časovou vytížeností studentů během dne, kdy často v době oběda, ale i jindy, může být výuka, nutné přesuny mezi jednotlivými přednáškami často

na větší vzdálenosti v rámci města a určitou úlohu bude hrát i prodejní cena zeleniny, která může být pro studenty příliš vysoká. Při dotazování na četnost jení fast-foodu jsme dostali následující odpovědi. Každý den se stravuje v rychlém občerstvení minimální počet studentů, a to 4 (1,1 %), alespoň jedenkrát týdně konzumuje fast-food 83 studentů (23,6 %), méně než jedenkrát týdně 183 studentů (52,0 %) a vůbec jej nejí 82 studentů (23,3 %). Co se týče stravování se v řetězcích rychlého občerstvení, je pozitivní, že většina studentů nekonzumuje tyto pokrmy příliš často. Předpokládáme, že většina studentů zdravotnického oboru si uvědomuje nezdravost konzumace těchto jídel, a proto je příliš nevyhledává, zásadním faktorem může však být i příliš vysoká prodejní cena.

K následující otázce se vztahuje **druhý cíl „Zjistit, kolik tekutin vypijí studenti oboru Zdravotnický záchranář průměrně během 24 hodin“**, který byl tímto splněn. Bylo zjištěno, že 11 studentů (3,1 %) vypije méně jak 0,5 l tekutin denně. Dále 161 studentů (45,7 %) vypije od 0,5 l do 1,5 l denně, 126 studentů (35,8 %) vypije od 1,5 l do 2,5 l tekutin denně a 54 studentů (15,3 %) 2,5 l a více tekutin denně. Coufal (2017) ve své práci zjistil, že méně než 0,5 l vypije 0,0 % studentů zdravotnických oborů, dále 0,5 l až 1,5 l 16,6 % studentů, rozmezí od 1,5 l do 2,5 l uvedlo 56,7 % studentů a nad 2,5 l to bylo 26,5 % studentů. Z výsledků je patrný rozdíl mezi získanými daty uvedenými v práci Coufala a daty získanými vlastním výzkumem. Studenti oboru Zdravotnický záchranář vypijí tedy v průměru menší množství tekutin za 24 hodin, než respondenti Coufalova šetření. K této otázce se vztahuje rovněž **druhý předpoklad „Předpokládáme, že větší podíl mužů než žen vypije během 24 hodin alespoň 1,5 l tekutin.“** Z tabulky 12 a grafu 12 lze říci, že 61,1 % mužů vypije alespoň 1,5 l tekutin denně, oproti ženám, kde toto splňuje 41,1 % žen. **Předpoklad 2 byl potvrzen.**

V souvislosti s částí práce, která byla věnována návykovým látkám, jako je alkohol, nikotin a další drogy, převážně pak marihuana, byl stanoven a splněn **třetí cíl „Zjistit podíl studentů oboru Zdravotnický záchranář, kteří pravidelně užívají alkohol a jiné návykové látky, včetně tabákových výrobků.“**

Bylo zjištěno, že denně kouří 48 studentů (13,6 %), příležitostně pak 55 studentů (15,6 %), v minulosti kouřilo 66 studentů (18,7 %) a nikdy nekouřilo 183 studentů (52,0 %). Čapková a kol. (2016) uvádí, že 25,7 % dospělé české populace kouří pravidelně,



