

**Univerzita Pardubice**

**Fakulta filozofická**

**Srovnání výskytu nemocnosti mezi studenty  
Univerzity Pardubice před a během prvního roku  
studia**

**Lukáš Daněk**

**Bakalářská práce**

**2011**

Univerzita Pardubice  
Fakulta filozofická  
Akademický rok: 2010/2011

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Lukáš DANĚK  
Osobní číslo: H07485  
Studijní program: B6107 Humanitní studia  
Studijní obor: Humanitní studia  
Název tématu: Srovnání výskytu nemocnosti mezi studenty Univerzity  
Pardubice před a během prvního roku studia  
Zadávající katedra: Katedra věd o výchově

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1)Úvod 2)Teoretická část: a)Současný pohled na nemoc b)Druhy nemocí c)Vliv dědičnosti na výskyt nemocí d)Vliv prostředí a působení stresorů na výskyt nemocí e)Psychologická stránka průběhu nemoci 3)Praktická část: a)Dotazníkové šetření týkající se porovnání nemocnosti před začátkem studia na vysoké škole a v průběhu prvního ročníku studia u studentů Univerzity Pardubice b)Zpracování údajů získaných dotazníkovou metodou c)Vyhodnocení výzkumu- interpretace výsledků 4)Závěr

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci, Vyd.1. Praha: Grada, 2002. 198s. ISBN 80-247-0179-0 KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví, Vyd.3. Praha: Portál, 2009. 279s. ISBN 978-80-7367-568-4 KAPR, Jaroslav; MÜLLER, Čestmír. Kniha o nemoci: Eseje o nemoci, nemocném a lékaři, Vyd.1. Praha: Avicenum, 1986. 135s. MLČÁK, Zdeněk. Psychologie zdraví a nemoci, Vyd.1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. 84s. ISBN 80-7368-035-1

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Křišťálová  
Katedra věd o výchově

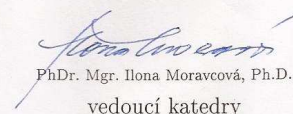
Datum zadání bakalářské práce: 30. dubna 2010

Termín odevzdání bakalářské práce: 31. března 2011



prof. PhDr. Petr Vorel, CSc.  
děkan

L.S.



PhDr. Mgr. Ilona Moravcová, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2010

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č.121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzity Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 26.6..2011

Lukáš Daněk

## **Poděkování**

Na tomto místě bych velice rád poděkoval PhDr. Janě Křišťálové za odbornou pomoc a připomínky k mé bakalářské práci. Dále také za vynaložený čas a vstřícnost.

Děkuji studentům Fakulty filozofické, Fakulty ekonomicko-správní a Fakulty chemicko-technologické, kteří byli laskaví a vyplnili dotazník, jehož výsledky mně pomohly k vyhodnocení výzkumné části bakalářské práce.

## **ANOTACE**

Práce je zaměřena na výskyt nemocnosti u studentů Univerzity Pardubice na střední škole a v prvním ročníku na vysoké škole. Zkoumá, jak se změnil výskyt nemocnosti u studentů po přechodu na vysokou školu. Jejím cílem je seznámit se se současným pohledem na nemoci, druhy onemocnění, vlivem prostředí na studenty nebo současným životním stylem vysokoškoláků.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

současný pohled na nemoc, druhy onemocnění, stresory, dědičnost, psychologická stránka nemoci

## **TITLE**

Comparison of Illness among the Students of University of Pardubice, before and during the First Year of Study

## **ANNOTATION**

My work is focused on the incidence of illness among students of the University of Pardubice in high school and first year in University. It examines how the changed incidence of illness after students transition to University. Its goal is to become familiar with the current view of the disease, the type of disease, environmental influences on students or current college lifestyle.

## **KEYWORDS**

current view of the disease, the type of illness, stressors, inheritance, psychological sites of illness

# Obsah

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1 Současný pohled na nemoc .....	11
1.1 Příčiny vzniku nemocí .....	11
1.1.1 Kouření .....	11
1.1.2 Užívání drog .....	13
1.1.3 Alkoholismus .....	14
1.1.4 Obezita .....	15
2 Druhy nemocí .....	17
2.1 Kardiovaskulární onemocnění .....	17
2.1.1 Esenciální hypertenze .....	18
2.1.2 Koronární skleróza.....	19
2.1.3 Cévní mozkové příhody.....	19
2.2 Typy rakoviny (karcinomu) .....	21
2.3 Infekční onemocnění.....	22
2.3.1 Chřipka (influenza) .....	22
2.3.2 HIV/AIDS .....	23
2.3.3 Virová hepatitida typu C (žloutenka).....	23
3 Vliv dědičnosti na výskyt nemocí.....	24
3.1 Historie genetiky .....	25
3.2 Co dědíme? .....	25
4 Vliv prostředí a působení stresorů na výskyt nemocí .....	26
4.1 Stres .....	26
4.1.1 Historie studie stresu.....	27
4.1.2 Stresory .....	28
4.1.3 Stres a práce .....	29
4.1.4 Životní události .....	30
4.2 Znečištěné prostředí.....	31
5 Psychologická stránka průběhu nemoci.....	32
5.1 Co je to nemoc? .....	33
5.1.1 Subjektivní vnímání nemoci .....	33
5.1.2 Boj pacienta s nemocí.....	36
5.1.3 Obavy o zdraví.....	37
PRAKTICKÁ ČÁST .....	39
6 Dotazníkové šetření, týkající se porovnání nemocnosti studentů Univerzity Pardubice před začátkem studia na VŠ a v průběhu 1.ročníku.....	39
6.1 Odůvodnění výzkumu.....	39
6.2 Metodologie výzkumu .....	39
6.3 Cílová populace .....	40
6.4 Popis průběhu sběru výzkumných dat .....	40
6.5 Hypotézy.....	40
7 Zpracování údajů získaných dotazníkovou metodou.....	41

7.1 H1: Výskyt nemocnosti je vyšší u studentů na střední škole než na vysoké škole. .....	41
7.2 H2: Počet výskytu nemocnosti je vyšší u studentů, kteří pravidelně kouří. ....	45
7.3 H3: Výskyt nemocnosti je vyšší u studentů, kteří pravidelně konzumují alkohol	47
7.4 H4: Počet výskytu nemocnosti je vyšší u studentů, kteří pravidelně užívají drogy. .....	50
7.5 H5: Výskyt nemocnosti je vyšší u studentů, kteří pravidelně nesportují.....	53
7.6 Shrnutí hypotéz .....	63
8. Závěr výzkumu. ....	64
ZÁVĚR.....	66
Seznam použité literatury .....	67
Přílohy.....	68
Seznam grafů .....	68
Dotazník.....	69



## ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je popsat míru a příčiny výskytu nemocnosti mezi studenty Univerzity Pardubice. Porovnat její četnost a příčiny na střední škole a následně na vysoké škole. Toto téma jsem si zvolil, jelikož již v mém nízkém věku (23 let) mám s nejrůznějšími druhy nemocí své zkušenosti, takže je mi blízké.

S nějakým typem nemoci se v průběhu života, s vysokou mírou pravděpodobnosti, potká každý. Člověk může trpět nemocí v minimální míře, ale může mu komplikovat i celý život. Současná medicína nabízí pacientům mnoho nových léčebných možností, nově vynalezených léků, přesto je ale nemocnost, vzhledem k počtu obyvatel na celém světě, stále vysoká. Největším problémem současné doby jsou nemoci způsobené nesprávně vedeným životním stylem a z něho vyplývající onemocnění. Nemoc brání člověku v jeho každodenních aktivitách, v jeho profesním i osobním životě.

Má bakalářská práce se dělí na část teoretickou, obsahující pět kapitol a část praktickou, která obsahuje výzkumné šetření dotazníkovou metodou.

V první kapitole mé bakalářské práce se zabývám současným pohledem na nemoc a především nejčastějšími příčinami vzniku nejrůznějších onemocnění. Popisuji zde čtyři důležité faktory ovlivňující naše zdraví a jejich význam na člověka z hlediska biologického, psychologického a sociálního.

Druhá kapitola popisuje nejčastější druhy nemocí v současné době. Jedná se o kardiovaskulární (což je nejčastější druh onemocnění v současném světě), onkologické a infekční onemocnění.

V třetí kapitole se věnuji vlivu dědičnosti na výskyt nemocnosti, dále historií genetiky a tím, co vlastně dědíme.

Čtvrtá kapitola pojednává o vlivu prostředí a působení stresorů na výskyt onemocnění. Hlavním bodem této kapitoly je stres - jeho historie, vliv stresorů na člověka nebo životní události, které nás během celého života potkávají.

Poslední, pátou kapitolou, je pohled na nemoc z hlediska psychologického. Jak člověk

vnímá nemoc, jak se s ní dokáže vyrovnat a následně s ní bojovat.

Praktická část mé bakalářské práce obsahuje výzkumné šetření týkající se porovnání výskytu nemocnosti mezi studenty Univerzity Pardubice na střední a vysoké škole. Kvantitativní výzkum byl prováděn dotazníkovou metodou. Tato část obsahuje i popis průběhu sběru dat, interpretaci výsledků s množstvím grafů a závěr.

# **TEORETICKÁ ČÁST**

## **1 Současný pohled na nemoc**

Dnešní pohled na nemoc se od minulých století značně liší. Dříve lidé hromadně umírali především na různé infekční nemoci. Velkou příčinou úmrtnosti ve 20.století byly válečné konflikty či velice špatné hygienické podmínky. Dožít se v 19. století 60. roku života se rovnalo téměř zázraku. Lidé se nikdy nedoživali tak vysokého věku jako je tomu v dnešní době.

Zdraví dnes není zdaleka vnímáno jen z hlediska biologického, ale i ze sociálního a psychologického. Vznik dnešních nemocí je do značné míry ovlivněn životním stylem. Zde jsou jen některé příčiny, které vedou ke vzniku nemocí: kouření, užívání drog, nadměrná konzumace alkoholu, stres. Výskyt nemocí je patrný u stále mladší populace.

### **1.1 Příčiny vzniku nemocí**

Příčin vzniku nemocí je mnoho. V této části se pokusím popsat 4 nejčastější, které bezpochyby naše zdraví ovlivňují. Jedná se o kouření, nadměrnou konzumaci alkoholu, užívání drog a obezitu.

#### **1.1.1 Kouření**

Kouření je jev, který je celosvětově rozšířený. Kouří mladí, staří, kouří muži i ženy. V 1. polovině 20. století to byla výsada mužů, v době ženské emancipace se tento zvyk rozšířil i mezi ženy a dnes mezi mladistvými dokonce kouří více dívek než chlapců. 30%

úmrť na rakovinu je způsobeno kouřením, ještě o něco více je spojeno s různými kardiovaskulárními potížemi.

**Sociální důvody:** Prvotním důvodem ke kouření bývá nejčastěji vliv prostředí, druhých lidí. Studie mezi dospívajícími (12-18 let, 15% populace) kuřáky ukazuje, že hlavním důvodem bylo naléhání, přání kamarádů co je vedlo k první cigaretě, start kouření bývá také nazýván jako „sociální nakažlivost“. Pokud někdo začne kouřit, je velice těžké přestat, je to jeden z nejsložitějších psychologických kroků vůbec. Proto je velice důležitá prevence kouření, se kterou by se mělo začínat v dětském věku.

**Psychologické důvody:** Dalším důvodem je stres. Pokud se člověk nachází ve stresových situacích, je pro něj kouření jednou z možností jak tyto momentální problémy lépe zvládat. Kouření také přitahuje lidi, kteří trpí pocity méněcennosti a žijí v sociální izolaci. Ve společnosti se také, hlavně kvůli reklamě, pěstuje tzv. obraz kuřáka. Je zobrazován na reklamách, na bilboardech jako 100% zdravý, silný, nezávislý muž a kdo chce být takovým člověkem, musí kouřit. Podobně je to se ženami, které se s cigaretou pohybují ve společnosti atraktivních mužů v situacích odpočinku a dobré nálady.

**Zdravotní negativa kouření:** 1,6 milionu kuřáků zemře každý rok na nemoci spojené s kardiovaskulárními potížemi, 30% všech úmrť na rakovinu je způsobeno kouřením, zvyšuje riziko dýchacích obtíží, zvyšuje nebezpečí dopravních nehod, má negativní vliv na vývoj plodu v matčině děloze, často slouží jako úvodní druh závislosti k dalším formám- například drogám, kuřáci jsou většinou méně fyzicky aktivní než nekuřáci.<sup>1</sup>

"Kouření je autoagresivní chování, které si osvojil jen člověk. Není známo, že by se jiný živočišný druh na Zemi poškozoval obdobným způsobem. Bylo shromážděno tolik přesvědčivých důkazů o zdravotních rizicích kouření, jejich ekonomických, sociálních a etických souvislostech, že není důvod aby společnost ve 21. století nadále tolerovala další šíření této drogy. Neobstojí ani argumenty vyzdvihující ekonomický význam pěstování tabáku pro

---

<sup>1</sup> Více KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. Kouření, s. 190-193. ISBN 80-7178-551-2

rozvojové země. Prostředky vynaložené na kouření mohou být účelněji využity jinak. Omezování epidemie kuřáctví je celospolečenskou prioritou. Světová zdravotnická organizace dává dostatek vhodných podnětů a doporučení, jak dospět ke světu bez tabáku."<sup>2</sup>

### 1.1.2 Užívání drog

Drogou rozumíme každou přírodní či uměle vytvořenou látku, která má schopnost ovlivňovat prožívání a chování člověka.

**Tělesné potíže:** Často dochází k epileptickým záchvatům při intoxikaci nebo při odvykání. Riziko poškození mozku, výskyt hepatitidy (především typu C), nádory, otrava krve, AIDS. Také dochází k častým problémům v oblasti intimního života. Dále často pod vlivem drog dochází k dopravním nehodám.

**Duševní potíže:** Násilí, jak vůči cizím, tak blízkým lidem. Dochází k dlouhodobým depresivním stavům, střídáním nálad. Člověk jedná nepromyšleně, ukvapeně a nebezpečně- nejen pro sebe. U člověka vyvolává závislost na dané látce. Pokud člověk trpí psychickou závislostí na droze, je nucen látku dostávat v pravidelných intervalech, jinak dojde k výskytu nepříjemných abstinčních příznaků.

**Sociální potíže:** Lidé závislí na drogách se často uchylují ke krádežím a loupežím. Dochází k nižší produktivitě práce a mohou nastat problémy v rodinném životě.<sup>3</sup>

Nyní uvedu několik typů závislosti:

- 1) *alkoholo-barbiturátový typ:* V našich podmínkách je to typ nejčastější. Závislost na alkoholu, hypnotikách, sedativech nebo ostatních lécích, které mají na psychiku člověka tlumivý účinek (např. Diazepam, Fenobarbital).

---

<sup>2</sup> DOLINA, Jiří, et al. *Civilizace a nemoci*. Vyd. 1. Praha: Futura, 2009. Kouření , s. 60. ISBN 978-80-86844-53-4

<sup>3</sup> Více DOLINA, Jiří, et al. *Civilizace a nemoci*. Vyd. 1. Praha: Futura, 2009. Alkohol, jiné drogy a hazardní hra. , s. 61. ISBN 978-80-86844-53-4

2) *kanabisový typ*: Látky pocházející z indického konopí, jako např. hašiš či asi nejvíce rozšířená droga (po nikotinu a alkoholu) marihuana, která si získala veřejnost díky schopnosti navodit pocity euforie, pocity uvolněnosti a zvýšené sexuální aktivity.

3) *kokainový typ*: Ve světě vůbec nejrozšířenější druh závislosti (př. kokain, crack).

4) *kofeinový typ*: Závislost na kofeinu, který je obsažen například v kávě, čaji či coca-cole.

5) *opiátový typ*: Závislost na opiu a jeho alkaloidech, patří sem například: Morfin, Mathadon nebo heroin.<sup>4</sup>

### 1.1.3 Alkoholismus

V západním světě se dnes setkáváme asi se 40% těch, kteří jsou označováni za abstinenty (alkohol vůbec nepijí), dále potom občasní příjemci (asi 35%), umírnění pijáci (17%) a závislí alkoholici (6%).

Vliv alkoholu na člověka je jak přímý, tak nepřímý. Přímým vlivem jsou takto onemocnění způsobená touto škodlivou látkou. Může to být například cirhóza jater způsobena nadměrným konzumováním alkoholických nápojů, dále potom vznik kardiovaskulárních onemocnění nebo vliv na děti, jejichž matky často konzumovaly alkohol v průběhu těhotenství.

Mezi vlivy nepřímé můžeme zařadit například dopravní nehody, které jsou často způsobeny vysokou hladinou alkoholu v krvi řidičů. Mimořádně autonehody takto zaviněné patří mezi 4 nejčastější způsoby úmrtí (po kardiovaskulárních, onkologických a infekčních onemocněních). Nepřímý vliv alkoholu na člověka je prokázán i u kriminálních činů. Lidé pod vlivem alkoholu jsou odvážnější, vyzývavější, více si dovolí a zvyšuje se

---

<sup>4</sup> Více MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. Nezávislost na alkoholu a jiných drogách, s. 17-18. ISBN 80-7368-035-1

jejich pocit nadřazenosti vůči slabšímu jedinci. Tím se také dostávají, ať už jako agresoři nebo jako oběti, do konfliktních situací. Dalším vedlejším vlivem může být rizikové sexuální chování (např. znásilnění).

Nadměrným konzumováním alkoholu může dojít k potížím v rámci rodinného života, ať už k finančním problémům plynoucím z dlouhodobé nezaměstnanosti, zanedbáváním dětí, jejich zneužívání. Stoupají také nároky na zdravotní a sociální služby.<sup>5</sup>

Stádia alkoholismu můžeme seřadit do 3 fází: prodromální (varovné), kruciální (rozhodné) a terminální (konečné).

1) *prodromální*: Člověk začíná požívat alkohol utajovaně, častěji myslí na alkohol a vytváří si zásoby. Kvůli pití alkoholu a jeho důsledkům ho začínají trápit pocity viny a začínají se objevovat krátkodobé výpadky paměti.

2) *kruciální* : Jedinec ztrácí nad alkoholem kontrolu, snaží se sice pití opakovaně kontrolovat, ale neúspěšně. Vyskytuje se řada povahových změn, výkyvy nálad, deprese, nespavost, zvracení, nechutenství. Typické jsou i sexuální problémy související s nadměrným užíváním alkoholu. V této fázi se často hroubí manželství, rozpadají se vztahy jak v rodině, s přáteli tak na pracovišti.

