

Zdraví a životní styl mládeže ve Zlínském kraji

Ilona Ostřanská

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ilona Ostřanská**
Osobní číslo: **H12254**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Zdraví a životní styl mládeže ve Zlínském kraji**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti zdraví a životního stylu mládeže.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření zaměřeného na zjištění úrovně zdravého životního stylu.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BAŠKOVÁ, Martina. Výchova k zdraví. Martin: Osveta, c2009, 226 s. ISBN 978-80-8063-320-2.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

KRAUS, Blahoslav. Středoškolská mládež a její svět na přelomu století. Brno: Paido, 2006, 156 s. ISBN 8073151251.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. Výchova ke zdraví. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Karla Hrbáčková, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

6. ledna 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

27. dubna 2016

Ve Zlíně dne 6. ledna 2016


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- o odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- o beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- o na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- o podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- o podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- o pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 2.3.2016

Milana Kona

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá přístupem a vztahem dnešní mládeže ke zdraví a životnímu stylu. Teoretická část práce se zaměřuje na zdraví, životní styl a návykové látky, které dnešní mládež ohrožují. V praktické části se zaměřujeme na způsob života preferující dnešní mládež.

Klíčová slova:

zdraví, životní styl, drogy, pohyb, zdravá výživa, pitný režim, kouření

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with young people's attitudes and relations to the health and lifestyle. The theoretical part of the paper is focused on the health, lifestyle and addictive substances which threaten the youth today. In a practical part we focus on the preferred lifestyle of today's youth.

Keywords:

health, lifestyle, drugs, exercise, healthy diet, fluid intake, smoking

Ráda bych poděkovala Mgr. Karle Hrbáčkové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, ochotu a cenné rady.

Poděkování patří také všem respondentům, díky kterým jsem mohla uskutečnit svůj výzkum.

Děkuji také své rodině a blízkým za neocenitelnou podporu a trpělivost po celou dobu studia.

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

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 ZDRAVÍ.....	11
1.1 DEFINICE ZDRAVÍ A NEMOCI.....	11
1.2 DETERMINANTY ZDRAVÍ.....	12
1.3 PODPORA ZDRAVÍ.....	13
1.4 PREVENCE.....	14
2 ŽIVOTNÍ STYL.....	16
2.1 STRAVOVÁNÍ.....	18
2.2 POHYBOVÁ AKTIVITA.....	22
2.3 DALŠÍ SLOŽKY ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU.....	24
3 NÁVYKOVÉ CHOVÁNÍ.....	26
3.1 ALKOHOL.....	26
3.2 KOUŘENÍ.....	27
3.3 KONOPNÉ DROGY.....	29
3.4 DALŠÍ NELEGÁLNÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY.....	29
4 CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ ADOLESCENCE.....	31
4.1 MLÁDEŽ VE ZLÍNSKÉM KRAJI.....	33
5 VÝCHOVA KE ZDRAVÍ.....	36
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	37
6 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	38
6.1 VÝZKUMNÉ CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	38
6.2 POUŽITÁ VÝZKUMNÁ TECHNIKA.....	39
6.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	40
6.4 OBECNÉ ÚDAJE O RESPONDENTOVÍ.....	40
7 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	43
8 ZÁVĚREČNÉ SHRNUTÍ VÝZKUMU.....	58
ZÁVĚR.....	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	62
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	65
SEZNAM GRAFŮ.....	66
SEZNAM PŘÍLOH.....	67

ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsme zvolili téma „Zdraví a životní styl mládeže ve Zlínském kraji“, neboť se domníváme, že problematika životního stylu jako nástroje k ovlivnění zdraví je v současné době velmi aktuální.

Dnešní mládež žije velmi uspěchaně, často se potýká se stresem, nedostatkem času na stravování a uchyluje se k rychlému občerstvení, začíná pít alkohol, kouřit. Po škole přijde domů a místo pohybu zasedne k různým médiím, jako jsou např. internet a televize. Přitom si vůbec neuvědomuje, jaké následky na zdraví takového počínání může mít.

Co je to zdraví? Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako „stav fyzické, psychické, sociální a estetické pohody.“ Je to tedy více než absence nemoci nebo vady, je to stav celkové pohody. Jaké jsou představy laické veřejnosti o zdraví? Určitě záleží na věku každého jedince. Děti a mládež mají na zdraví určitě jiný názor než staří lidé. S přibývajícím rokem názor na zdraví měníme a často zjišťujeme, jak je pro nás velmi důležité. Mění se i náš postoj k tomu, co jsme pro udržení dobrého zdraví schopni udělat.