příležitostně pak 5,9 %, v minulosti 21,3 % a nikdy nekouřilo 47,2 % lidí. Každodenní kuřáků bylo tedy méně mezi studenty-záchranáři než mezi dospělou českou populací, naopak příležitostných kuřáků bylo více mezi respondenty z řad studentů než v populaci. Coufal (2017) zjistil podobné zastoupení každodenních kuřáků mezi studenty zdravotnických oborů, a to 13,5 %, příležitostně pak uvádí 20,3 % a nikdy 66,2 %. Domníváme se, že každodenní kouření je v současné době mezi mladými dospělými lidmi z řad studentů vysokých škol sice tolerováno, avšak není vnímáno jako pozitivní návyk, neboť moderním trendem je spíše nekouřit. Dalšími faktory, které mohou za nižší podíl každodenních kuřáků v našem výzkumu oproti zbytku populace, mohou být prodejní cena cigaret a znalost zdravotních následků kouření, zvláště pak u studentů zdravotnického oboru. Naopak příležitostné kouření je rozšířenější mezi studenty než ostatní populací, to bychom přisuzovali například vzrůstající oblíbenosti vodních dýmek mezi mladými lidmi a občasnému kouření ve spojení například s alkoholem. K výše uvedenému se vztahuje **třetí předpoklad „Předpokládáme, že denně kouří větší podíl mužů než žen.“** Z tabulky 18 a grafu 18 je zřejmé, že denně kouří 14,9 % žen z řad studentů oboru Zdravotnický záchranář a mužů 12,4 %. **Předpoklad 3 nebyl potvrzen.**

Dále bylo zjišťováno, kolik cigaret denně průměrně studenti vykouří. Studentů, kteří odpověděli, že kouří a dále, že kouří cigarety, bylo celkem 83 (100 %), méně než jednu cigaretu denně uvedlo, že vykouří 29 studentů (34,9 %), 1 až 10 cigaret denně pak 46 studentů (55,4 %), větší počet cigaret vykouřených za den uvedlo 8 studentů (9,6 %), více jak 30 cigaret neuvedl nikdo z respondentů. Pro srovnání, Kodl a kol. (2014) uvádí ve Zprávě o zdraví obyvatel ČR, že nejčastěji kuřáci mužského pohlaví vykouří 15 - 24 cigaret denně a ženy 10 - 14. Data, která byla získána u studentů oboru Zdravotnický záchranář, jsou pozitivnější než údaje z Kodlovy publikace, většina kuřáků z řad těchto studentů kouřila nanejvýš 10 cigaret denně, což je méně než u vzorku celé české dospělé populace.

Následující část se zaměřovala na požívání alkoholických nápojů. Z počtu 352 respondentů abstinuje 25 studentů (7,1 %), největší počet studentů, a to 162 (46,0 %), uvedl, že pijí alkohol méně než jedenkrát týdně, jedenkrát až dvakrát týdně pilo 126 studentů (35,8 %), třikrát až šestkrát 33 studentů (9,4 %) a každý den 6 studentů (1,7 %). Coufal (2017) ve své práci zjistil, že studentů, kteří nepijí alkohol je pouze 1,4 %, počet abstinentů mezi studenty oboru Zdravotnický záchranář je vyšší. Dále zjistil, že 2 - 3

dny v měsíci, jednou měsíčně a méně často celkem pije 64,3 % studentů zdravotnických oborů, což odpovídá naší kategorii méně než jednou týdně, což je nižší podíl než u studentů-záchranářů. Dále uvádí, že 1 - 2 dny v týdnu pije 21,6 % studentů, v našem výzkumu to je již výše uvedených 35,8 % studentů, 3 - 6 dní v týdnu pilo 5,5 % jeho respondentů, což je opět méně než v naší práci. A každodenně pilo pouze 0,3 % studentů, u nás 1,7 %, což je opět více.

K předchozím otázkám se vztahoval náš čtvrtý předpoklad „**Předpokládáme, že respondentů, kteří nepijí alkoholické nápoje, tedy abstinentů, je menší podíl než respondentů, kteří nikdy nekouřili tabákové výrobky.**“ Z tabulky 21 a grafu 21 vyplývá, že 7,1 % respondentů jsou abstinenti, tedy, že nepoživají alkoholické nápoje. Z tabulky 18 a grafu 18 je zřejmé, že podíl nekuřáků, kteří ani v minulosti nekouřili, je výrazně vyšší, a to 52,0 %. **Předpoklad 4 byl potvrzen.**

