



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra Výchovy ke zdraví

Diplomová práce

Analýza negativních aspektů životního stylu u studentek JU

Vypracovala: Mgr. Eva Petránová
Vedoucí práce: doc. PaedDr. Kukačka Vladislav, Ph.D.

České Budějovice 2015

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra výchovy ke zdraví

Analýza negativních aspektů životního stylu u studentek JU

Diplomová práce

Autor: Mgr. Eva Petránová
Studijní program: Učitelství pro střední školy
Studijní obor: Učitelství psychologie pro střední školy
Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol
Vedoucí práce: doc. PaedDr. Kukačka Vladislav, Ph.D.

České Budějovice, duben 2015

University of South Bohemia in České Budějovice
Pedagogical faculty
Department of Health Education

Analysis of the negative aspects of the lifestyle of female students JU

Master's thesis

Author: Eva Petránová, Mgr.
Study programme: Secondary School Teaching
Field of Study: Teacher training in psychology
Teacher training in health education
Supervisor: Kukačka Vladislav, doc. PaedDr. Ph.D.

České Budějovice, April 2015

BIBLIOGRAFICKÁ IDENTIFIKACE

Jméno a příjmení autora: Mgr. Eva Petráňová

Název diplomové práce: Analýza negativních aspektů životního stylu u studentek JU

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí diplomové práce: doc. PaedDr. Kukačka Vladislav, Ph.D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2015

Abstrakt:

Diplomová práce je zaměřena na negativní aspekty životního stylu studentek Jihočeské univerzity a na vliv těchto aspektů na jejich zdravotní stav. Teoretická část zahrnuje literární prameny zabývající se touto problematikou, praktická část je pak postavena na kvantitativním výzkumu čili vyhodnocení 462 dotazníků vyplněných studentkami všech fakult JU. Dotazník je sestaven z 35 otázek a je zaměřen na následující oblasti životního stylu: pohyb, výživa a pitný režim, spánek a odpočinek, prevence, stres, sex a návykové látky. Výsledky dotazníků byly zpracovány v programu Excel SPSS a dále Pearsonovým chí-kvadrát testem. Cílem práce bylo dále porovnat výsledky s předešlými výzkumy na podobné bázi a přidat doporučení pro studentky JU, které by takto mohly změnit svůj životní styl, což představuje hlavní přínos této práce. Konkrétně byla zjištěna závislost mezi počtem naspaných hodin a nedostatečným odpočínutím, dále vztah mezi obvyklou dobou usínání a nedostatečným odpočínutím, existence úzkého vztahu mezi kouřením a pitím alkoholu a závislost mezi negativním vztahem k pohybové aktivitě a sníženou četností jejího vykonávání. Zajímavým zjištěním bylo, že studentky JU oproti roku 2010, užívají v menším počtu hormonální antikoncepci, nejvíce jsou stresovány školou a studiem a zpravidla se u nich zvyšuje příjem potravy ve stresujícím období, denně stráví u internetu většinou 3 až 4 hodiny, téměř polovina z nich již aplikovala dietu za účelem hubnutí a 50 % studentek ze zkoumaného souboru není spokojeno se svou hmotností.

Klíčová slova: negativní aspekty, životní styl, studentky

BIBLIOGRAPHIC IDENTIFICATION

Author's name and surname: Eva Petrářnová, Mgr.

Title of master's thesis: Analysis of the negative aspects of the lifestyle of female students JU

Department: Health Education, Pedagogical faculty, University of South Bohemia in České Budějovice

Supervisor: Kukačka Vladislav, doc. PaedDr. Ph.D.

The year of presentation: 2015

Abstract:

This master's thesis is focused on the negative life style aspects of the female students of the South Bohemian University and then on the influence of these aspects on the state of health. The theoretical part of the thesis includes the literary sources dealing with this issue and the practical part is based on the quantitative research that is the evaluation of at least 300 questionnaires having been filled in by the female students of all faculties of the South Bohemian University. The questionnaire consists of 35 items focused on the following spheres of a life style: physical activity, diet and water intake, sleep and relaxation, prevention, stress, sexual intercourse and drugs. The results of the questionnaire were evaluated by Excel SPSS and also by Pearson's chi square test. The aim of the thesis was also to compare the results with the results of the previous similar researches and to add a recommendation for students' better life style which presents the main contribution of this thesis. Namely, it was found out that the students' freshness depends on the number of hours they sleep during the night, then it was found out the dependence between the usual time of falling asleep and the students' freshness, the existence of the dependence between smoking and drinking of alcohol and the relation between the negative attitude to the physical activity and the reduced frequency of its doing. Another interesting finding was the fact that female students use less contraception than in the year 2010. The most stressing factor presents the university or studying, the food intake is increased by stressful time, they usually spend 3 or 4 hours with the internet, almost a half of them have ever been on a diet for the purpose of losing weight and 50 % of them are not satisfied with their weight.

Keywords: negative aspects, life style, female students

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci „Analýza negativních aspektů životního stylu u studentek JU“ vypracovala samostatně pod odborným vedením doc. PaedDr. Vladislava Kukačky, Phd. pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 27. 4. 2015

.....
Mgr. Eva Petráňová

Poděkování:

Děkuji doc. PaedDr. Vladislavovi Kukačkovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a ochotu při vypracovávání diplomové práce a všem studentkám, které se podílely na vyplňování dotazníku, který v této práci tvoří klíčovou položku.

OBSAH

ÚVOD	1
I. TEORETICKÁ ČÁST	2
1.1 Ontogenetické aspekty životního stylu studentek VŠ	2
1.2 Důsledky nedostatku pohybu či nadměrné tělesné zátěže	3
1.3 Nepřiměřená a nezdravá výživa: obezita a malnutrice	5
1.4 Nedostatečný pitný režim.....	6
1.5 Stres a psychické napětí	8
1.6 Nedostatek spánku a odpočinku.....	11
1.7 Vliv alkoholu a jiných návykových látek na funkce organismu	14
1.8 Nezdravý sexuální život, nedostatek sexu	17
1.9 Rizika hormonální antikoncepce.....	19
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	21
2.1 Cíle práce	21
2.2 Úkoly práce	21
2.3 Hypotézy	21
3. METODIKA	22
3.1 Charakteristika souboru	22
3.2 Organizace výzkumu.....	22
3.3 Použité metody.....	22
4. VÝSLEDKY	24
4.1 Výsledky pro negativní faktory životního stylu studentek JU	24
4.2 Vyhodnocení hypotéz.....	44
5. DISKUZE	53
6. ZÁVĚR	59
7. SEZNAM LITERATURY	61
8. PŘÍLOHY	65

ÚVOD

Dnešní doba charakteristická nejen svobodou slova, ale i nespočtem možností alternativního životního stylu s sebou také přináší větší informovanost a to nejen v této oblasti. Pokud je naše pozornost zaměřena na již zmíněný životní styl, je třeba si uvědomit, že ani velká míra informovanosti nemusí nutně korelovat s adekvátním životním stylem. Problémem může být i osobní pojetí adekvátního životního stylu, protože lidé se často pohybují na ose od jednoho extrému k druhému a zapomínají si udělat čas a pozastavit se v půli cesty čili v rozmezí přiměřenosti. Zpravidla platí, že lidé, demotivováni neúspěchem v oblasti extrému např. hubenosti, upadají v zoufalství či apatii do opačného extrému čili nadváhy. Je to dáno dobou a ideály nastavenými médii, která jsou hnací silou i pro většinu lidí se zdravým rozumem, protože od ideálů je blíže ke kariérnímu růstu, od kariéry je blíže k vyšším výdělkům a výdělek je třeba na pokrytí osobních výdajů a dopřávání si všeho příjemného, což je spjato s utrácením většího množství peněz. Zde je ovšem třeba podotknout nedoceněný význam takových příjemných věcí a aktivit, které jsou zdarma a přeci mohou člověka naplňovat. Nicméně téma této práce jsem zvolila z důvodu jistých domněnek týkajících se životního stylu studentek fakult Jihočeské univerzity. Na dívky v tomto věku, a samozřejmě nejen dívky, jsou kladeny jisté požadavky. Je to povinnost navštěvovat přednášky, semináře a cvičení, plnění zápočtových testů, seminárních a kvalifikačních prací, praxí a ústních zkoušek na straně jedné a často nezbytnost vydělávat si na studia a s tím spojené náklady na straně druhé. Přičemž nutno zmínit, že práce či brigáda by měla trochu souviset s oborem, který je studován pro lepší dojem u budoucího zaměstnavatele. Na dobrovolné aktivity nemá čas úplně každý. Naopak někteří studenti mají času více a vyplňují ho ne vždy vhodnými aktivitami. Tato skutečnost může být příčinou stresu a nedostatku času na koordinování svého pohybového, stravovacího, spánkového a jiného režimu. Často tak dochází k nevhodným návykům, které se týkají jednotlivých složek životního stylu a od toho se dále odvíjí zdravotní rizika a důsledky, které odrážejí jistý způsob žití.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Ontogenetické aspekty životního stylu studentek VŠ

Přihlédneme-li k věku studentek JU, z ontogenetického hlediska se jedná o období na přelomu adolescence (15 až 20 let) a mladé dospělosti (20 až 25 let). Fyzický vývoj by měl být již ukončen a dívky by v tomto období měly být smířeny se svou vlastní fyzickou strukturou, rolí svého pohlaví, měly by mít již vytvořeny vztahy k vrstevníkům obojího pohlaví, vyvinuty intelektové schopnosti potřebné k získání občanské kompetence a také by měly mít již utvořenou jistou hierarchii hodnot. V období adolescence je dále jejich úkolem zbavit se emocionální závislosti na rodičích a ostatních dospělých, získat jistotu a ekonomickou nezávislost na rodičích, dosáhnout sociálně zodpovědného chování a připravit se na manželství a rodinný život. V tomto období, tedy na přelomu adolescence a mladé dospělosti, se připravují, pokud studují VŠ, na své budoucí povolání. Často se jedná o případ psychosociálního moratoria. Dívky ve starší adolescenci jsou se svými těly již více spokojené a méně se jimi zabývají, než dívky v období adolescence mladší (Trpišovská, Vacínová, 2006). Celkové sebepojetí je již přesnější a tím, co určuje individuální identitu, se stává, na rozdíl od předchozího období, také sexuální oblast. Snahu osamostatnit se od primární skupiny doprovází vrcholný výskyt a význam vrstevnických vztahů čili připojení se k určité skupině lidí poskytující dívce podporu a ochranu. Charakteristické pro období adolescence je prolínání skupinové identity identitou osobní, protože dívka je definována i tím, ke komu patří a ke komu se hlásí. To může představovat jisté riziko z hlediska zbavení se individuální odpovědnosti, se kterým velmi úzce a často souvisí asociální chování (Trpišovská, Vacínová, 2006). V návaznosti na sexuální oblast je nutno uvést možná rizika spojená s tímto věkem, jelikož první sexuální zkušenost je významným mezníkem v životě adolescenta. Riziko představuje reálná neznalost této oblasti, která pramení z nedostatečného poučení o ochranných prostředcích, experimentování, získávání zkušeností s mnoha různými partnery a s tím spojené přenosné nemoci anebo předčasné těhotenství, které představuje riziko pro zdraví matky i dítěte (Trpišovská, Vacínová, 2006). V souvislosti s adolescencí je třeba neopomenout fakt sekulární akcelerace, tedy zrychlení nástupu dospívání a celkového růstu jedinců ve vyspělých evropských i amerických zemích za poslední století. Neexistuje zcela jednoznačná odpověď na otázku, zda sekulární akcelerace tělesného vývoje je paralelní

s vývojem duševním, nicméně některé studie srovnávající výkony dětí např. v inteligenčních testech tomu nasvědčují (Langmeier, Krejčířová, 1998). Pokud zohledníme následující období vývoje a tedy blížící se anebo již probíhající mladou dospělost, uvědomme si, že jde o období, kdy je sice jedinec na vrcholu svých sil a jsou rozvinuty všechny jeho psychické funkce, ale často jde stále ještě o etapu hledání sebe sama, hledání možností svého uplatnění, svého partnera a dochází ke střetu aspirací a reálných možností a tím jsou také na jedince kladeny celkem vysoké nároky. V důsledku pak dochází k selhání např. ve formě rozvodů mladých manželství (v nichž mohou být už i děti) anebo v neschopnosti nalézt uspokojivé zaměstnání (Trpišovská, Vacínová, 2006).

Ačkoli je věk, typický pro studium na vysoké škole, charakterizován jako období s nejnižší nemocností a úmrtností, vysokoškolští studenti tvoří zvláštní skupinu populace, která se nachází ve zvýšeném riziku vzniku zdravotních komplikací (Provazníková et al., 2002).

1.2 Důsledky nedostatku pohybu či nadměrné tělesné zátěže

Kukačka (2010) uvádí, že úmrtnost jedinců, kteří se nepohybují, je asi o třetinu vyšší, než u těch aktivních. Nedostatek pohybu vede k regulačním poruchám systémů, které jsou nastaveny na jiné podmínky a následkem jsou vzniklé disproporce, které vedou ke zdravotním poruchám a civilizačním onemocněním. Lidské tělo jednoduše není geneticky stavěno na dlouhodobé sezení a pokud se alespoň 30 minut denně nepohybuje, v buňkách a tkáních neprobíhají dostatečně detoxikační procesy. Po dvou týdnech snížené pohybové aktivity dochází k hromadění tuku v oblasti břicha, zvyšuje se hladina krevních tuků a cukrů čili podmínky pro vznik kardiovaskulárních chorob (Kukačka, 2010). Fyzická aktivita nejenže redukuje tělesnou hmotnost, ale zlepšuje také metabolické pochody kolem inzulínu a tím harmonizuje trávicí a vylučovací pochody (Adámková, 2010).

Z psychického hlediska s sebou nedostatek pohybu přináší nedostatek produkce objemu endorfinů, jejichž nedostatek má za následek ztížené vyrovnávání se stresem a špatnou náladou. Samotný nedostatek pohybu pak úzce souvisí s nespokojeností se svým zevnějškem, sníženou atraktivitou v očích druhých a tím např. sníženým zájmem o sex. Z hormonálního hlediska při nedostatku pohybové aktivity dochází k nedostatečné produkci mineralokortikoidů a glukokortikoidů (adrenalinu), glukagonu, který uvolňuje

zásoby cukru, testosteronu oddalujícím stárnutí a regeneračnímu hormonu somatotropinu, který je produkován po zátěži. Pokud jde o pohybový aparát, nedostatkem pohybu dochází k atrofii svalů, což má za následek i oslabení šlach, vazů a kostí a dále špatné držení těla a postavení pánve vedoucí k nemožnosti navrácení se k pohybové aktivitě. Z ekonomického hlediska pak dochází k zátěži systému ve formě financí, které jsou třeba pro léčbu a sociální zabezpečení pacientů a k předčasnému úmrtí jedinců, kteří by byli přínosem pro státní ekonomiku (Kukačka, 2010). Frohlichová (2013) uvádí, že národohospodářské ztráty (náklady na léčbu nemocí a ztráty HDP v důsledku pracovní neschopnosti) z civilizačních nemocí dosahovaly v ČR v roce 2012 520 miliard korun za rok a že až 80 % těchto nemocí by bylo možné zvrátit změnou životního stylu. Zatím však zaujímá česká populace v rámci Evropy v prevalenci rizikových faktorů nejčastějších onemocnění přední místa (kouření – 3. místo, spotřeba alkoholu – 1. místo, obezita – 2. až 4. místo). Důsledkem toho je, že průměrný Čech onemocní v 61 letech a následně je nemocný 17 let svého života, zatímco průměrný Švéd onemocní až o 9 let později a v nemoci stráví 12 let, tedy o 5 let méně. Švédové ovšem vykouří polovinu cigaret a vypijí polovinu alkoholu, než Češi a zkonsumují dvakrát více ovoce a zeleniny. Výskyt rizikových faktorů životního stylu se v ČR stává setrvalým nebo spíše vzestupným trendem, z čehož pramení nárůst kardiovaskulárních a nádorových onemocnění. Klesá úmrtnost na tato onemocnění, ale jen díky velkým nákladům vynaložených na jejich léčbu. Roky života strávené v nemoci jsou navíc neplnohodnotné a smutné, provázené duševním i fyzickým utrpením nemocného i jeho okolí. V důsledku nemoci se zhoršuje ekonomická situace celé rodiny. Efektivní primární prevence by snížila výskyt chronických onemocnění nejméně o 5 % tedy úspory okolo 25 miliard korun za rok (Frohlichová, 2013).

Vedle nedostatku pohybové činnosti nadměrná zátěž v podobě nárazového sportování může vést ke zvýšené tvorbě volných radikálů. Inaktivní jedinec, který není pravidelně zatěžován pohybovou činností, nemá vytvořeny adaptační mechanismy pro zátěžové situace. Zkrácené či ztuhlé svaly, které navíc nejsou před cvičením zahřáté a protažené, mohou mít za následek poškození svalstva a funkční poruchy. Podobné riziko představuje náhlý přechod z neaktivního životního stylu k intenzivnímu sportování, kdy může dojít až k negativnímu vztahu k pohybové aktivitě či ke zlomeninám z důvodu nekvalitní vnitřní struktury (Kukačka, 2010).

1.3 Nepřiměřená a nezdravá výživa: obezita a malnutrice

Potrava hraje v našem životě nezastupitelnou roli stejně tak jako pohyb či spánek, ale také může být našemu tělu nebezpečná a v důsledku neprospěšná celému ekonomickému systému. Je znám fakt, že ve většině vyspělých zemích se energetický příjem nerovná výdeji, což má za následek vznik obezity (Fořt, 2007). Podle Kukačky (2010) bude později obezita pravděpodobně představovat hrozbu pro financování zdravotnictví, protože počet obézních lidí každým rokem narůstá. Je to nemoc dnešní doby – WHO obezitu jako nemoc, definovala až v roce 1997 (Kukačka, 2010). Podle Valjenta (2010) se pro evropské státy postupně stává nárůst nákladů na zdravotnictví finančně neúnosným a i přes snahu preventivních opatření je zde převažující síla současného konzumního stylu života (Valjent, 2010).

Strava se často stává lékem proti stresu či depresi, jejichž výskyt je díky způsobu dnešního života stále častější. Problém představuje to, že lidé jedí, aniž by měli hlad. Příčinou stresu se stává zvýšené usazování tuku zejména v oblasti břicha. Spojitost stresu a přibývání na váze pramení z naučeného vzorce chování, kdy si člověk ve vypjatých situacích, či úzkostných stavech dopřává potravu, která je rychlým zdrojem energie a druh potravy, který vnímá jako odměnu. Zpravidla jde o nezdravé pochutiny, jejichž konzumace ve velkém vede k obezitě. Z genetického hlediska si tělo reguluje příjem potravy v závislosti na produkci bílkovin z tukových buněk (Kukačka, 2010). Riziko zejména pro nevzdělané v oblasti zdravého životního stylu představují rychlá občerstvení. Obezitu však může způsobit organismem zadržovaná voda v těle v důsledku špatné funkce ledvin anebo hormonální obtíže. Jedná se o hormon ghrelin podněcující chuť k jídlu, který však působí rozdílně u štíhlých a obézních (Kukačka, 2010). Podle Hynka (2009) s sebou obezita přináší četná onemocnění: kardiovaskulární, metabolické, kloubní, civilizační choroby, komplikace choroby vysokého tlaku, komplikace diabetu a nádorová onemocnění (Hynek, 2009). Podle Svačiny a Bretšnajdrové (2008) jde především o nádorová onemocnění střev, konečníku, jater, dělohy a dalších (Svačina, Bretšnajdrová, 2008). Obezita zkracuje životy žen o 3 až 7 let a pokud je k obezitě přičteno ještě kuřáctví, přímka života se zákonitě zkracuje. Obezita s sebou nese ale i další negativní jevy, jako jsou pocity méněcennosti, zvýšená citlivost k reakcím okolí, pocity provinění za to, jak jedí (Cajthamlová, 2009). Se sníženým sebevědomím úzce souvisí problém navazování

partnerských vztahů, protože pokud se člověk nelíbí sám sobě, není pro něho snadné pochopit či přijmout fakt, že probudil zájem v někom jiném (Kukačka, 2010).

Nepřiměřenou výživou se také rozumí, v protikladu s výše uvedeným, nedostatek potravy, což může mít za následek nedostatečnou funkci z hlediska potřeb organismu. Reakcí těla na stres nemusí být jen přejídání, ale naopak také nechutenství. Příkladem onemocnění, jehož podstatou je snaha o dokonalé tělo, je anorexie či bulimie. Pokud jde o anorexii, takový organismus je velice citlivý na chlad, pleť je suchá a praská, jedinec bývá chudokrevný a celkově tedy unavený, svalstvo je oslabeno, je přítomná insomnie, narušuje se menstruační cyklus, dochází k srdečním obtížím, k poruchám funkce ledvin, k odvápnění kostí, zpomalení funkce střev atd. (Krch, 2002). Dívky trpící anorexií mohou zažívat i období přejídání, ale není to pravidlem. Přejídáním a následným zvracením či užíváním projímadel jsou typické dívky trpící bulimií. Tyto dívky vykazují sníženou hladinu bílkovin, nedostatečnou energetickou zásobu a nedostatek stopových prvků přijímané potravou. Za průvodní a nebezpečné znaky bulimie jsou považovány: neúmyslný úbytek hmotnosti o více než 10 % v době posledních třech měsících, tělesná hmotnost je pod 90 % ideální váhy a BMI je nižší než 18,5 (Kukačka, 2010). Dříve byla anorexie nazývána nemocí WWW (white, woman, west). V dnešní době jsou však podvyživené modelky trendem v celé společnosti vyspělých zemí. Pokud se striktní držení diety začne střídat s přejídáním „Binge-eating disorder“, může tento proces vést až k obezitě. Při sledování jednovaječných a dvojvaječných dvojčat se ukázalo, že nemoc má psychologické předpoklady v genetické informaci. U anorexie byla odhadnuta genetická predispozice na 80 %, u bulimie na 60 %. Nebyly popsány monogenní formy anorexie či bulimie, ale asociační studie detekovaly varianty několika genů, které jsou s anorexií či bulimií spojeny – varianty v genech pro serotonin a serotoninový receptor, mozkový neurotrofní faktor a katechol-O-methyl transferázu (Adámková, 2010).

1.4 Nedostatečný pitný režim

Protože lidské tělo je tvořeno z větší části právě vodou, je logické, že člověk by měl dbát na správný pitný režim, aby svému tělu dodal natolik nezbytné palivo. Alarmujícím faktem je, že lidé příjem tekutin resp. vody podceňují a vypijí denně např. jen necelý litr, což představuje nástup možných rizik s nedostatkem vody spojených, pokud je brán v úvahu ideální příjem asi 2 až 2,5 l. Pokud zmíněný nedostatečný litr tekutin musí tělo využít na tvorbu moči, potu a metabolické procesy, je logické, že

dojde k celkové únavě organismu, bolesti hlavy, přehřátí organismu – především v teplých měsících, k problémům s ledvinami, negativním změnám na kůži a k problémům s látkovou výměnou, protože tělo potřebuje vodu na rozpuštění odpadních látek. Pokud se zaměříme na objem vody v jednotlivých orgánech, nezbytnost přísunu adekvátního množství tekutin se jeví o to více pochopitelná (játra, mozek, svalstvo – 70 až 75 % vody; tuková tkáň – 23 %; u žen v celém těle – 53 až 46 %). Dále je třeba zmínit zvýšenou spotřebu tekutin u sportovců či pracovně vytížených jedinců. Deficit vody vyvolává pocit žízně, který už ovšem souvisí s částečnou dehydratací¹ (Kukačka, 2010).