Každý člověk má svůj styl života, který je hodně ovlivňován rodinou, školou a vrstevníky. V dospívajícím věku se mladí lidé často uchylují k rizikovému životnímu stylu, neboť ten jim z jejich pohledu připadá zajímavý a pomáhá vyřešit různé jejich osobní problémy. K nejrizikovějším faktorům životního stylu patří především nezdravá výživa, nedostatek pohybové aktivity, kouření a alkohol.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaký životní styl preferuje mládež ve Zlínském kraji. Jak se stravuje, kolik času věnuje aktivnímu pohybu a zda se vyhýbá návykovým látkám, jako je alkohol, kouření a marihuana.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVÍ

Zdraví patří k nejvýznamnějším hodnotám každého člověka. Je předpokladem spokojeného života. Ale také určuje kvalitu a délku našeho života. Většina lidí ho bere jako samozřejmost a jeho hodnotu poznává až ve chvíli, kdy onemocní sám anebo někdo z jeho blízkých. V ten moment si uvědomíme, že je to ten nejcennější dar, který máme a o který musíme pečovat.

Lze ho chápat jako vyvážený stav duševní, tělesné a sociální pohody (Čeledová, Čevela, 2010, s. 19). Je ovlivňováno mnoha aspekty, ať už je to zdravotně preventivní chování, životní prostředí, životní styl apod. Pro spokojený a aktivní život je zdraví jednou z našich priorit. Je pro člověka velice podstatné. Rozhoduje o tom, jak kvalitně a spokojeně prožijeme svůj život.

Péče o zdraví začíná od narození již v rodině. Zejména v oblasti výživy, péče o dítě, vytváření jeho hygienických návyků. Pokračuje v mateřských a základních školách, kde na děti působí zdravotně preventivními programy.

„Zdraví je základní lidskou potřebou, je cennou hodnotou individuální i sociální, výrazně ovlivňující kvalitu života a hodnotou, zasluhující si celospolečenskou ochranu.“ (Čeledová, Čevela, 2010, s. 18)

Zdraví člověka ovlivňuje zejména jeho životní styl. Základem je výživa, fyzická aktivita, sociální pohoda a odolnost vůči stresu a jiným závislostem.

Pojem zdraví se navzájem spojuje ve třech odlišných dimenzích. Je to dimenze tělesného, duševního a sociálního zdraví. Zdraví je velmi subjektivní a u každého člověka je jeho podoba relativní a jedinečná.

Zdraví člověka je hodně ovlivněno i prostředím, ve kterém jedinec žije.

1.1 Definice zdraví a nemoci

Definovat, co je zdraví, není jednoduché. Zahrnuje hodně aspektů, jejichž důležitost se s vývojem společnosti, ale i s vývojem jedince stále mění. Když nejsme nemocní a nic nás nebolí, máme pocit, že jsme zdraví (Machová, Kubátová, 2009, s. 12).

„Zdraví lze chápat jako optimální stav tělesné, psychické, sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopnosti organismu přizpůsobovat se měnícím se podmínkám prostředí.“ (Čeledová, Čevela, 2010, s. 19)

Dle Křivohlavého (2001, s. 40) je zdraví *„...celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“*

Každý jedinec vnímá zdraví individuálně, proto se i jeho definice v jednotlivých laických a odborných publikacích mohou lišit. Zřejmě tu nejrozšířenější přinesla Světová zdravotnická organizace (WHO, 1964). Dle WHO je pojem zdraví definován jako: stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a ne jako pouhá nepřítomnost nemoci nebo vady (Machová, Kubátová, 2009, s. 12). Na tuto definici viditelně navazuje i Čeledová, viz výše, jakož i další autoři.

Tato definice byla různými autory rozšířená o doplňující nebo přesnější informace. Zahrnuje do zdraví všechny jeho složky, jak zdraví duševní, fyzické, tak i sociální a současně poukazuje i na nemoci.