K třetímu cíli této práce se vztahuje také užívání jiných návykových látek. Z 352 respondentů (100 %) uvedlo 7 studentů (2,0 %) uvedlo, že drogy užívá pravidelně. Příležitostně pak 44 studentů (12,5 %), v minulosti mělo zkušenosti s drogami 61 studentů (17,3 %) a nikdy nezkusilo drogy 240 studentů (68,2 %). K tomuto se vztahuje pátý předpoklad „**Předpokládáme, že příležitostně až pravidelně užívá drogy větší podíl mužů než žen.**“ Z tabulky 23 a grafu 23 lze říci, že 31 studentů mužského pohlaví (17,5 %) užívá drogy příležitostně až pravidelně, u studentek to je 11,4 %, což je méně než u mužů. **Předpoklad 5 byl potvrzen.** Nejčastěji uváděnou drogou byla marihuana, z celkového počtu 352 respondentů s ní má nebo mělo zkušenosti 109 studentů (31,0 %). Dále 6 studentů (1,7 %) uvedlo zkušenosti s LSD, s lysohlávkami měli zkušenosti 4 studenti (1,1 %), stejně tak 4 studenti u extáze. Další látky užíval zanedbatelný počet studentů. Kodl a kol. (2014) ve Zprávě o zdraví obyvatel ČR uvádí, že s marihuanou mělo zkušenosti 27,9 % české dospělé populace a s halucinogenními houbami se setkala 5,3 % populace. Ovšem v populaci mladých dospělých (15 - 34 let) mělo zkušenost s užíváním marihuany 45,9 % respondentů. Užívání marihuany studenty oboru Zdravotnický záchranář je vyšší oproti celé dospělé populaci, je však nižší v porovnání s mladší dospělou populací, kam tito studenti spadají. Myslíme si, že v současné době mezi mladými dospělými, a tedy i mezi studenty, vzrůstá tolerance vůči užívání marihuany. Mnoho mladých lidí ji nepovažuje za zdraví škodlivou a srovnává ji například s užíváním alkoholu a tabáku. Toto smýšlení mladých lidí o marihuaně v

kombinaci s její vysokou dostupností má pravděpodobně vztah s vyšším podílem uživatelů této drogy v mladší populaci.

Posledním cílem práce byl **čtvrtý cíl „Zjistit, zda studenti oboru Zdravotnický záchranář vykonávají pravidelně pohybové aktivity nebo sporty a jak často.“** Tento cíl byl splněn otázkami, které byly zaměřeny na pohyb respondentů.

Žádnou pohybovou aktivitu či sport nevykonávalo z 352 respondentů (100 %) pouze 10 studentů (2,8 %), zbylých 342 studentů (97,2 %) odpovědělo, že nějakou pohybovou aktivitu provozuje, ovšem různě často. Denně to bylo u 44 studentů (12,5 %), aspoň třikrát týdně u 137 studentů (38,9 %), aspoň jedenkrát týdně u 124 studentů (35,2 %) a méně často u 37 studentů (10,5 %). Coufal (2017) zjistil, že zcela bez pohybové aktivity bylo 5,4 % respondentů z řad studentů zdravotnických oborů, což je více než u studentů oboru Zdravotnický záchranář. Každodenně pak uvádí, že sportovalo 2,6 % studentů, to je méně než mezi našimi respondenty. Dále zjistil, že nejvíce respondentů, a to 29,8 %, uvedlo, že sportují 2 dny v týdnu. K tomuto se vztahoval náš poslední předpoklad, a sice **šestý předpoklad „Předpokládáme, že podíl respondentů, kteří provozují pohybovou aktivitu alespoň třikrát týdně (ne však každý den), bude vyšší u respondentů s BMI v normálních hodnotách, než u respondentů s BMI v hodnotách nadváhy.“** Z tabulky 26 a grafu 26 vyplývá, že respondenti s BMI  $\langle 18,5; 25,0 \rangle$  kg.m<sup>-2</sup>, tedy s normálním BMI, provozují pohybové aktivity alespoň třikrát týdně, ne však každodenně, ve 35,2 % případů. Respondenti s nadváhou s BMI  $\langle 25,0; 34,0 \rangle$  kg.m<sup>-2</sup> tutéž aktivitu provozují ve 49,4 % případů. Respondenti s normální tělesnou hmotností se tedy pohybují alespoň třikrát týdně, ne však každodenně, méně často než respondenti s nadváhou. **Předpoklad 6 nebyl potvrzen.**