3) *terminální*: Oslabuje se jak tělesné, tak duševní zdraví, dochází k velmi snížené toleranci na alkohol. Člověk často pije i po ránu, objevují se psychické poruchy a nastává degradace osobnosti i životního stylu.<sup>6</sup>

#### **1.1.4 Obezita**

---

<sup>5</sup> Více KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. Drogy a alkohol, s. 195-196. ISBN 80-7178-551-2

<sup>6</sup> Více MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. Nezávislost na alkoholu a jiných drogách, s. 18-19. ISBN 80-7368-035-1

Obezita je v posledních letech jedním z největších problémů v naší společnosti, a to jak u dospělých, tak u dětí. Nadváhou či obezitou trpí v České republice až 55% lidí. Dříve bylo uváděno, že na výskyt obezity má přibližně stejný vliv jak dědičnost, tak prostředí.

Dnes jednoznačně převažuje vliv prostředí a styl života, i když dědičnost je, při pohledu na lidi trpící obezitou a jejich rodiče, stále patrná. Mezi nejčastější zdravotní důsledky této nemoci patří výskyt kardiovaskulárních a metabolických onemocnění.

Při tvorbě nadměrné tukové tkáně a rozvoje obezity sehrává důležitou úlohu pozitivní energetická bilance. Právě její nepoměr je příčinou nadbytečné tukové tkáně, která může nabývat neomezených rozměrů. Na jedné straně je neadekvátní příjem v podobě energeticky bohaté stravy a na druhé straně, v dnešní technologicky vyspělé společnosti, příliš nízká fyzická aktivita.

Nezbytnou součástí při léčbě obezity je kognitivně-behaviorální terapie. Jde o cílevědomý psychologický přístup, který zahrnuje analýzu životního stylu, zvyklostí pacienta, stravovacích a pohybových návyků. Pacient poté musí mít kontrolu nad svými stravovacími návyky, výpočtem a sledováním denního příjmu energetické hodnoty. Velice důležitou součástí je i vlastní pohybová aktivita.

Základní body racionální léčebné diety: snížení celkového energetického příjmu, pestrost a pravidelnost stravy, skladba makroživin (tuky, bílkoviny, sacharidy), zastoupení mikroživin (vitamíny, minerály) a pravidelný příjem tekutin.<sup>7</sup>

Obezita se samozřejmě dá léčit i psychoterapií. Tato "léčba" vypadá zdánlivě jednoduše, ale vyžaduje od pacientů obrovskou vůli a tak není překvapivým zjištěním, že není příliš úspěšná. Dále potom existuje léčba pomocí léků a léčba chirurgická. Tyto dva postupy zatím příliš využívány nejsou, ale jsou úspěšnější než psychoterapie nebo dieta.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Více DOLINA, Jiří, et al.. *Civilizace a nemoci*. Vyd. 1. Praha: Futura, 2009. Obezita , s. 120-124. ISBN 978-80-86844-53-4

<sup>8</sup> Více Prof. MUDr. SVÁČINA, Štěpán. DrSc. *Nadváha a obezita u dospělých*. [online] 17 .01 .2011 [cit. 2011-02-13]. Dostupný z WWW: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/nadvaha-a-obezita-u-dospelych-457511>



"Obezita je definována patologickým zmnožením tukové tkáně v organismu. Normální podíl tuku v organismu je u žen do 25-30% a u mužů do 20-25%. Podle zavedené klasifikace obezity podle Queteletova indexu, který je dnes celosvětově nazýván jako body mass index (BMI), rozdělujeme obezitu do tří stupňů. Při BMI 30,0-34,9 kg/m<sup>2</sup>(na druhou) hovoříme o I. stupni obezity, BMI 35,0-39,9 kg/m<sup>2</sup>(na druhou) označujeme jako II. stupeň obezity a BMI > 40,0 kg/m<sup>2</sup>(na druhou) hodnotíme jako III. stupeň obezity. O nadváze hovoříme při hodnotách BMI v rozmezí 25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup>(na druhou)."<sup>9</sup>

## **2 Druhy nemocí**

Nemocí, které v současné době nejvíce ohrožují člověka, je mnoho. Ve své práci se budu zabývat třemi nejčastějšími, které nás v současné době ohrožují - kardiovaskulární, onkologická a infekční onemocnění. Ačkoliv nehody a úrazy nelze zařadit mezi klasické nemoci, je třeba zmínit, že po kardiovaskulárních a onkologických onemocněních jsou třetí nejčastější příčinou úmrtí.

### **2.1 Kardiovaskulární onemocnění**

Kardiovaskulární onemocnění patří v současnosti mezi nejčastější příčiny úmrtnosti v EU. Ročně si vyžádá přibližně 2 miliony lidských životů. Toto onemocnění postihuje srdce a cévy, může mít mnoho podob, jako například esenciální hypertenzi, náhlou mozkovou mrtvici, či koronární sklerózu.. Tato onemocnění jsou spojena s nezdravým životním stylem. Prevence proto musí být zaměřena na hlavní faktory způsobující tato onemocnění jako jsou kouření, konzumace alkoholu, drogy, pohybová aktivita a výživa.

---

<sup>9</sup> DOLINA, Jiří, et al.. *Civilizace a nemoci*. Vyd. 1. Praha: Futura, 2009. Obezita , s. 119. ISBN 978-80-86844-53-4

### 2.1.1 Esenciální hypertenze

„Esenciální hypertenze je onemocněním, při kterém jsou hodnoty krevního tlaku pacienta dlouhodobě zvýšeny nad normální fyziologické parametry (tj. 90 mmHg diastolického tlaku a 140 mmHg systolického tlaku). Rozhodujícím faktorem je diastolický tlak, podle něhož lze rozlišovat mírnou hypertenzi (do 104 mmHg), středně závažnou (105-114 mmHg) a těžkou hypertenzi (nad 115 mmHg).“<sup>10</sup>

Onemocnění esenciální hypertenze probíhá ve třech stádiích. V prvním stádiu je pouze zvýšený krevní tlak bez jakéhokoliv poškození jiných orgánů. Ve druhém již dochází ke změnám na očním pozadí, může docházet ke zbytnění levé komory srdeční a v moči pacienta se objevují bílkoviny. V posledním, třetím stádiu, dochází k závažným poruchám funkcí orgánů, jako jsou srdeční selhávání, výrazné změny na sítnici oka nebo mozková cévní příhoda.

Narozdíl od esenciální, je sekundární hypertenze vyvolávána řadou konkrétních příčin, jako např. onemocnění ledvin. Pacientů se sekundární hypertenzí je oproti předešlým značné minimum (asi 5%). Mezi faktory způsobující sekundární hypertenzi se řadí:

- a) vrozené faktory
- b) obezita (hypertenze je u obéznějších osob asi 3x častější)
- c) pravidelná spotřeba vysokých dávek alkoholu
- d) vyšší příjem soli z výživy
- e) soubor psychosociálních faktorů

Tyto rizikové faktory působí ve vzájemné souvislosti.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. Kardiovaskulární onemocnění, s.59. ISBN 80-7368-035-1

<sup>11</sup> Více KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2002. Pacient s kardiovaskulárním onemocněním , s. 112. ISBN 80-247-0179-0

### 2.1.2 Koronární skleróza

Koronární skleróza, nebo-li ateroskleróza, je postižení tepen, při němž dochází k ukládání cholesterolu na cévní stěny. Při tomto procesu se tepna neustále zužuje a dochází tak jejímu uzavírání, čímž se zhoršuje její prokrvení.

„Koronární sklerózou je označen aterosklerotický proces, který probíhá ve věnčitých (koronárních) srdečních tepnách. Ten způsobuje i ICHS (ischemickou chorobu srdeční) a její chronické formy- anginu pectoris, srdeční nedostatečnost, případně i při náhlém uzávěru koronární tepny tzv. infarkt myokardu.“<sup>12</sup>

Vznik koronární sklerózy může způsobit řada faktorů jako například esenciální hypertenze, kouření nebo psychosociální vlivy.

### 2.1.3 Cévní mozkové příhody

Cévní mozkové příhody (CMP) jsou v současnosti třetím nejrozšířenějším onemocněním, na které lidé ve vyspělých zemích umírají.

Příčiny, kdy dojde k poškození funkce mozku, mohou být dvě:

1) když nedochází k dostatečnému prokrvení v určité oblasti mozku (tzv. ischemická CMP) nebo, 2) když dojde k prasknutí tepny v mozku (krvácivá CMP). Velkým problémem těchto mozkových příhod je, že jejich následkem dochází k trvalé invaliditě. Rizikovým faktorem výskytu těchto onemocnění je, jako ve spoustě jiných nemocí, věk, který ovšem ovlivnit nelze. Co ovlivnit lze, a čím se tak lidé mohou vyvarovat tomuto

---

<sup>12</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2002. Pacient s kardiovaskulárním onemocněním, s. 114. ISBN 80-247-0179-0

onemocnění, je například kouření, obezita nebo zvýšená hladina cholesterolu v krvi.<sup>13</sup>

## 2.2 Onkologická onemocnění

Rakovina není nemoc, která by se objevila až v posledních letech. Psal o ní již Hippokrates (přibližně 400 let př.n.l.). Skutečnost je i přesto taková, že zůstává druhou nejčastější nemocí, na kterou lidé umírají. Nádory způsobující rakovinu můžeme rozdělit na dva typy: benigní a maligní. Benigní nádor není pro člověka nebezpečný, jelikož zůstává na jednom místě. Druhý, pro člověka velice nebezpečný nádor, maligní, se rozvíjí destruktivně a prorůstá do okolních tkání.<sup>14</sup>

Existuje mnoho druhů nádorových onemocnění. Například rakovina prsu, rakovina plic, rakovina kůže a podkoží, rakovina žaludku, karcinom střev a konečníku, atd. Na vzniku rakoviny má svůj podíl i dědičnost, avšak nejrizikovějším faktorem je životní styl. K nejvýznamnějším faktorům, které ovlivňují vznik rakoviny, patří zvýšený příjem alkoholu, nezdravé opalování či nedostatek pohybu.

Mnoho lidí žije v mylné představě, že pasivní kouření nemůže rakovinu způsobit, což není pravda. Lidé, kteří dlouhodobě vdechují kouř, jsou tomuto riziku do značné míry vystaveni také. Dalšími faktory, které mohou vyvolat vznik rakoviny je věk nad 65 let, výskyt rakoviny v rodině nebo znečištěné ovzduší. Mezi nejčastější příznaky tohoto onemocnění můžeme řadit bolest na hrudi, vykašlávání krve nebo stálý pocit únavy. Nyní se pokusím uvést a popsat alespoň některé z karcinomů.

---

<sup>13</sup> Více DOLINA, Jiří, et al.. *Civilizace a nemoci*. Vyd. 1. Praha: Futura, 2009. Cévní mozkové příhody. s. 92-93. ISBN 978-80-86844-53-4

<sup>14</sup> Více MLČÁK, Z. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. Onkologická onemocnění, s.60. ISBN 80-7368-035-1

### 2.2.1 Typy rakoviny (karcinomu)

Rakovina plic je jedním z celosvětově nejrozšířenějších typů. V České republice dokonce zaujímá první místo v mužské populaci mezi všemi typy karcinomů. Pravděpodobnost vzniku rakoviny plic značně stoupá s počtem vykouřených cigaret. Šíří se po celém organismu a je maligní, tedy zhoubná.

Dalším typem je rakovina prsu, která se vyskytuje u žen. Může se vyskytovat i u mužů, ale to jsou velice vzácné případy. Stejně jako v případě rakoviny plic je tento nádor zhoubný. Dobrou zprávou je, že z dlouhodobého hlediska úmrtnost na nádory prsu u žen stabilně klesá. Mezi rizikové faktory vzniku karcinomu prsu se řadí časná menstruace nebo porod po 35. roku života. Dalším faktorem může být geografická lokalizace. V průmyslově vyspělých zemích je podíl žen s tímto nádorem vyšší, může za to například znečištěné ovzduší nebo vyšší zaměstnanost žen, na které více působí různé stresové situace.

Kolorektální karcinom je nádor vznikající z buněk, které vystylají tlusté střevo. Nádory mohou být jak zhoubné, tak nezhoubné. Je to druhý nejčastější nádor (za rakovinou plic), na který se v ČR umírá. Mezi rizikové faktory této nemoci patří především strava s vysokým obsahem živočišných tuků, nízký obsah vlákniny ve stravě, kouření cigaret nebo výskyt onemocnění v rodině. Hlavním příznakem může být přítomnost krve ve stolici, ztráta na váze bez jasnějších příčin či zácpa.

Karcinom žaludku je jedním z celosvětově nejrozšířenějších. Dobrou zprávou je, že jeho výskyt ve vyspělých státech stále klesá, a to především díky změně stravovacích návyků, sociálních a hygienických podmínek. Na rozvoji karcinomu žaludku se nejvíce podílí nedostatečná konzumace ovoce a zeleniny, nadbytek soli a samozřejmě kouření a vysoký příjem alkoholu.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Více DOLINA, Jiří, et al. *Civilizace a nemoci*. Vyd. 1. Praha: Futura, 2009. Cévní mozkové příhody, s. 92-93. ISBN 978-80-86844-53-4

## 2.3 Infekční onemocnění

Infekční onemocnění jsou většinou způsobena viry, bakteriemi nebo parazity. Jsou přenosná z člověka na člověka nebo ze zvířete na člověka. Patří sem onemocnění, která nejsou příliš vážná (chřipka, zarděnky), ale i onemocnění vážného charakteru (HIV/AIDS nebo hepatitida typu C). Infekce může postihovat jakýkoli orgán nebo orgánovou soustavu, kde má ideální podmínky k přežití.

### 2.3.1 Chřipka (influenza)

Chřipka je pravděpodobně nejznámější virovou infekcí po celém světě. Je to onemocnění, které se přenáší infikovaným vzduchem, vyznačuje se teplotou, bolestmi hlavy či svalů. Chřipkové viry můžeme rozdělit do 3 kategorií: Typ A, B a C.

"Myxovir typu A je pro člověka zdaleka nejnebezpečnější. Nejpozoruhodnější epidemie jsou způsobovány virem influenzy typu A (u nich pozorujeme antigenní změny nejvýraznější, a tudíž i nejvirulentnější). Viry typu B vyvolávají epidemie, které často bývají omezenějšího rozsahu, a viry typu C zpravidla jsou zodpovědný jen za případy izolované, sporadické."<sup>16</sup>

Genetická nestabilita virů vede ke vzniku epidemií a ohrožuje celý svět. Chřipkové viry často přežívají ve zvířecích rezervoárech (např. u ptáků, prasat nebo drůbeže). Na počátku 20. let

20. století usmrtila chřipka na 20 milionů lidí. Dalšími známými typy byla chřipka španělská,

---

<sup>16</sup> HOUDRET, Jean.-Claude. *Chřipka: ... jak se léčí.* Vyd. 1. Praha: T. O. K. – Exit ve spolupráci s Nakladatelstvím Eminent, 1994. Choroba, s. 73. ISBN 80-901006-8-6

v 50. letech 20. století, nebo Hongkongská v šedesátých letech 20. století. Velkou výhodou je, že se proti chřipce můžeme nechat očkovat, musíme však přesně znát typ viru.<sup>17</sup>

### 2.3.2 HIV/AIDS

HIV/AIDS je neméně známou nemocí, pro člověka je ale podstatně nebezpečnější než chřipka. Tato nemoc vzniká následkem poškození imunitního systému člověka při infekci HIV (*human immunodeficiency virus*). Vir HIV byl objeven v letech 1983-1984 (Montagnierem- Francie a Gallem- USA). Do roku 1996 bylo ve světě zaznamenáno téměř 30 milionů případů HIV. V České republice zemřelo na AIDS od roku 1985 do roku 2000 89 osob, převážně homosexuálů a bisexuálů. Nejčastější přenos HIV je pohlavním stykem, injekčními stříkačkami narkomanů nebo přenosem z matky na dítě v prenatálním období. Průběh infekce může být značně individuální. HIV vyskytující se u dětí představuje asi 1-3 % ze všech nakažených lidí. Bohužel se zatím nepodařilo na tuto nemoc objevit žádný účinný lék.<sup>18</sup>

### 2.3.3 Virová hepatitida typu C (žloutenka)

Virové hepatitidy všech typů jsou rozšířeny po celém světě. Tento typ byl objeven až v roce 1988. V České republice je vyšetřován od roku 1993. Podle odhadů v dnešní době trpí žloutenkou až 175 milionů lidí po celém světě. V průměru u 80% onemocnění dojde k rozvoji chronické hepatitidy. Riziko rozvoje jaterní cirhózy připadá až na 20% lidí postižených žloutenkou.

---

<sup>17</sup> Více LOBOVSKÁ, Alena. *Infekční nemoci*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova: Karolinum, 2002. Chřipka, s.171. ISBN 80-246-0116-8

<sup>18</sup> Více LOBOVSKÁ, Alena. *Infekční nemoci*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova: Karolinum, 2002. HIV/AIDS, s.199-201. ISBN 80-246-0116-8

Následující údaje jsou zaznamenány z roku 2009.

"K přenosu infekce VHC dochází parenterálně - i. v. užíváním drog, tetováním, piercingem, v minulosti bývalo zdrojem onemocnění podání transfúzí. K přenosu infekce z matky na dítě při porodu dochází ve 3-5 % případů, riziko sexuálního a horizontálního přenosu v rodině je udáváno v Evropě 6-14 %. V loňském roce byla lékařská veřejnost egyptskými lékaři poprvé informována o možnosti přenosu infekce VHC motolicí *Schistosoma mansoni*. Tento parazit se vyskytuje v severní části Egypta, kde je vysoká promořenost obyvatel schistosomózou. Virus byl prokázán ve všech vývojových stádiích parazita."<sup>19</sup>

Velký rozdíl oproti dalším dvěma typům je v tom, že žloutenka typu C se dá chytit během života i vícekrát, jelikož existuje několik subtypů a v těle se netvoří protilátky. Tento typ se přenáší krví a krevními produkty. Inkubační doba je rozdílná, může být 2-26 týdnů.

### **3 Vliv dědičnosti na výskyt nemocí**

Vliv dědičnosti na výskyt nemocí u lidí má prokazatelný vliv. Na druhou stranu by nebylo, zvláště v dnešní době, správně většinu onemocnění přisuzovat čistě jen genům. Vliv prostředí má totiž minimálně stejný podíl, záleží ovšem také na druhu onemocnění. Například u obezity je dědičnost důležitou složkou této poruchy, jelikož každý z nás má rozdílný metabolismus. Příklady nemocí, které jsou významně ovlivněny dědičností jsou například: vrozené vývojové vady, vysoký krevní tlak, nebo ischemická choroba srdeční.