Hodnota zdraví je pro jedince základní biologickou hodnotou nutnou k plnění společenských rolí a osobní pohody. Mělo by být prioritou pro dobrou kvalitu života, plnění sociálních rolí a seberealizaci. K dosažení co nejlepšího zdraví je velmi důležitá prevence, diagnostika, terapie a rehabilitace. Zdravotní služby vše nezajistí, musíme sami přispět k rozvoji vlastního zdraví a najít oporu v celé společnosti (Čeledová, Čevela, 2010, s. 18 - 20).

Stejně jako zdraví je i nemoc definována z více pohledů. *„Nemoc, obecněji porucha zdraví, je potenciál vlastností organismu, které omezují jeho možnost vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky vnějšího i vnitřního životního prostředí bez porušení životních funkcí.“* (Machová, Kubátová, 2009, s. 12) Zamezit vzniku nemocí lze zlepšením životního prostředí a zdravějším životním stylem (Čeledová, Čevela, 2010, s. 22). Nemoc je porucha adaptace člověka na podněty prostředí.

1.2 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví jsou faktory, které působí na potenciál zdraví a mohou ho ovlivnit jak pozitivně, tak i negativně. Některé získáme výchovou nebo jsou dědičné, jiné jsou součástí prostředí, ve kterém žijeme.

Dělíme je na vnější a vnitřní. Determinanty vnitřní jsou faktory dědičné. Každý jedinec je získává již na začátku svého ontogenetického vývoje od obou rodičů. Na naše zdraví mají vliv také zevní faktory, které členíme do třech základních skupin:

- životní styl,
- kvalita životního a pracovního prostředí,
- zdravotní péče (kvalita, úroveň a dostupnost) (Machová, Kubátová, 2009, s. 13).

V celosvětovém měřítku 21. století je znečišťování ovzduší s následným oteplováním zemské atmosféry, chudoba a neregulovaný růst lidské populace hlavními determinanty negativně působícími na naše zdraví (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009, s. 18).

1.3 Podpora zdraví

Nejdůležitějším prvkem v péči o zdraví v dnešní době je podpora zdraví a prevence nemocí. Hlavní zdroje péče o zdraví nejsou jen finanční prostředky, technické a materiální vybavení zdravotnických služeb. Důležitějšími činiteli jsou sami lidé, celá naše společnost. Záleží, jaké si vytváříme sociální a ekonomické podmínky pro život. To jak žijeme, jak jsme ochotní o své zdraví pečovat (Machová, Kubátová, 2009, s. 14).

Podpora zdraví vychází z pěti základních principů:

- zaměřuje se na celou populaci a na podmínky její existence,
- zajímá se o různá opatření, která postihují determinanty zdraví a nemocí,
- využívá ke spolupráci různé doplňkové metody,
- usiluje o podporu veřejnosti,
- podporuje roli zdravotnických pracovníků v rozvoji podpory zdraví (Čeledová, 2010, s. 34).

Z projektu Světové zdravotnické organizace vychází národní projekty podpory zdraví. Zaměřují se na konkrétní populační skupiny a jednotlivce, s cílem změnit jejich postoje a chování ke zdravému životnímu stylu. Jsou zacílené na zdravé stravování, podporu pohybových aktivit, prevenci stresu, omezení spotřeby alkoholu a kouření (Čeledová, Čevela, 2010, s. 35).

„Podpora zdraví je tedy soustava činností politických, ekonomických, technologických a výchovných, jejichž cílem je chránit zdraví, prodlužovat aktivní život a zabezpečovat zdravý vývoj nových generací.“ (Machová, Kubátová, 2009, s. 14)

Machová a Kubátová (2009, s. 14) uvádějí, že ženám připadá v podpoře zdraví nejdůležitější role. Ve velké míře ovlivňují zdraví celé rodiny. Zejména v oblasti výživy, v péči o dítě, kdy od útlého dětství vytváří jeho hygienické a stravovací návyky. Podporují v dítěti vztah ke zdraví. Osobně se domníváme, že vzhledem k postmoderním proměnám tradiční rodiny a rozvolňování tradičních generových rolí by bylo zajímavé provést aktuálnější výzkum o roli žen ve vztahu ke zdraví v rodinách a porovnat výsledky tohoto nového výzkumu s výzkumy staršími. To však přesahuje rozsah naší bakalářské práce.