Ze získaných a výše prezentovaných dat jsme si potvrdili, že životní styl studentů oboru Zdravotnický záchranář je ve většině případů na uspokojivé úrovni. Jako největší problém životního stylu se ukazuje vysoká míra užívání alkoholických nápojů a také jiných návykových látek, převážně marihuany.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku životního stylu studentů oboru Zdravotnický záchranář, kterou považujeme v současné době za velmi aktuální. Naším cílem bylo vytvořit ucelený přehledový materiál o životním stylu studentů oboru Zdravotnický záchranář. V rámci práce byly stanoveny čtyři dílčí cíle, které se podařilo naplnit kvantitativním dotazníkovým šetřením.

Ze získaných údajů vyplývá, že studenti oboru Zdravotnický záchranář přistupují ke svému životnímu stylu ve většině případů zodpovědně a v porovnání se zbytkem dospělé české populace nebo se studenty jiných oborů, je jejich životní styl na uspokojivé úrovni. Největším problémem, který se ukazuje, je vyšší sklon k užívání alkoholu a marihuany právě studenty oboru Zdravotnický záchranář. Naopak pozitivním jevem je poměrně nízký podíl každodenních kuřáků, což odpovídá trendu dnešní doby. Většina studentů pravidelně sportuje, což je, vzhledem k povaze budoucího povolání, velmi důležité a potřebné. K udržení úrovně fyzické připravenosti studentů tohoto oboru by do budoucna mohly napomoci povinné fyzické zkoušky v rámci přijímacího řízení na všech fakultách v České republice, dále pestrá nabídka a místní i časová dostupnost sportů a tělesných aktivit v rámci studia. Psychickou pohodu studentů může podpořit také fakt, že téměř polovina má stálého partnera či partnerku, což může pomoci zvládat náročné situace nejen v osobním, ale i v budoucím profesním životě.

Závěrem bychom chtěli uvést, že získaný přehledový materiál o životním stylu studentů oboru Zdravotnický záchranář považujeme za zajímavý a plánujeme jej prezentovat na třináctém ročníku Celostátní studentské vědecké konference bakalářských a magisterských nelékařských zdravotnických oborů v Pardubicích a rovněž bychom jej rádi publikovali v některém z odborných zdravotnických periodik v České republice.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BORZOVÁ, Claudia. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2978-7.
2. COUFAL, Ondřej. *Životní styl studentů zdravotnických oborů*. Olomouc, 2017. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravovědy.
3. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
4. ČAPKOVÁ, Naďa, Michala LUSTIGOVÁ, Jana KRATĚNOVÁ a Kristýna ŽEJGLICOVÁ. *Zdravotní stav české populace: výsledky studie EHS 2014*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2016. ISBN 978-80-7071-356-3.
5. ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: Sbíрка zákonů České republiky. 2004, částka 30, s. 1452-1479. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4334>
6. ČESKO. Zákon č. 40 ze dne 8. ledna 2009 trestní zákoník. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2009, částka 11, s. 354-461. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5405>
7. ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2011b, částka 20, s. 482-543. Dostupná také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5886>