---

<sup>19</sup> MUDr. MANĎÁKOVÁ, Zdeňka. *Virové hepatitidy* [online]. 08. 06. 2009 [cit. 2011-02-11]. Dostupný z WWW:

<<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/virove-hepatitidy-431512>> .



### **3.1 Historie genetiky**

Názory na dědičnost člověka, se ostatně jako všechny poznatky v různých oborech, vyvíjely. Například již Hippokrates (4.st. př. n. l.) psal, že se z cholerika rodí cholerik, z flegmatika flegmatik, z plešatého plešatý atd. G. Mendel objevil zákony dědičnosti, čímž v 19. století předběhl dobu. Dnes je genetiky širokým vědním oborem, který se zabývá dědičností klasických lidských znaků (výšky postavy, tvaru nosu, barvy očí atd.). V roce 1958 lidé znali okolo 400 dědičně podmíněných chorob, o 10 let později již 1500 a v roce 1983 to bylo již více než 4000 chorob souvisejících s dědičností.

Biologové, zabývající se genetikou, mají situaci oproti lékařům značně usnadněnou. Mohou například mezi sebou křížit myši sourozence, bratrance, jak je to třeba. Mohou získat spoustu různých potomků, kteří budou k dispozici pro statistické vyhodnocení. Za dobou svého života může lékař sledovat maximálně 4 generace. Člověk je bytost, která je utvářena společností, je zvyklá na určité morální či právní normy, někdy je však také porušuje a to komplikuje genetikům práci. Pacienti mohou zamlčovat údaje, které by byly pro genetiky podstatné, jako například duševní choroby v rodině, neúspěšná těhotenství nebo alkoholismus.

### **3.2 Co dědíme?**

Pro člověka platí, že dědí geny, nikoliv znaky. Nedědí se tedy oční vady nebo sportovní nadání, ale geny pro oční vady či sportovní nadání. Existují určité znaky, které jsou dědičností ovlivněny (například dědičnost krevních skupin), a naopak jsou znaky, jejichž rozvíjení je podmíněno působením vnějšího prostředí. Někdo může mít skvělé matematické či hudební nadání, ale pokud mu prostředí (společnost) nějakým způsobem neumožní jejich rozvoj, nikdy z něj pravděpodobně nebude hudební virtuos či matematický genius. Opět ale můžeme říci, že pokud bude mít jedinec všechny nejlepší vnější podmínky

pro rozvoj talentu, nemusí dosáhnout velkých výsledků bez "kvalitních" genů.

Vše je tedy vzájemně propojeno a stejně tomu je i u dědičnosti lidských chorob. Pokud si někdo při dopravní nehodě zlomí nohu, nelze se domnívat, že to bylo dědičně podmíněno. Pokud někoho trápí například vysoký krevní tlak, je zde možnost, že dotyčný žije nezdravým životním stylem (špatně se stravuje, kouří, špatně spí), na druhou stranu zde může hrát roli dědičnost, pokud se v rodině nápadně často tento zdravotní problém vyskytuje. A třetím případem může být například albinismus. Pokud jedinec zdědí geny pro tuto chorobu, objeví se u něj jasně bíle zbarvené vlasy, světlá kůže a oční vady na základě chybějícího pigmentu. I na příkladu rodiny můžeme ukázat, že jisté věci jsou ovlivněny prostředím a jiné dědičností. Například dva sourozenci: mohou si být navzájem vizuálně hodně podobní (dědičnost), ale mohou se chovat zcela rozlišeně (vliv prostředí). Dalším případem mohou být dvojčata, zvláště jednovaječná jsou si k nerozeznání podobná a i předpoklady ke stejným onemocněním mají vysoká.<sup>20</sup>

## **4 Vliv prostředí a působení stresorů na výskyt nemocí**

Zvláště v dnešní době má vliv prostředí na naše zdraví ohromný vliv. Ať už z hlediska škodlivého ovzduší, nadměrného hluku nebo obrovského stresu vyplývajícího například z pracovního zatížení.

### **4.1 Stres**

---

<sup>20</sup> Více ŠRÁM, Radim, et al. *Dědičnost a člověk*. Vyd. 1. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987. Lidská genetika, s. 129-132.

V životě jsou na nás, v jakékoli míře, kladeny určité nároky. Každý člověk má různou schopnost tyto nároky přijmout a následně se s nimi vypořádat. A právě nerovnováha mezi množstvím nároků a vypořádáním se s nimi určuje míru stresu, který může vážně ohrozit zdraví člověka. Člověk může prožívat stres jak negativně-distres (nepříjemná atmosféra v práci nebo v rodině), tak i pozitivně-eustres (např. vysokohorští horolezci nebo automobiloví závodníci).

#### 4.1.1 Historie studie stresu

První, kdo popsal pojem stres, byl fyziolog W. B. Cannon. Do odborné literatury jej ale uvedl až H. Selye v roce 1936, který jej použil k interpretaci biologického chování organismu v nepříznivých situacích.

"Obecný adaptační syndrom (GAS), jak tento zvláštní patofyziologický proces H. Selye nazval, vzniká narušením homeostázy organismu a probíhá ve třech stádiích jako:

- 1) poplachová reakce s fází šoku provázenou sníženou rezistencí organismu,
- 2) stav zvýšené rezistence, jehož cílem je udržet adaptaci organismu,
- 3) stav exhausce, při kterém dochází k vyčerpání adaptační energie organismu."<sup>21</sup>

R. S. Lazarus kladl, na rozdíl od Cannona a Selyeho, důraz na kognitivní stránku zvládání stresových situací lidmi. Pozoroval, co se odehrává v psychice člověka, který se dostává do obtížných životních situací. Studoval specificky lidské činnosti.

Prvotní je zhodnocení situace. Jedná se o vyhodnocení vážnosti situace z hlediska vlastního ohrožení ( zdraví, existence či pověst). Pozoroval jak objektivní (to co může

---

<sup>21</sup> MLČÁK, Z. *Psychologie zdraví a nemoci*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. Biologická teorie stresu H.Selyeho, s. 25. ISBN 80-7368-035-1

vidět i nezaujatý pozorovatel), tak i subjektivní faktory (to, co se může odehrávat v psychice člověka).

Druhotné zhodnocení situace. Jedná se o možnosti člověka zvládnout danou nepříznivou situaci několika různými způsoby (např. defenzivně-ubránit se něčemu nebo ofenzivními možnostmi-zaútočit). I tady bral v úvahu objektivní i subjektivní pohled na svět z pozice daného člověka.

Vulnerabilita (zranitelnost). Je zde třeba brát ohled i na psychiku daného člověka. Je samozřejmé, že je jinak zranitelné dítě nebo muž v produktivním věku. Stejně jako člověk, který s danou situací nemá žádnou zkušenost oproti tomu, který ji zažívá často a úspěšně.

#### **4.1.2 Stresory**

Stresory jsou faktory, které vystavují člověka nepříjemnému tlaku. Takových stresorů může být celá řada, na druhou stranu jsou tu i pozitivní životní faktory nazývané se salutory. Nyní uvedu několik případů stresorů, tzn. nepříjemných životních faktorů, které mohou ovlivnit zdraví člověka.

Fyziologické, emocionální a behaviorální příznaky stresu (Křivohlavý, 1994).

##### 1) fyziologické příznaky

- a) bolesti hlavy
- b) snížení až nedostatek sexuální touhy, případně impotence či frigidita (sexuální chlad)
- c) nechutenství a plynatost

##### 2) emocionální příznaky

- a) výrazné změny nálad (od radosti k smutku a naopak)
- b) nadměrné starosti o vlastní fyzický zjev a zdravotní stav
- c) obtížné soustředění (koncentrace) pozornosti

##### 3) behaviorální příznaky

- a) zhoršená kvalita práce, vyhýbání se odpovědnosti

- b) zvýšená konzumace alkoholických nápojů nebo zvýšený počet vykouřených cigaret za den
- c) ztráta chuti k jídlu nebo naopak nadměrné přejídání

### 4.1.3 Stres a práce

V práci tráví většina lidí téměř třetinu dne a tak je samozřejmě důležité vytvářet dobré pracovní prostředí, ve kterém budou lidé spokojeni a zbytečně nestresováni. Bohužel často tomu tak není a působení nejrůznějších stresorů má na člověka nezdravý vliv, ať už z hlediska psychického či somatického.

a) Interpersonální vztahy na pracovišti. Například konflikty se spolupracovníky, mobbing, bossing nebo malá sociální podpora mohou být příčinami psychických potíží člověka.

b) Přetížení množstvím práce. Jde o situaci, kdy daný člověk není schopen vykonat určenou práci za daný časový úsek. Zde je třeba individuálního přístupu. To, co je pro jednoho člověka přijatelné a zvládnutelné, může být pro druhého příliš obtížné.

c) Vysilující snaha o kariéru. Každý člověk má při vstupu do pracovního procesu určité ambice. Například, že zde vydrží natrvalo, že časem povýší nebo, že bude lépe finančně ohodnocen. Pokud se tato očekávání postupem času nenaplnují, dochází ke vzniku distresu, což může vést k vyšší nemocnosti, nebo i výskytem kardiovaskulárních onemocnění.

d) Nezaměstnanost. Dalším aspektem zvyšujícím hladinu stresu je nezaměstnanost a s tím spojená neschopnost zajistit, ať už sobě nebo celé rodině, odpovídající finanční příjem. Z toho můžou vyplývat zdravotní problémy způsobené například zvýšenou konzumací alkoholu či depresiemi.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Více KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. Stres, s. 168-181. ISBN 80-7178-551-2

#### 4.1.4 Životní události

Nastalé životní události můžeme rozdělit na očekávané a neočekávané, na které nejsme připraveni. Je potvrzené, že nejhorší pro psychiku člověka jsou události, které mají povahu chronickou a distresovou, to znamená, že jsou to nepříjemné situace, které trvají třeba i mnoho let

(péče o invalidního člena rodiny, dlouhodobá nezaměstnanost). Mezi tvůrce koncepce životních událostí patří T. H. Holmes a R. H. Hahe. V 60. letech vytvořili seznam 43 životních událostí, které seřadili od nejzávažnějších po nejméně závažné a ke každé přiřadili určitý počet bodů (nejvíce: úmrtí partnera- 100b., nejméně: dopravní přestupek- 11b.). Hodnota 250 bodů za rok uvádí hraniční zátěž, při níž už člověk čerpá ze svých rezerv. zde uvedu příklad několika životních událostí, ať už příznivých či nepříznivých, a k nim přiřazených bodů:

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1) nejsložitější životní události:    | Úmrtí partnera - 100b.<br>Rozvod - 73b.<br>Rozvrat manželství - 65b.  |
| 2) průměrně složité životní události: | Termín splatnosti půjčky - 30b.<br>Potomci opouštějící domov - 28b.<br>Mimořádný osobní čin nebo výkon - 29b. |
| 3) nejméně složité životní situace:   | Změny stravovacích zvyklostí – 15b.<br>Dovolená – 13b.<br>Vánoce - 12b. <sup>23</sup>                         |

---

<sup>23</sup> Více MLCÁK, Z. *Psychologie zdraví a nemoci*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. Koncepce životních událostí, s. 28-29. ISBN 80-7368-035-1

## 4.2 Znečištěné prostředí

Velkým problémem, ve 20. i v tomto století, je znečištěné ovzduší, které ohrožuje naše zdraví, především naší dýchací soustavu. Zhoršený zdravotní stav obyvatelstva je také závislý na tom, na kterých místech v České republice pobývají. Nejlépe se to pochopitelně pozoruje u dětí, které ještě nejsou ovlivněny kuřáctvím. Nejhuře jsou na tom děti v Severočeském kraji a v Moravskoslezském kraji, kde je díky průmyslu vzduch znečištěn nejvíce. U dětí žijících v těchto oblastech byly, oproti dětem žijících v "čistých" místech České republiky, prokázány tyto změny ve zdravotním stavu: snížení hladiny různých imunoglobulinů, zpomalení růstu kostí, častější nálezy zvětšených mízních uzlin nebo obličejové záněty. Například v Severočeském kraji je výskyt těchto onemocnění u dětí až o 50% vyšší než v ostatních oblastech.<sup>24</sup>

a) Cizorodé látky. V posledních stoletích se do našeho prostředí dostávají látky uměle vytvořené, na které není člověk adaptovaný. Tyto látky jsou označovány jako látky cizorodé a tento proces je označován jako chemizace životního prostředí. Čistící prostředky, barvy a laky, dezinfekční prostředky, léky, lepidla atd., to vše jsou syntetické chemikálie, které jsou v každé domácnosti a jsou pro člověka škodlivé.

b) Škodliviny v ovzduší. Řadu pro člověka škodlivých látek můžeme vdechovat z ovzduší jak zevního (ve volné přírodě) tak vnitřního (v budovách). Mezi nejvýznamnější patří prach, oxid dusičitý, oxid siřičitý, oxid uhelnatý (např. z výfukových plynů- je vysoce toxický a při vyšší dávce může vyvolat i smrtelné otrávení). Další škodlivinou jsou alergeny vyvolávající zánět spojivek či průduškové astma a pochopitelně tabákový kouř.

---

<sup>24</sup> Více HRUBÁ, Drahoslava. *Životní podmínky a zdravotní stav populace*. Praha: KPK, 1993. *Ovzduší a nemoci dýchacího ústrojí*, s. 32. ISBN 80-85267-43-8

c) Přirozeně se vyskytující škodliviny. Mutageny a karcinogeny se objevují ve stravě v průběhu kuchyňské přípravy a mohou vyvolávat velké množství nádorových onemocnění, jako například vznik nádoru plic, kůže nebo jater.<sup>25</sup>

## 4.3 Hluk

Jedním z velkých problémů současné doby je porucha sluchu z hluku. Ten nás dnes obklopuje všude: na ulici, v zaměstnání i doma. Hluk nepoškozuje jen naše sluchové ústrojí, ale i náš celý organismus, který je nadměrně stresován. Doprovodnými stavy mohou být bolesti žaludku, hlavy, poruchy zažívání nebo nespavost.

Lidská řeč se pohybuje asi na hranici 30-60 decibelů (dB). Hladina příjemné hlasitosti u zdravého člověka je v rozmezí 40-60 dB. Práh nepříjemné hlasitosti je potom asi 100 dB a práh bolesti, když už je hladina zvuku nesnesitelná, je přes 130 dB.<sup>26</sup>

## 5 Psychologická stránka průběhu nemoci

To, že je někdo nemocný, neznamená jen zhoršení fyzického stavu osobnosti, ale i její psychiky. Každý z nás prožívá nemoc jiným způsobem. Někdo si nechce připouštět, že by vůbec mohl být nemocný a naopak, někdo může mít při minimálním příznaku nemoci panickou hrůzu z možných následků, třebaže je to naprosto neopodstatněné.

---

<sup>25</sup> Více DOLINA, Jiří, et al.. *Civilizace a nemoci*. Vyd. 1. Praha: Futura, 2009. Chemizace životního prostředí, významné chemické škodliviny, s. 41-47. ISBN 978-80-86844-53-4

<sup>26</sup> Více DOLINA, Jiří, et al.. *Civilizace a nemoci*. Vyd. 1. Praha: Futura, 2009. Poruchy sluchu z hluku, s. 50-51. ISBN 978-80-86844-53-4



## 5.1 Co je to nemoc?

Při pohledu na základ tohoto slova nás napadne, že člověk něco nemůže. Nemůže pracovat, nemůže se smát, nemůže jíst. Je to situace, která omezuje naši svobodu. Součástí nemoci je často bolest. I vnímání bolesti je hodně subjektivní záležitostí. To, co může jednomu činit nepopsatelné potíže, se může druhému zdát jako drobná bolest. Nemoc nás vyřazuje z každodenní činnosti a ukazuje nám, že život jde svým tempem i bez nás. Nemoc se nám tedy hlásí změněnými pocity - tělesnými a psychickými. Tyto pocity jsou většinou těžko popsitelné, jsou neurčité, cizí a často velmi nepříjemné. Dřívější model bral v úvahu pouze člověka a jeho subsystémy, byl označován jako biomedicínský. V dnešní době je nutno v úvahu brát i složku psychickou a sociální.<sup>27</sup>

### 5.1.1 Subjektivní vnímání nemoci

#### 1) Vnímání příznaků nemoci

- a) rozdíly v typu osobnosti – někteří lidé možné příznaky nemoci přecházejí jako neopodstatněné, jiní jsou až mimořádně citliví, okamžitě reagují na sebemenší podnět
- b) neuroticismus („nervozita“) – lidé, kteří dosahují v testech neuroticismu vyšších hodnot, vykazují u sebe samých vyššího množství negativních příznaků změn zdravotního stavu, klidné a pokojné lidi tyto příznaky moc nerozruší a nevnímají je tak jako něco, čemu by měli věnovat vyšší pozornost
- c) nálada – pokud jsme v dobré náladě, příznaky negativních změn našeho zdravotního stavu pro nás mnoho neznamenaají, vše bereme pozitivně, na druhou stranu člověk, který disponuje špatnou náladou, vidí vše černě
- d) vliv situačních faktorů – lidé se zajímavější prací, kteří se angažují velkým nasazením ve společnosti, vědě, umění apod. jsou méně citliví k negativním příznakům nemocí než lidé, kteří se v práci nudí nebo je nebaví

---

<sup>27</sup> Více HONZÁK, Radkin. *I v nemoci si buď přítelem*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1989. Zdraví a nemoc, s. 15-17.

e) vliv informací – jsme-li v blízkosti informací o nemocích (v televizi, na internetu, v novinách), může to ovlivnit náš zájem o nové poznatky z tohoto oboru

## 2) Interpretace příznaků nemoci

- a) předcházející zkušenost s daným příznakem – pokud jsme se nikdy s podobným příznakem nemoci nesetkali, budeme ho vnímat jinak, než kdyby jsme s ním měli určitou zkušenost
- b) emocionální zážitek s daným příznakem – pokud naši příbuzní měli danou nemoc, budeme ji vnímat výrazněji, než pokud bychom jí znali například jen z knihy
- c) ohrožená hodnota – kde se příznak týká „vážných částí těla“ (u obličeje, u rukou), tam vzbuzuje velkou pozornost a je interpretován jako něco vážného
- d) ohrožení pohyblivosti – tam, kde příznak znesnadňuje pohyb (mobilitu), tam je příznak častěji chápán jako něco vážného

Podle toho, jaký má pacient pohled na svoji nemoc, rozlišujeme její 3 typy:

1) *Akutní nemoc* - Netrvá příliš dlouho, člověk se z ní dostává bez větších následků na zdraví a většinou je způsobena nějakými viry či bakteriemi.