K zlepšení zdravotní a sociální péče napomáhá podpora zdraví. „Ten, kdo si váží zdraví, váží si i sám sebe a je ochoten pro své zdraví něco udělat.“ (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009, s. 26)

1.4 Prevence

Prevence úzce navazuje na podporu zdraví. Podstatou prevence je zabránění vzniku nemoci a prodloužení aktivní délky života. Prevence se provádí u jedince nebo na úrovni celé společnosti. Je účinnější nemocem předcházet, nežli je řešit, až nastanou.

Prevence má dvojí charakter. Obecná je zaměřená na vytváření příznivého životního prostředí a podporu zdravého způsobu života. Specifická je preventivní, cíleně zaměřená na prevenci vzniku nemoci, očkováním, změnou v životosprávě (Čeledová, Čevela, 2010, s. 35). Rozeznáváme tři základní typy prevence:

- primární,
- sekundární,
- terciární.

Primární prevence se týká období, kdy nemoc ještě nevznikla. Jejím cílem je vzniku nemoci zabránit. Uplatňují se aktivity posilující zdraví jako je správná hygiena, předcházení úrazům, odstraňování rizikových faktorů jako je nekouřit, vyvarovat se nadměrné konzumace alkoholu a jiných návykových látek. Hlavní a důležitou prevencí je očkování, které je zaměřené proti určitým nemocem. V České republice má dlouholetou tradici. Díky celo-

plošnému očkování došlo k vymizení mnoha infekčních chorob (Čeledová, Čevela, 2010, s. 36). V poslední době se ale ozývají kritické hlasy vůči celoplošnému očkování, a to i z řad odborníků, byť v nevelkém počtu. Převažujícím názorem ovšem zůstává, že celoplošné očkování je dobrou primární prevencí v předcházení vzniku nemocí.

U **sekundární prevence** je důležitá včasná diagnostika a následná účinná léčba. Jde o snahu zabránit komplikacím. Řadí se zde i preventivní prohlídky, díky kterým se mnoho nemocí podchytí včas a zabrání se nežádoucímu průběhu nemoci. V rámci preventivní prohlídky je podrobné klinické vyšetření, včetně laboratorních vyšetření. Provádí je praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, ženský lékař a zubní lékař. Obsah a časové rozmezí provádění preventivních prohlídek je stanoven platnou vyhláškou ministerstva zdravotnictví (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009, s. 30). Preventivní prohlídky a preventivní opatření vedou ke zvýšení kvality života i k jeho prodloužení.

„Terciární prevenci představuje rehabilitace, tzv. návratná péče, která má za cíl obnovit ztracené nebo omezené funkce organismu tak, aby člověk mohl znovu plnit své obvyklé role a aby se mohl znovu zapojit do pracovního procesu nebo aby se mohl alespoň sám o sebe postarat a byl co nejvíce soběstačný.“ (Čeledová, Čevela, 2010, s. 47) Je zaměřená na prevenci následků nemocí, vad, dysfunkcí a handicapů, které by vedly k invaliditě a k imobilitě jedince. Jejím cílem je omezit následky nemocí, jejich pracovní a sociální důsledky a co nejdéle zachovat kvalitu života (Machová, Kubátová, 2009, s. 15).

Stále se zdůrazňuje důležitost prevence a již mnoho lidí pochopilo, že je lepší nemocem předcházet, než jimi trpět. Zdravý člověk se svým zdravím nechce zabývat, neboť se domnívá, že právě mu určitá nemoc nehrozí (Čeledová, Čevela, 2010, s. 47).

„Výchova ke zdraví má proto důležitý úkol změnit chování lidí tak, aby si uvědomili nutnost přechodu z oblasti léčení nemocí do oblasti podpory zdraví a prevence.“ (Machová, Kubátová, 2009, s. 15) Výchova musí být zaměřená nejen na jednotlivce, ale na celou společnost.

2 ŽIVOTNÍ STYL

Člověk může nejvíce ovlivnit svoje zdraví životním stylem, který vede. Je tak stěžejním determinantem zdraví a můžeme jej definovat jako: „*Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, jež zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životní situací (možností).*“ (Machová, Kubátová, 2009, s. 16) Tuto definici považujeme za velmi zdařilou, neboť akceptuje svobodu volby každého jedince, jak ke svému zdraví přistoupí – životní styl je právě o tom, co jedinec zvolí. To, zda se narodíme zdraví či postižení, nemůžeme nijak ovlivnit, ale jak se ke svému budeme chovat dále, to už je do značné míry věcí naší osobní volby.