Kožíšek (2005) k výše uvedenému ještě dodává, že nedostatek tekutin je mimo jiné příčinou poklesu duševní výkonnosti včetně poklesu koncentrace. Ztráta tekutin na úrovni 2 % tělesné hmotnosti představuje ztrátu až 20 % výkonu, při 5 % dehydrataci hrozí přehřátí, oběhové selhání a šok. Dehydratací se zvyšuje riziko vzniku infekce močových cest, zánětu slepého střeva, některých druhů rakoviny (např. rekta a močového měchýře) i kardiovaskulárních chorob. Také se předpokládá, že i řada jiných civilizačních chorob je důsledkem nesprávné životosprávy včetně nedostatku tekutin, resp. že některé civilizační choroby jsou buď prvním příznakem anebo následkem trvalé mírné dehydratace (Kožíšek, 2005).

Příznaky nedostatku tekutin bývají vedle pocitu žízně také sucho v ústech, suché rty a jazyk, malé množství tmavě žluté moči, tendence k zácpě, škytavka při jídle, tlak v okolí žaludku nebo suchá pokožka. Příznaky nadbytku tekutin bývají časté močení (zvláště v noci), klidové pocení v normálních teplotních podmínkách, vlhké ruce či nohy a bolestivost bodu vzadu uprostřed lýtky (při stisku prstem). Je nutné dodat, že ani stálý nadbytek tekutin není pro organismus zdravý, protože tím dochází k přetěžování ledvin a srdce, což může vést k oslabování až selhávání jejich funkcí (Kožíšek, 2005).

Co se týče typu vody, resp. tekutin, které by měl člověk pít je třeba zmínit jistou podmíněnost, která určuje její vhodnost. Např. minerální vody středně a silně mineralizované nejsou vhodné jako základ pitného režimu ani je nelze pít při určitých poruchách zdravotního stavu (např. minerálky s vyšším obsahem solí by neměli pít lidé s hypertenzí, oběhovými problémy, ledvinovými kameny apod.). Minerální vody jsou pro své chuťové vlastnosti někdy oblíbeny, ale trvalá konzumace středně a silně

¹ Zvýšený pocit žízně může být i příznakem některých chorob (např. cukrovky) a existuje i tzv. návyková žízeň, která nemusí být známkou potřeby tekutin (Kožíšek, 2005).

mineralizovaných vod představuje zmíněné riziko vysokého tlaku, ledvinových, močových a žlučových kamenů, některých kloubních chorob, těhotenských komplikací nebo poruch fyzického vývoje u dětí. Denní příjem středně mineralizovaných vod by v průměru neměl přesáhnout 0,5 litru; příjem silně mineralizovaných vod by měl být ještě nižší. Vhodné je minerální vody střídat a vody sycené oxidem uhličitým konzumovat výjimečně. Uhličitě přírodní minerální vody (kyselky) lze cíleně využít k posílení diurézy (tvorby moči) nebo k povzbuzení funkce trávicího ústrojí – v dávkování dle doporučení lékaře. Na druhou stranu perlivé vody mohou způsobit žaludeční a trávicí obtíže a tzv. Roemheldův syndrom (bolesti na hrudníku imitující infarkt), zvyšují dýchací a tepovou frekvenci, způsobují posun k acidóze (překyselení) krve. Navíc mají diuretické vlastnosti, takže rozhodně nejsou ideálním nápojem k úhradě chybějících tekutin. Co se týče mléka a kaka, jedná se spíše o tekutou výživu než nápoje – jejich vypité množství by se nemělo započítávat do potřebného denního objemu tekutin. K „nebezpečným“ nápojům patří různé „soft drinky“: limonády, kolové nápoje, ochucené minerální vody, energetické nápoje, nektary apod. především kvůli obsahu cukru, který jen zvyšuje pocit žízně, a jeho „prázdné kalorie“; dále umělá sladidla, z nichž některá zvyšují chuť k jídlu, nebo oxid uhličitý, který spolu s organickými kyselinami (ochucovadla) poškozují zubní sklovinu a má i další nevýhody uvedené výše. Kofein v kolových nápojích je diuretikum a také lehce návykovou látkou, která vede k hyperaktivitě u dětí. Kyselina fosforečná, obsažena také v kolových nápojích, pravděpodobně zvyšuje riziko osteoporózy. Káva a alkoholické nápoje nejsou součástí pitného režimu – mohou být pouze chuťovým doplňkem stravy a to v omezeném množství. Platí, že ani zdravý dospělý člověk by neměl vypít denně víc než 0,5 litru piva nebo 0,2 litru vína, a že káva by se měla pít se sklenicí čisté vody (Kožíšek, 2005). V souvislosti s příjmem tekutin u studentek je třeba zmínit fenomén tzv. moderních drog a to konzumaci různých energetických nápojů, jako jsou Semtex, Kamikadze, Red Bull a jiné, kterými se studentky snaží nabudit svou mysl např. při přípravě na náročnou zkoušku či test (Valjent, 2010).

1.5 Stres a psychické napětí

Současná civilizace je zdrojem mnohých „stresorů“, z nichž nejsilnějšími mohou být vnější i vnitřní události. Jedná se o environmentální okolnosti, jako jsou např. živelné pohromy, dopravní nehody, kriminalita, smrt blízkého, závažná onemocnění či úraz

a události vyžadující adaptaci, jako je změna zaměstnání, začátek a ukončení školy, nový přírůstek do rodiny, změna bydliště atd. (Výrost, Slaměník, 2001)

Ačkoli přiměřený stres pomáhá člověku přizpůsobit se, nepřiměřený stres bývá hlavní příčinou nemoci či smrti. Nejčastějšími událostmi způsobujícími nám stres jsou rozvod, smrt milované osoby, ztráta peněz, majetku, zaměstnání, nemoc blízké osoby a kritika ze strany druhých lidí. Nicméně je třeba zmínit, že je to především strach z oné potenciální situace, co u jedince zvyšuje produkci kortizolu (Chopra, 1996).

Stres může vrcholit v syndrom vyčerpanosti, který souvisí s vysílením na všech úrovních těla, emocí a životních postojů. Imunitní systém těla je stresem velmi vyčerpáván, ale je nutné uvědomit si, že přes hektičnost dnešní doby je zdroj stresu především v naší mysli, v našem způsobu vnímání situací (Chopra, 1996).

Ve stresovém období se v organismu vylučují hormony kortizol, aldosteron, adrenalin a noradrenalin způsobující uvolňování cukrů z jater a svalů do krve a ovlivňující srdeční činnost. Zrychluje se tak metabolismus, zvyšuje se krevní tlak a pokud je zvýšená produkce těchto hormonů dlouhodobá, zvětšují se nadledvinky, klesá počet bílých krvinek, což vede ke snížení imunity. Nedostatečná ochrana žaludeční sliznice je pak příčinou žaludečních a dvanácterníkových vředů. Z důvodu stresu mohou na tkáních vznikat infekční ložiska a oslabení orgánů má poté za následek civilizační nemoci, jako je diabetes, astma, alergie, bolesti, záněty, potíže s páteří nebo rakovina. Kvůli svíravému pocitu při stresu jsou orgány méně prokrvovány a tím jsou také oslabeny (Kukačka, 2010).

Organismus tedy odpovídá na stres rozsáhlou fyziologickou reakcí, jejímž projevem je vedle výše zmíněného také pokles teploty kůže. Dlouhodobé působení stresu postupně vyčerpává zásoby adaptační energie jedince a tím dochází k fyziologickým i anatomickým změnám, které se pak projevují jako psychosomatické onemocnění. Existuje také teorie, která popisuje dva typy lidí podle náchylnosti ke konkrétním chorobám v souvislosti s dlouhodobým působením stresu na organismus. Jedná se o osobnost typu A (hostilita, časová tíseň) se sklony k cévním onemocněním a osobnost typu C (depresivita, beznaděj, potlačování emocí) se sklony k rakovině (Výrost, Slaměník, 2001).

Vyšší tendence ke stresování se je mimo jiné způsobena nedostatkem neurotransmiteru serotonin, čímž bývá podníceno podrážděné chování, neschopnost se soustředit, nízká odolnost vůči „stresorům“ a problémy s usínáním a spaním. Takový jedinec pak bývá často ohrožen zlozvyky ve formě kouření, požívání alkoholu a přejídání se. Za hlavní

„stresory“ jsou považovány psychické faktory, tj. pracovní prostředí, kdy jedinec ještě není v práci zcela zaběhlý, nebo jsou na něho kladeny vysoké požadavky anebo naopak, je stresován monotónní prací, kde dostatečně nevyužívá vlastní kapacity. V případě sociálních „stresorů“ se jedinec necítí z jakéhokoli důvodu na pracovišti dobře. Fyzickými „stresory“ se rozumí např. práce na směny, práce v extrémních klimatických podmínkách, při špatném osvětlení, ve špatném ovzduší či v nepřetržitém hluku (Kukačka, 1996).

Provazníková (2002) ve své studii uvádí, že velké množství vysokoškolských studentů provázejí psychosomatické obtíže, které jsou způsobeny stresem a úzkostmi pociťovanými v některé životní oblasti a často souvisejícími se studiem na vysoké škole. Dívky oproti chlapcům, vedle větší únavy, pociťují více i bezdůvodný strach a časté nutkání na moč a stolicí (Provazníková et al., 2002).

Vedle dalších autorů i Chamoutová (2004) uvádí, že studium na VŠ je spojeno s výraznějším osamostatněním od rodičů často spojeným s více či méně náročným druhem výdělečné činnosti, což s sebou přináší různé „stresory“ ve formě řešení nových situací. Jen započetí studia je podle stupnice životních událostí Holmese a Raheho hodnoceno 26 body ze sta – v těsném závěsu změna životních podmínek, osobních zvyklostí, pracovní doby, změna bydliště, atd. V životě studentů ČZU je zřejmé, že během studia se úroveň stresu výrazně zvyšuje oproti hladině vnímané před nástupem studia. Míra stresu narůstá zejména v době zkouškového období, patrně několikanásobně oproti míře stresu vnímané během zbytku semestru. K tomuto jevu se studenti vyjadřují v porovnání s obdobím před začátkem studia na VŠ a v porovnání s vrstevníky, kteří oproti nim už pracují. Studenti si uvědomují negativní působení stresu během zkouškového období např. na kvalitu a délku spánku apod. (Chamoutová, 2004)

Valjent (2010) uvádí, že pro úspěšné zvládnutí studia na vysoké škole při zachování zdraví je nutná studentova schopnost zadaptovat se na požadavky, které jsou na něho kladené. V případě, že se stane zátěž pro studenta nepřiměřeně vysokou, dochází u něho k poruchám adaptace projevující se v narušení minimálně jedné ze struktur interakčního systému jedince s prostředím. Nežádoucí změny spojené s nepřiměřenou zátěží lze rozdělit do čtyř základních skupin. Jde o úroveň psychické interakce – změny kognitivních funkcí a vyvolání negativních emocionálních stavů, citových stavů prozrazujících subjektivní tíseň a frustraci. Dále jde o úroveň biologické interakce – změny fyziologických funkcí. U studentů jde hlavně o poruchy zažívacího a trávicího

systemu, poruchy spánku, stěžují si i na bolesti hlavy a páteře. Úroveň interpersonální interakce zahrnuje změny postojů k lidem a snížení sociální adaptability a čtvrtá, resp. poslední úroveň – sociálně kulturní interakce představuje změny hodnotového systému (Valjent, 2010).

1.6 Nedostatek spánku a odpočinku

Současný styl života je charakteristický nedostatkem duševní hygieny, tedy s nedostatkem regenerace pro náš organismus. Z tohoto důvodu se zvyšuje výskyt dlouhodobé únavy, která může dosáhnout takového stupně, že jedinec není schopen docházet ani do zaměstnání nebo vůbec vykonávat nějakou činnost. V takovém případě je nutné podstoupit vyšetření, protože únava může zakrývat onemocnění, jako je anémie, porucha vstřebávání vitaminů, infekční mononukleóza, virová hepatitida, borelióza, roztroušená skleróza a další. Dlouhodobá únava nebo také únavový syndrom je často zhoršován fyzickým či psychickým stresem, který jedinec nedokáže zvládnout a to má za následek rozvrat funkce imunitního systému a změnu reaktivity nervového systému (Adámková, 2010).

Únavový syndrom může mít podle Kukačky (2010) původ v nedostatku spánku, kdy za hlavní projevy jsou považovány zhoršená výkonnost, koncentrace, zhoršená adaptabilita na nové situace a dále podrážděnost a horší nálada. Dlouhodobý nedostatek spánku může fungovat jako spouštěč deprese nebo neurotizující faktor. Mozek unaveného jedince nepracuje na plný výkon, i kdyby se snažil ze všech sil, avšak je třeba podotknout, že mozkové činnosti sice mohou mít u jednoho člověka za následek sníženou výkonnost, ale u druhého tomu může být zcela naopak a u dalšího nemusí být ty samé činnosti mozku vůbec dotčeny (Kukačka, 2010).

S nárůstem podílu obézních lidí ve společnosti klesá i počet hodin, které trávíme spánkem. V 60. letech minulého století spal průměrný Američan denně osm až devět hodin. Oproti tomu dnes spí nanejvýš sedm hodin a podobně jsou na tom obyvatelé všech ekonomicky vyspělých zemí. Příčinou, která stojí za sníženým počtem hodin spánku, je mylná představa spánku jako promrhaného času, který je třeba využít pro „důležitější“ aktivity – studium, práci nebo zábavu. Dospělí lidé spící pět a méně hodin denně jsou ve srovnání s těmi, co spí alespoň sedm hodin vystaveni o 60% vyššímu riziku obezity a totéž platí v případě dětí. Špatný spánek ve věku tří let s sebou zpravidla nese předpověď pro nadváhu po sedmém roce. Na jedné straně zde existuje možnost méně kvalitního spánku u obézních lidí právě proto, že ve spojení s obezitou

trpí řadou s tím spojených zdravotních obtíží, na druhé straně se nabízí otázka, zda lidé, kteří nespí, nemají z tohoto důvodu více času i na jídlo. Dále nelze vyloučit ani to, že unavení lidé nemají sílu a chuť s obezitou bojovat (Petr, 2007).

Příhodová (2013) uvádí, že spánek prochází během dětství změnami týkajícími se délky spánku, zastoupení spánkových stádií a rozložení spánku během dne a že nejvýraznější je tento proces u kojenců. Je proto důležité informovanost rodičů o vytváření správného spánkového režimu, která následně pomáhá předcházet poruchám spánku, které mohou souviset i s hyperaktivitou, nepozorností a poruchami chování (Příhodová, 2013). Například ve věku dospívání, kdy potřeba spánku je 8,5 až 9 hodin², velká část dospívajících trpí spánkovou deprivací, protože během týdne spí zpravidla sedm hodin. V dospívání je tedy častější výskyt denní ospalosti – podíl hlubokého spánku klesá, a proto dochází k parasomniím. Melatonin³ se začíná vylučovat až v pozdějších hodinách, což podmiňuje pozdější nástup spánku (Příhodová, 2013).

Praško (2004) vedle nespavosti (insomnie) krátkodobé, která je spojena se stresem, rodinnými nebo pracovními problémy, tělesnými obtížemi, změnou nálady, narušením denního režimu nebo změnami zevních podmínek, popisuje nespavost chronickou. Krátkodobá nespavost může trvat několik dní až dva nebo tři týdny. Chronická nespavost pak trvá déle než jeden měsíc a problém se spánkem se objevuje nejméně třikrát za týden. Lze ji dále rozdělit na chronickou insomnii primární, kdy je nespavost hlavním a jediným příznakem – na vzniku se podílí chronický stres, behaviorální podmiňování spánku, zvýšená bdělost a nedostatečná spánková hygiena a chronickou insomnii sekundární, kterou trpí lidé mající i jiná onemocnění, zejména psychického původu – deprese, mánie, neurotické i organické poruchy, zneužívání návykových látek, schizofrenie, poruchy příjmu potravy a další. Většina lidí trpících sekundární insomnií se však zabývá svou poruchou spánku, ale nedbá na své emoční problémy (Praško, 2004). Vnější příčinou nespavosti je nedostatečná spánková hygiena čili stav, kdy denní a noční režim člověka narušuje spánek v noci a bdělost ve dne. Vedle toho

² Zdravý dospělý jedinec spí přibližně 6-8 hodin denně. Někomu však stačí 5-6 hodin, jinému nestačí ani 9 hodin. Není důležité, jak dlouho jedinec spí, ale jak se cítí po spánku odpočatý.

O tom rozhoduje zastoupení hlubokého spánku (stadium 3 a 4) a počet proběhlých úplných spánkových cyklů (stadia non-REM 1-4 a jedna perioda spánku REM) (Praško, 2004).

³ V noci produkován epifýzou; ladí cirkadiánní (24hodinovou) biologickou rytmicitu ostatních funkcí organismu. Nejvyšší produkce dosahuje právě kolem půlnoci a s přibývajícím denním světlem jej ubývá. V dětství zpomaluje tvorbu pohlavních hormonů, čímž umožňuje plynulý nástup puberty (Machová, 2008).

jsou to samozřejmě zlovyky, jako je nadměrné pití kávy, kouření, stres, nadměrné vybuzení, cvičení před usnutím a intenzivní duševní činnost ve večerních hodinách. Někteří lidé se nechtějí na noc přejídat, aby nepřetěžovali svůj žaludek, a tak jedí velmi málo nebo vůbec a poté se v noci budí hladem. Časté ponocování nebo naopak vyspávání do dopoledních hodin a odpolední spánek často spouštějí chronickou nespavost. Spánek mohou narušovat nadměrné teplo, zvuky, světlo, pohyby partnera, dítě, neznámé prostředí nebo časté změny prostředí. Kofein, nikotin a alkohol představují také velmi významné rušiče spánku. Při konzumaci více než 500 mg kofeinu denně (kofeinismus) se mohou objevovat příznaky, jako je úzkost, neklid, nespavost, bušení srdce a sevření žaludku. Káva před spaním snižuje 3 a 4 non-REM spánku (hluboký spánek) a prodlužuje usínání. Stejně tak jako kofein i čokoláda nebo kola obsahují stimulační látky. Nikotin zvyšuje ostražitost a bdělost. Při nikotinismu (více než 10 cigaret denně) se zvyšuje napětí, nespavost, podrážděnost a vnitřní neklid. Užívání alkoholu může také způsobit nespavost. Člověk sice může po alkoholu lépe usnout, avšak při vstřebávání alkoholu se spánek stává mělkým a zkracuje se (Praško, 2004).

Chopra (1996) hovoří v souvislosti s chronickou únavou o množství nepříjemných postojů a myšlenek v našem těle, což si žádá vyšší výdej energie a objevují se tak psychické příznaky únavy. Únava je podle něho častější u lidí nemajících určitý smysl života, u lidí, kteří se nudí, žijí jednotvárně, nejsou zvědaví a nemají v sobě žádné nadšení (Chopra, 1996). Nedostatek spánku nám bere duševní a tělesnou pohodu, a pokud člověk nemůže spát, měl by příčinu hledat ve svých myšlenkách, které ho udržují v bdělém stavu – negativní myšlenky o něčem, co se přihodilo, co se může stát v budoucnosti. Může se ale jednat i o šťastnou myšlenku, která nám nedá spát. Chopra dodává, že šťastní, spokojení a milující lidé zřídka trpí nespavostí a že děti zpravidla poruchy spánku neznají, protože jsou ještě nevinné a stejně tak jejich myšlenky (Chopra, 1996).

Kotler a Karynych (2013) poskytují nespočet rad pro dobrý spánek. Stejně jako další autoři uvádějí možnost pseudoinsonnie, kdy jedinec pouze tvrdí, že nemůže spát. Dále zmiňují problém trávení zbytečně více času v posteli, léků na spaní, stimulanty pro náhradu spánku, různých druhů „spáčů“, spánku v neklidném a nedostatečně temném prostředí, neutlumené bolesti, suchého klimatu, nadměrného nočního pocení, kořeněného jídla a problém možnosti přítomnosti diabetu. Jako další příčiny nekvalitního spánku uvádějí nesoulad ve zvyklostech partnerů, kdy je třeba si vyhradit

čas na objetí při usínání, potřebu rozdílné teploty, sladit své rituály před spaním a nemyslet si, že oddělené ložnice znamenají špatný vztah. Dalšími vlivy narušení kvalitního spánku mohou být cestování, řízení auta, alergie a další (Kotler, Karynych, 2013).

Vedle pseudoinsomnie (mispercepce spánku – podle EEG jedinec normálně spí, ale tvrdí, že nemůže spát) rozeznává věda ještě dva typy nespavosti – psychofyziologická insomnie (též naučená) často vyvolaná těžkou životní událostí a dále idiopatická insomnie začínající v dětství trvající celý život – abnormální EEG záznamy s sebou přinesly vědecký názor, že idiopatickou nemoc způsobuje nesprávná činnost center spánku a bdění v mozku. Tato nemoc je těžko léčitelná a farmakologie se stává nezbytnou součástí přirozené formy léčby (Idzikowski, 2012). Další problém představuje syndrom neklidných nohou (SNN) čili pocit mravenčení až bolesti, který nutí jedince nohama stále pohybovat a většinou z nich pak postihují i periodické pohyby končetin ve spánku (PLMS), kdy za možné viníky mohou být považováni nedostatek vápníku, železa a nadměrné pití čaje a kávy (Idzikowski, 2012).

Koukolík (1998) ve své knize líčí následky absence spánku. Za oblíbený prostředek benátské inkvizice bylo považováno znemožnění spánku, kdy další tělesné mučení už nebylo nutné. Po čtyřech až pěti dnech odnětí spánku se vyšetřovaný obvykle doznal čemukoliv. Lidé, kteří ať už z donucení nebo dobrovolně nespí, začnou po nějakém čase halucinovat. Psycholog Allen Gilbert v roce 1986 vydržel nespát devadesát hodin. Halucinoval již druhou noc. Peter Tripp, diskžokej, který nespal 201 hodin, si po čtyřech dnech nevybavil abecedu a halucinoval takovým způsobem, že viděl pavouky, kteří mu předli na botách síť (Koukolík, 1998).

Provazníková (2002), která se zabývala rizikovými faktory české studentské populace (vzorkem 413 studentů), dospěla k výsledku, že se dívky v období na vysoké škole, ve srovnání s chlapci, cítí daleko více unavené (Provazníková et al., 2002).