2) *Chronická nemoc* - Zde jde především o časovou stránku věci, dlouho bude trvat nemoc a i její léčení, navíc není jisté, zda se někdy vůbec pacient zbaví všech následků nemoci, příčinou bývají nezdravé životní návyky.

3) *Cyklická nemoc* - Zde se objevují úseky, kdy je pacient trápen určitou nemocí, tyto úseky jsou proloženy obdobím bez bolestí, které se ovšem po čase vracejí

Kognitivní schéma nemoci má dle psychologů 5 stádií: (Leventhal, Nerenz, 1985)

- a) *identifikace* - jedná se o co nejpřesnější pojmenování nemoci
- b) *důsledky nemoci jak pro člověka, tak pro nejbližší okolí* - jak probíhá léčení nemoci, jak velké jsou bolesti při této léčbě, jaké důsledky bude mít nemoc pro jeho rodinu, případně pro pacientovo zaměstnání
- c) *představy o příčinách nemoci* - co nemoc pravděpodobně způsobilo, proč k ní vůbec

došlo

d) *doba trvání nemoci* - jak dlouho bude muset být dotyčný v nemocnici, jak nemoc omezuje pracovní schopnost (jak v době léčení, tak v perspektivě dlouhodobé)

e) *možnost léčení nemoci* - zda stačí klasická léčba, či bude nutné nalézt nějaké alternativní řešení -

### Postoje k nemoci:

Mnoho lidí má o svůj zdravotní stav až přehnané obavy. Praktičtí lékaři se shodují, že jejich ordinace navštěvuje velké množství pacientů, kteří se domnívají, že trpí somatickým onemocněním, avšak ve skutečnosti jde o emocionální a psychické potíže.

Zvláštní skupinu pacientů tvoří tzv. somatizéři (somatizers). Jsou to lidé, kteří navenek vyjadřují tíži svého duševního stavu somatickými příznaky. Somatizace se projevuje ve chvílích, kdy se daný člověk dostává do nepříjemného psychického stavu (distresu), který není svými silami schopen zvládnout. Do obtížné situace se může člověk dostat i pokud je ohroženo jeho sebevědomí a jeho kladná sebereflexe.

Další skupinou jsou pacienti, kteří si dělají nadměrné obavy o své zdraví, avšak snaží se je řešit vlastními silami. V anglické terminologii jsou označováni jako "worry well", jsou to lidé, kteří jsou neustále znepokojováni svým zdravotním stavem, každý sebemenší příznak je zveličován do velkých rozměrů, v běžném životě se o těchto lidech mluví jako o hypochondrech. Tito lidé si často vsugerovávají nemoci, které ani nemusí mít.

Třetí skupinou jsou lidé, kteří mají z nemoci určitý užitek. Například "zisk" z vyplacené nemocenské dávky, pobyt v teplém prostředí nemocnice nebo odpočínutí si od namáhavé práce. Patří sem i simulanti (malingering), kteří předstírají nemoc z nejrůznějších důvodů. Opak simulantů jsou dissimulanti. Také hrají, ale narozdíl od simulantů, kteří nemoc předstírají, se oni snaží vypadat zdravě ač jsou, někdy i vážně, nemocní.

### 5.1.2 Boj pacienta s nemocí

Tento proces zvládnání situace má 3 fáze: interpretace situace, vlastní proces zvládnání situace a vyhodnocení účinnosti použitých prostředků k vrácení se do normálního zdravotního stavu.

Prvním důležitým krokem ke zvládnutí nemoci je přijetí informací. Nejprve jde o sensorické údaje- co pacient cítí, jestli se mu hůře mluví, či hůře slyší. Následně záleží na tom, co se pacient dozví od lidí okolo sebe. Od lékaře, od rodiny, od spolupracovníků. Důležité je také nejprve zjistit, zda se skutečně jedná o nemoc či o "planý poplach". Pacient si potom vytváří celkový obraz nemoci: proč k ní vůbec došlo, jaké budou možnosti léčby, jak dlouho bude trvat či jestli bude mít nějaké následky. Tento celkový obraz je velice důležitý, pacienta motivuje do následného léčení.

V další fázi si pacient vytváří různé postupy, cesty, kterými se ubírat, aby došlo k vyřešení problému. Existují zde dvě základní strategie při řešení problémů:

a) *aktivní* - pacient sám vyhledává nejlepší alternativy k řešení daných problémů, vypracuje si vlastní představu o správném postupu a zdrojem mu je jeho motivace (např. pacientovo rozhodnutí dát se operovat nebo brát předepsané léky)

b) *úniková* - pacient se vyhýbá nejrůznějším řešením léčby, nepřipouští si, že by mohlo jít o nějakou závažnou nemoc, před problémem "zavírá oči"

Etapy procesu boje s nemocí podle Shontze (1975):

1) *šok* - Ten se objevuje především u pacientů, kteří se dozví vážnou diagnózu, například nález zhoubného nádoru, tento stav je charakterizován dvěma stavy: na jedné straně je ustrnutí a na druhé zděšené chování, tyto stavy se často střídají.

2) *usebrání* - Po šoku přichází návrat do reality se změněným zdravotním stavem, myšlenky jsou hodně neuspořádané a emoce značně negativní.

3) *stažení se ze hry* - Zde pacient, již vědomě, odchází do myšlenkového osamění, tato fáze umožňuje pacientovi i přeorientování postoje k situaci, dává mu čas na vypracování dalšího postupu při boji s nemocí.

4) *tvorba programu k řešení krize* - Pacient se již uvědoměle snaží o co nejlepší řešení daného problému.<sup>28</sup>

### 5.1.3 Obavy o zdraví

Pokud je člověk dlouhodobě přetížen, dochází u něho k tělesným změnám, které mohou vypadat jako nemoc, i když ta to být nemusí. Člověku se například hůře dýchá, cítí nepříjemný pocit v žaludku nebo mu rychleji bije srdce. Může si začít myslet, že je vážně nemocen, i když tomu tak skutečně být nemusí. Bohužel už jen samotná obava o zdraví a negativní myšlenky mohou vést k výskytu dalších příznaků. Příčiny tělesných příznaků a obav o naše zdraví mohou být vzdálené, bezprostřední nebo následné.

Vzdálené příčiny - Ke vzdáleným příčinám se řadí především vliv našich rodičů a naše zážitky z dětství. Pokud měli rodiče nadměrné obavy o naše zdraví, pravděpodobně budeme stejní. Pokud někdo z blízkých na nějakou nemoc zemřel, budeme toto ohrožení vnímat se zvýšenou pozorností.

Bezprostřední příčiny - Při akutním onemocnění (ať už jde o chřipku či zánět močových cest) prožívají pacienti nepříjemné stavy, které doprovází až nadměrné obavy o vlastní zdraví a třeba i o život. Po odeznění těchto příznaků se mohou časem vracet a děsit je nadále. Spouští těchto nepříjemných stavů mohou být například neshody v rodině, v práci nebo vlastní psychická či tělesná nemoc.

---

<sup>28</sup> Více KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2002. Psychologická stránka průběhu nemoci, s. 23-39. ISBN 80-247-0179-0

Obavy o naše zdraví nemusí být jen v podobě slov. Jde i o imaginaci, kdy si představujeme jak bychom mohli dopadnout kdyby se stalo něco nepříjemného (např. se vidíme na operačním sále, jak nás veze sanitka do nemocnice, apod.). Někdo se třeba jen vystraší pokud uvidí bílý plášť a ani to nemusí být v nemocenském prostředí.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Více PRAŠKO, Ján, et al. *Nadměrné obavy o zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. Co je to strach o zdraví?, s. 19-27. ISBN 80-7178-881-3

# **PRAKTICKÁ ČÁST**

## **6 Dotazníkové šetření, týkající se porovnání nemocnosti studentů Univerzity Pardubice před začátkem studia na VŠ a v průběhu 1.ročníku**

### **6.1 Odůvodnění výzkumu**

Cílem výzkumné části bakalářské práce bylo získat poznatky o aktuální nemocnosti mezi studenty Univerzity Pardubice. Jaký vliv má na studenty přechod ze střední školy na vysokou školu? Trpí studenti nemocemi, které se ve společnosti v současné době vyskytují nejčastěji? Jaký je životní styl studentů, který má v současné době na naše zdraví přímý vliv?

### **6.2 Metodologie výzkumu**

Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí kvantitativního výzkumu, konkrétně pomocí dotazníkové metody, která usnadňuje sběr výzkumných dat a následně i jejich vyhodnocení. Dalším důvodem byla finanční stránka, jelikož tato metoda patří mezi nejlevnější. Tato metoda umožňuje respondentovi snadnou orientaci v dotazníku a jeho rychlé vyplnění, navíc je to metoda anonymní.

V úvodu dotazníku byli studenti požádáni o jeho vyplnění. Dále byli seznámeni s důvodem vyplnění- použití k bakalářské práci a následnému vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření.

Strukturovaný dotazník se skládal z 28 otázek. Těmto otázkám ještě předcházely údaje o studentovi (věk; pohlaví; fakulta, kterou studuje; obor, který studuje; ročník). 4 otázky byly polootevřené, zbylých 24 bylo uzavřených. U 4 otázek mohli studenti označit více než jednu odpověď, u zbylých 24 vždy jen jednu.

## 6.3 Cílová populace

Cílovou populací tohoto výzkumu byli studenti Univerzity Pardubice od 2.ročníku výše- důvodem bylo, že studenti 1.ročníku neabsolvovali na vysoké škole celý rok, což některé otázky ke správnosti vyhodnocení vyžadovaly. Dotazník správně vyplnilo 61 studentů a 155 studentek, celkem tedy 216 studentů.

## 6.4 Popis průběhu sběru výzkumných dat

Tohoto výzkumu se zúčastnili studenti Fakulty filozofické, Fakulty ekonomicko-správní a Fakulty chemicko-technologické. Studenty jsem o vyplnění dotazníku oslovil pomocí elektronické pošty a osobně. Sběr výzkumných dat se uskutečnil po dobu 2 měsíců, konkrétně od 22.listopadu 2010 do 23.ledna 2011. S výjimkou jednoho byly všechny dotazníky vyplněny správně.

## 6.5 Hypotézy

**H1:** Výskyt nemocnosti je vyšší u studentů na střední škole než na vysoké škole.

**H2:** Počet výskytu nemocnosti je vyšší u studentů, kteří pravidelně kouří

**H3:** Výskyt nemocnosti je vyšší u studentů, kteří pravidelně konzumují alkohol

**H4:** Počet výskytu nemocnosti je vyšší u studentů, kteří pravidelně užívají drogy

**H5:** Výskyt nemocnosti je vyšší u studentů, kteří aktivně nesportují



## 7 Zpracování údajů získaných dotazníkovou metodou

### 7.1 H1: Výskyt nemocnosti je vyšší u studentů na střední škole než na vysoké škole.

*Průměrný počet dnů nemocnosti na střední a vysoké škole u studentů.*

$$n = 216$$

$$\alpha = 0,01$$

zjištěné hodnoty	střední škola	vysoká škola	
1-7 dnů	72	106	178
8-14 dnů	61	39	100
více než 14 dnů	72	30	102
vůbec	11	41	52
	216	216	432

očekávané hodnoty	střední škola	vysoká škola
1-7 dnů	89	89
8-14 dnů	50	50
více než 14 dnů	51	51
vůbec	26	26
	216	216

$H_0$ : Výskyt nemocnosti je nižší u studentů na střední škole než na vysoké škole.

$H_1$ : Výskyt nemocnosti je vyšší u studentů na střední škole než na vysoké škole.

Výpočet TK:  $\chi^2 = \sum (\text{pozorované} - \text{očekávané})^2 / \text{očekávané}$

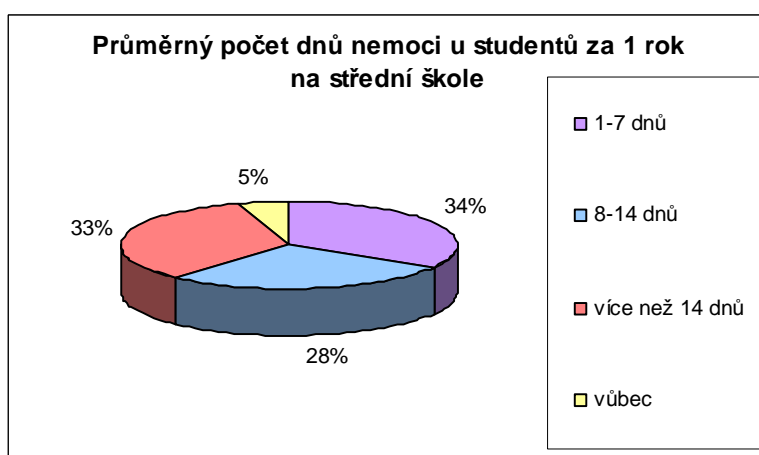
$$TK = 34,60$$

$$KH = 11,3$$

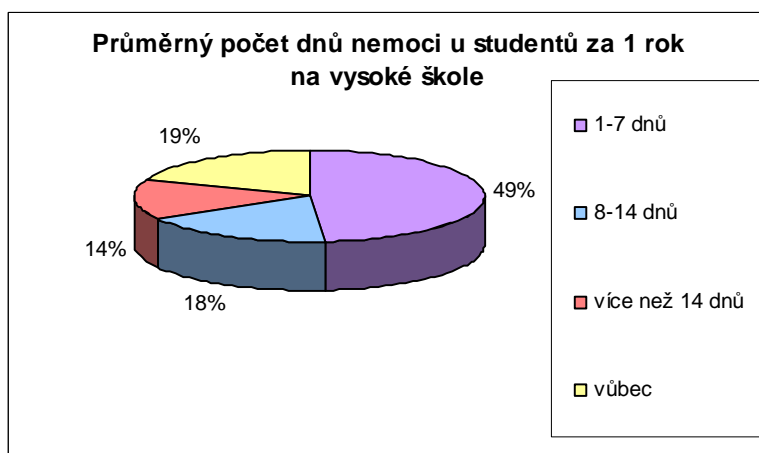
TK>KH proto zamítneme nulovou hypotézu a přijmeme  $H_1$

**Hypotéza  $H_1$  byla potvrzena.**

**Graf 1.1**



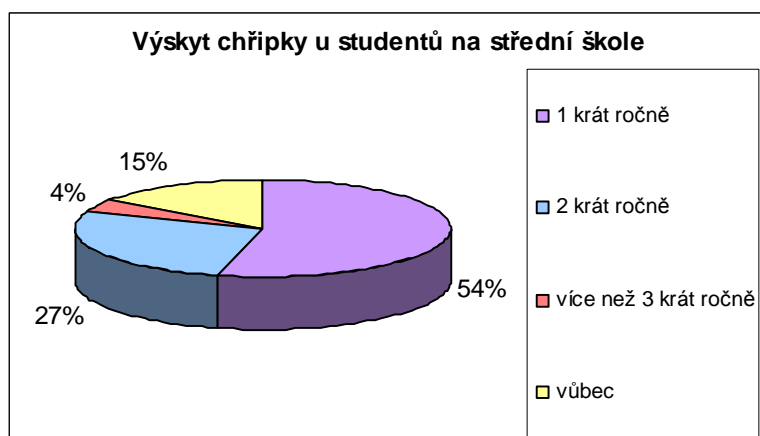
**Graf 1.2**



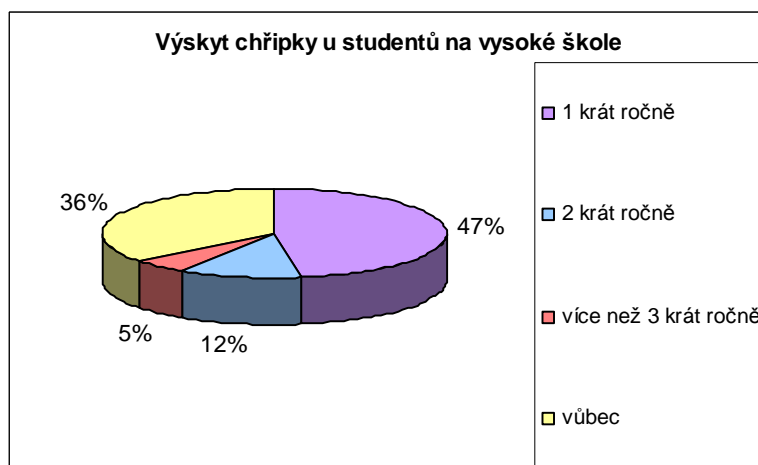
Komparací grafů 1.1 a 1.2 je patrné, že 61% studentů na střední škole bylo nemocných

během 1 roku více než 8 dní, zatímco na vysoké škole tato skupina tvoří jen 32%. U skupiny studentů, kteří nebyli vůbec nemocní, nebo byli maximálně do 7 dnů, došlo na vysoké škole k nárůstu na 68% oproti 39% na střední škole.

**Graf 2.1**

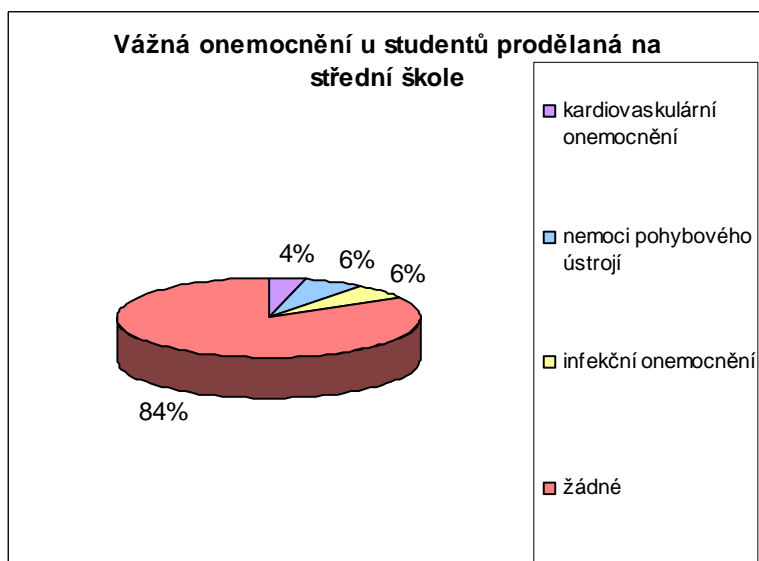


**Graf 2.2**

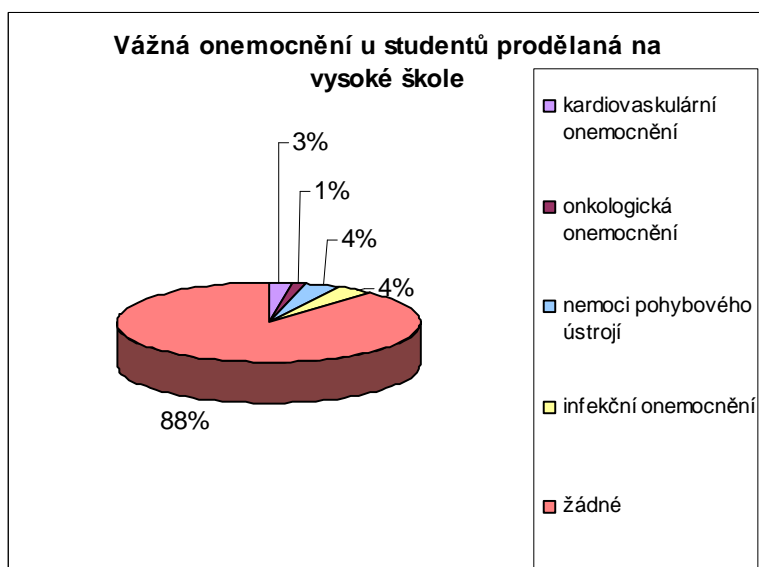


Z grafů 2.1 a 2.2 vyplývá, že studentů, kteří vůbec netrpí chřipkovým onemocněním je na vysoké škole, oproti střední, o 21% více. Naopak počet studentů, kteří měli během jednoho roku chřipku více než 2 krát, klesl po přechodu na vysokou školu o 14% (z 31% na střední škole na 17% na vysoké škole).