Zdravý životní styl je nejčastěji spojen s rodinnými zvyklostmi, výchovou ke zdraví, zájmovou činností, bezpečným životním prostředím, adekvátní výživou, fyzickým pohybem, vyhýbáním se špatným návykům a závislostem, osobní hygienou, láskou a něhou a pozitivní sociální komunikací.

Důležitou autoritou v otázkách zdraví je samozřejmě WHO, Světová zdravotnická organizace, která definuje zdravý životní styl takto¹: „*Zdravý životní styl jsou kroky, opatření a strategie, jimiž jedinec dosahuje optimálního zdraví. Zdravý způsob života je o převzetí odpovědnosti a rozhodování se ve prospěch zdraví pro dnešek i pro budoucnost. Správné stravování, práce na fyzické kondici, emocionální, duševní i duchovní pohoda a prevence, to vše tvoří zdravý životní styl. Jako jedinec jste vždy jednotný celek, proto všechny aspekty vašeho já musí pracovat v harmonii k dosažení celkové pohody, do každého aspektu sebe sama musíte dát vyvážené množství energie.*“ Definice WHO je tedy holistická, pokrývá všechny rozměry života člověka, nejen stránku fyzickou, ale i emocionální, psychickou,

¹ *Emotional wellness, spiritual wellness and prevention are all apart of creating a healthy lifestyle. Since the entire YOU, meaning all aspects of one's self, must work in harmony to achieve wellness, you need to put balanced energy into each aspect of yourself.* Citováno podle: <https://bhls.wordpress.com/2011/04/26/definition-of-balanced-and-healthy-lifestyle/>

sociální a duchovní. Definice WHO pak ještě jednotlivé tyto složky zdravého způsobu života upřesňuje² :

- Fyzická pohoda: zdravá výživa, správné stravování, tělesný pohyb, cvičení, adekvátní odpočinek, zvládnání stresu.
- Emocionální (duševní) pohoda: postoje vedoucí ke zdravému sebevědomí, pozitivní myšlenky a názory, pozitivní sebeobraz.
- Dále jedinec potřebuje dávat a dostávat: odpuštění, lásku a soucit, zažívat radost, smát se, mít šťastné vztahy s ostatními i se sebou samým.
- Duchovní pohoda: vnitřní klid, otevřenost pro vlastní tvořivost, důvěra ve vlastní vnitřní moudrost.

Všechny tyto aspekty musí být v harmonii, aby mohlo být dosaženo celkové pohody a vyváženého života.

Přístup jedince ke zdravému životnímu stylu je hodně ovlivněn zvyklostmi rodiny, tradicemi, ekonomickou situací, v které je jedinec vychováván a sociální pozicí. Člověk musí mít dobré znalosti, aby mohl posoudit, co jeho zdraví prospívá a co naopak škodí. Proto je nutné již od útlého dětství výchovou v rodině, ve škole i ve společnosti působit správně na dítě a vychovávat ho k odpovědnosti za vlastní zdraví (Machová, Kubátová, 2009, s. 16).

„Zdravotní stav společnosti se hodnotí především na základě nemocnosti a úmrtnosti. Z rozboru příčin chorob s vysokou nemocností a úmrtností vyplývá, že zdraví nejvíce poškozují:

- *kouření,*

² Podle <https://www.healthylifestylesliving.com/health/healthy-lifestyle/what-is-a-healthy-lifestyle/>: **„Physical (For The Body):** Good Nutrition, Eating Right, Getting Physically Fit, Beneficial Exercise, Adequate Rest, Proper Stress Management. **Emotional Wellness (For The Mind):** Self-Supportive Attitudes, Positive Thoughts and Viewpoints, Positive Self-Image. **You Also Need to Give and Receive:** Forgiveness, Love and Compassion, You Need to Laugh and Experience Happiness, You Need Joyful Relationships With Yourself and Others. **Spiritual Wellness:** Inner Calmness, Openness to Your Creativity, Trust in Your Inner Knowing. *And all aspects of one's self, must work in harmony to achieve wellness, so you need to create a balanced life.“*

- *nesprávná výživa,*
- *nízká pohybová aktivita,*
- *nadměrná psychická zátěž, nadměrná konzumace alkoholu,*
- *zneužívání drog,*
- *rizikové sexuální chování.*“ (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009, s. 39)