8. ČESKO. Zákon č. 374 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotnické záchranné službě. In: Sbírka zákonů České republiky. 2011a, částka 131, s. 4839-4848. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6059>
9. ČESKO. Vyhláška č. 2 ze dne 21. prosince 2015, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbírka zákonů České republiky. 2016, částka 1, s. 7. Dostupná také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=15971>
10. ČESKO. Zákon č. 201 ze dne 8. června 2017, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. 2017b, částka 72, s. 2065-2084. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=38253>.
11. ČESKO. Vyhláška č. 391 ze dne 16. listopadu 2017, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: Sbírka zákonů České republiky. 2017a, částka 137, s. 4360-4375. Dostupná také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=38333>
12. Český rozhlas České Budějovice. Útoky na záchranáře. In: Mladá fronta. *Zdravotnictví a medicína* [online]. Praha: Mladá fronta, 10.8.2011 [cit. 2018-02-23]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/z-domova/utoky-na-zachranare-461073>
13. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. *Evropská zpráva o drogách: Trendy a vývoj*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2016. ISBN 978-92-9168-861-6.

14. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5046-0.
15. FIŠAR, Zdeněk a kol. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2737-0.
16. HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3252-7.
17. HIRT, Miroslav a kol. *Soudní lékařství II. díl*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0268-6.
18. HRUŠKOVÁ, Mirka. *Zdravý životní styl studentů ZČU*. Plzeň, 2017. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví.
19. HŘIVNOVÁ, Michaela a kol. *Stěžejní aspekty výchovy ke zdraví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2503-0.
20. KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-274-1411-0.
21. KALINA, Kamil a kol. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
22. KASPER, Heinrich a Walter BURGHARDT. *Ernährungsmedizin und Diätetik*. 12. auf. München: Urban & Fischer in Elsevier, 2014. ISBN 978-3-437-42013-9.
23. KNOR, Jiří a Jiří MÁLEK. *Farmakoterapie urgentních stavů*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2014. ISBN 978-80-7345-386-2.
24. KODL, Miloslav a kol. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014. ISBN 978-80-85047-49-3.

25. KOLÁŘ, Zdeněk a kol. *Výkladový slovník z pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3710-2.
26. KOOLMAN, Jan a Klaus-Heinrich RÖHM. *Barevný atlas biochemie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-2977-0.
27. KŘEMENOVÁ, Karolína. *Žena versus muž v profesi zdravotnického záchranáře - výhody a nevýhody pohlaví*. Plzeň, 2015. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví.
28. KUKLA, Lubomír. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-3874-1.
29. KUNZOVÁ, Šárka a Drahoslava HRUBÁ. Chování a zdraví I – životní styl a komplexní choroby. *Hygiena: časopis pro ochranu a podporu zdraví* [online]. 2013, roč. 58, č. 1 [cit. 2017-11-09]. ISSN 1803-1056. Dostupné z: <http://apps.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2013-1-05-full.pdf>
30. KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3433-0.
31. LÜLLMANN, Heinz, Klaus MOHR a Lutz HEIN. *Barevný atlas farmakologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3908-3.
32. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5351-5.
33. MIOVSKÝ, Michal a kol. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-0865-2.
34. OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5516-8.



35. PASTUCHA, Dalibor. *Tělovýchovné lékařství: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4837-5.
36. ROKYTA, Richard. *Fyziologie a patofyziologie: pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4434-6.
37. SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5247-1.
38. SIGMUND, Drahomír. Kdo to má v ČR těžší, agresivní opilci, policie nebo záchranná služba. In: Komora Záchranářů. *Komora záchranářů zdravotnických záchranných služeb České republiky* [online]. Velký Týnec - Čechovice: Komora Záchranářů, 16.1.2012 [cit. 2018-02-23]. Dostupné z: <https://www.komorazachranaru.cz/aktualita/kdo-to-ma-v-cr-tezsi-agresivni-opilci-policie-nebo-zachranna-sluzba>
39. SVAČINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2256-6.
40. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4434-6.
41. ŠTEFAN, Jiří a Jiří HLADÍK. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3594-8.
42. VLČEK, Jiří a Daniela FIALOVÁ. *Klinická farmacie I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3169-8.
43. WHO. *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization, 2014. ISBN 978-92-4-069276-3.
44. WHO. Healthy diet. In: WHO. *World Health Organization* [online]. Geneva: WHO, 2015 [cit. 2017-11-06]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>