**Graf 3.1**



**Graf 3.2**



V grafech 3.1 a 3.2 jsou uvedena vážná onemocnění, která v současné době nejvíce ohrožují naši společnost. V tomto případě je na středních školách více těchto vážných onemocnění, i když jen o 4%, než na vysoké škole. Nejčastěji se vyskytujícími nemocemi byla infekční onemocnění (6% na střední škole, 4% na vysoké škole) a nemoci pohybového ústrojí (6% na střední škole a 4% na vysoké škole).

Z uvedených výsledků vyplývá, že výskyt nemocnosti u studentů Univerzity Pardubice je po nástupu na vysokou školu nižší než při studiu na střední škole. Pokles nemocnosti je vidět především u virových onemocnění (např. chřipka), zatímco u kardiovaskulárních a onkologických onemocnění není se studiem vidět přímá souvislost.

## 7.2 H2: Počet výskytu nemocnosti je vyšší u studentů, kteří pravidelně kouří.

*Průměrný počet dnů nemocnosti u kuřáků a nekuřáků na střední a vysoké škole.*

$n = 216$

$\alpha = 0,01$

zjištěné hodnoty	nekuřáci	kuřáci	
1-7 dnů	145	33	178
8-14 dnů	77	22	99
více než 14 dnů	61	41	102
vůbec	44	9	53
	327	105	432

očekávané hodnoty	nekuřáci	kuřáci
1-7 dnů	134,74	43,264
8-14 dnů	74,938	24,063
více než 14 dnů	77,208	24,792
vůbec	40,118	12,882
	327	105

$H_0$ : Počet výskytu nemocnosti není vyšší u studentů kteří kouří.

$H_1$ : Počet výskytu nemocnosti je vyšší u studentů kteří kouří.

.

Výpočet TK:  $\chi^2 = \sum (\text{pozorované} - \text{očekávané})^2 / \text{očekávané}$

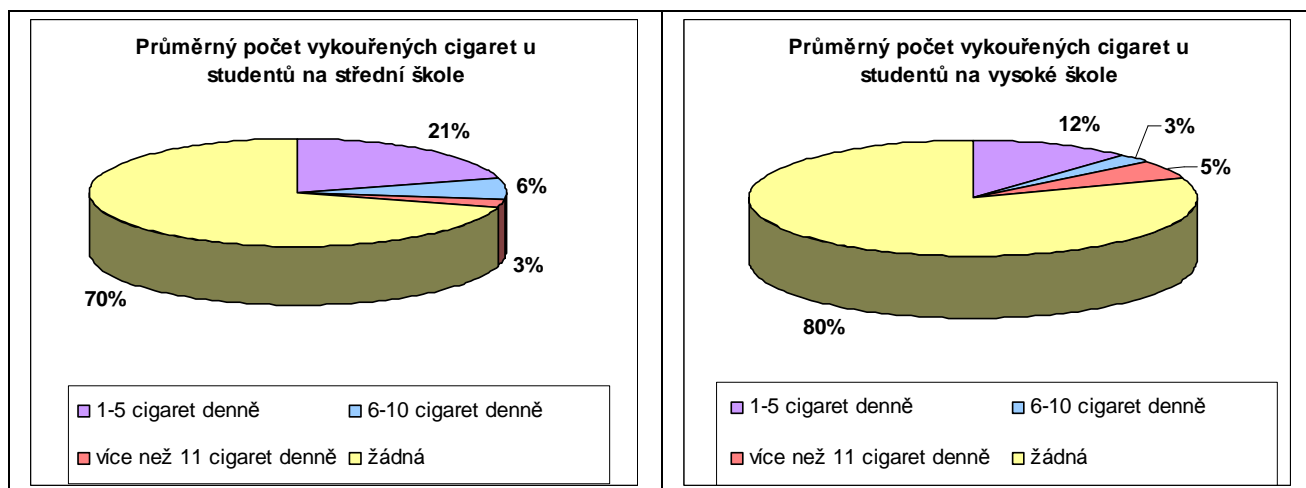
TK = 19

KH = 11,3

TK>KH proto zamítneme nulovou hypotézu a přijmeme  $H_1$

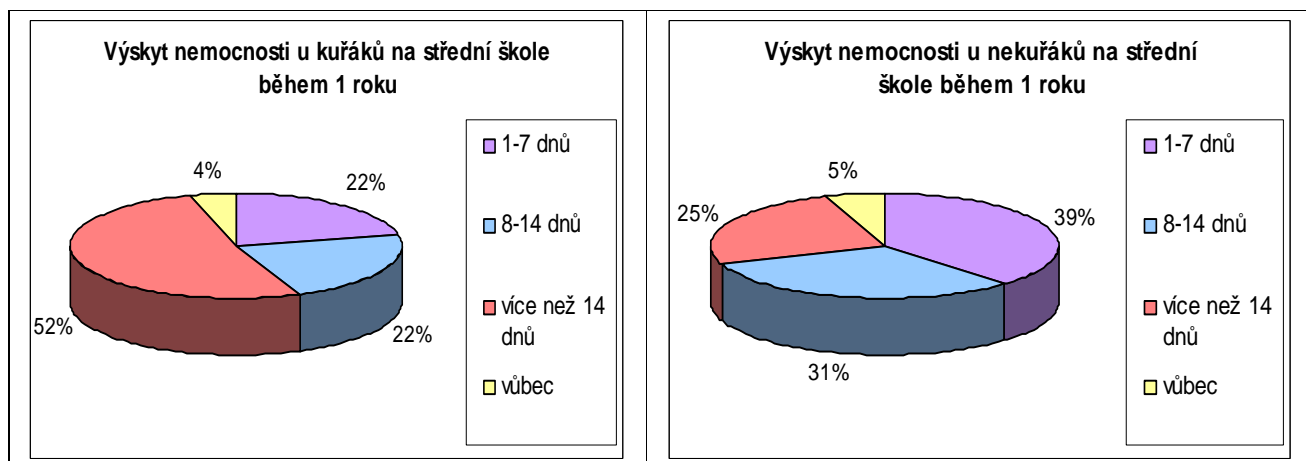
**Hypotéza H2 byla potvrzena.**

**Graf 4.1**



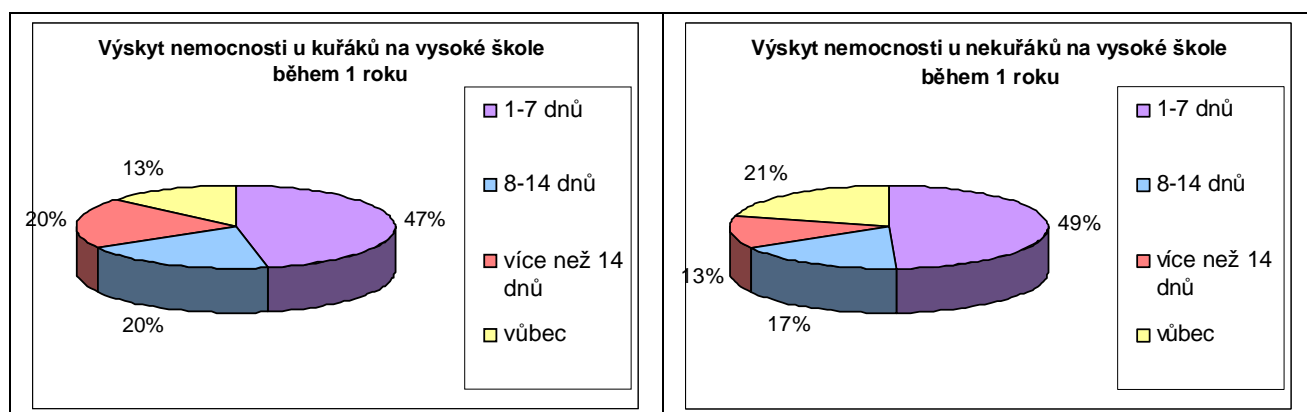
Z grafů 4.1 a 4.2 je možno usoudit, že téměř jedna třetina z dotázaných studentů pravidelně kouřila cigarety již na střední škole. Na vysoké škole je 80% nekuřáků (oproti 70% nekuřáků na střední škole), ale je zde větší množství těch, kteří vykouří více než 11 cigaret denně (5% dotázaných oproti 3% na střední škole).

**Graf 4.2**



Grafy porovnávající výskyt nemocnosti u kuřáků a nekuřáků na střední škole ukazují, že 26% kuřáků nebylo nemocných vůbec nebo maximálně 7 dnů v roce, oproti tomu u nekuřáků je tento údaj o 18% vyšší. Více než polovina dotázaných kuřáků (52%) je během roku nemocná více než 14 dnů. Nekuřáci jsou přitom více než 14 dnů nemocní přesně ve čtvrtině případů.

**Graf 4.3**



I u výskytu nemocnosti studentů na vysoké škole jsou mezi kuřáky a nekuřáky rozdíly, i když ne tak patrné jako na střední škole. Na vysoké škole je 21% nekuřáků, kteří nebyli vůbec nemocní, zatímco nekuřáků jen 13%. 20% kuřáků bylo nemocných více než 14 dnů v roce, nekuřáků jen 13%.

### **7.3 H3: Výskyt nemocnosti je vyšší u studentů, kteří pravidelně konzumují alkohol.**

*Výskyt nemocnosti je vyšší u studentů, kteří pravidelně konzumují alkohol*

$n = 216$

$\alpha = 0,01$

zjištěné hodnoty	minimálně	pravidelně	
1-7 dnů	122	56	178
8-14 dnů	44	55	99
více než 14 dnů	56	47	103
vůbec	19	33	52
	241	191	432

očekávané hodnoty	minimálně	pravidelně
1-7 dnů	99,30093	78,699074
8-14 dnů	55,22917	43,770833
více než 14 dnů	57,46065	45,539352
vůbec	29,00926	22,990741
	241	191

$H_0$ : Počet výskytu nemoci není vyšší u studentů kteří pravidelně konzumují alkohol

$H_1$ : Počet výskytu nemoci je vyšší u studentů kteří pravidelně konzumují alkohol

.

Výpočet TK:  $\chi^2 = \sum (\text{pozorované} - \text{očekávané})^2 / \text{očekávané}$

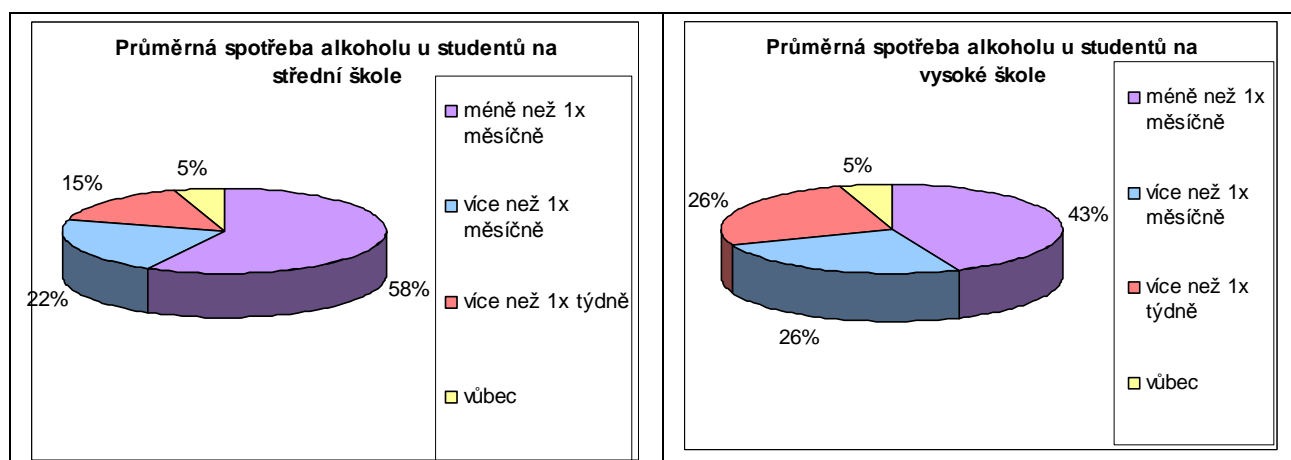
TK = 24,79

KH = 11,3

TK > KH proto zamítneme nulovou hypotézu a přijmeme  $H_1$

**Hypotéza H3 byla potvrzena.**

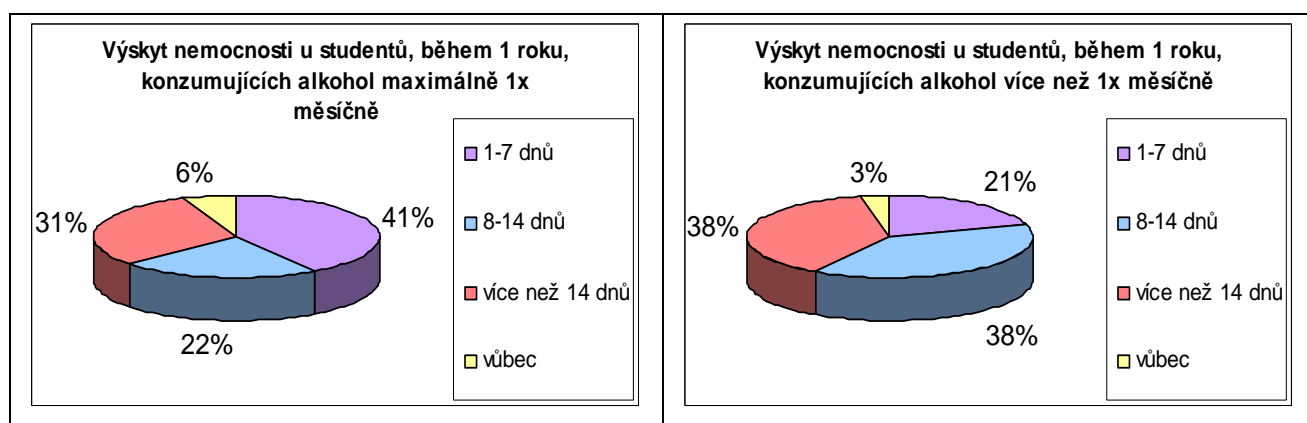
**Graf 5.1**





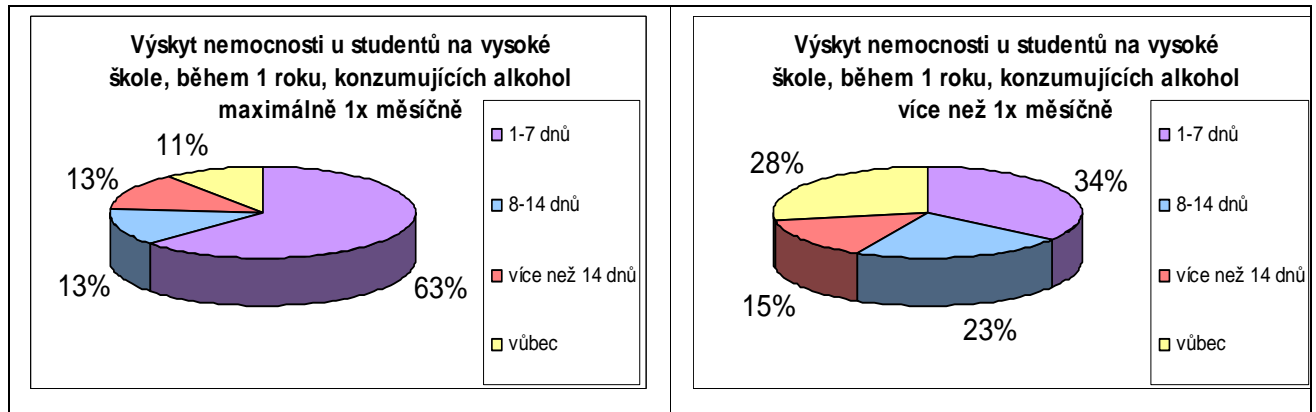
V grafu 5.1 je znázorněna průměrná spotřeba alkoholu u studentů na střední a na vysoké škole. Z tohoto výsledku vyplývá, že spotřeba alkoholu je vyšší na vysoké škole než na střední. Narozdíl od počtu vykouřených cigaret, kde jejich počet byl vyšší na škole střední. Více než polovina všech dotázaných studentů konzumuje na vysoké škole více než 1x měsíčně. Na střední škole je tato skupina o 15% menší. Počet abstinentů ( studentů, kteří nekonzumují alkohol vůbec) je v obou případech stejný.

**Graf 5.2**



V grafu 5.2 je znázorněn vliv konzumace alkoholu na výskyt nemocnosti u studentů. Z grafu je patrné, že studenti, kteří konzumují alkohol častěji než 1x měsíčně jsou v 76% případech nemocní během 1 roku více než 8 dnů a jen 3% vůbec. Oproti tomu studentů, kteří konzumují alkohol maximálně jednou měsíčně, je jen 53% nemocných více než 8 dnů v roce. 6% studentů, kteří konzumují alkohol minimálně, není nemocných vůbec.