1.7 Vliv alkoholu a jiných návykových látek na funkce organismu

Kdyby byly cigarety, alkohol a jiné drogy odstraněny ze společnosti, jistě by byly téměř prázdné nemocnice (Chopra, 1996).

Požívání alkoholu v nepřiměřeném množství škodí nejen zdraví, ale narušuje i vztahy mezi lidmi. V případě střídavého pití piva (0,5 až 1l/den), které je podmíněné pohlavím a hmotností, dochází ke zvýšení hladiny vysokodenzitního cholesterolu v krvi, který brání kornatění tepen. Dále může být pozitivně ovlivňován krevní oběh a sníženo riziko

srdečních příhod a vysoký krevní tlak. Mimo jiné skýtá dobré psychické ladění, držíme-li se stále pravidla dříve zmíněné střídmosti. Kouření znovu představuje problém především pro rozvojové země. Kukačka (2010) uvádí výčet onemocnění, která se vyskytují paralelně s užíváním tabáku. Nikotin a oxid uhelnatý podmiňují vznik ICHS (ischemické choroby srdeční) a ICHDK (ischemické onemocnění dolních končetin). V důsledku vazby oxidu uhelnatého na hemoglobin je snižováno okysličování krve, které vede k ischemii cévní stěny a tkání. Další hrozbu představuje rakovina, jelikož cigaretový kouř je komplexním kancerogenem. Nicméně riziko vzniku maligního bujení je závislé na množství denně vykouřených cigaret, na počtu kuřáckých let, na hloubce inhalace a na věku, kdy jedinec začal s kouřením. Cigaretový kouř vyvolává vznik chronické bronchitidy, hypertrofie bronchiálního svalstva obstrukční bronchopulmonální nemoci (Kukačka, 2010).

Chopra (1996) věří, že alkohol je toxin, který zhoršuje vnímavost a motorickou koordinaci, má zhoubné účinky na srdce, játra a mozek a doporučuje úplnou abstinenci, tj. je i proti malým „zdravotním“ dávkám. Příčinou závislosti vidí v dědičnosti, ve výchově a v počátečním příležitostném pití v dospívání. V dospívání je totiž „vlastní já“ zmateno a ještě nezformováno a to napomáhá zakořenění zlovyků na hluboké úrovni osobnosti a ztížení zdravým myšlenkovým vzorcům vytlačit zavedený myšlenkový řetězec (Chopra, 1996).

Jak zvýšený příjem alkoholu, tak kouření je považováno za rizikový faktor zvýšené manifestace nádorů, protože brání reparaci DNA a způsobuje deficit kyseliny listové. Kombinace těchto dvou zlovyků manifestaci nádorů jen přispívá (Adámková, 2010).

Nikotin jako vedlejší zplodina nikotinu je schopna měnit strukturu proteinů na nebezpečné modifikace mající schopnost měnit další proteiny a tím vznikají nové, pro organismus nepřírodní látky, které mohou vyvolat řadu onemocnění, jako je diabetes, maligní bujení a Alzheimerovu chorobu. Tento fakt odkrývá skutečnost, že užívání nikotinových náhražek také není zcela bezpečné (Kukačka, 2010).

Ačkoli účinek nikotinu a jeho náhražek nebyl více prozkoumán, je známo, že chronické užívání tabáku je úzce spojeno s fyzickými i psychickými potížemi. Abstinenci příznaky zahrnují poruchy spánku, bažení po tabáku, dysforii, strach, anhedonii, podrážděnost a neklid a zvýšenou chuť k jídlu. Během abstinence je dokázáno 39 % případů nespavosti. U dlouhodobé abstinence jsou časté depresivní symptomy, na které se poté vážou poruchy a změny v REM spánku (Jaehne, 2009). Přestože nikotin může

podporovat kognitivní funkce, cigarety mohou výrazně ovlivnit paměť a kvalitu spánku. Čínská studie zabývající se touto problematikou, zkoumala 69 zdravých jedinců (34 kuřáků a 34 nekuřáků), jejichž úkolem bylo doplňování Wechsler Memory Scale a čínské verze Pittsburgh Sleep Quality Index. Výsledky prokázaly horší vizuální paměť kuřáků oproti nekuřákům a také horší kvalitu spánku (Liu, 2013). Skotská studie potvrdila nepříznivý vliv kouření na rychlost zpracování informací a poskytla nové důkazy pro podobný nepříznivý účinek na paměť lidí ve věku 60 až 69 let (Star, 2007).

Kouření je obecně závažným rizikovým faktorem KVO (kardio vaskulárního onemocnění), protože nejen kuřáci, ale také pasivní kuřáci pocítují jeho dopady. 27 zemí Evropské unie dokazuje, že každoroční procento úmrtí na rakovinu kvůli kouření činí 25 % a 15 % všech úmrtí ve spojitosti s kouřením. Nejvyšší počet udává Řecko (42 %), dále Bulharsko (39 %), Litva (37 %), Slovensko a Česká Republika přibližně 36 %. Organismus rychle reaguje na tabákové zplodiny zvýšením tepové frekvence a krevního tlaku, spotřeby kyslíku myokardem, koncentrací karboxylhemoglobinu i enddiastolického tlaku LK srdeční, zvýšením srdečního výdeje, změnou myokardiální kontraktility a projevy koronární vazokonstrikce. Zvýšená viskozita krve, adhezivita trombocytů, snadnější průnik krevních destiček, monocytů, makrofágů i lipoproteinů do cévní stěny má za následek akcentaci aterosklerotických změn. U kuřáků je zvýšená hladina fibrinogenu, zhoršené reologické vlastnosti krve, je přítomen negativní vliv na mitochondriální funkci buněk, nepříznivý vliv na tuk v krvi. Hladina vysokodenzitních částic (HDL) je u nekuřáků vyšší přibližně o 5,7 % a riziko mozkové trombózy asi 1,5 x vyšší než u nekuřáků (Adámková, 2010). Silní kuřáci mají 2,5 x vyšší mortalitu než nekuřáci. Kouření má antiestrogenní efekt, zvyšuje riziko vzniku tromboembolické mozkové příhody u žen užívajících hormonální antikoncepci může být příčinou diabetes mellitus 2. typu a snižuje příjem přirozených antioxidantů v potravě (Adámková, 2010).

Kuřák nahlíží na cigaretu jako na povzbuzující nebo zklidňující prostředek v závislosti na tom, co v daný okamžik potřebuje. Chopra (1996) věří, že kouření se dá ukončit jednoduchou změnou v mysli a že lékaři, kteří podporují myšlenku, že je obtížné přestat z důvodu fyzické závislosti na nikotinu, situaci pouze zhoršují. Způsobují tak to, že pacientům fixují konkrétní myšlenky, co se kouření týče (Chopra, 1996).

V otázce užívání jiných rekreačních drog, jako jsou opiáty, marihuana, kokain a různé halucinogeny, Chopra uvádí změny chemických procesů v mozku, které mění způsob

myšlení přímým působením na tkáň mozku. Zprvu příjemné pocity se mění v letargii, depresi, otupělost a jiné psychické poruchy. Drogy napodobují blahodárny stav zvýšeného vědomí vedoucího k osobnímu rozvoji, ale v pravdě jsou jeho největší nepřátelé (Chopra, 1996).

1.8 Nezdravý sexuální život, nedostatek sexu

Chopra (1996) naznačuje, že by se společnost možná měla problematice sexu věnovat více v kontextu médií z toho důvodu, že lidé jsou si čím dál více nejistí tím, co je zdravé a normální. Za sexuální dysfunkce lze považovat poruchy spadající do dvou základních kategorií. Jde o změnu libida nebo o změnu ve schopnosti provedení a dosažení uspokojení. Jsou to ženy, které mají častěji než muži problém dosáhnout orgasmu. Muže naopak může trápit předčasná ejakulace nebo impotence (Chopra, 1996).

Za nezdravý způsob sexuálního života lze označit takový, který nerespektuje nebezpečí pohlavně přenosných nemocí představující smrtelné nebezpečí. Hlavními znaky jsou neukázněnost, časté střídání partnerů a neznalost ochranných prostředků (Kukačka, 2010).

Problematika sexu bývala tabuizovaným tématem nebo byla zcela ignorována, přestože jde o přirozenou lidskou potřebu (Kukačka, 2010). Křivohlavý (2001) uvádí, že sex je důležitou součástí našeho života, ale také, že stál dlouhou dobu mimo oblast seriózního vědeckého studia. Průkopnickou studií byla studie Kinseye z let 1948 až 1953 zabývající se právě problematikou tohoto charakteru. Na tuto studii navázali v padesátých letech William Masters a Virginia Johnsonová, kteří se zaměřili na fyziologický charakter sexuální aktivity a roku 1966 vyšla jejich práce *Human Sexual Response*. Také odborníci z řad přírodovědců se začali zajímat o sexuální život a v roce 1952 vyšla kniha Forda a Beacha *Patterns of Sexual Behaviour*, která ovšem nepopisuje jen lidské vzorce sexuálního chování, ale také ty zvířecí. Dalším momentem, který podnítil růst vědeckých studií zabývajících se touto problematikou, byl zvýšený nárůst AIDS v poslední čtvrtině 20. století. Díky fenoménu AIDS, ač to zní paradoxně, se společnost začala věnovat problematice sexuálního chování. (Křivohlavý, 2001). Za špatnou kvalitu sexu mohla v minulosti především neinformovanost, strach a stud. Například omezování a odepírání si sexu u zdravých dospělých jedinců je znatelné u některých církví a toto odepírání poté směřuje k různým sexuálním odchylkám, dysfunkcím či neurotickým poruchám. Významným psychologem, který způsobil převrat v chápání lidské sexuality, byl Sigmund Freud (1856 až 1939), zakladatel

psychoanalýzy (Kukačka, 2010). Nedostatek sexu či sexuální abstinence často vedou k úzkosti a depresím. Naopak člověk takto trpící může svůj stav právě díky sexu zlepšit díky vyplavujícím se endorfinům, feromonům a některým dalším hormonům, které mají navíc za následek jistý útlum a tím snadnější usínání. Z pohledu tělesné kondice přichází s nedostatkem pohybu spouštějící se řetězec – nadváha – obezita – nízké sebevědomí – nedostatek sexu – úzkost – nedostatek pohybu. Sexuální styk tělesně zdravých jedinců může totiž tělu zajistit celkem náročné posilování za výdeje relativně velkého množství energie. Pohybová aktivita spojená se sexem samozřejmě souvisí i posilováním srdce, cévního systému, prokrvením mozku, posílením imunity a urogenitálního systému. Některé studie naznačují nebezpečí nedostatku či absence sexuálního styku v třikrát větším riziku rakoviny prsu. U žen, které mají sexuální styk pravidelně, je méně výrazné období přechodu (Kukačka, 2010). Co se týče potravy, existuje řada „afrodiziak“, ovšem opačné účinky má například kouření, které zhoršuje prokrvení pohlavních orgánů a dále pití alkoholu a stres (Kukačka, 2010).

Americká studie z roku 1999 zjistila korelaci mezi častým střídáním sexuálních partnerů a rizikovým chováním adolescentů. Pro afroamerické dívky byly hlavními indikátory pro zvýšení počtu partnerů pití alkoholu, kouření marihuany a šikana. Pro europoidní dívky platily ty samé ukazatele s přidáním fyzických konfliktů, u europoidních chlapců to byl alkohol, tabák, marihuana, fyzické konflikty, kapesní zbraně a šikana a u afroamerických chlapců tomu bylo podobně s přidáním oddávání se velkému množství alkoholu (Valois, 1999).

Přestože v českých školách probíhá již řadu let edukace v rámci sexuální výchovy a média také přispívají notnou dávkou poučení o možné nákaze, procento přenosných chorob v ČR nijak významně nekleslo. V roce 2008 bylo Registrem pohlavních nemocí hlášeno 850 případů syfilis a 816 případů gonokokové infekce. Nejčastější skupinou nakaženou těmito pohlavními chorobami byla populace ve věku 20 až 39 let (Adámková, 2010).

Faktory, které mají vliv na sexuální poruchy u žen, mohou pramenit již z raného dětství. Pokud má dítě pocit, že jeho matka (nebo otec) má negativní postoj k sexu nebo je dítě vystaveno traumatickému setkání se sexem, mohou se u něho později objevit sexuální problémy. Žena může pociťovat nesympatie k manželovi, partnerovi nebo k samotnému vztahu anebo má ve své mysli hluboce zakořeněné odsuzování sexu jejími rodiči nebo učiteli náboženství a to ji od sexu odrazuje anebo znemožňuje sexuální prožitek. Problémem se také stává to, že žena snažící se vyřešit tyto problémy zaměřuje svou

pozornost na hodnocení svého sexuálního prožitku, znepokojuje se jím a to přispívá k sexuální nedostatečnosti. Za pokles libida mohou obvykle emoční a jiné psychické příčiny. Častou příčinou bývá pití alkoholu, užívání opiátů nebo marihuany, i když se lidé domnívají, že drogy zvyšují libido – dochází pouze k odstranění zábran a podnícení touhy. Z psychických příčin snížené touhy je nejběžnější deprese, strach, nejistota a vina (Chopra, 1996).

1.9 Rizika hormonální antikoncepce

S užíváním hormonální antikoncepce se zpočátku dostávají i psychické změny (podrážděnost, nevolnost a pocit napětí). Není to však pravidlem a hlavním rizikem je zde především zvýšené nebezpečí tvorby krevních trombů, které mají za následek embolii, srdeční infarkt nebo mozkovou mrtvici. Spojí-li se užívání hormonální antikoncepce s kouřením, křečovými žilami, vysokým krevním tlakem, zvýšenou hladinou krevních tuků a dalšími, riziko se jen zvyšuje. Zvýšená hladina estrogenů také likviduje nebo narušuje funkci vitaminů skupiny B a dále C a E (Kukačka, 2010).

V přehledovém článku o přínosech a rizicích moderní kombinované hormonální antikoncepce z roku 2005 skupina lékařů uvádí, že hormonální kombinovaná kontracepce je nejúčinnější reverzibilní metodou ochrany před otěhotněním a že si v současné době používané nízkodávkové preparáty udržují vysokou spolehlivost i při minimálních zdravotních rizicích. Hormonální kombinovaná kontracepce je spojena s neantikoncepčními pozitivními efekty, jako je kontrola menstruačního cyklu, léčba hyperandrogenismu, léčba ovariálních cyst, dysmenorey, kongestivní pelipatie apod. Při dodržování pravidel pro předepisování hormonální kombinované kontracepce převažuje přínos nad riziky užívání. Stále však přetrvává riziko kardiovaskulárních komplikací (Fait, 2005).

Článek z roku 2014 již varuje před užíváním hormonální antikoncepce jako rizikovým faktorem vzniku hluboké žilní trombózy a plicní embolie. Autoři uvádějí, že od zavedení hormonální antikoncepce v 60. letech 20. století byl u jejích uživatelék pozorován častější výskyt těchto komplikací a že nejnovější studie ukázaly dvakrát vyšší riziko vzniku žilní trombózy při užívání kombinovaných preparátů obsahujících progestiny třetí generace (desogestrel, gestoden, norgestimate) ve srovnání s progestiny druhé generace (levonorgestrel a norgestrel). Riziko vzniku hluboké žilní trombózy je pak ještě vyšší u neperorálních forem hormonální antikoncepce (vaginální kroužek, transdermální náplast) (Křepelka, Unzeitig, 2014).

Evropská komise potvrdila závěry EMA (evropská léková agentura) o riziku žilních tromboembolií ve vztahu k užívání hormonální antikoncepce. EMA ukončila dne 21. 11. 2013 celoevropské přehodnocení přípravků kombinované hormonální antikoncepce (CHC – combined hormonal contraceptives), které bylo zaměřeno na riziko venózního tromboembolismu (VTE, vznik krevních sraženin v žilách), a které je s užíváním těchto přípravků spojeno. Riziko vzniku VTE spojené s užíváním těchto přípravků je dlouhodobě známo a je malé. Podle současně dostupných údajů je však mírně vyšší, než bylo známo dříve (Oddělení farmakovigilance, 2014).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 Cíle práce

Cílem diplomové práce bylo analyzovat negativní aspekty životního stylu u studentek Jihočeské univerzity a určit případné vlivy těchto aspektů na jejich zdravotní stav.

2.2 Úkoly práce

Z výše uvedených cílů pak vyplynuly následující úkoly:

1. Obsahová analýza české a zahraniční odborné časopisecké a knižní literatury vztahující se k tématu DP.
2. Sestavení obsahu diplomové práce na základě konzultací s vedoucím práce. Předmětem zkoumání jsou negativní aspekty životního stylu u studentek JU. Na základě studia odborné literatury zpracovat, utřídit a analyzovat přehled poznatků.
3. Stanovit cíle, úkoly, metodiku a výzkumný soubor diplomové práce – výběrový soubor alespoň 300 studentek JU. Využití dotazníkové metody.
4. Analyzovat všechna získaná data, přehledně zpracovat výsledky.
5. Prostudovat výsledky týkající se podobně zaměřených prací a zaměřit se na porovnání výsledků v diskusi.
6. Konkretizovat závěry v podobě zdravotních rizik, které vyplývají z negativních aspektů životního stylu a doporučit pro studentky JU možnosti změny životního stylu.

2.3 Hypotézy

Na základě prostudovaných materiálů a konzultací s vedoucím diplomové práce byly stanoveny hypotézy:

H1 Po 7 a méně hodinách spánku se studentky JU cítí nedostatečně vyspalé.

H2 Studentky JU, které usínají po 23. hodině, se budí nevyspalé.

H3 U studentek JU existuje závislost mezi pitím alkoholu a kouřením.

H4 U studentek JU existuje závislost mezi negativním vztahem k pohybovým aktivitám a jejich duševní pohodou.

H5 Studentky JU s negativním vztahem k pohybové aktivitě absolvují pohybovou aktivitu trvající 30 minut maximálně 1x týdně.

3. METODIKA

3.1 Charakteristika souboru

Zkoumaný soubor je složen ze studentek Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Do výzkumu byly zahrnuty studentky všech fakult JU. Jmenovitě jde o Ekonomickou fakultu, Filozofickou fakultu, Pedagogickou fakultu, Přírodovědeckou fakultu, Teologickou fakultu, Zemědělskou fakultu a o Zdravotně sociální fakultu. U fakulty Rybářství a ochrany vod byla nulová návratnost dotazníků. Celkem bylo rozdáno 500 dotazníků. Návratnost byla 73,8 %, což odpovídá počtu 462 respondentek. Věk žen ve výzkumném souboru se pohyboval v rozmezí od 19 do 26 let.

3.2 Organizace výzkumu

Výzkum probíhal elektronickou formou pomocí internetové stránky Vyplňto.cz. Dotazník byl distribuován přes sociální síť Facebook a prostřednictvím e-mailu příslušným fakultám JU. Šetření probíhalo od 13. 11. 2014 až 13. 12. 2014. Respondentky byly předem informovány o anonymnosti dotazníku a o možnosti shlédnutí výsledků a konečné verze diplomové práce na portálu STAG.

3.3 Použité metody

Na základě výzkumu byla použita baterie těchto metod:

A) Diagnostické metody

Aspekty životního stylu (viz příloha č. 1)

Dotazník obsahuje instrukce pro jeho vyplnění a skládá se z otázek kontaktních, uzavřených s výběrem odpovědi a výčtových⁴, které jsou zaměřeny na zjištění pozitivních či negativních aspektů životního stylu studentek JU. Dotazník sestává z 35 otázek a je zaměřen na následující oblasti životního stylu: pohyb, výživa a pitný režim, spánek a odpočinek, prevence, stres, sex a návykové látky.

Forma tohoto dotazníku vychází z dotazníků užitých v předešlých letech ke zkoumání aspektů životního stylu studentů JU. Tato forma dotazníku byla používána studenty, kteří byli při své kvalifikační práci také vedeni doc. PaedDr. Kukačkou, Ph.D.

⁴ Chráska, 2007

B) Statistické metody

SPSS Microsoft Excel

Program SPSS slouží jako statistický pomocník při vyhodnocování a zkoumání kvantitativních dat. Mezi nejčastěji zpracovávané typy kvantitativního výzkumu patří dotazníkové šetření či obsahová analýza.

Test dobré shody chí-kvadrát

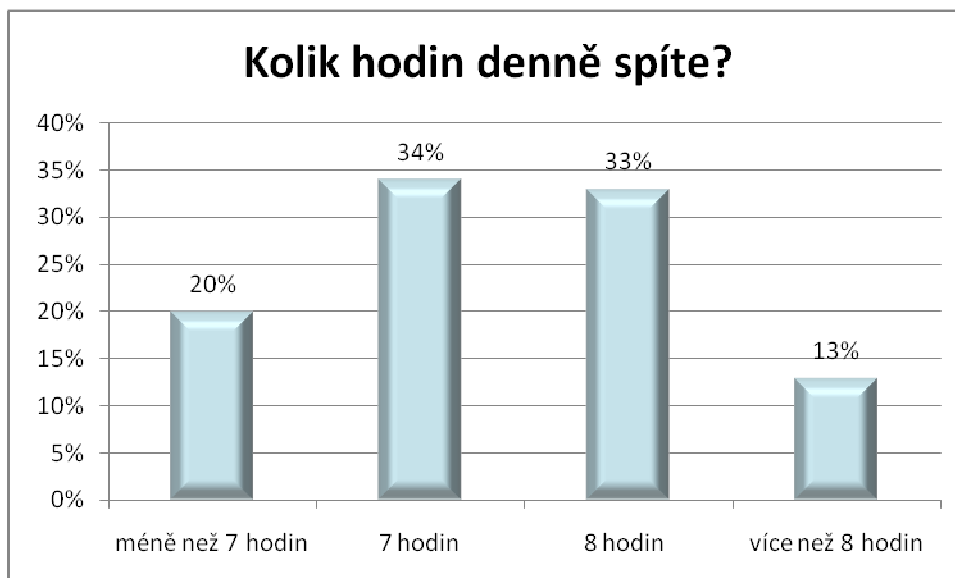
V druhém kroku statistického zpracování dat se posuzoval vztah faktorů pomocí kontingenčních tabulek, které jsou základem pro testování závislostí. Byl použit chí-kvadrát test o vzájemné nezávislosti v kontingenční tabulce. Předpokladem bylo, aby teoretické četnosti v jednotlivých políčkách neklesly pod hodnotu 5, alespoň v 80% políček a ve zbylých políčkách neklesly pod hodnotu 2, protože prázdné nebo málo zaplněné buňky bývají zdrojem nespolehlivosti asymptotických statistik. Tabulky s menším obsazením políček byly testovány také Fisherovým testem. Ten patří k přesným testům nezávislosti.

Byla zvolena hladina významnosti 5%. Tomu odpovídají p-hodnoty menší než 0,05. To znamená, že je-li p-hodnota menší než 0,05, hypotézu o nezávislosti zamítáme, neboť závislost je vysoce významná.