## SEZNAM ZKRATEK

AMK	aminokyselina
atd.	a tak dále
BMI	body mass index (index tělesné hmotnosti)
č.	číslo
ČR	Česká republika
DNA	deoxyribonukleová kyselina
EEG	elektroencefalografie
EHES	European Health Examination Survey
EMG	elektromyografie
EMK	esenciální mastná kyselina
EOG	elektrookulografie
HDL	high density lipoprotein
kol.	kolektiv
LDL	low density lipoprotein
LSD	dietylamid kyseliny lysergové
MDMA	3,4-metylendioxy-N-methamfetamin
MK	mastná kyselina
MMK	monoenová mastná kyselina
NREM	non rapid eye movement
odst.	odstavec
pH	potenciál vodíku (záporně vzatý dekadický logaritmus aktivity oxoniových kationtů)

PMK	polyenová masná kyselina
REM	rapid eye movement
Sb.	sbírka
SMK	saturovaná masná kyselina
THC	delta-9-trans-tetrahydrocannabinol
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaný
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Tabulka 2 Věk respondentů

Tabulka 3 Místo studia respondentů

Tabulka 4 Ročník studia respondentů

Tabulka 5 BMI respondentů

Tabulka 6 Nejčastější místo stravování respondentů dle pohlaví

Tabulka 7 Snídaně respondentů dle pohlaví

Tabulka 8 Teplá jídla v průběhu dne u respondentů dle pohlaví

Tabulka 9 Konzumace ovoce respondenty

Tabulka 10 Konzumace zeleniny respondenty

Tabulka 11 Rychlé občerstvení a respondenti

Tabulka 12 Množství vypitých tekutin dle pohlaví

Tabulka 13 Typ vypitých tekutin

Tabulka 14 Pití kávy dle pohlaví

Tabulka 15 Průměrná doba spánku dle pohlaví

Tabulka 16 Probouzení se během spánku dle pohlaví

Tabulka 17 Pocit odpočínutí po spánku v závislosti na délce spánku

Tabulka 18 Kuřáci dle pohlaví

Tabulka 19 Co respondenti kouří

Tabulka 20 Počet vykouřených cigaret respondenty

Tabulka 21 Pití alkoholu dle pohlaví

Tabulka 22 Upřednostňovaný druh alkoholu dle pohlaví

Tabulka 23 Užívání drog dle pohlaví

Tabulka 24 Druhy užívaných drog respondenty

Tabulka 25 Frekvence užívání drog respondenty

Tabulka 26 Pohybová aktivita v závislosti na BMI respondentů

Tabulka 27 Pohybová aktivita dle pohlaví

Tabulka 28 Vykonávané pohybové aktivity respondenty

Tabulka 29 Problémy respondentů dle pohlaví

Tabulka 30 Bydlení respondentů po dobu studia

Tabulka 31 Partnerské vztahy respondentů dle pohlaví

## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 Pohlaví respondentů

Graf 2 Věk respondentů

Graf 3 Místo studia respondentů

Graf 4 Ročník studia respondentů

Graf 5 BMI respondentů

Graf 6 Nejčastější místo stravování respondentů dle pohlaví

Graf 7 Snídaně respondentů dle pohlaví

Graf 8 Teplá jídla v průběhu dne u respondentů dle pohlaví

Graf 9 Konzumace ovoce respondenty

Graf 10 Konzumace zeleniny respondenty

Graf 11 Rychlé občerstvení a respondenti

Graf 12 Množství vypitých tekutin dle pohlaví

Graf 13 Typ vypitých tekutin

Graf 14 Pití kávy dle pohlaví

Graf 15 Průměrná doba spánku dle pohlaví

Graf 16 Probouzení se během spánku dle pohlaví

Graf 17 Pocit odpočínutí po spánku v závislosti na délce spánku

Graf 18 Kuřáci dle pohlaví

Graf 19 Co respondenti kouří

Graf 20 Počet vykouřených cigaret respondenty

Graf 21 Pití alkoholu dle pohlaví

Graf 22 Upřednostňovaný druh alkoholu dle pohlaví

Graf 23 Užívání drog dle pohlaví

Graf 24 Druhy užívaných drog respondenty