**Graf 5.3**



Graf 5.3 porovnává výskyt nemocnosti u studentů konzumujících alkohol na vysoké škole. Studenti, kteří konzumují alkohol více než 1x měsíčně, jsou nemocní více než 8 dnů během 1 roku v 38% případů (přesně polovina tohoto údaje oproti střední škole). Zajímavý údaj je u studentů, kteří nejsou nemocní vůbec. Ti, kteří konzumují alkohol více než 1x měsíčně, tvoří 28% této skupiny, zatímco u studentů konzumujících alkohol maximálně 1x měsíčně tvoří tato skupina jen 11%. Přesto když porovnáme studenty, kteří jsou nemocní maximálně 7 dnů, získáme údaj, který je u studentů konzumujících alkohol minimálně 74%, zatímco u studentů konzumujících alkohol minimálně 1x měsíčně je to 62%.

#### **7.4 H4: Počet výskytu nemocnosti je vyšší u studentů, kteří pravidelně užívají drogy.**

*Počet výskytu nemocnosti je vyšší u studentů, kteří pravidelně užívají drogy.*

**n = 216**

**$\alpha = 0,01$**

zjištěné hodnoty	vůbec	pravidelně	
1-7 dnů	153	25	178
8-14 dnů	83	16	99
více než 14 dnů	69	33	102
vůbec	47	6	53
	352	80	432

očekávané hodnoty	vůbec	pravidelně
1-7 dnů	145,037	32,96296
8-14 dnů	80,6667	18,33333
více než 14 dnů	83,1111	18,88889
vůbec	43,1852	9,814815
	352	80

$H_0$ : Počet výskytu nemoci není vyšší u studentů kteří pravidelně užívají drogy.

$H_1$ : Počet výskytu nemoci je vyšší u studentů kteří pravidelně užívají drogy.

. Výpočet TK:  $\chi^2 = \sum (\text{pozorované} - \text{očekávané})^2 / \text{očekávané}$

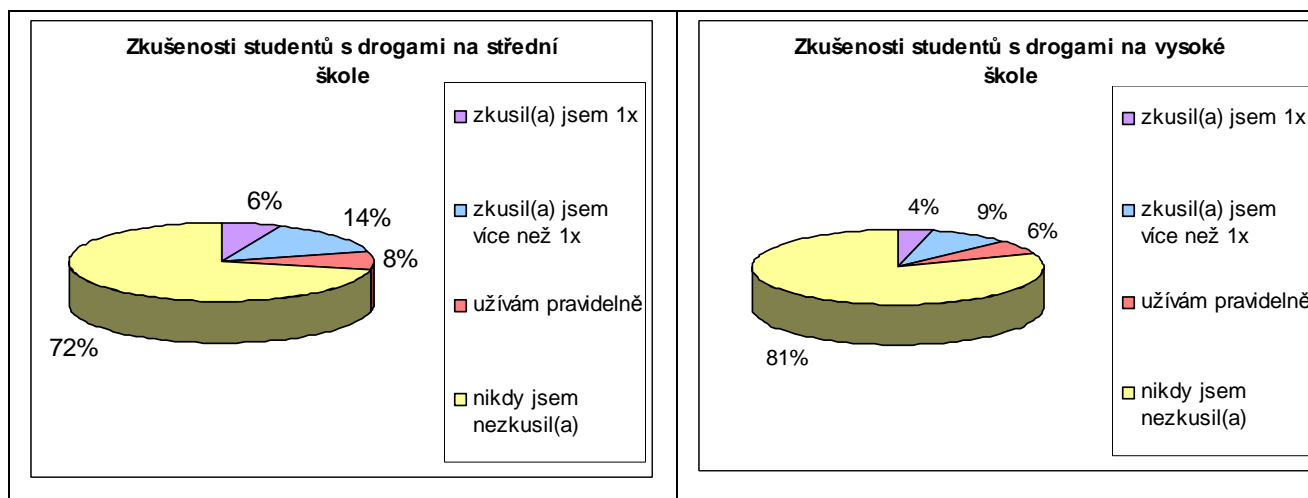
TK = 17,48

KH = 11,3

TK > KH proto zamítneme nulovou hypotézu a přijmeme  $H_1$

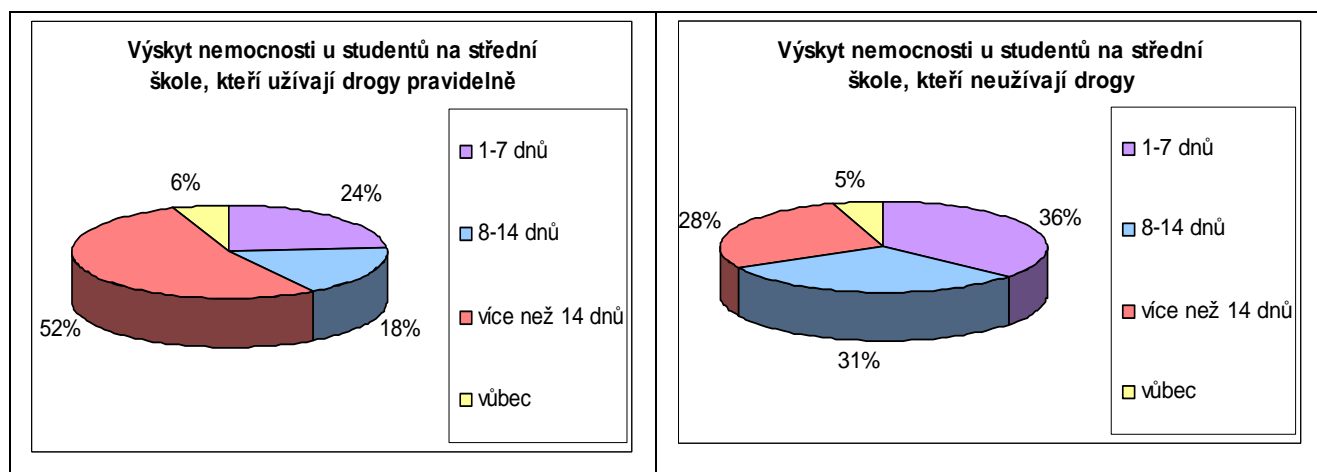
**Hypotéza H4 byla potvrzena.**

**Graf 6.1**



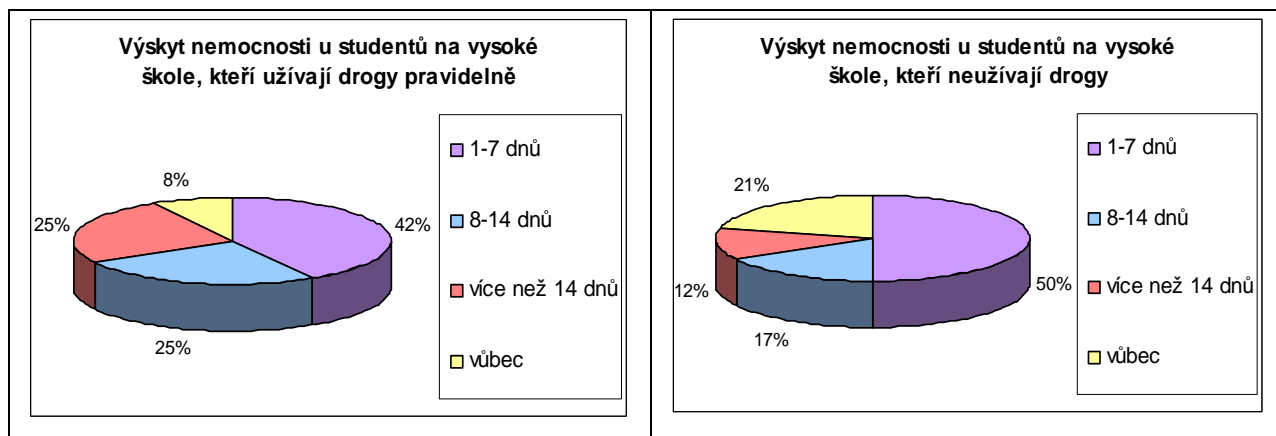
Graf 6.1 znázorňuje zkušenosti s drogami na střední resp. na vysoké škole. Z grafu lze pozorovat, že pravidelných uživatelů této látky bylo na střední škole 8%, na vysoké škole se toto číslo nepatrně snížilo. Zkušenosti s drogami jsou patrné již ze střední školy, po přechodu na vysokou školu se toto číslo zmenšilo o necelých 10% (ze 28% na 19%).

**Graf 6.2**



Stejně jako u spotřeby cigaret a konzumace alkoholu se budu v tomto grafu zabývat výskytem nemocnosti vzhledem k užívání drog. 52% studentů užívajících tyto návykové látky na střední škole je během 1 roku nemocná více než 14 dnů. Studenti, kteří drogy neužívají vůbec jsou nemocní více než 14 dnů jen ve 28% případech.

**Graf 6.3**



Graf 6.3 znázorňuje výskyt nemocnosti u studentů na vysoké škole vzhledem k užívání drog. 71% studentů, kteří na vysoké škole neužívají drogy jsou nemocní více než 8 dnů jen ve 29% případů, zatímco u pravidelných uživatelů drog je toto číslo přesně 50%. Jen 8% pravidelných uživatelů drog není během roku vůbec nemocných, oproti tomu studenti, kteří nekonzumují drogy vůbec nejsou během roku nemocní v 21% případů.

Z uvedených grafů v rámci hypotéz 2-4 vyplývá, že návykové látky mají jednoznačně vliv na výskyt nemocnosti a její délku. Tento vliv je patrný jak na střední, tak na vysoké škole. Významnější je však na střední škole, kde jsou rozdíly v délce nemocnosti u studentů vzhledem k užívání návykových látek větší.

### **7.5 H5: Výskyt nemocnosti je vyšší u studentů, kteří pravidelně nesportují.**

*Výskyt nemocnosti je vyšší u studentů, kteří pravidelně nesportují.*

**n = 216**

**$\alpha = 0,01$**

zjištěné hodnoty	sportují maximálně 1x měsíčně	sportují minimálně 1x týdně	
1-7 dnů	36	142	178
8-14 dnů	16	83	99
více než 14 dnů	33	70	103
vůbec	16	36	52
	101	331	432

očekávané hodnoty	sportují maximálně 1x měsíčně	sportují minimálně 1x týdně	
1-7 dnů	41,61574074	136,3842593	
8-14 dnů	23,14583333	75,85416667	
více než 14 dnů	24,08101852	78,91898148	
vůbec	12,15740741	39,84259259	
	101	331	

$H_0$ : Počet výskytu nemocnosti není vyšší u studentů kteří pravidelně nesportují.

$H_1$ : Počet výskytu nemocnosti je vyšší u studentů kteří pravidelně nesportují.

Výpočet TK:  $\chi^2 = \sum (\text{pozorované} - \text{očekávané})^2 / \text{očekávané}$

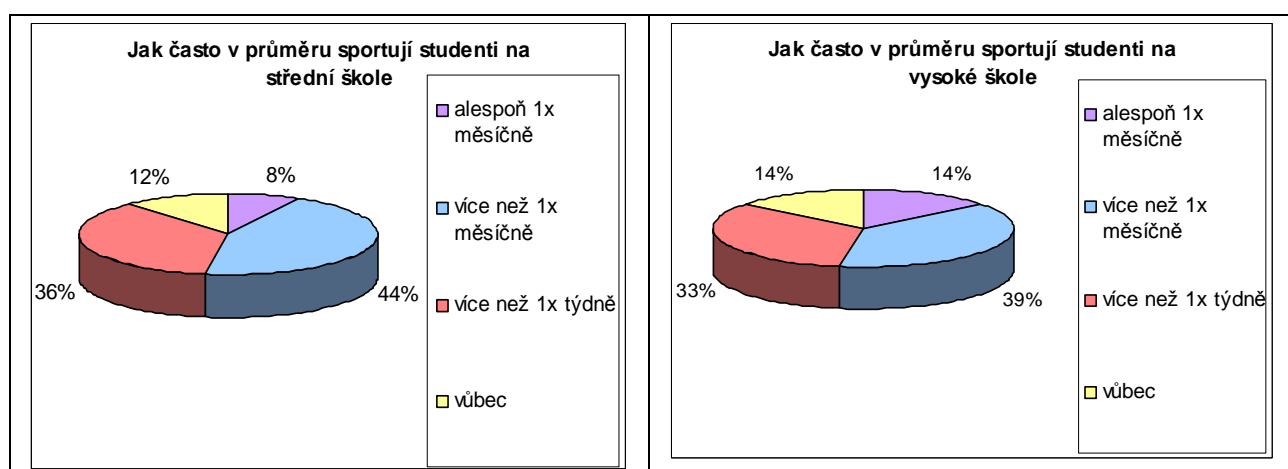
TK = 9,76

KH = 11,3

TK < KH proto zamítneme nulovou hypotézu a přijmeme  $H_1$

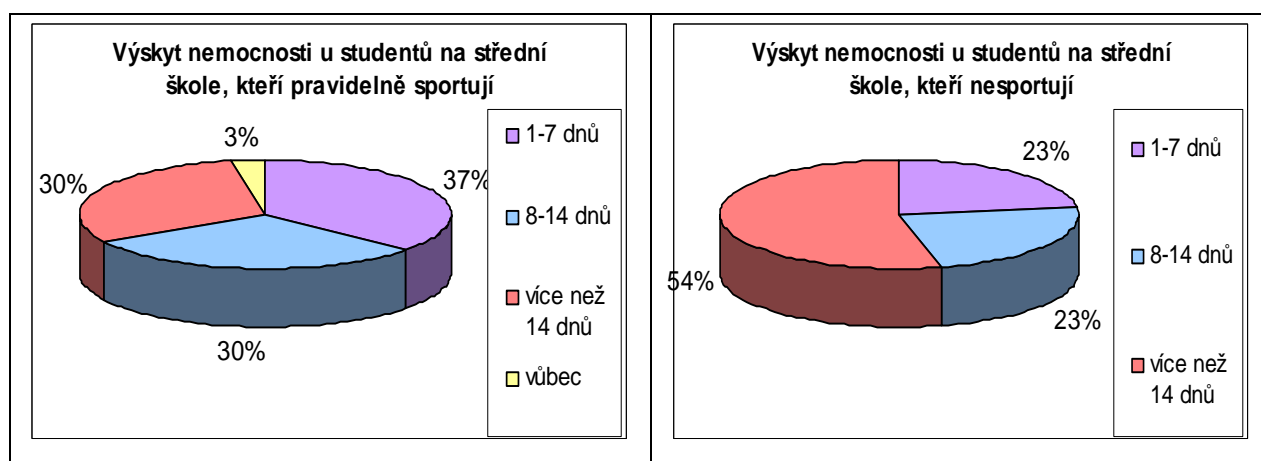
**Hypotéza  $H_5$  byla zamítnuta.**

**Graf 7.1**



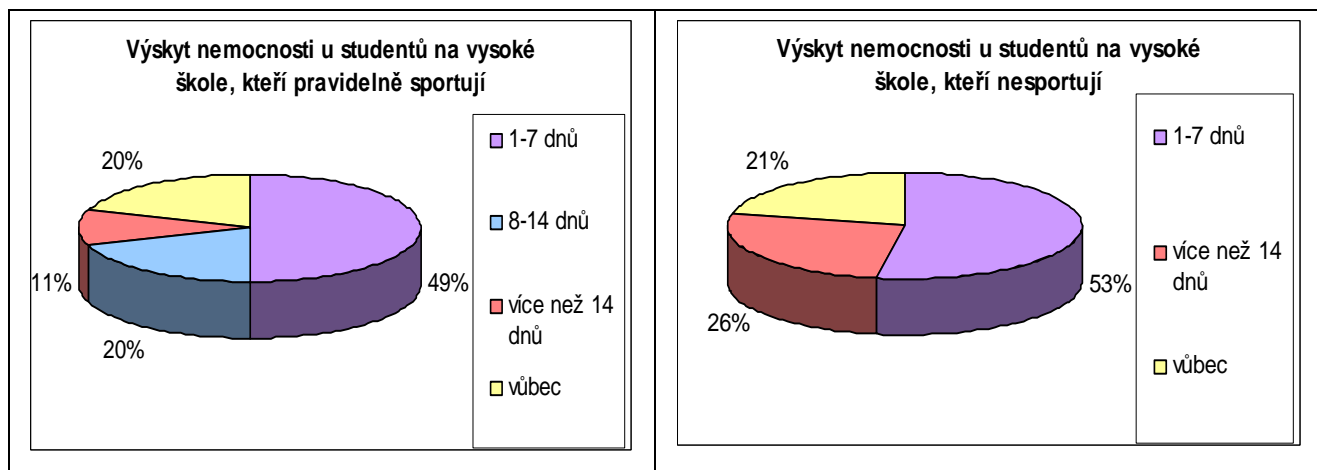
Graf 7.1 znázorňuje jak často se v průměru studenti věnují sportovní aktivní činnosti. Sport je jedním z dobrých příkladů jak posilovat své zdraví a předcházet onemocněním. Z grafu je vidět, že přesně 80% studentů sportuje na střední škole více než 1x měsíčně. Na vysoké škole je tento údaj o 8% nižší. 12% dotázaných studentů na střední škole nespportuje vůbec, na vysoké škole je to 14% studentů.

**Graf 7.2**



V tomto grafu je znázorněna závislost nemocnosti na sportovní aktivitě studentů na střední škole. Zajímavé je, že každý student, ze skupiny studentů, kteří nespportují, je alespoň jednou během roku nemocný. Ve skupině aktivně sportujících studentů je jich 40% nemocných maximálně do 7 dnů během 1 roku. Skupina studentů, která nespportuje, je během roku více než 8 dnů nemocná v 77% případů (skupina studentů, kteří sportují tvoří 60% takto nemocných).

**Graf 7.3**

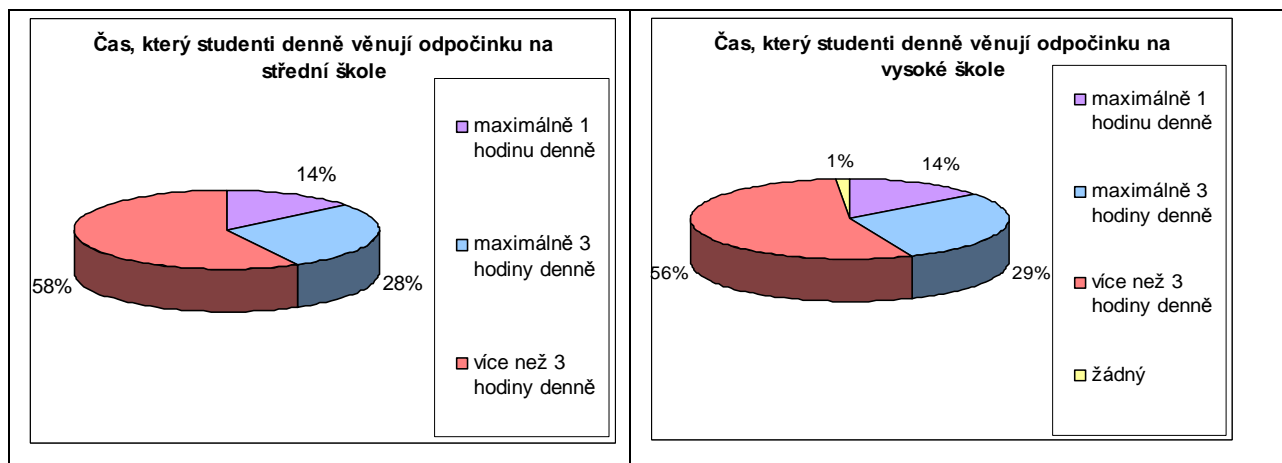


V tomto grafu je znázorněn výskyt nemoci u vysokoškolských studentů, kteří sportují a u těch, kteří nesportují. Poměr procentuálního vyjádření vzhledem ke stejným údajům na střední škole je podobný. Největší rozdíl zde je u výskytu nemocnosti vyšší než 14 dnů během 1 roku (u sportujících studentů je to 11%, zatímco u nesportujících 26%). Na střední škole je rozdíl v míře výskytu nemocnosti o poznání větší.