Pro specifikaci, u kterých kategorií nastal vysoce významný rozdíl, byla použita adjustovaná standardní rezidua, která se porovnávala s kvantily standardizovaného normálního rozdělení pro zvolenou hladinu významnosti. Pro 1% hladinu je to 99% kvantil a to je 2,58 (v případě 5% hladiny by se jednalo o 95% kvantil a to je 1,96). Tam, kde se závislost prokázala, hledaly se kategorie s významným rozdílem. Byla použita standardizovaná rezidua, která se porovnávala s kvantily standardizovaného rozložení pro zvolenou hladinu spolehlivosti.

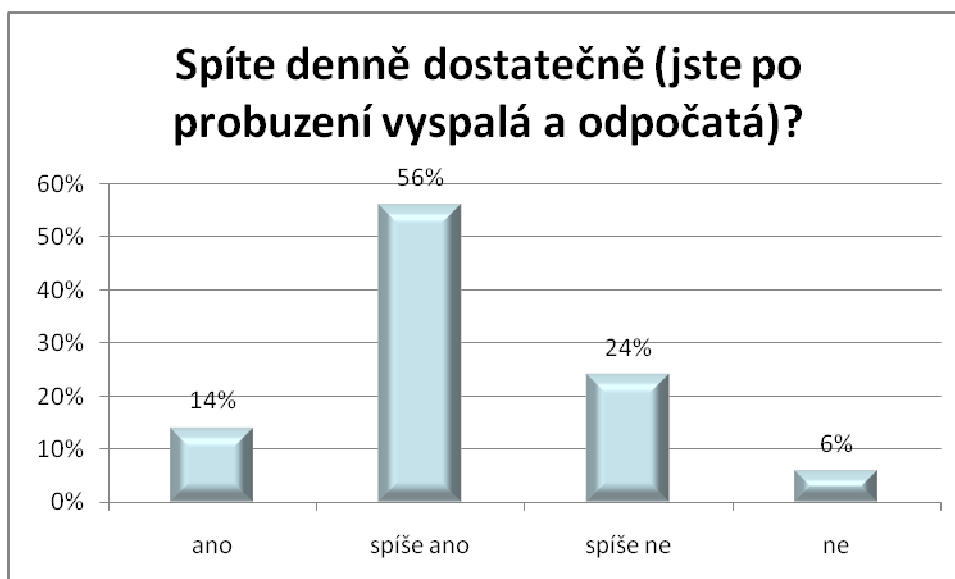
4. VÝSLEDKY

4.1 Výsledky pro negativní faktory životního stylu studentek JU



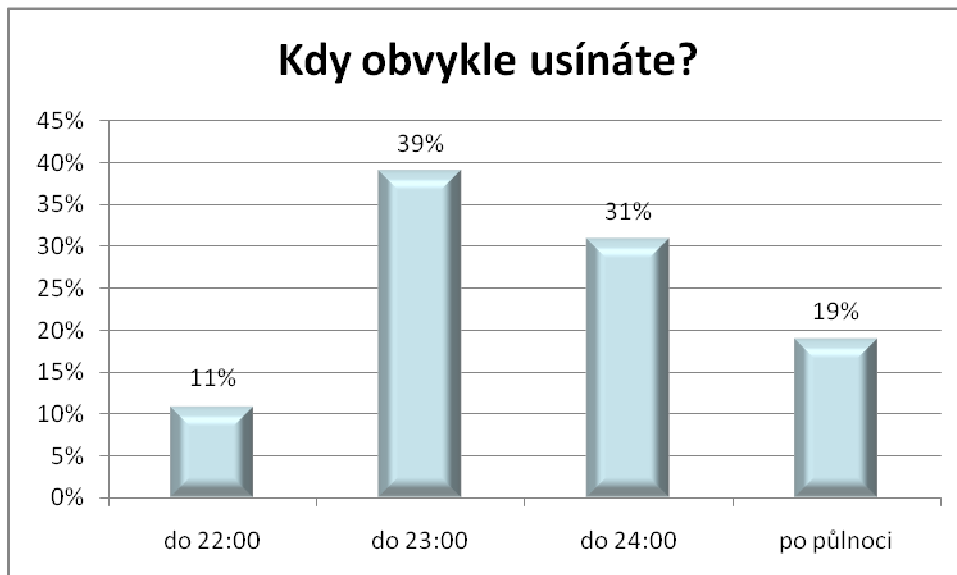
Graf 1: Počet hodin denního spánku u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Ze zkoumaného souboru (n=462) 251 (54 %) studentek odpovědělo, že spí denně 7 a méně hodin a převažuje tak nad skupinou dívek, které spí 8 a více hodin denně. Podle dotazníkového šetření tato skupina čítá 211 (46 %) studentek JU.



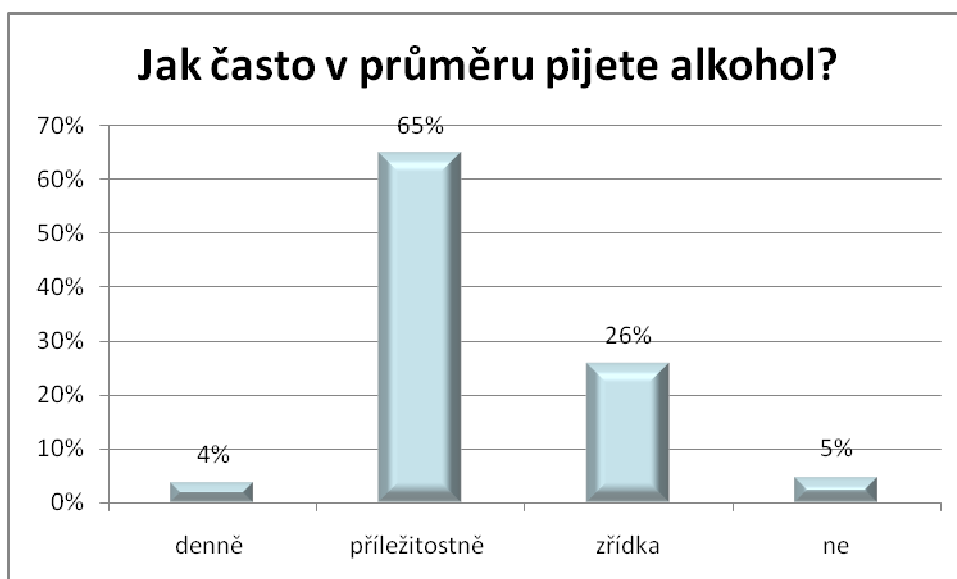
Graf 2: Pocit dostatečného odpočinku během spánku u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Ze zkoumaného souboru studentek JU (n=462) jich 325 (70 %) odpovědělo, že se denně budí dostatečně odpočaté. 135 (30 %) studentek JU se podle dotazníkového šetření dostatečně odpočaté nebudí.



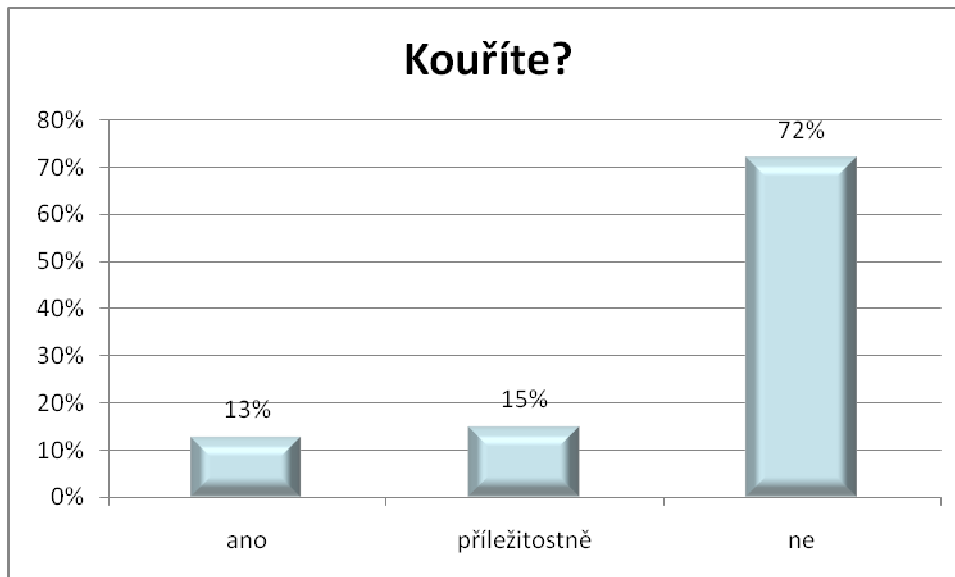
Graf 3: Doba obvyklého usínání u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Ze zkoumaného souboru studentek JU (n=462) jich 233 (50 %) odpovědělo, že usíná do 23:00. 229 (50 %) studentek JU podle dotazníkového šetření usínají po 23:00.



Graf 4: Konzumace alkoholu u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Ze zkoumaného souboru studentek JU (n=462) jich 439 (95 %) odpovědělo, že pijí alkohol denně nebo příležitostně. 23 (5 %) studentek JU podle dotazníkového šetření alkohol nepožívají.



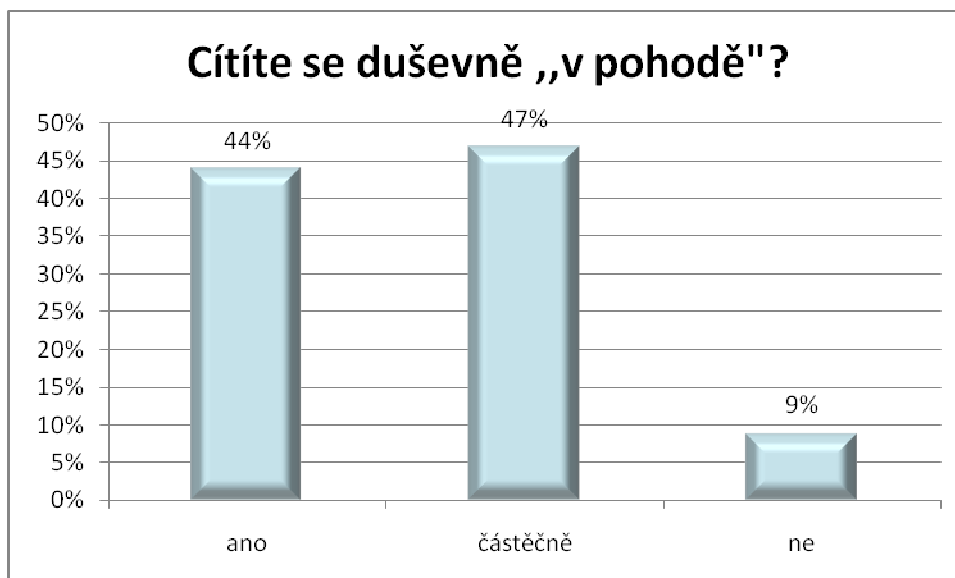
Graf 5: Výskyt kuřaček u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Ze zkoumaného souboru studentek JU (n=462) jich 127 (27 %) odpovědělo, že kouří. 335 (73 %) studentek JU podle dotazníkového šetření nekouří.



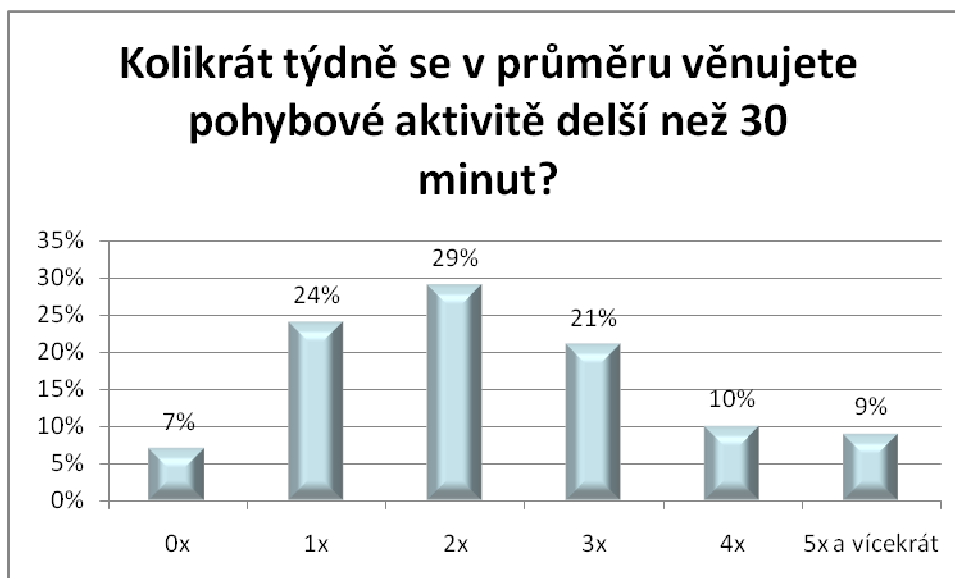
Graf 6: Vztah k pohybové aktivitě u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Ze zkoumaného souboru studentek JU (n= 462) jich 377 (82 %) odpovědělo, že jejich vztah k pohybové aktivitě je spíše kladný. 85 (18 %) studentek JU podle dotazníkového šetření mají spíše negativní vztah k pohybové aktivitě.



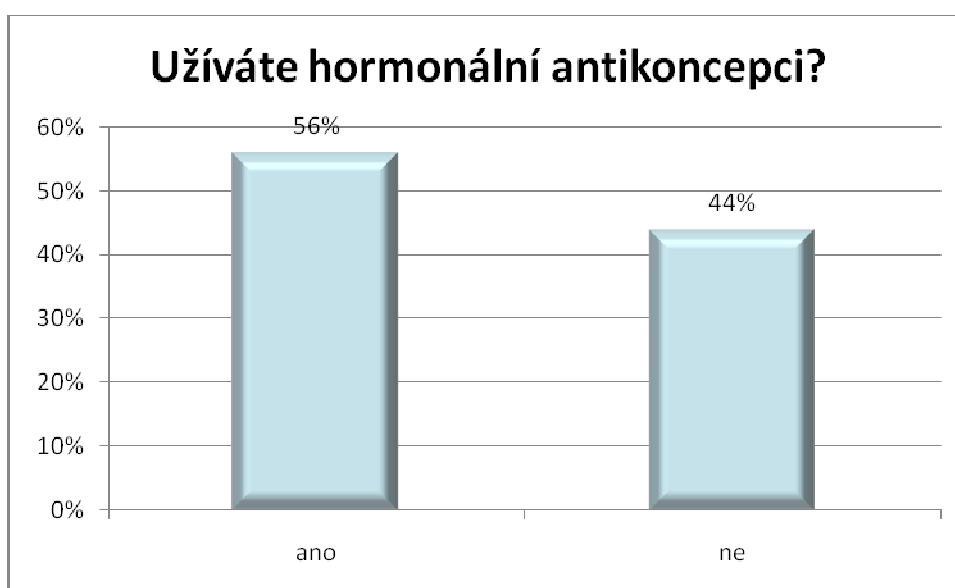
Graf 7: Subjektivní pocit duševní svěžesti u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Ze zkoumaného souboru studentek JU (n= 462) jich 204 (44 %) odpovědělo, že se cítí duševně v pohodě. 258 (56 %) studentek JU se podle dotazníkového šetření duševně v pohodě necítí anebo se cítí být částečně duševně v pohodě. Převaha duševní nevyrovnanosti mohla být u respondentek způsobena z různých důvodů, ale přihlédneme-li k době, kdy byl dotazník distribuován, mohlo se také jednat o vliv předvánočního shonu, předtermínového zkouškového období a blížícího se samotného zkouškového období.



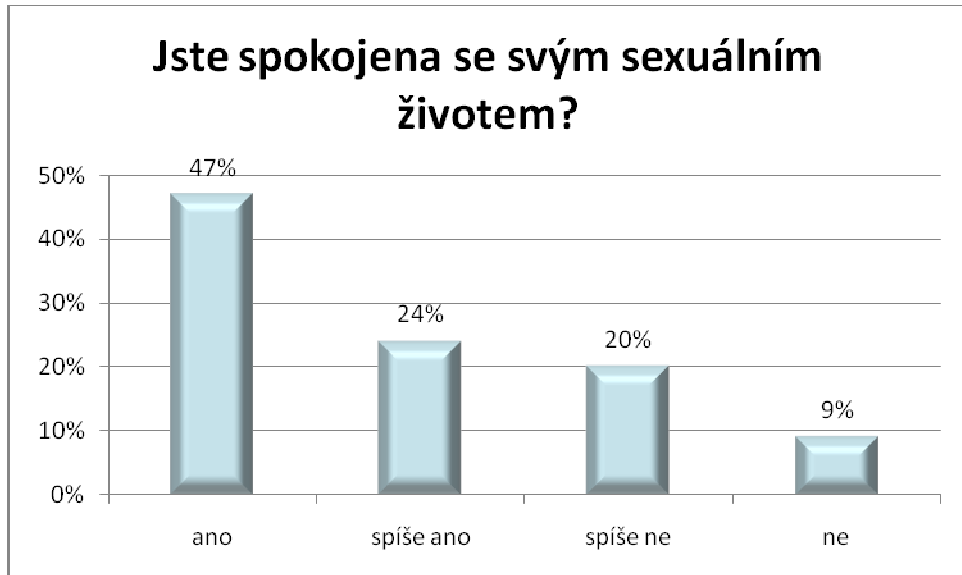
Graf 8: Četnost absolvování pohybové aktivity u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Otázka byla zaměřena na týdenní četnost pohybové aktivity, která přesahuje 30 minut a lze tak u ní počítat s adekvátní fyziologickou odpovědí organismu na fyzickou zátěž (Kukačka, 2009). Ze zkoumaného souboru studentek JU (n= 462) jich 141 (31 %) odpovědělo, že se věnuje pohybové aktivitě, trvající déle než 30 minut, věnuje pouze 1x týdně nebo méně, 136 (29 %) odpovědělo, že se jí věnuje 2x a 185 (40 %) studentek JU se podle dotazníkového šetření věnuje takové pohybové aktivitě 3x nebo vícekrát týdně.



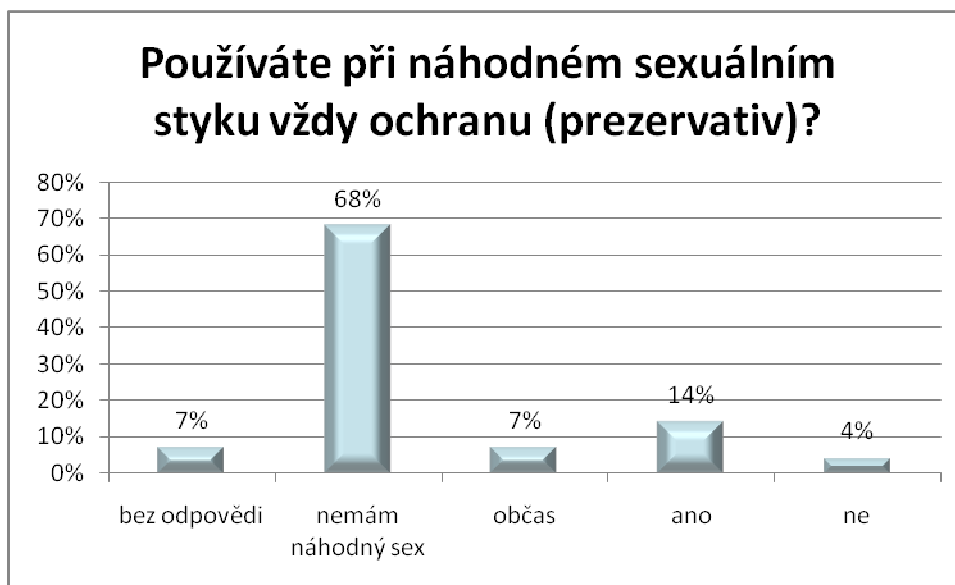
Graf 9: Užívání hormonální antikoncepce u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Ze zkoumaného souboru studentek JU (n= 462) jich 257 (56 %) odpovědělo, že užívají hormonální antikoncepci a převažují tak nad skupinou 206 (44 %) studentek JU, které ji podle dotazníkového šetření neužívají.



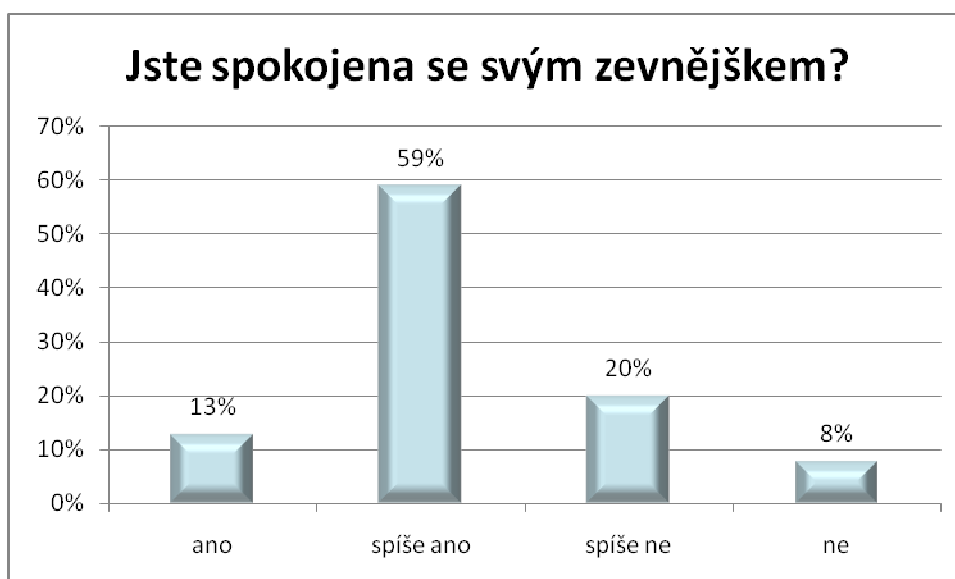
Graf 10: Spokojenost se sexuálním životem u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Ze zkoumaného souboru studentek JU (n= 462) jich na otázku, zda jsou spokojeny se svým sexuálním životem celkem 329 (71 %) odpovědělo „ano“ či „spíše ano“. 133 (29 %) studentek odpovědělo „ne“ či „spíše ne“. Podle dotazníkového šetření jsou tedy studentky ze zkoumaného souboru z větší části se svým sexuálním životem spokojeny.



Graf 11: Užívání ochrany při náhodném sexuálním styku u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

31 (7 %) studentek JU ze zkoumaného souboru (n= 462) na otázku týkající se užívání ochrany při náhodném sexuálním styku vůbec neodpovědělo. 315 (68 %) odpovědělo, že náhodný sex nemá, 32 (7 %) jich odpovědělo „občas“, 65 (14 %) odpovědělo „ano“ a 19 (4 %) uvedlo, že ochranu při náhodném styku nepoužívá. Podle dotazníkového šetření tedy studentky ze zkoumaného souboru, které buď neprovozují náhodný sex vůbec anebo v takovém případě používají ochranu, z velké části převažují nad skupinou dívek, které ochranu používají nepravidelně anebo vůbec.