Graf 25 Frekvence užívání drog respondenty

Graf 26 Pohybová aktivita v závislosti na BMI respondentů

Graf 27 Pohybová aktivita dle pohlaví

Graf 28 Vykonávané pohybové aktivity respondenty

Graf 29 Problémy respondentů dle pohlaví

Graf 30 Bydlení respondentů po dobu studia

Graf 31 Partnerské vztahy respondentů dle pohlaví

# **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 Dotazník pro studenty oboru Zdravotnický záchranář



## **Příloha 1 Dotazník pro studenty oboru Zdravotnický záchranář**

Vážení respondenti,

jmenuji se Petr Camrda a jsem studentem 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář na ZČU FZS v Plzni. Prosím Vás o vyplnění anonymního dotazníku pro mou bakalářskou práci na téma „Životný styl studentů oboru Zdravotnický záchranář v ČR“. Získaná data budou použita pouze pro zpracování této bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za spolupráci.

**1. Jaké je Vaše pohlaví? (vyberte 1 možnost)**

- muž
- žena

**2. Kolik je Vám let? (vypište)**

- .....

**3. Jaká je Vaše hmotnost? (vypište)**

- ..... [kg]

**4. Jaká je Vaše výška? (vypište)**

- ..... [cm]

**5. Kde studujete? (vyberte 1 možnost)**

- Plzeň (Západočeská univerzita v Plzni - Fakulta zdravotnických studií)
- Pardubice (Univerzita Pardubice - Fakulta zdravotnických studií)
- Liberec (Technická univerzita v Liberci - Ústav zdravotnických studií)
- Praha (Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.)
- Ostrava (Ostravská univerzita - Lékařská fakulta)
- České Budějovice (Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích - Zdravotně sociální fakulta)
- Brno (Masarykova univerzita - Lékařská fakulta)
- Hradec Králové (Univerzita obrany - Fakulta vojenského zdravotnictví)

- Kladno (České vysoké učení technické v Praze - Fakulta biomedicínského inženýrství)
- Bratislava (Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislavě - Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií)
- Prešov (Prešovská univerzita v Prešove - Fakulta zdravotníckych odborov)

**6. Jaký ročník studujete? (vyberte 1 možnost)**

- 1.
- 2.
- 3.

**7. Kde se nejčastěji stravujete? (vyberte 1 možnost)**

- v menze
- vařím si
- u rodiny (rodiče, prarodiče, ...)
- v rychlém občerstvení
- jiné ..... (vypište)

**8. Snídáte? (vyberte 1 možnost)**

- ano - každý den
- ano - 4× - 6× týdně
- ano - 1× - 3× týdně
- nepravidelně
- ne

**9. Kolik máte za den průměrně teplých jídel? (vyberte 1 možnost)**

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 a více

**10. Jak často jíte ovoce?** *(vyberte 1 možnost)*

- každý den
- alespoň 1× týdně
- méně než 1× týdně
- nejím

**11. Jak často jíte zeleninu?** *(vyberte 1 možnost)*

- každý den
- alespoň 1× týdně
- méně než 1× týdně
- nejím

**12. Jak často jíte fast- food** *(vyberte 1 možnost)*

- každý den
- alespoň 1× týdně
- méně než 1× týdně
- nejím

**13. Kolik vypijete za den průměrně tekutin?** *(vyberte 1 možnost)*

- < 0,5 l
- 0,5 l - 1,5 l
- 1,5 l - 2,5l
- > 2,5 l

**14. Jaké tekutiny pijete?** *(můžete vybrat více možností)*

- voda
- čaj
- džusy a ovocné šťávy
- slazené nápoje
- jiné ..... *(vypište)*

**15. Pijete kávu? (vyberte 1 možnost)**

- ano - několikrát denně
- ano - 1 × denně
- ano - alespoň 1× týdně
- ano - méně často
- ne