Provedený výzkum tuto hypotézu nepotvrdil, tudíž samotná sportovní činnost nemá, v rámci tohoto výzkumného šetření, přímý vliv na nemocnost studentů.

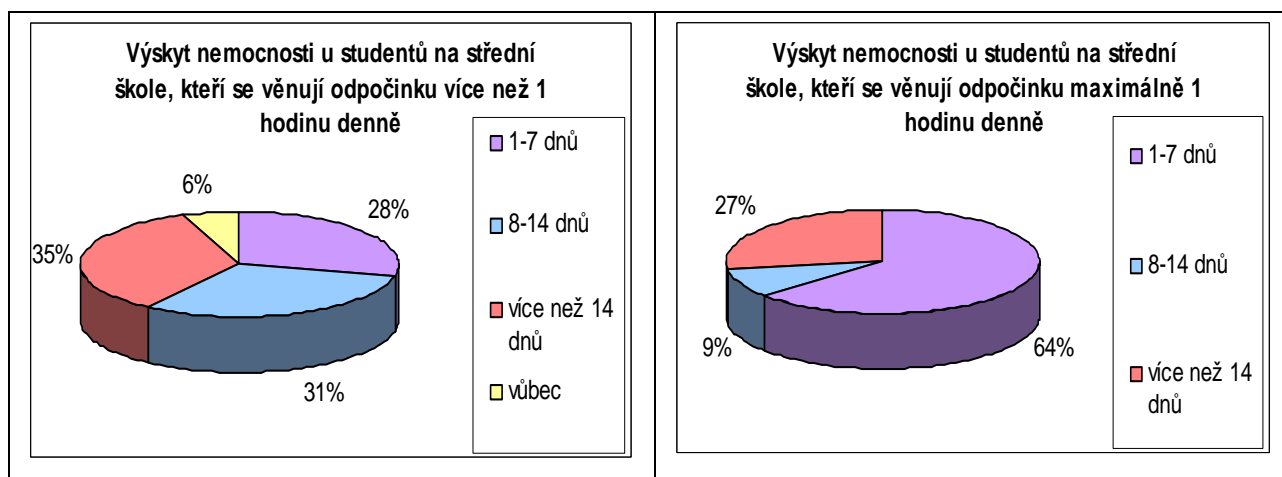


**Graf 8.1**

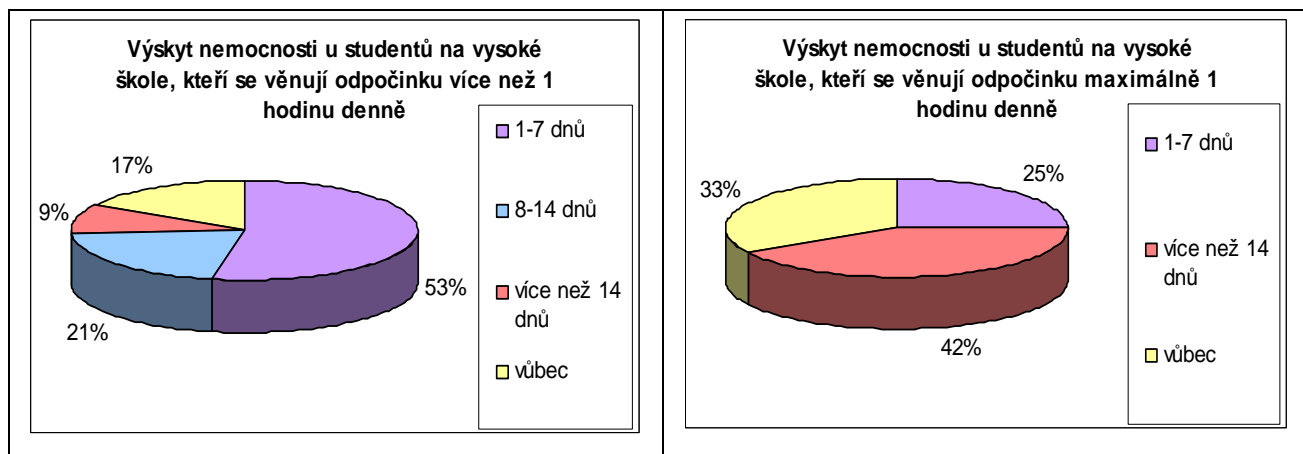


Graf 8.1 se zabývá časem, který studenti věnují během dne odpočinku, jak na střední, tak na vysoké škole. Z grafu je patrné, že odpočinek je důležitou součástí života studentů. V obou grafech je jen 1% těch, kteří neodpočívají vůbec. Poměr procentuálního vyjádření je u obou grafů ve všech údajích podobný.

**Graf 8.2**

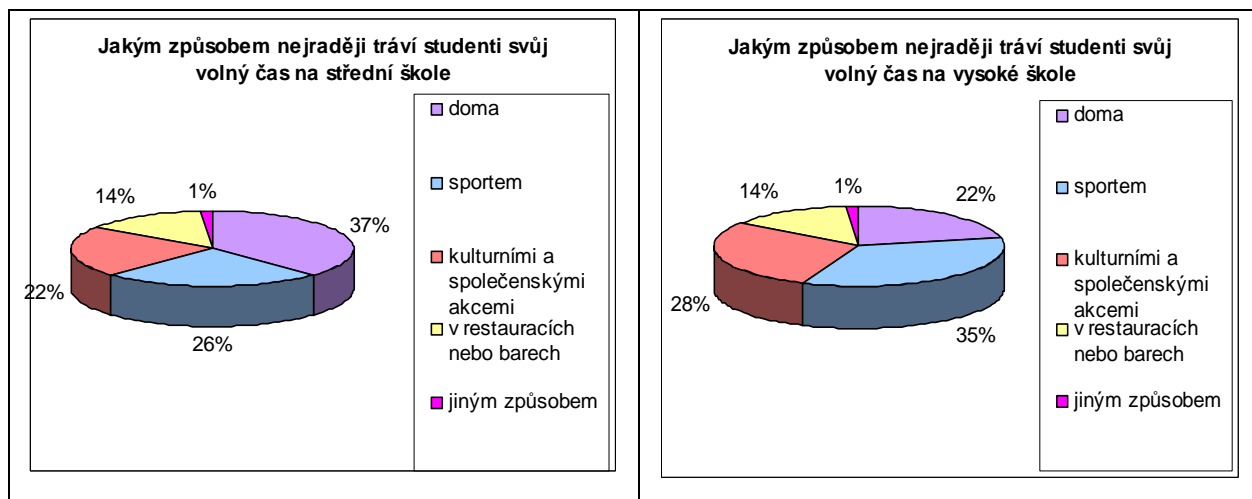


**Graf 8.3**



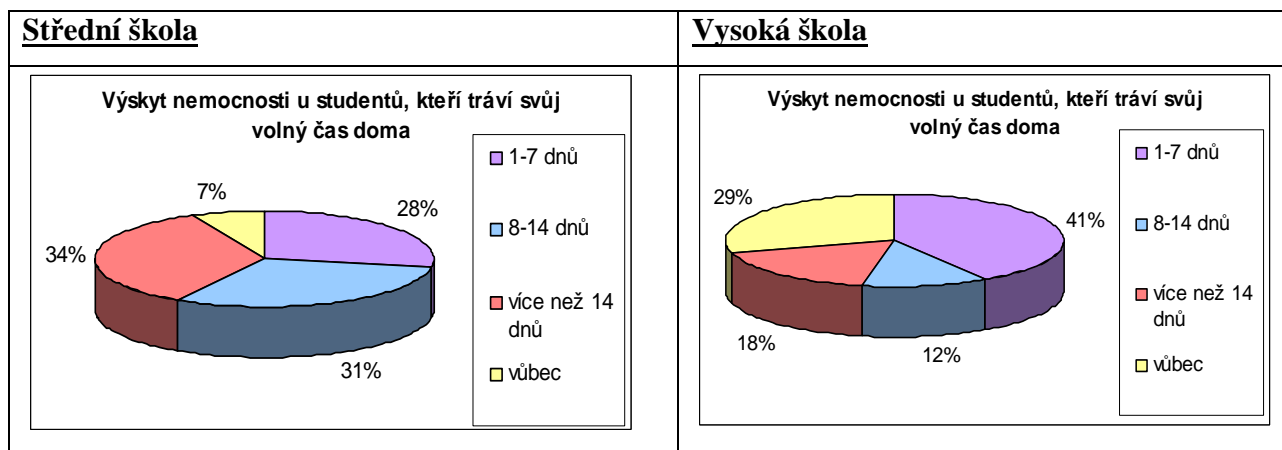
Ve srovnání grafů 8.2 a 8.3 je vidět rozdíl ve výskytu nemocnosti u studentů na střední i vysoké škole vzhledem k využívání jejich volného času. Studenti věnující se odpočinku více než 1 hodinu denně jsou na střední škole nemocní více než 8 dnů v 66% případů, zatímco na vysoké škole jen ve 30% případů. U studentů, kteří se odpočinku ve velké míře nevěnují je toto číslo rovno 36% na střední škole a 42% na vysoké škole- z toho lze vypočítat, že v prvním případě (u studentů věnujících se odpočinku ve větší míře) se toto číslo značně snížilo, tak ve druhém se nepatrně zvýšilo.

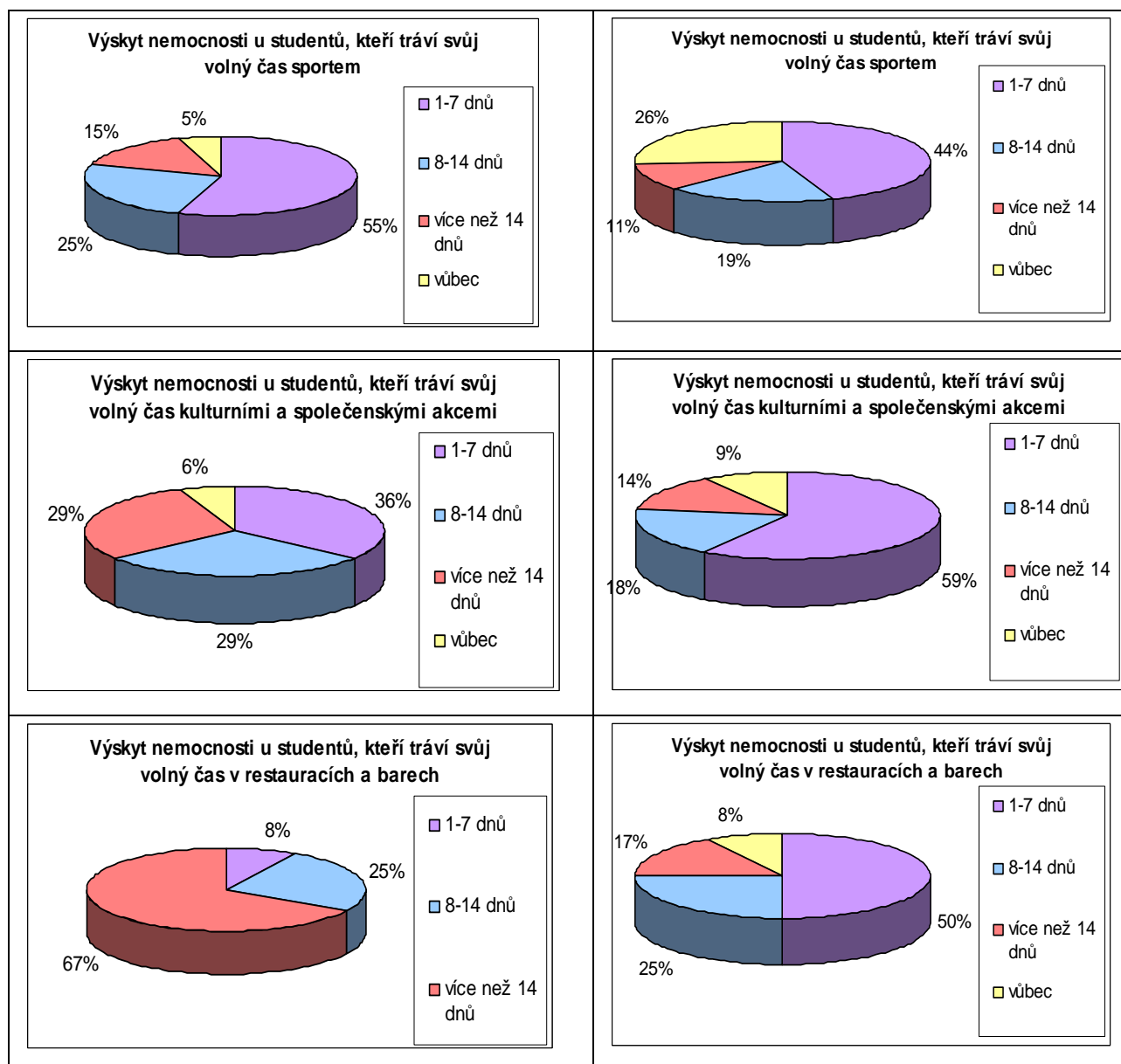
**Graf 9.1**



V grafu 9.1 je znázorněno jakým způsobem tráví studenti nejraději svůj volný čas, jak na střední, tak na vysoké škole. Nejvyšší rozdíl mezi oběma částmi grafu je, že studenti na střední škole tráví až v 37% případů svůj volný čas doma, zatímco na vysoké škole tento údaj klesl o 15%. Naopak se zvýšil údaj studentů aktivně sportujících a studentů, kteří využívají svůj volný čas kulturními a společenskými akcemi.

**Graf 9.2**

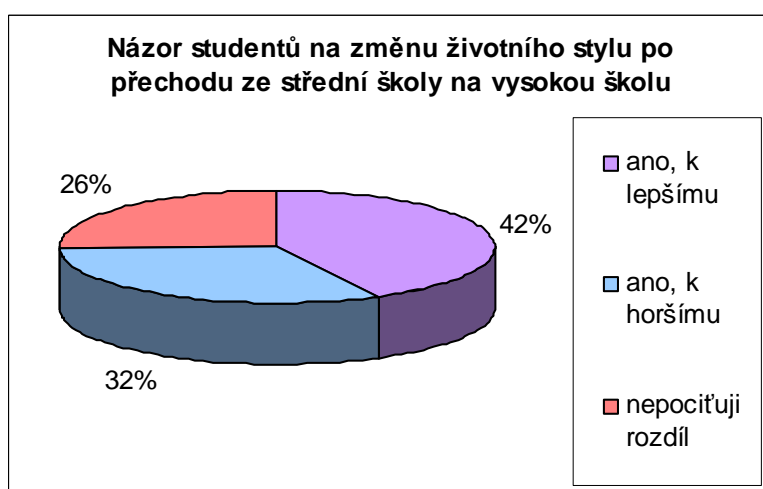




Graf 9.2 se zaměřuje na výskyt nemocnosti u středoškoláků a vysokoškoláků v závislosti na tom, jakým způsobem tráví nejradyji svůj volný čas. Již v první hypotéze bylo potvrzeno, že výskyt nemocnosti je obecně vyšší u středoškoláků. Přesto je zde vidět, že studenti, kteří sportují nebo tráví svůj volný čas společenskými a kulturními akcemi, jsou méně nemocní, než studenti, kteří tráví volný čas v restauračních zařízeních či barech. Studenti, kteří ve svém volném čase nejradyji sportují jsou na střední škole nemocní maximálně 7 dnů nebo vůbec v 60% případů, na vysoké škole dokonce v 70%. Zajímavý

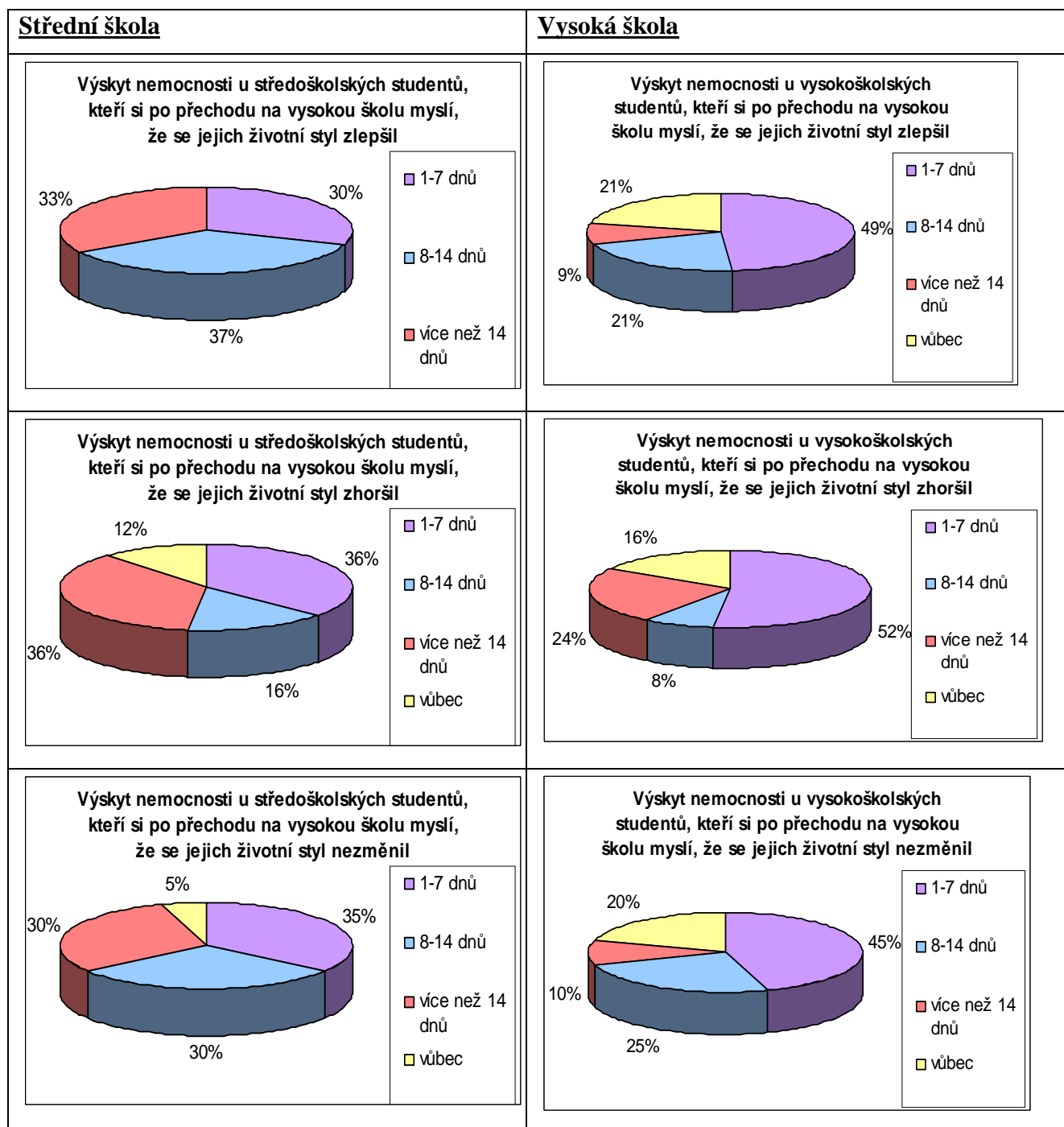
údaj je u studentů, kteří tráví volný čas na vysoké škole nejraději doma – ti jsou stejně jako sportující vysokoškoláci nemocní maximálně 7 dnů také v 70% případech, zatímco na střední škole (oproti „sportujícím“ středoškolákům) jen v 35% případech. Celých 92% středoškolských studentů, kteří tráví nejraději čas v restauracích a barech je nemocných více než 8 dnů ročně, zatímco na vysoké škole je toto číslo více než o polovinu nižší (42%), přesto je to nejvyšší údaj v rámci nemoci ve způsobu trávení volného času.