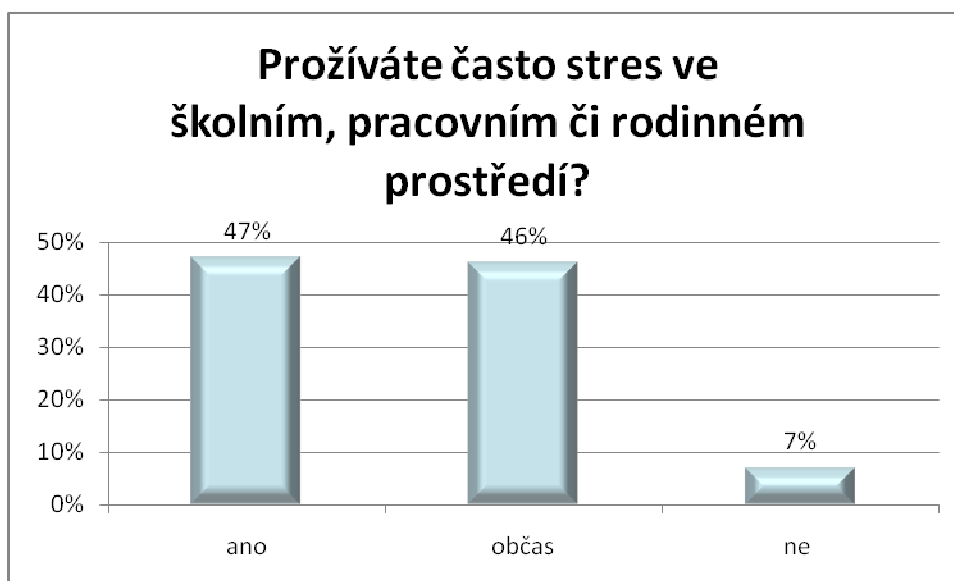
Graf 12: Spokojenost se svým zevnějškem u zkoumaného souboru v procentech (n= 462)

Celkový počet 334 (72 %) studentek JU ze zkoumaného souboru (n= 462) je podle dotazníkového šetření spíše spokojeno se svým zevnějškem, zatímco 128 (28 %) se svým vzhledem spíše spokojeno není. Podle dotazníkového šetření tedy studentky ze zkoumaného souboru spokojené se svým zevnějškem z velké části převažují nad studentkami, které jsou se svým vzhledem nespokojené.



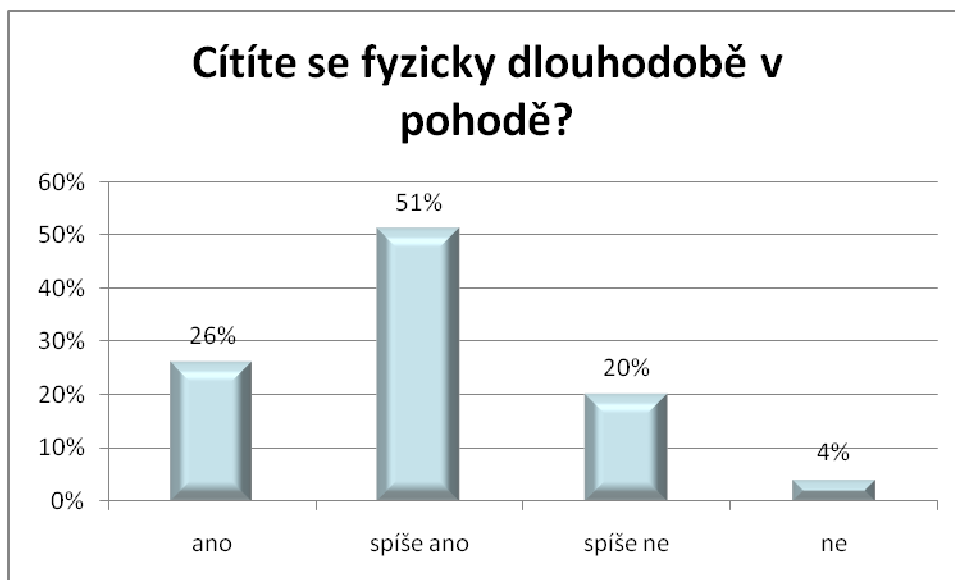
Graf 13: Nejvíce stresující oblast u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

U nejvíce stresující oblasti pro zkoumaný soubor (n= 462) není uvedena tabulka v odpovědích z důvodu více možností při výběru odpovědi. Ze všech oblastí se jeví jako nejvíce stresující oblastí škola s 24% zastoupením odpovědí, na druhém místě je to pak časová tíseň (16 %), dále neúspěch (14 %), ekonomická situace společně s nespokojeností se sebou (9 %), rodina a osobní vztahy (8 %), zaměstnání (6 %), partner (5 %) a jako nejméně stresující oblastí se jeví přátelé (1 %). Je tedy zřejmé, že studentky považují své období studia za stresující.



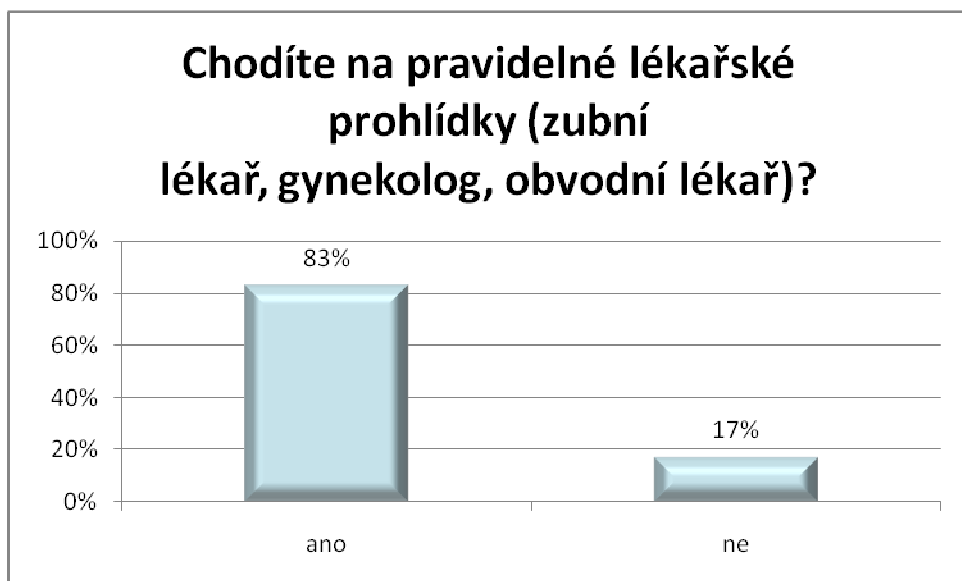
Graf 14: Stres ve školním, pracovním či rodinném prostředí u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

U zkoumaného souboru (n= 462) se vyskytlo vysoké procento kladných odpovědí souvisejících se zažíváním stresu ve školním, rodinném, či pracovním prostředí. Na tuto otázku odpovědělo 215 (47 %) studentek „ano“, 213 (46 %) „občas“ a 34 (7 %) „ne“. Oproti předchozímu grafu je tak více viditelné, jak moc dívky stres prožívají.



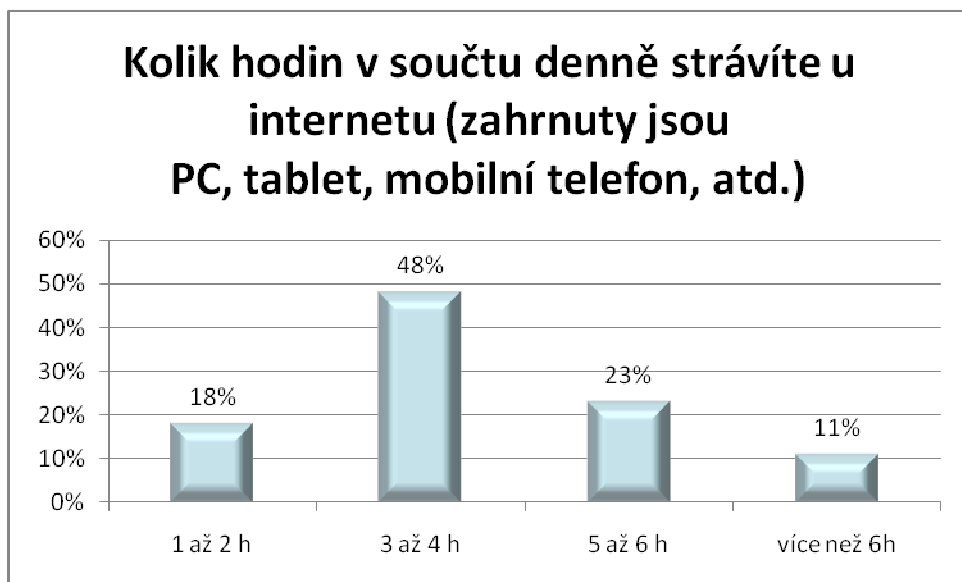
Graf 15: Subjektivní pocit fyzické pohody u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Ze zkoumaného souboru studentek JU (n= 462) jich na otázku, zda se cítí fyzicky dlouhodobě v pohodě celkem 354 (77 %) odpovědělo „ano“ či „spíše ano“. 108 (24 %) studentek odpovědělo „ne“ či „spíše ne“. Podle dotazníkového šetření se tedy studentky ze zkoumaného souboru z větší části spíše cítí dlouhodobě fyzicky v pohodě.



Graf 16: Pravidelné preventivní prohlídky u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

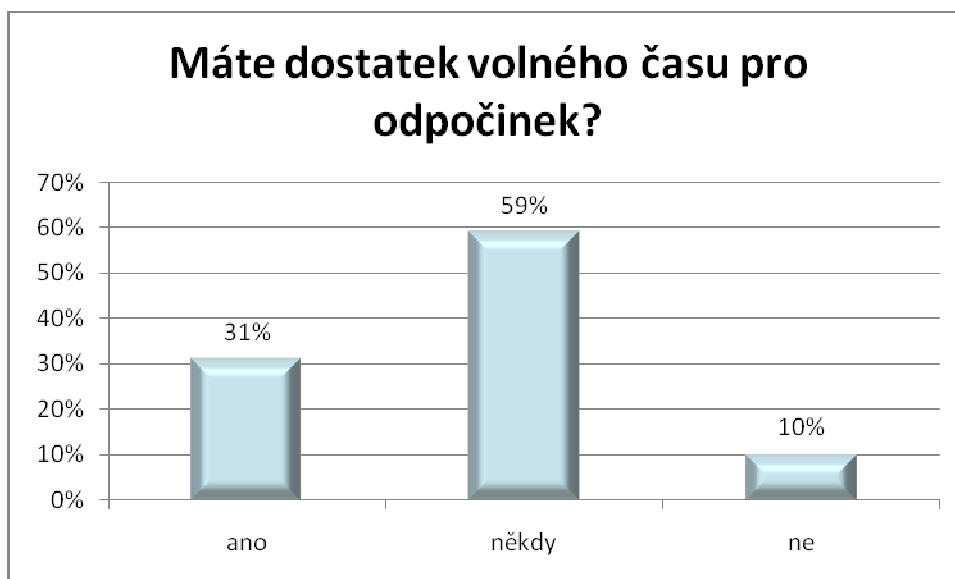
382 (83 %) studentek JU (n= 462) chodí na pravidelné lékařské prohlídky, zatímco 80 (17 %) uvedly, že nechodí. Vysoce tedy převažuje počet studentek navštěvující pravidelná lékařská vyšetření.



Graf 17: Počet strávených hodin u PC a internetu u zkoumaného souboru v procentech (n= 462)

U zkoumaného souboru (n=462) se na otázku týkající se počtu strávených hodin u PC a internetu vyskytlo 81 odpovědí (18 %) s 1 až 2 hodinami, 221 odpovědí (48 %) s 3 až 4 hodinami, 108 odpovědí (23 %) s 5 až 6 hodinami a 52 odpovědí (11 %) s více než 6

hodinami strávenými na počítači nebo u internetu. Převažují tak 3 až 4 hodiny, které studentky podle dotazníkového šetření tráví u PC a internetu.



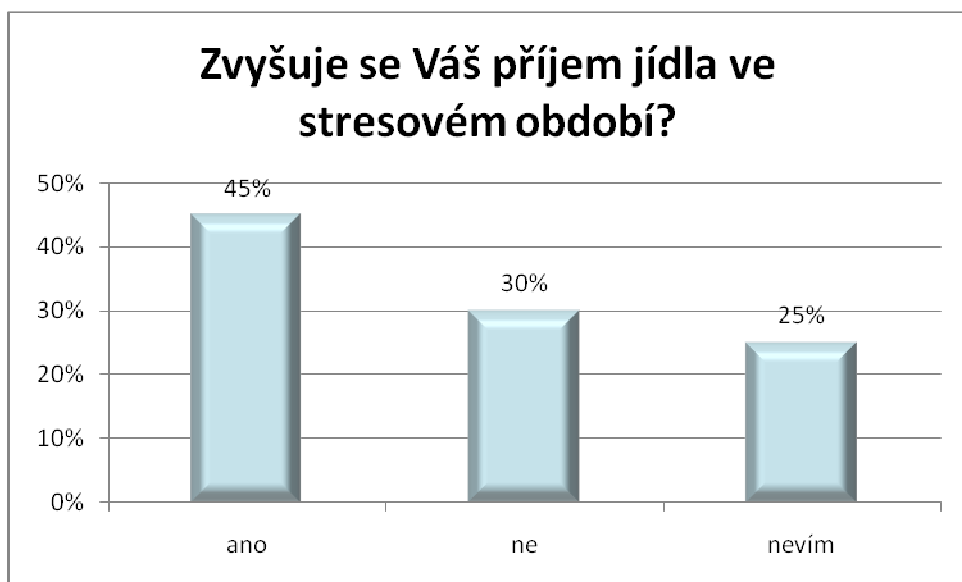
Graf 18: Dostatek volného času pro odpočinek u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Celkový počet odpovědí „někdy“ převažoval v otázce času pro odpočinek s 271 odpověďmi (59 %) nad odpovědí „ano“, která čítala 145 (31 %) studentek a nad odpovědí „ne“, která čítala 46 (10 %) odpovědí. Nicméně odpověď „někdy“ na otázku, zda mají studentky JU (n=462) dostatek volného času pro odpočinek je zavádějící čili nelze s jistotou prohlásit, která skupina dívek, v otázce dostatku času pro odpočinek, převažuje.



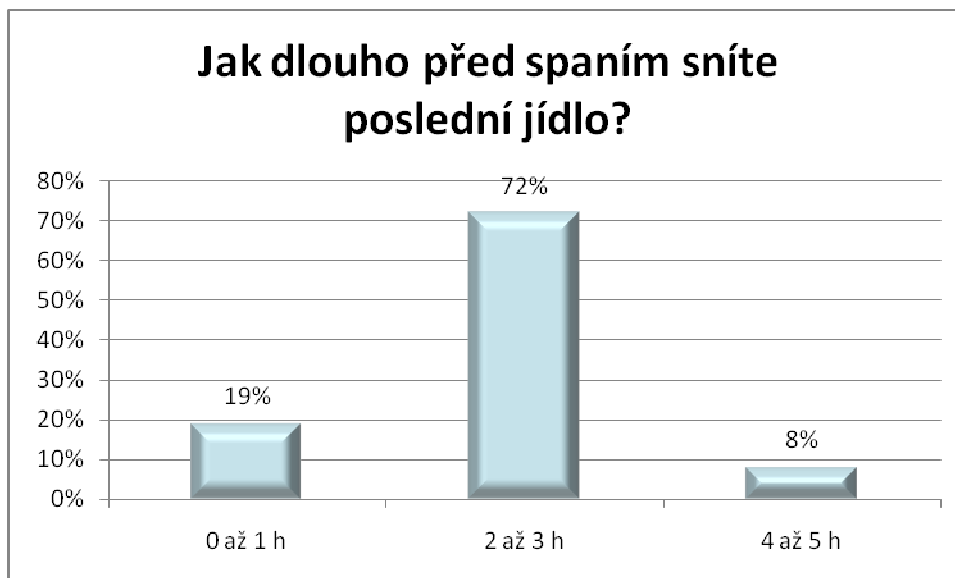
Graf 19: Aplikování diety za účelem hubnutí u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Na otázku, zda dívky někdy aplikovaly dietu za účelem hubnutí, jich odpovědělo celkové množství 190 (42 %) „ano“ a „vícekrát“. Vedle četnosti výskytu odpovědi „ne“ 272 (59 %) tak tvořily menší skupinu, než dívky ze zkoumaného souboru (n=462), které nikdy dietu nedržely.



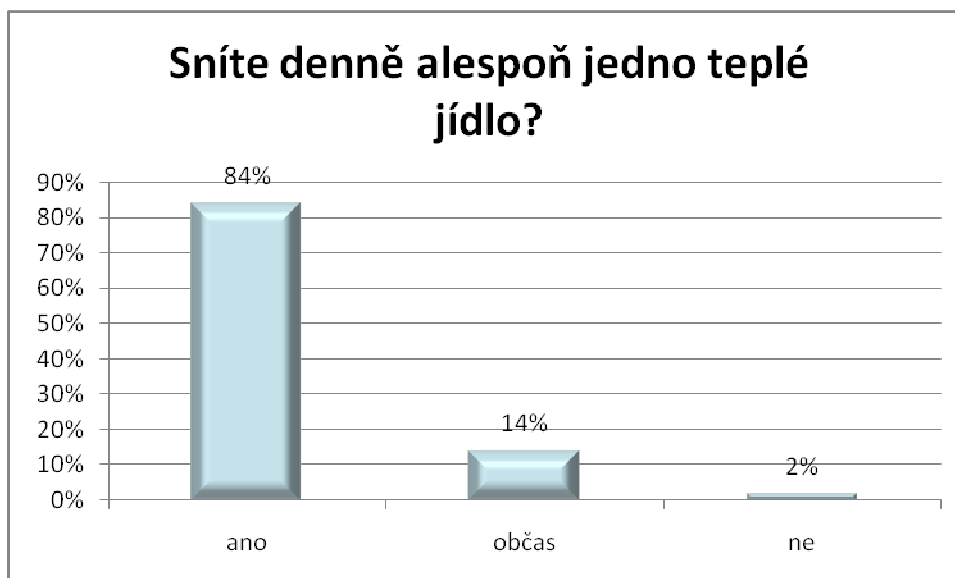
Graf 20: Zvyšování příjmu jídla ve stresovém období u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Z celkového množství (n= 462) odpovědělo 206 (45 %) studentek, že se jejich příjem jídla ve stresovém období zvyšuje. Vedle toho jich 140 (30 %) uvedlo zápornou odpověď a 116 (25 %) dívek si není jistých zvyšujícím se příjmem potravy v náročnějším období.



Graf 21: Konzumace posledního jídla před spaním u zkoumaného souboru v procentech (n= 462)

Ze zkoumaného souboru (n=462) uvedlo 334 (72 %) studentek, že konzumuje poslední jídlo 2 až 3 hodiny před spaním, dále jich 89 (19 %) sní poslední jídlo v rozmezí 1 hodiny až v době bezprostředně před ulehnutím. Nejmenší skupinu tvoří studentky, které jedí poslední jídlo v rozmezí 4 až 5 hodin před spaním. Většina dívek, alespoň podle odpovědí uvedených v dotazníku, dodržuje ukázkový režim konzumace jídla ve večerních hodinách.



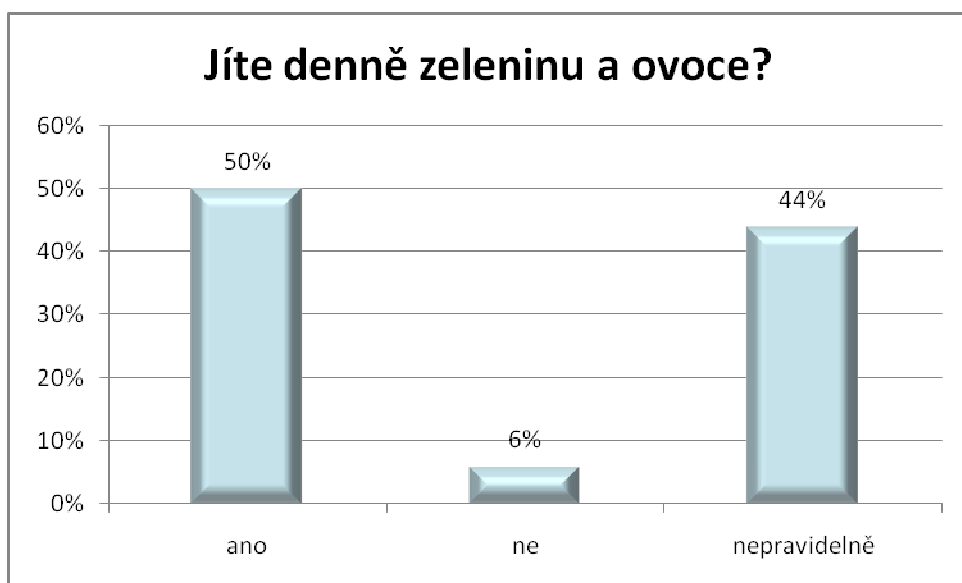
Graf 22: Konzumace alespoň jednoho teplého jídla denně u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Studentky JU (n=462) v celkovém počtu 389 (84 %) snědí alespoň jedno teplé jídlo denně. 66 (14 %) si dá teplé jídlo občas a 7 (2 %) dívek si teplé jídlo nedopřává.



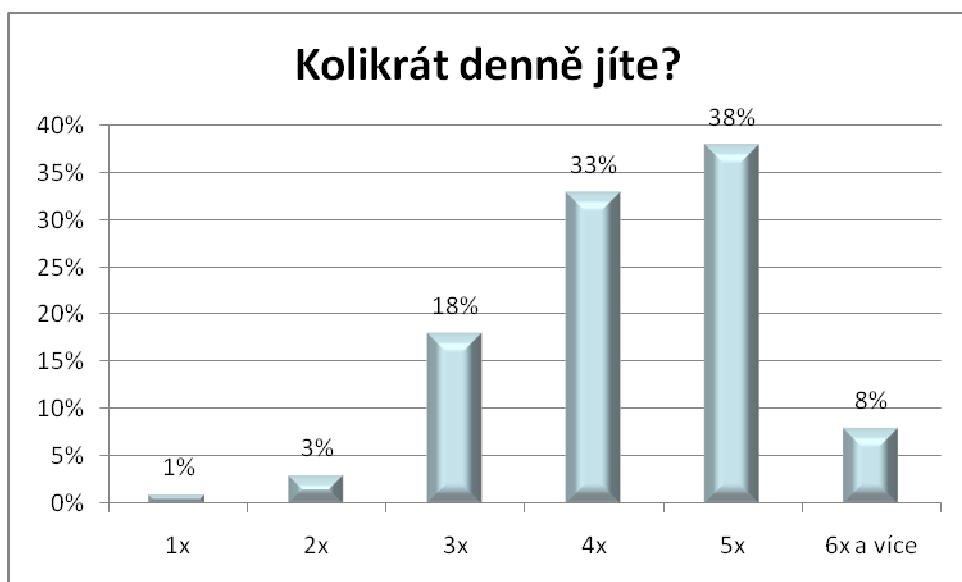
Graf 23: Subjektivní pocit zdravého stravování u zkoumaného souboru v procentech (n= 462)

55 (12 %) studentek JU (n=462) má subjektivní pocit zdravého stravování, 267 (58 %) přiznává, že jí i nezdravá jídla, ale že zdravá strava údajně převažuje, 97 (21 %) dívek tvrdí, že sní cokoli a 43 (9 %) jich má dojem, že se zdravě vůbec nestravují.