**16. Kolik hodin denně průměrně spíte? (vypište)**

- ..... [h]

**17. Probouzíte se během spánku? (vyberte 1 možnost)**

- ano
- ne
- občas

**18. Cítíte se po spánku odpočatý(á)? (vyberte 1 možnost)**

- ano
- ne

**19. Kouříte? (vyberte 1 možnost)**

- ano - denně
- ano - příležitostně
- ne - ale kouřil(a) jsem v minulosti déle než 1 rok (*pokračujte na otázku 22*)
- ne - ale kouřil(a) jsem v minulosti méně než 1 rok (*pokračujte na otázku 22*)
- ne - a nikdy jsem nekouřil(a) (*pokračujte na otázku 22*)

**20. Co kouříte? (můžete vybrat více možností)**

- cigarety
- vodní dýmky
- jiné ..... (*vypište*)

- 21. Kolik cigaret denně průměrně vykouříte? (vyberte 1 možnost)**
- v průměru méně než 1 cigaretu denně
  - 1 - 10
  - 11 - 20
  - 21 - 30
  - 31 a více
- 22. Pijete alkohol? (vyberte 1 možnost)**
- ano - každý den
  - ano - 3 - 6 × týdně
  - ano - 2 × týdně
  - ano - 1 × týdně
  - ano - méně často (příležitostně)
  - ne (pokračujte na otázku 24)
- 23. Jakému alkoholu dáváte přednost? (vyberte 1 možnost)**
- Pivo
  - Víno
  - Destiláty
  - jiné ..... (vypište)
- 24. Máte zkušenosti s drogami? (vyberte 1 možnost)**
- ano - v minulosti
  - ano - užívám je příležitostně
  - ano - užívám je pravidelně
  - ne (pokračujte na otázku 27)
- 25. Jaké drogy užíváte nebo jste užíval(a)? (můžete vybrat více možností)**
- marihuana
  - jiné ..... (vypište)

**26. Jak často užíváte drogy? (vyberte 1 možnost)**

- každý den
- alespoň jednou týdně
- alespoň jednou měsíčně
- méně často

**27. Vykonáváte nějakou pohybovou aktivitu nebo sport? (vyberte 1 možnost)**

- ano - denně
- ano - alespoň 3× týdně
- ano - alespoň 1× týdně
- ano - méně často
- ne (*pokračujte na otázku 29*)

**28. Jaký sport nebo pohybovou aktivitu provozujete? (můžete vybrat více možností)**

- běh
- fitness (posilovna)
- cyklistika
- plavání
- kolektivní sporty (hokej, fotbal, ...)
- chůze
- jiné ..... (*vypište*)

**29. Máte v současné době nějaké problémy? Pokud ano, jaké? (můžete vybrat více možností)**

- žádné nemám
- studijní
- partnerské
- zdravotní
- finanční
- rodinné
- jiné ..... (*vypište*)

**30. Jakým způsobem máte vyřešené bydlení po dobu studia? (můžete vybrat více možností)**

- bydlím na koleji
- bydlím s rodiči
- bydlím v podnájmu (spolubydlení)
- bydlím s partnerem / partnerkou
- bydlím sám
- jiné ..... (vypište)

**31. Máte stálého partnera / partnerku? (vyberte 1 možnost)**

- ano - a jsem spokojen(a)
- ano - ale jsem nespokojen(a)
- ne - a jsem spokojen(a)
- ne - ale jsem nespokojen(a)