**Graf 10.1**



V tomto grafu je znázorněn názor studentů na změnu životního stylu po přechodu ze střední školy na vysokou školu. Nejvíce studentů – 42%, si myslí, že se jejich životní styl po příchodu ze střední školy zlepšil. 32% studentů má opačný názor a více než čtvrtina dotázaných – 26%, žádný rozdíl nepocítuje.

Graf 10.2



Z grafu 10.2 lze vyčíst, že studenti, kteří si myslí, že se jejich životní styl po přechodu ze střední školy na vysokou školu zlepšil, jsou skutečně výrazně méně nemocní (ze 70%

nemocných na střední škole více než 8 dnů ročně na 30% na vysoké škole) . U ostatních skupin nemocnost klesla také, ale ne v takové míře.

Přestože poslední hypotéza nebyla potvrzena, z uvedených grafů vyplynulo, že studenti, kteří aktivně využívají svůj volný čas jsou méně nemocní než studenti využívající většinu svého volného času například v restauracích a barech. Tudíž se lze domnívat, že nezáleží na typu aktivity, ale spíše na tom zda trávíme volný čas aktivně nebo pasivně.

## 7.6 Shrnutí hypotéz

**H1:** Výskyt nemocnosti je vyšší u studentů na střední škole než na vysoké škole.

**Hypotéza byla verifikována.**

**H2:** Počet výskytu nemocnosti je vyšší u studentů, kteří pravidelně kouří..

**Hypotéza byla verifikována.**

**H3:** Výskyt nemocnosti je vyšší u studentů, kteří pravidelně konzumují alkohol.

**Hypotéza byla verifikována.**

**H4:** Počet výskytu nemocnosti je vyšší u studentů, kteří pravidelně užívají drogy.

**Hypotéza byla verifikována.**

**H5:** Výskyt nemocnosti je vyšší u studentů, kteří pravidelně nesportují.

**Hypotéza byla falsifikována.**

## 8 Závěr výzkumu

Výzkumné šetření, jehož cílem bylo porovnat zdravotní stav vysokoškoláků před příchodem na vysokou školu a na Univerzitě samotné, přineslo řadu zajímavých údajů.

Z výzkumu vyplynulo, že o poznání více nemocní jsou studenti na střední škole, kde jsou pravděpodobně více stresováni. Už jen pocit, že do školy musí je pro studenty nepříjemný a je to možná jedna z příčin častého onemocnění. Někdy ani nemusí trpět žádnou nemocí, ale každý menší příznak zdravotních potíží využijí k tomu aby do školy nemuseli, zatímco na vysoké škole je do studia nikdo nenutí a nemají tak důvod nemoc předstírat. Každý si pochopitelně musí sáhnout do svědomí, zda je jeho nemoc natolik vážná, že nemůže absolvovat na střední škole vyučování.

Mezi nejčastější nemoci patří virová onemocnění, konkrétně chřipka. Vážnější onemocnění, jako kardiovaskulární, infekční nebo onkologická, jsou spíše vzácností, ale i v tomto nízkém věku se u některých studentů objevují. Vliv dědičnosti v tomto případě příliš prokázat nelze, jelikož u těchto onemocnění se příznaky objevují spíše v pokročilejším věku.

Následující tři hypotézy naznačily, že studenti užívající návykové látky jsou častěji nemocní než studenti, kteří se alkoholu, cigaretám respektive drogám vyhýbají. Je jistě dobře, že tato hypotéza byla potvrzena, jelikož tyto látky nejsou ve velké míře k životu nutné.

Naopak aktivní životní styl by měl dostat před zmíněnými škodlivými látkami přednost. Pokud budou lidé raději sportovat, cvičit nebo navštěvovat kulturní a společenské akce, bude to ku prospěchu jejich zdraví.



## ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat četnost onemocnění u studentů Univerzity Pardubice jak na střední škole, tak po přechodu na vysokou školu.

Zdravotní stav ovlivňuje kvalitu života každého člověka a je i velkým společenským problémem. Každá společnost vynakládá nemalé finanční prostředky na výzkum a léčení nemocí. Nemocnost je multifaktoriálně podmíněna. Nemůžeme říci, že lidé trpí jen tělesnými potížemi, ale stále častěji i psychickými poruchami. V současné době jsou lidé pod psychickým a sociálním tlakem, který pravděpodobně přispívá k častějšímu výskytu nemocí. Důležitou roli v dnešní době hraje způsob vedení životního stylu. Nedostatek pohybu, odpočinku, přejídání a užívání návykových látek (alkoholu, drog, kouření) v současné době přispívá k nejzávažnějším onemocněním. Na výskyt těchto onemocnění má vliv samozřejmě také dědičnost a prostředí, ve kterém jedinec žije. Nemoci se objevují u všech lidí bez rozdílu věku, národnosti či pohlaví, i když u každého samozřejmě v různé míře.

V praktické části jsem se, pomocí kvantitativního výzkumu, zabýval četností onemocnění u studentů Univerzity Pardubice na střední a poté na vysoké škole. Dotazníkového šetření se zúčastnili studenti Fakulty filozofické, Fakulty ekonomicko-správní a Fakulty chemicko-technologické Univerzity Pardubice. Výzkumné šetření přineslo řadu zajímavých ukazatelů o nemocnosti studentů po přechodu ze střední školy na vysokou školu.

Výzkumné šetření prokázalo, že výskyt nemocnosti u studentů je o poznání vyšší na střední škole, než na vysoké. Studenti, kteří užívají ve větší míře návykové látky jsou více nemocní než studenti, kteří se těmto látkám vyhýbají. Změna typu školy výrazně chování a návyky studentů neovlivňuje. Na obou typech škol je podobné procento studentů, kteří užívají návykové látky i stejně sportují- z toho lze usuzovat, že prostředí na střední škole je pro studenty více stresující než prostředí vysoké školy.

## Seznam použité literatury

### MONOGRAFIE

- 1) DOLINA, Jiří, et al. *Civilizace a nemoci*. 1. vyd. Praha: Futura, 2009. 272 s.  
ISBN 978-80-86844-53-4.
- 2) HONZÁK, Radkin. *I v nemoci si buď přítelem*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické Nakladatelství, 1989. 159 s.
- 3) HOUDRET, Jean-Claude. *Chřipka: ... jak se léčí*. 1. vyd. Praha: T.O.K.- Exit  
Ve spolupráci s Nakladatelstvím Eminent, 1994. 125 s. ISBN 80-901006-8-6.
- 4) HRUBÁ, Drahoslava. *Životní podmínky a zdravotní stav populace*. Praha: KPK, 1993.  
135 s. ISBN 80-85267-43-8.
- 5) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002.  
198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- 6) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s.  
ISBN 80-7178-551-2.
- 7) LOBOVSKÁ, Alena. *Infekční nemoci*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova: Karolinum,  
2002. 263 s. ISBN 80-246-0116-8.
- 8) MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita,  
Filozofická fakulta, 2005. 84 s. ISBN 80-7368-035-1 (brož.).
- 9) PRAŠKO, Ján, et al. *Nadměrné obavy o zdraví: rady pro klienta a jeho rodinu*.  
1. vyd. Praha: Portál, 2004. 134 s. ISBN 80-7178-881-3
- 10) ŠRÁM, Radim, et al. *Dědičnost a člověk*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické  
Nakladatelství, 1987. 251 s.

### ELEKTRONICKÉ ZDROJE

- 1) MUDr. MANDÁKOVÁ, Zdeňka. *Virové hepatitidy* [online]. 08 .06. 2009, [cit. 2011-02-11]. Dostupný z WWW:  
<<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni/medicina-priloha/virove-hepatitidy-431512>>

2) Prof. MUDr. SVAČINA, Štěpán DrSc. *Nadváha a obezita u dospělých* [online].  
17. 01. 2011, [cit. 2011-02-13]. Dostupný z WWW:  
<<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/nadvaha-a-obezita-u-dospelych-457511>>

## **Přílohy**

### **Seznam grafů**

[Graf 1.1. počet dnů nemoci u studentů na střední škole](#)  
[Graf 1.2 počet dnů nemoci u studentů na vysoké škole](#)  
[Graf 2.1 Výskyt chřipky u studentů na střední škole](#)  
[Graf 2.2 Výskyt chřipky u studentů na vysoké škole](#)  
[Graf 3.1 Vážná onemocnění studentů na střední škole](#)  
[Graf 3.2 Vážná onemocnění studentů na vysoké škole](#)  
[Graf 4.1 Počet vykouřených cigaret u studentů na střední a vysoké škole](#)  
[Graf 4.2 Výskyt nemocnosti u kuřáků a nekuřáků na střední škole](#)  
[Graf 4.3 Výskyt nemocnosti u kuřáků a nekuřáků na vysoké škole](#)  
[Graf 5.1 Spotřeba alkoholu u studentů na střední a vysoké škole](#)  
[Graf 5.2 Vliv alkoholu na výskyt nemocnosti u studentů na střední škole](#)  
[Graf 5.3 Vliv alkoholu na výskyt nemocnosti u studentů na vysoké škole](#)  
[Graf 6.1 Zkušenosti studentů s drogami na střední a vysoké škole](#)  
[Graf 6.2 Vliv drog na výskyt nemocnosti u studentů na střední škole](#)  
[Graf 6.3 Vliv drog na výskyt nemocnosti u studentů na vysoké škole](#)  
[Graf 7.1 Sport a studenti na střední a vysoké škole](#)  
[Graf 7.2 Výskyt nemocnosti u studentů, kteří \(ne\)sportují na střední škole](#)  
[Graf 7.3 Výskyt nemocnosti u studentů, kteří \(ne\)sportují na vysoké škole](#)  
[Graf 8.1 Odpočinek a studenti na střední a vysoké škole](#)  
[Graf 8.2 Vliv odpočinku na výskyt nemocnosti u studentů na střední škole](#)  
[Graf 8.3 Vliv odpočinku na výskyt nemocnosti u studentů na vysoké škole](#)  
[Graf 9.1 Způsob trávení volného času u studentů na střední a vysoké škole](#)  
[Graf 9.2 Výskyt nemocnosti vzhledem ke způsobu trávení volného času](#)  
[Graf 10.1 Náзор studentů na změnu životního stylu po přechodu ze střední školy](#)  
[Graf 10.2 Výskyt nemocnosti u studentů dle vnímání změny životního stylu](#)

## **Dotazník**

Dobrý den,

rád bych Vás poprosil o vyplnění následujícího dotazníku. Veškeré údaje, které zde jsou uvedeny mají informativní charakter a budou použity jako statistické údaje do výzkumu mé bakalářské práce s tématem: "**Srovnání výskytu nemocnosti mezi studenty Univerzity Pardubice před a během prvního roku studia**"

Dotazník je anonymní tak prosím neuvádějte své jméno.

Děkuji Vám za čas strávený u tohoto dotazníku. Přeji pěkný den

Lukáš Daněk

Vaše pohlaví: muž  žena

Váš věk: 18-20 let  21-23 let  24 a více let

Fakulta, kterou studujete:

Obor, který studujete:

Ročník:

**Pro správné vyhodnocení dotazníku prosím o označení odpovědi u každé otázky. Pokud nebude uvedeno jinak, označte vždy jen jednu možnost.**

### **Dotazník:**

1) Kolik dnů v roce jste byl(a) v průměru nemocný(á) na střední škole?

- 1-7 dnů
- 8-14 dnů
- více než 14 dnů
- vůbec

2) Kolik dnů v roce jste v průměru nemocný(á) na vysoké škole?

- 1-7 dnů
- 8-14 dnů
- více než 14 dnů
- vůbec

3) Jak často jste měl(a) na střední škole chřipku?

- 1 krát ročně
- 2 krát ročně
- více než 3 krát ročně
- vůbec

4) Jak často máte chřipku na vysoké škole?

- 1 krát ročně
- 2 krát ročně
- více než 3 krát ročně
- vůbec

5) Prodělal(a) jste na střední škole některé z těchto vážných onemocnění (můžete označit více odpovědí)?

- kardiovaskulární onemocnění (onemocnění srdce, cévní mozkovou příhodu,..)
- onkologické onemocnění (např. rakovina)
- nemoci pohybového ústrojí
- žádné
- jiné(doplňte)...

6) Prodělal(a) jste na vysoké škole některé z těchto vážných onemocnění (můžete označit více odpovědí)?

- kardiovaskulární onemocnění
- onkologické onemocnění
- nemoci pohybového ústrojí
- žádné
- jiné(doplňte)...

7) Prodělal jste někdy nějaké infekční onemocnění (např. žloutenku, AIDS...)?

- ano, na střední škole
- ano, na vysoké škole
- ano, v obou případech
- ne

8) Musel(a) jste v důsledku nějakého zranění či onemocnění přerušit studium?

- ano, na střední škole
- ano, na vysoké škole
- ano, v obou případech
- ne

9) Trpěl někdo z vaší rodiny nějakým kardiovaskulárním nebo onkologickým onemocněním? (můžete označit více možností)

- onkologickým
- kardiovaskulárním
- nikdo

10) Trpíte vy nějakým kardiovaskulárním nebo onkologickým onemocněním? (můžete označit více možností)

- onkologickým
- kardiovaskulárním
- ne

11) Předstíral(a) jste někdy nemoc kvůli tomu, a by jste nemusel(a) do školy?

- pouze na střední škole
- pouze na vysoké škole
- v obou případech
- nikdy

12) Kolik cigaret jste v průměru vykouřil(a) na střední škole?

- 1-5 cigaret denně
- 6-10 cigaret denně
- 11 a více cigaret denně
- žádnou

13) Kolik cigaret v průměru vykouříte na vysoké škole?

- 1-5 cigaret denně
- 6-10 cigaret denně
- 11 a více cigaret denně
- žádnou

14) Konzumoval(a) jste alkohol na střední škole?

- příležitostně
- více než 1x měsíčně
- více než 1x týdně
- vůbec

15) Konzumujete alkohol na vysoké škole?

- příležitostně
- více než 1x měsíčně
- více než 1x týdně
- vůbec

16) Užíval(a) jste na střední škole drogy?

- zkusil(a) jsem 1x
- zkusil(a) jsem více než 1x
- pravidelně
- vůbec

17) Užíváte drogy na vysoké škole?

- zkusil(a) jsem 1x
- zkusil(a) jsem více než 1x
- pravidelně
- vůbec

18) Sportoval(a) jste na střední škole?

- alespoň 1x měsíčně
- alespoň 1x týdně
- více než 1x týdně
- vůbec

19) Sportujete na vysoké škole?

- alespoň 1x měsíčně
- alespoň 1x týdně
- více než 1x týdně
- vůbec

20) Myslíte si, že se po přechodu ze střední na vysokou školu změnil váš životní styl?

- ano, k lepšímu
- ano, k horšímu
- nepocítuji rozdíl

21) Ovlivňuje vás prostředí vysoké školy více než na střední škole? (např. co se týče aktivního životního stylu, konzumace alkoholu, kouření,...)

- prostředí nemá vliv na můj životní styl
- ano, ovlivňuje
- více jsem byl ovlivněn na střední škole

22) Na kterém typu školy jste pocítoval(a) vyšší psychické zatížení?

- na střední škole
- na vysoké škole
- nepocítuji rozdíl

23) Užíval(a) jste na střední škole nějaké doplňky stravy (např. vitamíny, iontové nápoje atd.)?

- ano, pravidelně
- nepravidelně
- vůbec

24) Užíváte na vysoké škole nějaké doplňky stravy (např. vitamíny, iontové nápoje atd.)?

- ano, pravidelně
- nepravidelně
- vůbec

25) Kolik času denně jste na střední škole v průměru věnoval(a) odpočinku (čas, který není vyplněn školou, prací, učením...)?

- maximálně hodinu denně
- maximálně 3 hodiny denně
- více než 3 hodiny denně
- žádný



26) Kolik času denně věnujete odpočinku na vysoké škole (čas, který není vyplněn školou, prací, učením...)?

- maximálně hodinu denně
- maximálně 3 hodiny denně
- více než 3 hodiny denně
- žádný

27) Vyberte z daných možností jakým způsobem jste nejraději trávil(a) váš volný čas na střední škole?

- doma
- sportem
- kulturními a společenskými akcemi
- v restauracích, barech, apod.
- jinak (doplňte)...

28) Vyberte z daných možností jakým způsobem nejraději trávíte volný čas na vysoké škole?

- doma
- sportem
- kulturními a společenskými akcemi
- v restauracích, barech, apod.
- jinak (doplňte)...