Graf 24: Denní konzumace zeleniny a ovoce u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

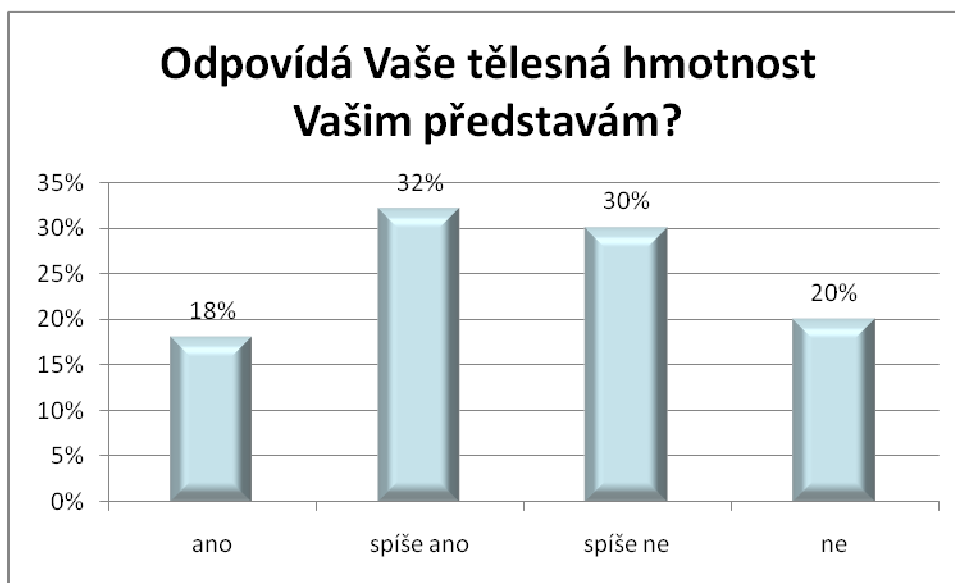
Ze zkoumaného souboru (n=462) 229 (50 %) studentek konzumuje ovoce a zeleninu denně. K nepravidelnému příjmu ovoce a zeleniny dochází u 204 (44 %) a 29 (6 %) studentek tvrdí, že denně ovoce a zeleninu nekonzumují.



Graf 25: Počet denních jídel u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

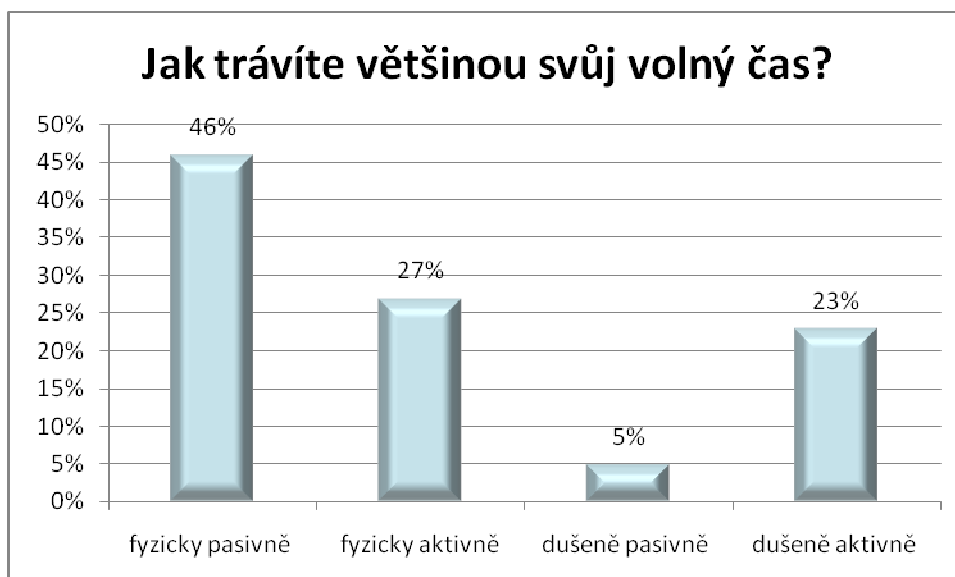
Graf č. 26 demonstruje spíše pozitivní zjištění čili ideální stav, kdy 175 (38 %) studentek JU (n=462) denně konzumuje 5 porcí či jídel, 154 (33 %) 4 jídla, 82 (18 %)

3 jídla, 35 (8 %) 6 a více jídel, 13 (3 %) konzumuje pouze 2 jídla a 3 studentky pouze 1 jídlo.



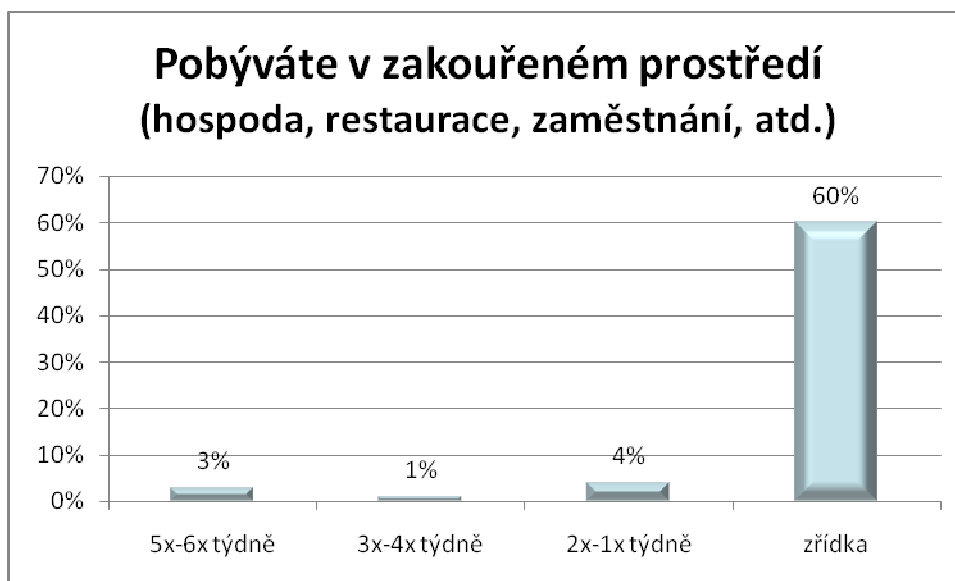
Graf 26: Spokojenost se svou tělesnou hmotností u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Zajímavé zjištění přináší graf č. 26, který odhaluje, že 233 (50 %) studentek JU (n=462) je se svou hmotností spíše spokojeno a 229 (50 %) čili druhá polovina se svou hmotností spokojena není.



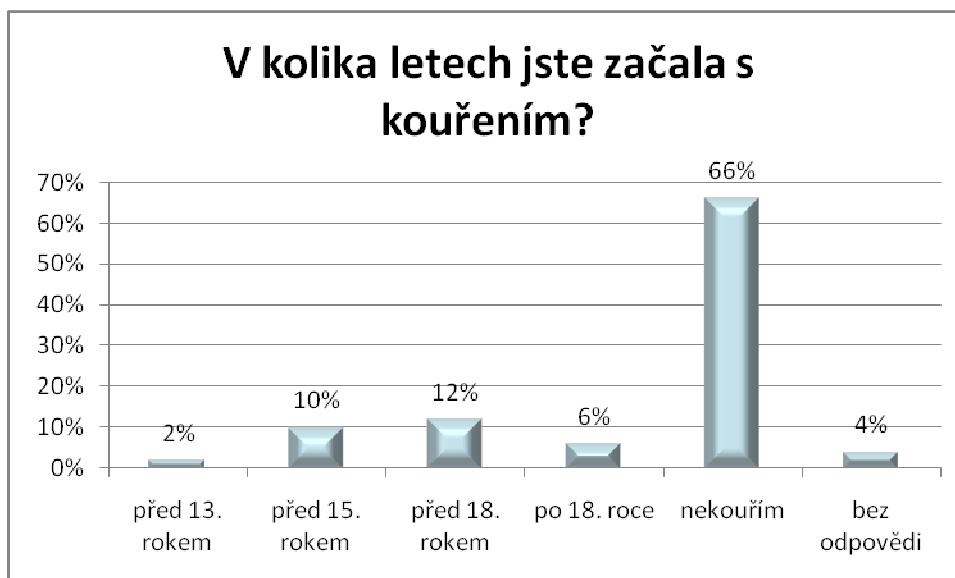
Graf 27: Obvyklý způsob trávení volného času u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Ze zkoumaného souboru (n=462) tráví 211 (46 %) studentek svůj volný čas nejčastěji fyzicky pasivní aktivitou, 125 (27 %) tráví čas fyzicky aktivněji, 21 (5 %) tráví čas duševně pasivními aktivitami a 105 (23 %) si častěji vybírá duševně aktivní způsob trávení volného času. Zde je třeba zmínit nesourodost odpovědí s odezvou, která přišla v otázce „Kolikrát týdně se v průměru věnujete pohybové aktivitě delší než 30 minut?“ (viz graf č. 8), kde 185 (40 %) dívek uvedlo odpověď „3x a více“.



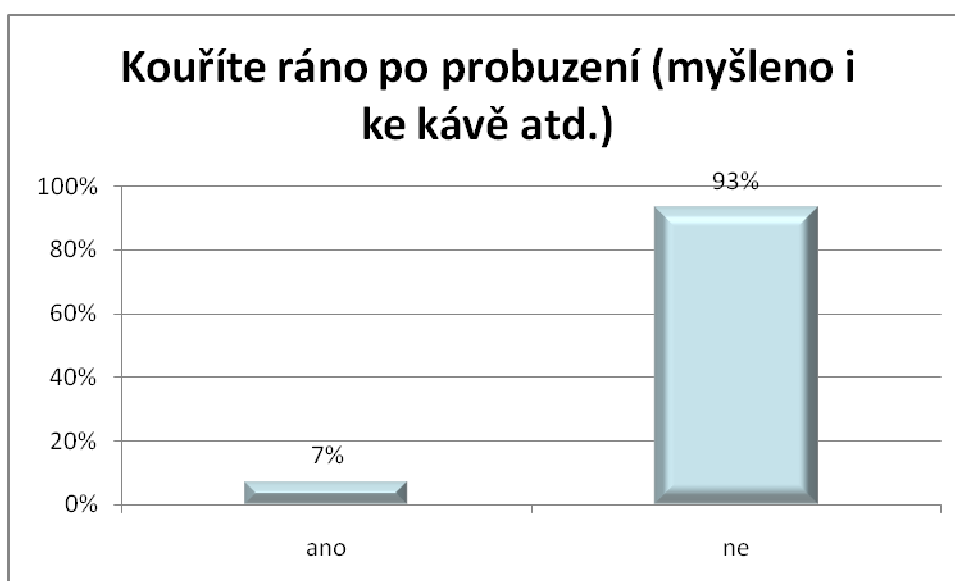
Graf 28: Pobývání v zakouřeném prostředí u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Z dotazníkového šetření vyplývá, že 15 (3 %) dívek (n=462) údajně pobývá v zakouřeném prostředí 5x až 6x týdně, dále 5 (1 %) studentek 3x až 4x za týden, 20 (4 %) jich tráví čas v zakouřeném prostředí 1x až 2x týdně a většina dívek čili 279 (60 %) uvedla odpověď „zřídka“.



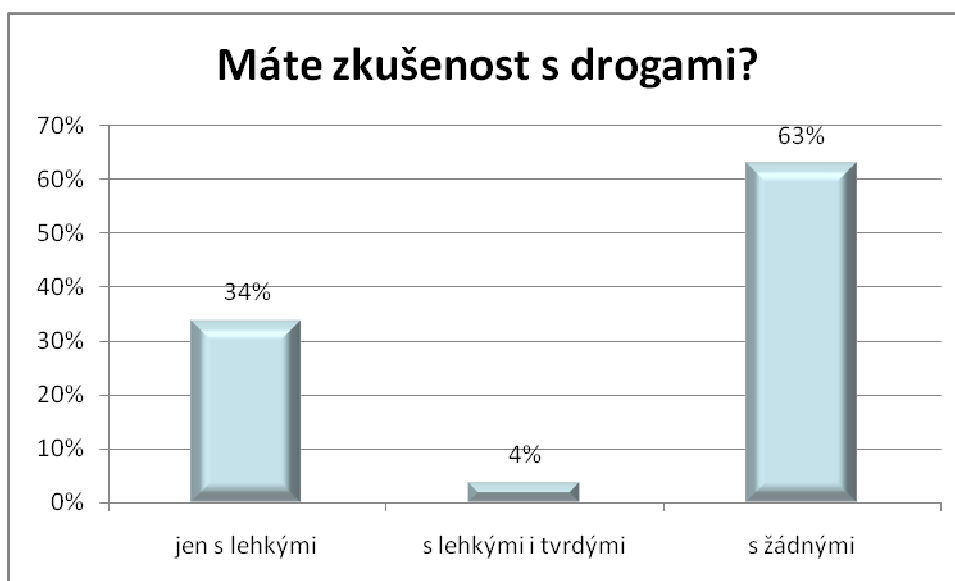
Graf 29: Začínání s kouřením u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Na otázku „V kolika letech jste začala s kouřením?“ odpovědělo 10 (2 %) dívek (n=462) „před 13. rokem“, 44 (10 %) odpovědělo „před 15. rokem“, 54 (12 %) „před 18. rokem, vysoký počet dívek – 307 (66 %) údajně nekouří a 19 (4 %) studentek zanechalo tuto otázku bez odpovědi.



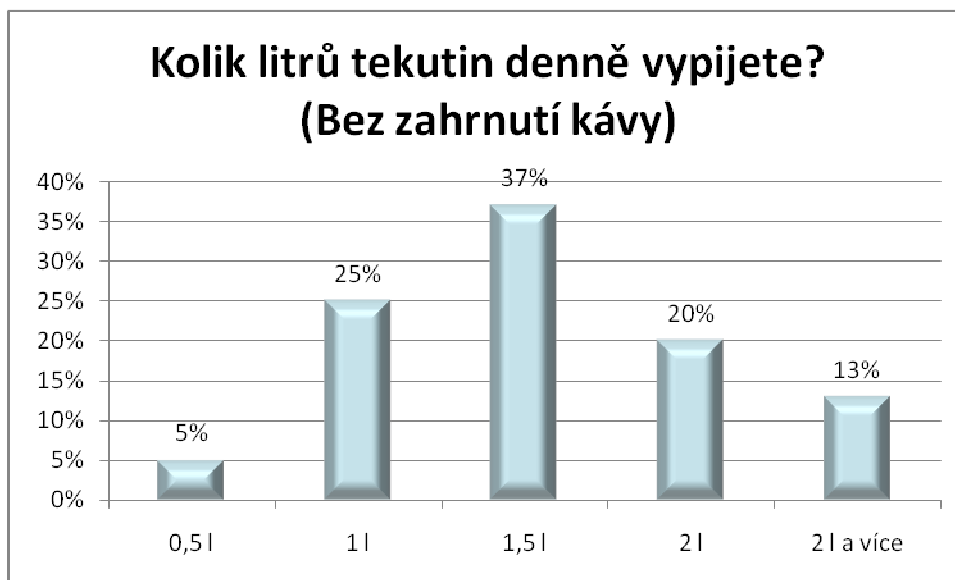
Graf 30: Kouření po probuzení u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Z celkového počtu studentek (n=462) odpovědělo 33 (7 %) dívek, že kouří hned ráno po probuzení čili ze 127 dívek, které uvedly, že kouří, jich 33 kouří hned po ránu.



Graf 31: Zkušenost s drogami u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Na otázku „Máte zkušenost s drogami?“ 155 (34 %) respondentek uvedlo odpověď „jen s lehkými“, 18 (4 %) odpovědělo „s lehkými i tvrdými“ a 292 (63 %) údajně nemá zkušenost s žádnými drogami.



Graf 32: Denní příjem tekutin (bez zahrnutí kávy) u zkoumaného souboru v procentech (n=462)

Z celkového množství (n=462) 138 (30 %) respondentek uvedlo svůj denní příjem tekutin jako „1l a méně“, 170 (37 %) uvedlo „1,5l“ a 154 (33 %) uvedlo, že vypijí 2l a více tekutin denně.

4.2 Vyhodnocení hypotéz

H1 Po 7 a méně hodinách spánku se studentky JU cítí nedostatečně vyspalé.

Tabulka 1: Kontingenční tabulka pro závislost mezi počtem hodin denního spánku a dostatečným odpočínutím během spánku u zkoumaného souboru (n=462)

Kolik hodin denně spíte? * Spíte denně dostatečně (jste po probuzení vyspalá a odpočatá)?					
Crosstabulation					
			Spíte denně dostatečně (jste po probuzení vyspalá a odpočatá)?		Total
			ano	ne	
Count	Kolik hodin denně spíte?	7 hodin a méně	140	111	251
		8 hodin a více	185	26	211
	Total		325	137	462
% within Kolik hodin denně spíte?	Kolik hodin denně spíte?	7 hodin a méně	55,8%	44,2%	100,0%
		8 hodin a více	87,7%	12,3%	100,0%
	Total		70,3%	29,7%	100,0%
% within Spíte denně dostatečně (jste po probuzení vyspalá a odpočatá)?	Kolik hodin denně spíte?	7 hodin a méně	43,1%	81,0%	54,3%
		8 hodin a více	56,9%	19,0%	45,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Adjusted Residual	Kolik hodin denně spíte?	7 hodin a méně	---	+++	
		8 hodin a více	+++	---	

Kontingenční tabulka pro výpočet závislosti mezi počtem denně naspaných hodin a dostatečným odpočínutím během spánku ukazuje, že zde existuje statisticky vysoká významnost pro tyto dva faktory. Je třeba zdůraznit, že závislost existuje také v opačném případě čili studentky JU (n=462) spící 8 a více hodin, se budí dostatečně odpočaté.

H1 Po 7 a méně hodinách spánku se studentky JU cítí nedostatečně vyspalé.

Tabulka 2: X2 test pro závislost mezi počtem hodin denního spánku a dostatečným odpočínutím během spánku u zkoumaného souboru (n=462)

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	55,924(b)	1	0,000		
Continuity Correction(a)	54,405	1	0,000		
Likelihood Ratio	59,568	1	0,000		
Fisher's Exact Test				0,000	0,000
N of Valid Cases	462				

Pearsonovým X2 testem byla zjištěna závislost mezi jednotlivými faktory hypotézy. Byla prokázána statisticky vysoká významnost ($p < 0,001$) mezi počtem hodin spánku a dostatečným odpočínutím u studentek JU ($n=462$). Lze tedy zamítnout nulovou hypotézu $H0_1$ (Mezi počtem denního spánku a dostatečným odpočínutím studentek JU není závislost) a přijmout oboustrannou alternativní $H1$ (Po 7 a méně hodinách spánku se studentky JU cítí nedostatečně vyspalé.), resp. dívky, které spí 8 a více hodin, se probouzejí dostatečně vyspalé a naopak dívky spící 7 a méně hodin se budí nevyspalé.

H2 Studentky JU, které usínají po 23. hodině, se budí nevyspalé.

Tabulka 3: Kontingenční tabulka pro závislost mezi dostatečným odpočínutím během spánku a obvyklou dobou usínání u zkoumaného souboru (n=462)

Spíte denně dostatečně (jste po probuzení vyspalá a odpočatá)? * Kdy obvykle usínáte? Crosstabulation					
			Kdy obvykle usínáte?		Total
			do 23:00	po 23:00	
Count	Spíte denně dostatečně (jste po probuzení vyspalá a odpočínatí)?	ano	193	132	325
		ne	40	97	137
	Total		233	229	462
% within Spíte denně dostatečně (jste po probuzení vyspalá a odpočínatí)?	Spíte denně dostatečně (jste po probuzení vyspalá a odpočínatí)?	ano	59,4%	40,6%	100,0%
		ne	29,2%	70,8%	100,0%
	Total		50,4%	49,6%	100,0%
% within Kdy obvykle usínáte?	Spíte denně dostatečně (jste po probuzení vyspalá a odpočínatí)?	ano	82,8%	57,6%	70,3%
		ne	17,2%	42,4%	29,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Adjusted Residual	Spíte denně dostatečně (jste po probuzení vyspalá a odpočínatí)?	ano	+++	---	
		ne	---	+++	

Kontingenční tabulka pro výpočet závislosti mezi nedostatečným odpočínutím během spánku a obvyklou dobou usínání ukazuje, že zde existuje statisticky vysoká významnost pro tyto dva faktory. Studentky usínající po 23:00 se cítí po probuzení neodpočaté. Je třeba zdůraznit, že závislost existuje také v opačném případě čili studentky JU (n=462) usínající do 23:00, se budí odpočaté dostatečně.

H2 Studentky JU, které usínají po 23. hodině, se budí nevyspalé.

Tabulka 4: χ^2 test pro závislost mezi dostatečným odpočínutím během spánku a obvyklou dobou usínání u zkoumaného souboru ($n= 462$)

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	35,133(b)	1	0,000		
Continuity Correction(a)	33,935	1	0,000		
Likelihood Ratio	35,935	1	0,000		
Fisher's Exact Test				0,000	0,000
N of Valid Cases	462				

Pearsonovým χ^2 testem byla zjištěna závislost mezi jednotlivými faktory hypotézy. Byla prokázána statisticky vysoká významnost ($p < 0,001$) mezi dostatečným odpočínutím a obvyklou dobou usínání u studentek JU ($n=462$). Tímto lze zamítnout nulovou hypotézu H_0 (Mezi dostatečným odpočínutím a obvyklou dobou usínání studentek JU není závislost) a přijmout oboustrannou alternativní hypotézu H_2 (Studentky JU, které usínají po 23. hodině, se budí nevyspalé.) čili studentky JU usínající do 23:00 se probouzejí dostatečně vyspalé a naopak dívky, které usínají po 23:00, se údajně probouzejí nevyspalé.

H3 U studentek JU existuje závislost mezi pitím alkoholu a kouřením.

Tabulka 5: Kontingenční tabulka pro závislost mezi konzumací alkoholu a kuřáctvím u zkoumaného souboru (n=462)

Jak často v průměru pijete alkohol? * Kouříte? Crosstabulation					
			Kouříte?		Total
			ano	ne	
Count	Jak často v průměru pijete alkohol?	denně nebo příležitostně	127	312	439
		nepožívám	0	23	23
	Total		127	335	462
% within Jak často v průměru pijete alkohol?	Jak často v průměru pijete alkohol?	denně nebo příležitostně	28,9%	71,1%	100,0%
		nepožívám	0,0%	100,0%	100,0%
	Total		27,5%	72,5%	100,0%
% within Kouříte?	Jak často v průměru pijete alkohol?	denně nebo příležitostně	100,0%	93,1%	95,0%
		nepožívám	0,0%	6,9%	5,0%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Adjusted Residual	Jak často v průměru pijete alkohol?	denně nebo příležitostně	++	--	
		nepožívám	--	++	

Kontingenční tabulka pro výpočet závislosti mezi konzumací alkoholu a kouřením ukazuje, že zde existuje statistická významnost pro tyto dva faktory. Studentky požívající alkohol denně nebo příležitostně také kouří. Je třeba zdůraznit, že závislost existuje také v opačném případě čili studentky JU (n= 462) nepožívající alkohol nekouří.

H3 U studentek JU existuje závislost mezi pitím alkoholu a kouřením.

Tabulka 6: X2 test pro závislost mezi konzumací alkoholu a kuřáctvím u zkoumaného souboru (n= 462)

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,176(b)	1	0,002		
Continuity Correction(a)	7,782	1	0,005		
Likelihood Ratio	15,238	1	0,000		
Fisher's Exact Test				0,001	0,000
N of Valid Cases	462				

Pearsonovým X2 testem byla zjištěna závislost mezi jednotlivými faktory hypotézy. Byla prokázána statistická významnost ($p < 0,005$) mezi konzumací alkoholu a kuřáctvím u studentek JU (n= 462). Nulová hypotéza H0₃ (Mezi konzumací alkoholu a kouřením u studentek JU není závislost) byla tímto zamítnuta a byla přijata oboustranná alternativní hypotéza H3 (U studentek JU existuje závislost mezi pitím

alkoholu a kouřením.), tj. studentky, které kouří denně nebo příležitostně, pijí alkohol a naopak ty, které vůbec nekouří, alkohol nepijí.

H4 U studentek JU existuje závislost mezi negativním vztahem k pohybovým aktivitám a jejich duševní pohodou.

Tabulka 7: Kontingenční tabulka pro závislost mezi vztahem k pohybové aktivitě (n=462)

Je Váš vztah k pohybovým aktivitám kladný? * Cítíte se duševně „v pohodě“? Crosstabulation					
			Cítíte se duševně „v pohodě“?		Total
			ano	ne	
Count	Je Váš vztah k pohybovým aktivitám kladný?	spíše ano	173	204	377
		spíše ne	31	54	85
	Total		204	258	462
% within Je Váš vztah k pohybovým aktivitám kladný?	Je Váš vztah k pohybovým aktivitám kladný?	spíše ano	45,9%	54,1%	100,0%
		spíše ne	36,5%	63,5%	100,0%
	Total		44,2%	55,8%	100,0%
% within Cítíte se duševně „v pohodě“?	Je Váš vztah k pohybovým aktivitám kladný?	spíše ano	84,8%	79,1%	81,6%
		spíše ne	15,2%	20,9%	18,4%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Adjusted Residual	Je Váš vztah k pohybovým aktivitám kladný?	spíše ano	○	○	
		spíše ne	○	○	

Kontingenční tabulka pro výpočet závislosti mezi vztahem k pohybové aktivitě a pocitem duševní svěžesti studentek ukazuje, že zde není statistická významnost pro tyto dva faktory. Studentky s negativním vztahem k pohybové aktivitě se nemusejí nutně cítit duševně zle, ovšem stejně tak studentky JU (n= 462) s kladným vztahem k pohybové aktivitě se nemusejí nutně cítit duševně v pohodě.

H4 U studentek JU existuje závislost mezi negativním vztahem k pohybovým aktivitám a jejich duševní pohodou.

Tabulka 8: X2 test pro závislost mezi vztahem k pohybové aktivitě a duševní svěžestí u zkoumaného souboru (n=462)

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,495(b)	1	0,114		
Continuity Correction(a)	2,128	1	0,145		
Likelihood Ratio	2,528	1	0,112		
Fisher's Exact Test				0,118	0,072
N of Valid Cases	462				

Pearsonovým X2 testem nebyla zjištěna závislost mezi jednotlivými faktory hypotézy. Nebyla prokázána statistická významnost ($p > 0,005$) mezi vztahem k pohybové aktivitě a duševní svěžestí u studentek JU ($n= 462$).

Alternativní hypotézu H4 (U studentek JU existuje závislost mezi negativním vztahem k pohybovým aktivitám a jejich duševní pohodou.) nelze s vysokou pravděpodobností potvrdit ani zamítnout. Tímto byla přijata nulová hypotéza $H0_4$ (Mezi vztahem k pohybové aktivitě a duševní svěžestí studentek JU není závislost).

H5 Studentky JU s negativním vztahem k pohybové aktivitě absolvují pohybovou aktivitu trvající 30 minut maximálně 1x týdně.

Tabulka 9: Kontingenční tabulka pro závislost mezi negativním vztahem k pohybové aktivitě a sníženou četností jejího vykonávání u zkoumaného souboru (n=462)

Je Váš vztah k pohybovým aktivitám kladný? * Kolikrát týdně se v průměru věnujete pohybové aktivitě delší než 30 minut? Crosstabulation						
			Kolikrát týdně se v průměru věnujete pohybové aktivitě delší než 30 minut?			Total
			1x a méně	2x	3x a více	
Count	Je Váš vztah k pohybovým aktivitám kladný?	spíše ano	90	116	171	377
		spíše ne	51	20	14	85
	Total		141	136	185	462
% within Je Váš vztah k pohybovým aktivitám kladný?	Je Váš vztah k pohybovým aktivitám kladný?	spíše ano	23,9%	30,8%	45,4%	100,0%
		spíše ne	60,0%	23,5%	16,5%	100,0%
	Total		30,5%	29,4%	40,0%	100,0%
% within Kolikrát týdně se v průměru věnujete pohybové aktivitě delší než 30 minut?	Je Váš vztah k pohybovým aktivitám kladný?	spíše ano	63,8%	85,3%	92,4%	81,6%
		spíše ne	36,2%	14,7%	7,6%	18,4%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Adjusted Residual	Je Váš vztah k pohybovým aktivitám kladný?	spíše ano	---	○	+++	
		spíše ne	+++	○	---	

Kontingenční tabulka pro výpočet závislosti mezi vztahem k pohybové aktivitě a četností jejího vykonávání ukazuje, že zde existuje statisticky vysoká významnost pro tyto dva faktory. Studentky s negativním vztahem k pohybové aktivitě ji vykonávají 1x týdně nebo méně, ovšem stejně tak studentky JU (n=462) s kladným vztahem k pohybové aktivitě ji vykonávají 3x týdně i vícekrát.

H5 Studentky JU s negativním vztahem k pohybové aktivitě absolvují pohybovou aktivitu trvající 30 minut maximálně 1x týdně.

Tabulka 10: X2 test pro závislost mezi negativním vztahem k pohybové aktivitě a sníženou četností jejího vykonávání u zkoumaného souboru (n=462)

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	45,353(a)	2	0,000
Likelihood Ratio	43,791	2	0,000
N of Valid Cases	462		

Pearsonovým X^2 testem byla zjištěna závislost mezi jednotlivými faktory hypotézy. U zkoumaného souboru (n=462) byla prokázána statisticky vysoká významnost ($p < 0,001$) mezi negativním vztahem k pohybové aktivitě a sníženou četností jejího vykonávání. Oboustranná alternativní hypotéza H5 (Studentky JU s negativním vztahem k pohybové aktivitě absolvují pohybovou aktivitu trvající 30 minut maximálně 1x týdně) byla přijata a nulová hypotéza H0₅ (Mezi vztahem studentek JU k pohybové aktivitě a četností jejího vykonávání není vztah) byla zamítnuta. Studentky vykonávající pohybovou aktivitu 1x a méně mají negativní vztah k pohybové aktivitě a naopak studentky s kladným vztahem k pohybové aktivitě ji absolvují 3x a vícekrát týdně.

5. DISKUZE

Ze zkoumaného souboru (n=462) pro tuto diplomovou práci 251 (54 %) studentek odpovědělo, že spí denně 7 a méně hodin a převažuje tak nad skupinou dívek, které spí 8 a více hodin denně. Podle dotazníkového šetření tato skupina čítá 211 (46 %) studentek JU. Kimmer (2012) ve své diplomové práci uvádí, že 31 % (n=221) studentek JU spí údajně 7 a méně hodin a 69 % 8 a více hodin (Kimmer, 2012).

V otázce dostatečného odpočinku během spánku odpovědělo 325 (70 %) studentek, že se denně budí dostatečně odpočaté. 135 (30 %) studentek JU se podle dotazníkového šetření dostatečně odpočaté nebudí. Kimmer (2012) došel k výsledku, který čítá 36 % (n=221) studentek JU, které spí údajně dostatečně, 57 % si během spánku odpočine někdy a 7 % žen se budí neodpočatých (Kimmer, 2012).

V oblasti otázek zjišťujících výskyt konzumace alkoholu 439 (95 %) studentek odpovědělo, že pijí alkohol denně nebo příležitostně. 23 (5 %) studentek JU podle dotazníkového šetření alkohol nekonzumují. Koptíková (2014) zaznamenala, že 76 ze 77 studentek JU alkohol denně nekonzumuje. V otázce konzumace alkoholu více dnů po sobě studentky nejvíce odpovídaly „spíše ne“ (28), dále „ne“ (21), „někdy“ (17), „spíše ano“ (3) a „ano“ (8) (Koptíková, 2014). Kimmer (2012) zaznamenal 34 % (n=221) žen, které zvolily na otázku „Pijete alkohol?“ odpověď „ano“, k odpovědi „příležitostně“ se přiklonilo 62 % žen a 4 % studentek uvedlo, že alkohol nepijí (Kimmer, 2012).

Z odpovědí týkajících se výskytu kouření 127 (28 %) respondentek odpovědělo, že kouří a z toho 15 % jich kouří příležitostně. 335 (72 %) studentek JU podle dotazníkového šetření nekouří. Kimmer (2012) ve své diplomové práci uvádí 20 % (n=221) studentek JU, které kouří, 14 % kouří příležitostně a 66 % nekuřáček (Kimmer, 2012).

Ze zkoumaného souboru studentek JU (n= 462) jich 377 (82 %) odpovědělo, že jejich vztah k pohybové aktivitě je spíše kladný. 85 (18 %) studentek JU podle dotazníkového šetření mají spíše negativní vztah k pohybové aktivitě. Kimmer (2012) dotazníkovou metodou zjistil, že celkem 92 % (n=221) respondentek JU má kladný či spíše kladný vztah k pohybové aktivitě, zatímco pouhých 7 % uvedlo spíše negativní vztah a jen 1 % uvedlo zcela zápornou odpověď (Kimmer, 2012). Ve studii z roku 2009 se ze zkoumaného souboru (n= 1074) kladně vyjádřilo 702 studentů JU (65 %), spíše kladně hodnotilo tento vztah 320 studentů (30 %). Obě tyto skupiny kladného hodnocení

vztahu k pohybovým aktivitám představovaly 95 % z celého souboru. Spíše negativně se k dané otázce stavělo celkem 50 (5 %) studentů (Kukačka, 2009). Je tedy na první pohled zjevné, že kladný vztah k pohybové aktivitě u studentů JU z větší části převažuje.

V otázce zjišťování duševní pohody či nepohody 204 (44 %) studentek odpovědělo, že se cítí duševně v pohodě. 258 (56 %) studentek JU se podle dotazníkového šetření duševně v pohodě necítí anebo se cítí být částečně duševně v pohodě. Převaha duševní nevyrovnanosti mohla být u respondentek způsobena z různých důvodů, ale přihlídneme-li k době, kdy byl dotazník distribuován, mohlo se také jednat o vliv předvánočního shonu, předtermínového zkuškového období a blížícího se samotného zkuškového období. Kimmer (2012) uvedl 62 % (n=221) respondentek JU, které se údajně cítí duševně v pohodě, 33 %, jejichž odpověď zněla „částečně“ a 5 % dívek odpovědělo „ne“ (Kimmer, 2012). Sečtou-li se však procenta odpovědí „částečně“ a „ne“, celkové množství činí 38 % studentek, jejichž duševní stav není úplně „v pohodě“.

Další z otázek byla zaměřena na týdenní četnost pohybové aktivity, která přesahuje 30 minut a lze tak u ní počítat s adekvátní fyziologickou odpovědí organismu na fyzickou zátěž (Kukačka, 2009). Ze zkoumaného souboru studentek JU (n= 462) jich 141 (31 %) odpovědělo, že se věnuje pohybové aktivitě, trvající déle než 30 minut, věnuje pouze 1x týdně nebo méně, 136 (29 %) odpovědělo, že se jí věnuje 2x a 185 (40 %) studentek JU se podle dotazníkového šetření věnuje takové pohybové aktivitě 3x nebo vícekrát týdně. Studií z roku 2014 zabývajících se četností pohybových aktivit delších než 30 minut u studentů JU u sledovaného souboru studentů (n= 356) bylo zjištěno, že se 35 % respondentů věnuje pohybové aktivitě po dobu alespoň 30 minut 1x týdně a méně, 27 % studentů 2x v týdnu a 38 % 3x týdně a více (Kukačka, Šamánek, 2014). Výsledky studie jsou tak téměř totožné s výsledky této diplomové práce.

Jinou studií z roku 2009 byl zjištěn počet studentek provádějících pohybovou aktivitu po dobu alespoň 30 minut 1x týdně nebo vůbec 41 % studentek (n= 737), 2x ji absolvuje 33 % a 26 % studentek JU se věnuje takové pohybové aktivitě 3x týdně a vícekrát (Kukačka, 2009).

Albrechtová (2010) ve své bakalářské práci na základě výzkumného šetření uvádí 45 % studentů JU (n=855) provádějících pohybovou aktivitu 1x týdně a méněkrát, 26 % 2x týdně a 29 % se pohybové aktivitě trvající déle než 30 minut věnuje 3x a vícekrát v týdnu (Albrechtová, 2010). Kimmer (2012) uvádí ve své práci 36 % (n=221)

respondentek JU absolvujících takovou pohybovou aktivitu 1x a méněkrát za týden, 27 % s odpovědí „2x“ a 37 % dívek uvedlo, že takovou pohybovou aktivitu provádí 3x týdně i vícekrát (Kimmer, 2012). Čili stejně tak jako v mé studii lehce převažuje procento studentek, které absolvují pohybovou aktivitu trvající déle než 30 minut 3x týdně i vícekrát.

Na otázku týkající se užívání hormonální antikoncepce 257 (56 %) studentek odpovědělo, že užívají hormonální antikoncepci a převažují tak nad skupinou 206 (44 %) studentek JU, které ji podle dotazníkového šetření neužívají. Ze studie Albrechtové (2010) vyplynulo, že z 610 (100 %) studentek JU používá hormonální antikoncepci 77 % žen a 23 % jich uvedlo, že hormonální antikoncepci nepoužívá (Albrechtová, 2010). Zde je vidět jistý pokrok, co se týče informovanosti dívek o riziku užívání hormonální antikoncepce. Výsledky mé diplomové práce ukazují jisté vyrovnávání se nepoměru mezi dívkami, které ne/užívají hormonální antikoncepci.

31 (7 %) studentek JU ze zkoumaného souboru (n= 462) na otázku týkající se užívání ochrany při náhodném sexuálním styku vůbec neodpovědělo. 315 (68 %) odpovědělo, že náhodný sex nemá, 32 (7 %) jich odpovědělo „občas“, 65 (14 %) odpovědělo „ano“ a 19 (4 %) uvedlo, že ochranu při náhodném styku nepoužívá. Podle dotazníkového šetření tedy studentky ze zkoumaného souboru, které buď neprovozují náhodný sex vůbec anebo v takovém případě používají ochranu, z velké části převažují nad skupinou dívek, které ochranu používají nepravidelně anebo vůbec. Albrechtová (2010) uvádí, že na otázku, zda používají studenti JU prezervativ jako prevenci pohlavních chorob 27 % (=832) respondentů odpovědělo, že prezervativ používají, 21 % studentů ho používá občas a 52 % studentů ho nepoužívá (Albrechtová, 2010). Přestože tyto výsledky zahrnují odpovědi obou pohlaví, zjištění se jeví jako značně alarmující.

Ze všech oblastí se jeví jako nejvíce stresující oblastí škola s 24% zastoupením odpovědí, na druhém místě je to pak časová tíseň (16 %), dále neúspěch (14 %), ekonomická situace společně s nespokojeností se sebou (9 %), rodina a osobní vztahy (8 %), zaměstnání (6 %), partner (5 %) a jako nejméně stresující oblastí se jeví přátelé (1 %). Je tedy zřejmé, že studentky považují své období studia za stresující. Albrechtová (2010) ve svém dotazníkovém šetření uvádí, že studenti JU (n=862) se nejvíce stresují kvůli škole (69 % žen a 57 % mužů). Neúspěch znamená stres pro 58 % žen a 47 % mužů, časová tíseň pro 54 % žen a 41 % mužů, osobní vztahy trápí 51 % žen a 39 % mužů, přetíženost je stresující pro 38 % žen a 27 % mužů, nespokojenost se sebou stresuje 30 % žen a 15 % mužů, ekonomická situace 23 % žen a 24 % mužů, rodina 25

% žen a 11 % mužů, pedagogové 18 % žen a 14 % mužů, společnost 7 % žen a 13 % mužů, politika 4 % žen a 12 % mužů a kamarádi jsou zdrojem stresu pro 7 % žen a 3 % mužů. Většinu těchto zdrojů způsobujících negativní psychické stavy označil větší počet žen než mužů. Výjimkou byla politika, společnost a ekonomická situace (Albrechtová, 2010). Kimmerova studie (2012) ukázala, že jednoznačně nejfrekventovanější odpovědí v této otázce byla možnost „škola-studium“, kterou si vybralo 45 % (n=221) žen. Naopak nejméně frekventovanou odpovědí byla možnost „pedagogové“, kterou zvolilo 1 % žen. 14 % žen nejvíce stresují osobní vztahy a dalších 17 % žen se přiklonilo k odpovědi „časová tíseň“. Odpověď „rodina“ si vybralo 8 % žen a stejné procento dívek, tedy 8 % nejvíce stresuje „ekonomická situace“. 7 % žen se přiklonilo k odpovědi „neúspěch“ (Kimmer, 2012). Kimmer (2012) dále zjišťoval, zda studentky prožívají stres často. Možnost odpovědi „ano“ si vybralo 24 % (n=221) žen, dalších 59 % žen se přiklonilo k odpovědi „občas“ a 17 % žen zvolilo možnost odpovědi „ne“ (Kimmer, 2012).

Na otázku, zda se studentky JU cítí fyzicky dlouhodobě v pohodě, jich celkem 354 (77 %) odpovědělo „ano“ či „spíše ano“. 108 (24 %) studentek odpovědělo „ne“ či „spíše ne“. Podle dotazníkového šetření se tedy studentky ze zkoumaného souboru z větší části spíše cítí dlouhodobě fyzicky v pohodě. Ve studii z roku 2009, kdy byli studenti JU dotázáni, zda se cítí fyzicky dlouhodobě v pohodě, ze zkoumaného souboru (n= 1074) více než polovina dotázaných studentů 51 % odpověděla pozitivní odpovědí, 45 % hodnotilo svůj fyzický stav jako částečně „v pohodě“. Pouze 4 % studentů hodnotilo svůj stav negativně (Kukačka, 2009). Stejně tak v této diplomové práci bylo zjištěno, že se studentky JU ze 77 % cítí fyzicky dlouhodobě spíše v pohodě. Albrechtová (2010) ve své bakalářské práci uvádí počet studentek JU (n=609), které odpověděly „ano“ na otázku „Cítíte se fyzicky dlouhodobě v pohodě?“ (18 %), dále studentky s odpovědí „spíše ano“ (57 %), „spíše ne“ odpovědělo 22 % studentek a „ne“ pouhá 3 % (Albrechtová, 2010). Kimmer (2012) ve svém dotazníku na otázku „Jak se cítíte subjektivně dlouhodobě?“ zaznamenal celkem 64 % (n=221) žen, které si z odpovědí vybraly možnost „zdravý“. 32 % žen se přiklonilo k odpovědi „částečně oslabený“ a 3 % žen zvolilo odpověď „oslabený“. Pouze 1 % žen si vybralo odpověď „nemocný“ (Kimmer, 2012).

Co se týče počtu strávených hodin u PC a internetu, vyskytlo se 81 (18 %) odpovědí s 1 až 2 hodinami, 221 (48 %) odpovědí s 3 až 4 hodinami, 108 (23 %) odpovědí s 5 až 6 hodinami a 52 (11 %) odpovědí s více než 6 hodinami strávenými na počítači nebo

u internetu. Převažují tak 3 až 4 hodiny, které studentky podle dotazníkového šetření tráví u PC a internetu. V dotazníkovém šetření z roku 2010 u zkoumaného souboru studentek PdF UP v Olomouci (n=274) bylo zjištěno, že téměř 36 % studentek pracuje u počítače denně 2 až 3 hodiny a 29 % studentek ve svém denním režimu využívá počítač 3 a více hodin (Kopecký, Kikalová, 2009). Kimmer (2012) dotazníkovou metodou zjistil, že 33 % (n=221) studentek JU stráví denně u počítače 1–2 hodiny. Nejvíce zastoupenou odpovědí byla možnost „3–4 hodiny“, kterou zvolilo 46 % žen. 14 % žen si vybralo odpověď „5–6 hodin“. Více než 6 hodin strávených u PC uvedlo 8 % žen (Kimmer, 2012). Jeho zjištění v této otázce silně korespondují s výsledky mé diplomové práce.

Na otázku, zda dívky někdy aplikovaly dietu za účelem hubnutí jich, odpovědělo celkové množství 190 (42 %) „ano“ a „vícekrát“. Vedle četnosti výskytu odpovědi „ne“ 272 (59 %) tak tvořily menší skupinu, než dívky ze zkoumaného souboru (n=462), které nikdy dietu nedržely. Albrechtová (2010) ve své bakalářské práci uvádí 38 % studentek JU (n=609), které na tuto otázku odpověděly „ano“, 51 % „ne“ a 11 % „vícekrát“ (Albrechtová, 2010).

211 (46 %) studentek ze zkoumaného souboru (n=462) tráví svůj volný čas nejčastěji fyzicky pasivní aktivitou, 125 (27 %) tráví čas fyzicky aktivněji, 21 (5 %) tráví čas duševně pasivními aktivitami a 105 (23 %) si častěji vybírá duševně aktivní způsob trávení volného času. Zde je třeba zmínit nesourodost odpovědí s odezvou, která přišla v otázce „Kolikrát týdně se v průměru věnujete pohybové aktivitě delší než 30 minut?“ (viz graf č. 8), kde 185 (40 %) dívek uvedlo odpověď „3x a více“. Albrechtová (2010) došla ke zjištění, že 51 % (n=862) studentů JU tráví nejčastěji volný čas aktivním pohybem, 44 % pasivním odpočinkem a 21 % studiem (Albrechtová, 2010). Kimmer (2012) došel k výsledkům, kdy respondentky JU (n=221) nejčastěji tráví svůj volný čas aktivním pohybem. Tuto odpověď zvolilo celkem 45 % žen. Pasivním odpočinkem tráví volný čas 39 % žen a k odpovědi „studium“ se přiklonilo 8 % žen (Kimmer, 2012).

Na otázku „Máte zkušenost s drogami?“ 155 (34 %) respondentek uvedlo odpověď „jen s lehkými“, 18 (4 %) odpovědělo „s lehkými i tvrdými“ a 292 (63 %) údajně nemá zkušenost s žádnými drogami. V dotazníkovém výzkumu z roku 2010 Albrechtová uvádí, že 40 % (n=591) studentek JU odpovědělo kladně na zkušenost s lehkými drogami a 60 % záporně. Zkušenost s tvrdými drogami pak přiznalo 6 % (n=624) a 94 % respondentek uvedlo zápornou odpověď (Albrechtová, 2010).

Z celkového množství (n=462) 138 (30 %) respondentek uvedlo svůj denní příjem tekutin jako „1l a méně“, 170 (37 %) uvedlo „1,5l“ a 154 (33 %) uvedlo, že vypijí 2l a více tekutin denně. Albrechtová (2010) ve své bakalářské práci uvádí 25 % respondentek s odpovědí „1l a méně“, 38 % respondentek s odpovědí „1,5l“ a 37 % studentek, jejichž odpověď zněla „2l a více“ (Albrechtová, 2010).

6. ZÁVĚR

Tato diplomová práce byla zaměřena na analýzu negativních aspektů životního stylu studentek Jihočeské univerzity. V dotazníkovém šetření bylo distribuováno 500 dotazníků s návratností 73,8 %, což odpovídá počtu 462 respondentek.

Cíle a hypotézy byly vyhodnoceny na základě údajů získaných při vyhodnocování dotazníků. Hlavním cílem bylo zjistit, jakou měrou zasahují negativní aspekty životního stylu do běžného dne studentek JU. Zvolený cíl byl splněn na základě výsledků dotazníkového šetření, kde byly zjišťovány základní informace v oblasti pohybu, výživy a pitného režimu, spánku a odpočinku, prevence, stresu, sexu a návykových látek.

V návaznosti na hlavní cíle diplomové práce bylo stanoveno pět hypotéz, z nichž čtyři byly potvrzeny. Konkrétně byla zjištěna závislost mezi počtem naspáných hodin a nedostatečným odpočínutím čili studentky JU (n=462) spící 7 a méně hodin se probouzejí nevyspalé. Dále byl zjištěn vztah mezi obvyklou dobou usínání a nedostatečným odpočínutím, tj. studentky usínající po jedenácté hodině večerní se probouzí neodpočaté. Další závislostí, která byla zjištěna, je existence úzkého vztahu mezi kouřením a pitím alkoholu. Co však nelze s vysokou pravděpodobností potvrdit ani zamítnout je závislost mezi negativním vztahem k pohybovým aktivitám a duševní svěžestí studentek JU. Negativní vztah k pohybové aktivitě však podle výsledků souvisí se sníženou četností jejího vykonávání.

Zajímavým zjištěním bylo, že studentky JU oproti roku 2010, užívají v menším počtu hormonální antikoncepci. Zatímco roku 2010 jich bylo 77 %, v roce 2014 jich bylo zaznamenáno 56 %. Co se týče spokojenosti se sexuálním životem, 29 % studentek uvedlo, že jsou s ním nespokojené nebo spíše nespokojené. Celkem 11 % jich odpovědělo, že při náhodném sexuálním styku používají ochranu občas nebo vůbec a 28 % studentek je nespokojeno či spíše nespokojeno se svým vzhledem. V oblasti otázek zabývajících se stresem 24 % studentek uvedlo, že je nejvíce stresuje škola, což představovalo nejvyšší procento ze všech odpovědí. Následovala časová tíseň (16 %) a neúspěch (14 %). Roku 2012 bylo v souvislosti se stresováním se kvůli škole zaznamenáno 45 % odpovědí. Celkem 24 % dívek uvedlo, že se necítí fyzicky dlouhodobě v pohodě a 17 % respondentek nechodí na pravidelné lékařské prohlídky. Poněkud alarmující výsledky přinesla odpověď na otázku zjišťující denní počet hodin strávených u internetu, kde 11 % dívek uvedlo 6 a více hodin, 23 % uvedlo 5 až 6

hodin, 48 % údajně stráví u internetu 3 až 4 hodiny a 18 % zvolilo odpověď „1 až 2 hodiny“. Podle dotazníkového šetření 32 % respondentek již někdy aplikovalo dietu za účelem hubnutí a dalších 10 % ji aplikovalo dokonce vícekrát. V roce 2010 byly zjištěny téměř totožné výsledky. 45 % dívek uvedlo, že se zvyšuje jejich příjem potravy ve stresovém období a 25 % jich odpovědělo, že neví. Dalším zajímavým zjištěním bylo, že 50 % studentek ze zkoumaného souboru není spokojeno se svou hmotností, vezmeme-li v úvahu „jen“ 28 % studentek, které nejsou spokojeny se svým vzhledem. V otázce obvyklého trávení volného času zvolilo 46 % respondentek možnost „fyzicky pasivně“. 34 % studentek má údajně zkušenost s lehkými drogami a 4 % s lehkými i tvrdými. 25 % dívek uvedlo, že denně vypije 1 l tekutin a 5 % zvolilo odpověď „0,5 l“. Tato práce, analyzující negativní aspekty životního stylu studentek JU, by mohla být inspirací nejen studentkám JU, ale i ostatním, kteří si váží svého zdraví a chtějí se vyvarovat rizikových faktorů, které mohou nepříjemně zkomplikovat lidský život.

7. SEZNAM LITERATURY

ADÁMKOVÁ, Věra. *Civilizační choroby – žijeme spolu*. Praha: Triton, 2010, 130 s. ISBN 978-807-3874-131.

ALBRECHTOVÁ, Klára. *Analýza životního stylu studentů Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce. PF JU. Vedoucí práce Vladislav Kukačka.

CAJTHAMLOVÁ, Kateřina. *Obezita a naše psychika: Regenerace*. 2009, roč. 17, č. 2. ISSN 1210-6631.

FAIT, Tomáš., et al. Přínosy a rizika moderní kombinované hormonální antikoncepce. *Čas. Lék. Čes*, 2005, 4: 238.

HYNEK, Boris. *Obezita je důvod, proč zhubnout: Regenerace*. 2009, roč. 17, č. 2. ISSN 1210-6631.

CHOPRA, Deepak. *Cesty ke zdraví*. Plzeň: Mustang, 1996, 203 s. ISBN 80-719-1094-5.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007, 265 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.

IDZIKOWSKI, Chris. *Zdravý spánek: bez problémů usnete, vydržíte klidně spát, osvěžte tělo i ducha*. V Praze: Slovart, 2012, 160 s. ISBN 978-80-7391-545-2.

KIMMER, David. *Rozdíly v životním stylu mužů a žen – studentů JU*. České Budějovice, 2012. Diplomová práce. ZSF JU. Vedoucí práce Vladislav Kukačka.

KOPECKÝ, Miroslav., KIKALOVÁ, Kateřina. *Somatický stav a úroveň pohybové aktivity v denním režimu studentek Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci*. In: Škola a zdraví pro 21. století. Brno: Masarykova univerzita, 2011, 398 s. ISBN 978-80-7392-184-2.

KOPTÍKOVÁ, Pavla. *Rozdíly v konzumaci alkoholu u žen a mužů – studentů JU*. České Budějovice, 2014. Diplomová práce. PF JU. Vedoucí práce Vladislav Kukačka.

KOTLER, Ronald L a Maryann KARINCH. *Tajemství dobrého spánku: 365 způsobů, jak se dobře vyspat*. V Brně: Jota, 2013, 198 s. ISBN 978-807-4623-028.

KOUKOLÍK, František. *O nemocech a lidech*. Praha: Makropulos, 1998, 367 s. ISBN 80-860-0320-5.

KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, 235 s. ISBN 9788071785989.

- KŘEPELKA, Petr a Vít UNZEITIG. Hluboká žilní trombóza a plicní embolie při užívání hormonální antikoncepce. *Kardiol Rev Int Med* 2014; 16 (1): 36–38. revue, 8.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-717-8551-2.
- KUKAČKA, Vladislav. *Týdenní pohybové aktivity a sportovní činnosti studentů Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích*. UMB Banská Bystrica: Exercitatio corporalis – motus – salus, 2009, s. 138-145, ISSN 1337-7310.
- KUKAČKA, Vladislav. *Udržitelnost zdraví: vědecká monografie*. České Budějovice: JU, Zemědělská fakulta, 2010, 228 s. ISBN 978-80-7394-217-5.
- KUKAČKA, Vladislav a Petr ŠAMÁNEK. *Vztah zdravotního stavu a počtu týdenních pohybových aktivit u studentů Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích: Tělesná výchova a sport v životě člověka*. České Budějovice: JU, 2014, s. 125-134, ISBN 978-80-228-2684-6.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1998, 343 s., ISBN 80-716-9195-X.
- MACHOVÁ, Jitka. *Biologie člověka pro učitele*. Praha: Karolinum, 2008, 269 s. ISBN 978-80-7184-867-7.
- PRAŠKO, Ján, Kateřina ESPA-ČERVENÁ a Lucie ZÁVĚŠICKÁ. *Nespavost: zvládání nespavosti*. Praha: Portál, 2004, 102 s. ISBN 80-717-8919-4.
- PROVAZNÍKOVÁ, Hana, et al. Determinanty zdraví vysokoškolských studentů. *Hygiena*, 2002, 47: 214-219.
- PŘÍHODOVÁ, Iva. *Poruchy spánku u dětí a dospívajících*. Praha: Maxdorf, 2013, 152 s. Farmakoterapie pro praxi, sv. 60. ISBN 978-807-3453-329.
- SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha: Grada, 2008, 139 s. ISBN 978-802-4723-952.
- TRPIŠOVSKÁ, Dobromila a Marie VACÍNOVÁ. *Ontogenetická psychologie*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2006, 108 s. ISBN 80-7044-792-3.
- VALJENT, Zdeněk. *Aktivní životní styl vysokoškoláků (studentů Fakulty elektrotechnické ČVUT v Praze)*. V Praze: České vysoké učení technické, Elektrotechnická fakulta, 2010, 160 s. ISBN 978-80-01-04669-2.
- VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada, 2001, 260 s. ISBN 80-247-0042-5.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

FOŘT, Petr. Obezita. *Abecedazdravi.cz* [online]. [cit. 2014-10-15]. Dostupné z: <http://www.abecedazdravi.cz/hubnuti/obezita>

FROHLICHOVÁ, Linda. Kouříte? Jste obézní? Pijete alkohol ve velkém? Domníváte se, že poškození Vašeho vlastního zdraví se týká jen Vás?. In: *Www.szu.cz* [online]. 2013 [cit. 2014-10-11]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/kourite-jste-obezni-pijete-alkohol-ve-velkem-domnivate-se-ze?highlightWords=kou%C5%99%C3%ADte>

CHAMOUTOVÁ, Hana. K problematice stresu prožívaného studenty během vysokoškolského vzdělávání. 2004 [online],[cit. 2009-06-21]. Dostupné z: http://www.agris.cz/Content/files/main_files/61/139341/cham.pdf

JAEHNE, Andreas, Barbara LOESSL, Zsuzsanna BÁRKAI, Dieter RIEMANN a Magdolna HORNYAK. Effects of nicotine on sleep during consumption, withdrawal and replacement therapy. *Sleep Medicine Reviews* [online]. 2009, vol. 13, issue 5, s. 363-377 [cit. 2014-10-16]. DOI: 10.1016/j.smrv.2008.12.003. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1087079208001329>

Kombinovaná hormonální kontraceptiva a riziko žilních tromboembolií. ODDĚLENÍ FARMAKOVIGILANCE. *SÚKL: Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. 2014. vyd. [cit. 2014-11-22]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/kombinovana-hormonalni-kontraceptiva-a-riziko-zilnich>

KOŽÍŠEK, František. Pitný režim. *Státní zdravotní ústav* [online]. 2005 [cit. 2015-02-25]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/zivotni-prostredi/pitny-rezim>

LIU, Jui-Ting, I-Hui LEE, Chieh-Hui WANG, Kao-Chin CHEN, Chien-I LEE a Yen-Kuang YANG. Cigarette smoking might impair memory and sleep quality. *Journal of the Formosan Medical Association* [online]. 2013, vol. 112, issue 5 [cit. 2014-10-16]. DOI: 10.1016/j.jfma.2011.12.006. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929664612001180>

PETR, Jaroslav. Kdo spí, ten netloustne. *21. století* [online]. 19. 4. 2007 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: <http://21stoleti.cz/blog/2007/04/19/prekvapeni-kdo-spi-ten-netloustne/>

STARR, John M., Ian J. DEARY, Helen C. FOX a Lawrence J. WHALLEY. Smoking and cognitive change from age 11 to 66years: A confirmatory investigation. *Addictive Behaviors* [online]. 2007, vol. 32, issue 1, s. 63-68 [cit. 2014-10-16]. DOI: 10.1016/j.addbeh.2006.03.020. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306460306000906>

VALOIS, R, J OELTMANN, J WALLER a J HUSSEY. Relationship between number of sexual intercourse partners and selected health risk behaviors among public high school adolescents. *Journal of Adolescent Health* [online]. 1999, vol. 25, issue 5, s. 328-

335 [cit. 2014-10-25]. DOI: 10.1016/S1054-139X(99)00051-8. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X99000518>

8. PŘÍLOHY

Příloha č. 1: dotazník Aspekty životního stylu

Dobrý den,

jsem studentkou Pedagogické fakulty JU. Prosím Vás o vyplnění dotazníku k mé diplomové práci zabývající se negativními aspekty životního stylu studentek JU. Dotazník je anonymní. Předem děkuji.

Pohyb

1. Je Váš vztah k pohybovým aktivitám kladný?

ano, spíše ano, spíše ne, ne

2. Kolikrát týdně se v průměru věnujete pohybové aktivitě delší než 30 minut?

0x, 1x, 2x, 3x, 4x, 5x a více

3. Odpovídá Vaše tělesná hmotnost Vaším představám?

ano, spíše ano, spíše ne, ne

Výživa

4. Snídáte pravidelně?

ano, někdy, ne

5. Kolikrát denně jíte?

1x, 2x, 3x, 4x, 5x, 6x a více

6. Jíte denně zeleninu a ovoce?

ano, nepravidelně, ne

7. Myslíte si, že znáte zásady zdravé výživy?

ano, částečně, ne

8. Jíte zdravě? (ovoce, zelenina, celozrnné pečivo, atd.)

ano, sním cokoliv, jím i nezdravá jídla, ale zdravá strava převažuje, ne

9. Sníte denně alespoň jedno teplé jídlo?

ano, občas, ne

10. Jak dlouho před spaním většinou sníte poslední jídlo?

0-1 hod., 2-3 hod, 4-5 hod

11. Kolik litrů tekutin denně vypijete (bez zahrnutí kávy)?

0,5l 1l 1,5l 2l více než 2l tekutin

12. Zvyšuje se Váš příjem jídla ve stresovém období?

ano, ne, nevím

13. Aplikovala jste někdy dietu za účelem hubnutí?

ano, vícekrát, ne

Spánek a odpočinek

14. Cítíte se duševně „v pohodě“?

ano, částečně, ne

15. Spíte denně dostatečně (jste po probuzení vyspalá a odpočatá)?

ano, spíše ano, spíše ne, ne

16. Kolik hodin denně spíte?

a) méně než 7 hodin b) 7 hodin c) 8 hodin d) více než 8 hodin

17. Kdy obvykle usínáte?

do 22:00, do 23:00, do 24:00, po půlnoci

18. Máte dostatek volného času pro odpočinek?

ano, někdy, ne

19. Jak trávíte většinou svůj volný čas?

a) fyzicky pasivně (internet, četba, TV, poslech hudby, PC, spánek, jinak_____)

b) fyzicky aktivně (sport, nákupy, procházky, úklid, fyz. náročnější práce, jinak_____)

c) duševně pasivně (spánek, TV, jinak_____)

d) duševně aktivně (četba, povídání s přáteli, hra na nástroj, fyzicky nenáročná tvorba čehokoliv, jinak_____)

20. Kolik hodin **v součtu** denně strávíte u internetu (zahrnutý jsou PC, tablet, mobilní telefon atd.)?

1-2h, 3-4h, 5-6h, více než 6h

Prevence

21. Chodíte na pravidelné lékařské prohlídky (zubní lékař, gynekolog, obvodní lékař)?

ano, ne

22. Cítíte se fyzicky dlouhodobě v pohodě?

ano, spíše ano, spíše ne, ne

23. Prožíváte často stres ve školním, pracovním či rodinném prostředí?

ano, občas, ne

24. Jaká oblast je pro Vás nejvíce stresující?

škola, časová tíseň, neúspěch, rodina, osobní vztahy, přátelé, partner, zaměstnání, ekonomická situace, nespokojenost se sebou

25. Jste spokojena se svým zevnějškem?

ano, spíše ano, spíše ne, ne

26. Jste spokojena se svým sexuálním životem?

ano, spíše ano, spíše ne, ne

27. Používáte při náhodném sexuálním styku vždy ochranu (prezervativ)?

ano, občas, ne

28. Jak často míváte sexuální styk?

1-3x/týden, 4-7x/týden, 1-2x/měsíc, nepravidelně, nemám

29. Užíváte hormonální antikoncepci?

ano, ne

30. Kouříte?

ano, příležitostně, ne

31. Pobýváte v zakouřeném prostředí (hospoda, restaurace, zaměstnání atd.)?

denně, 5x-6x týdně, 3x-4x týdně, 2x-1x týdně, zřídka

32. V kolika letech jste začala s kouřením?

před třináctým rokem, před patnáctým rokem, před osmnáctým rokem, po osmnáctém roce

33. Kouříte ráno po probuzení (myšleno i ke kávě atd.)?

ano, ne

34. Jak často v průměru pijete alkohol?

denně, příležitostně, zřídka, ne

35. Věk

Příloha č. 2:

Seznam grafů:

Graf 1: Počet hodin denního spánku u zkoumaného souboru v procentech (n=462).....	24
Graf 2: Pocit dostatečného odpočinutí během spánku u zkoumaného souboru v procentech (n=462).....	24
Graf 3: Doba obvyklého usínání u zkoumaného souboru v procentech (n=462).....	25
Graf 4: Konzumace alkoholu u zkoumaného souboru v procentech (n=462).....	25
Graf 5: Výskyt kuřáček u zkoumaného souboru v procentech (n=462).....	26
Graf 6: Vztah k pohybové aktivitě u zkoumaného souboru v procentech (n=462)	26
Graf 7: Subjektivní pocit duševní svěžesti u zkoumaného souboru v procentech (n=462)	27
Graf 8: Četnost absolvování pohybové aktivity u zkoumaného souboru v procentech (n=462)	28
Graf 9: Užívání hormonální antikoncepce u zkoumaného souboru v procentech (n=462).....	28
Graf 10: Spokojenost se sexuálním životem u zkoumaného souboru v procentech (n=462)	29
Graf 11: Užívání ochrany při náhodném sexuálním styku u zkoumaného souboru v procentech (n=462).....	30
Graf 12: Spokojenost se svým zevnějškem u zkoumaného souboru v procentech (n= 462)	30
Graf 13: Nejvíce stresující oblast u zkoumaného souboru v procentech (n=462)	32
Graf 14: Stres ve školním, pracovním či rodinném prostředí u zkoumaného souboru v procentech (n=462)	32
Graf 15: Subjektivní pocit fyzické pohody u zkoumaného souboru v procentech (n=462).....	33
Graf 16: Pravidelné preventivní prohlídky u zkoumaného souboru v procentech (n=462).....	34
Graf 17: Počet strávených hodin u PC a internetu u zkoumaného souboru v procentech (n= 462)	34
Graf 18: Dostatek volného času pro odpočinek u zkoumaného souboru v procentech (n=462).	35
Graf 19: Aplikování diety za účelem hubnutí u zkoumaného souboru v procentech (n=462)....	36
Graf 20: Zvyšování příjmu jídla ve stresovém období u zkoumaného souboru v procentech (n=462).....	36
Graf 21: Konzumace posledního jídla před spaním u zkoumaného souboru v procentech (n= 462).....	37
Graf 22: Konzumace alespoň jednoho teplého jídla denně u zkoumaného souboru v procentech (n=462).....	38
Graf 23: Subjektivní pocit zdravého stravování u zkoumaného souboru v procentech (n= 462)	38
Graf 24: Denní konzumace zeleniny a ovoce u zkoumaného souboru v procentech (n=462)	39
Graf 25: Počet denních jídel u zkoumaného souboru v procentech (n=462)	39

Graf 26: Spokojenost se svou tělesnou hmotností u zkoumaného souboru v procentech (n=462)	40
Graf 27: Obvyklý způsob trávení volného času u zkoumaného souboru v procentech (n=462)	40
Graf 28: Pobývání v zakouřeném prostředí u zkoumaného souboru v procentech (n=462)	41
Graf 29: Začínání s kouřením u zkoumaného souboru v procentech (n=462)	42
Graf 30: Kouření po probuzení u zkoumaného souboru v procentech (n=462)	42
Graf 31: Zkušenost s drogami u zkoumaného souboru v procentech (n=462)	43
Graf 32: Denní příjem tekutin (bez zahrnutí kávy) u zkoumaného souboru v procentech (n=462)	43

Seznam tabulek

Tabulka 1: Kontingenční tabulka pro závislost mezi počtem hodin denního spánku a dostatečným odpočínutím během spánku u zkoumaného souboru (n=462)	44
Tabulka 2: X2 test pro závislost mezi počtem hodin denního spánku a dostatečným odpočínutím během spánku u zkoumaného souboru (n=462)	45
Tabulka 3: Kontingenční tabulka pro závislost mezi dostatečným odpočínutím během spánku a obvyklou dobou usínání u zkoumaného souboru (n=462)	46
Tabulka 4: X2 test pro závislost mezi dostatečným odpočínutím během spánku a obvyklou dobou usínání u zkoumaného souboru (n= 462)	47
Tabulka 5: Kontingenční tabulka pro závislost mezi konzumací alkoholu a kuřáctvím u zkoumaného souboru (n=462)	48
Tabulka 6: X2 test pro závislost mezi konzumací alkoholu a kuřáctvím u zkoumaného souboru (n= 462)	48
Tabulka 7: Kontingenční tabulka pro závislost mezi vztahem k pohybové aktivitě (n=462)	49
Tabulka 8: X2 test pro závislost mezi vztahem k pohybové aktivitě a duševní svěžestí u zkoumaného souboru (n=462)	50
Tabulka 9: Kontingenční tabulka pro závislost mezi negativním vztahem k pohybové aktivitě a sníženou četností jejího vykonávání u zkoumaného souboru (n=462)	51
Tabulka 10: X2 test pro závislost mezi negativním vztahem k pohybové aktivitě a sníženou četností jejího vykonávání u zkoumaného souboru (n=462)	52