Zásadně se mění náš životní styl. Technika je stále vyspělejší. Na jedné straně nám život hodně usnadňuje, ale na straně druhé nás zbavuje pohybu. Současný člověk vede převážně sedavý způsob života. Již cestou do školy nebo do práce sedíme v dopravním prostředku. Další část dne prosedíme ve škole nebo v práci. A když přijdeme ze školy či práce domů, tak opět sedíme u televize nebo u počítače. Zhoršují se mezilidské vztahy, životní styl je orientován za neustálou honbou za mocí, úspěchem, penězi. Neustále spěcháme, nemáme čas na sebe, na své blízké, žijeme ve stresu a tyto situace bývají častou příčinou rozpadu mnoha rodin (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009, s. 39).

2.1 Stravování

Mezi další časté nedostatky v životním stylu kromě již zmiňovaného pohybu patří chyby ve stravování a pitném režimu. Jídlo není jen biologickou potřebou nutnou k přežití. Stává se z něj společenská událost a jíme při všech příležitostech. V dnešní době je strava mnohem různorodější a pestřejší než dříve. Bohužel nadměrný energetický příjem živočišných tuků, cukrů a cholesterolu napomáhá vzniku civilizačních nemocí. Život člověka významně ovlivňuje výživa. Většina z nás konzumuje minimálně o 1/3 více energie, než potřebuje ke zdravému životu a tím porušuje zásady správného životního stylu. Správná skladba stravy brání rozvoji řady civilizačních nemocí a pomáhá i při léčbě (Fialová, Krch, 2012, s. 247 - 248).

Výživa má zajišťovat příjem energie odpovídající jejímu výdeji. Má být pestrá a vyvážená, aby zajišťovala dostatečný přísun živin, vitamínů a minerálů. Mezi její základní složky patří:

- bílkoviny,
- tuky,
- cukry,
- minerální látky a stopové prvky,

- vitamíny,
- voda (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009, s. 42).

Všechny tyto základní složky nám dodávají energii, regulují tělesné funkce, staví a udržují tělesné tkáně.

Zdravá strava je zdrojem energie pro naše tělo a ve velké míře podporuje naše zdraví. Nezáleží jen na tom, co jíme, ale jak jíme. Čeledová a Čevela (2010, s. 55-56) definovali obecné zásady a přístupy k výživě takto:

- častý pobyt na čerstvém vzduchu,
- dostatek pohybu,
- střídmost v jídle,
- jíst častěji a menší porce,
- vhodně si jídlo v průběhu dne rozdělit,
- jíst v příjemném prostředí a v klidu,
- před sacharidy preferovat bílkoviny a vitamíny,
- nekouřit a nepít větší množství alkoholu.

S dodržováním těchto zásad mají v současné době stále větší problémy nejen dospělí, ale i děti. V dnešním světě plném elektroniky, trávením mnoha hodin u počítačů a televize se minimalizuje pobyt venku v přírodě. Děti mají nedostatek pohybu. V zápalu hry na počítačích zapomínají na jídlo a dohánějí to častokrát ve večerních hodinách.

Doporučené složení potravy představuje potravinová pyramida. Základ pyramidy tvoří obilniny, těstoviny, pečivo a rýže. Následuje zelenina a ovoce. Ve třetím patře jsou živočišné potraviny, jak mléčné, tak masové. Vrchol pyramidy tvoří tuky a sladkosti, kterým bychom se měli vyhýbat (Komprda, 2009, s. 45-46).

Uvedená potravinová pyramida patří k tradičnímu pohledu na výživu. V poslední době se ale objevují i nové teorie výživy, které již nestaví obiloviny a pečivo do základu potravinové pyramidy, ale do vyšších pater, nebo je dokonce úplně vypouští.

Bílkoviny (proteiny) jsou důležitou stavební látkou organismu. Podílejí se na stavbě buněk, krve, hormonů, enzymů a protilátek. Bílkoviny jsou nezbytnou složkou ve stravě. Najdeme je v mase, mléčných výrobcích, vejcích, luštěninách, bramborách, mouce a chlebu (Machová, Kubátová, 2009, s. 18). Bílkoviny jsou využívány jako zdroj energie. Jsou tvořeny aminokyselinami. Některé jsou vyrobeny našim tělem, jiné, tzv. esenciální aminokyseliny,

musíme dodávat stravou. Naše tělo potřebuje denně minimálně 0,8-0,9 g bílkovin na kilogram hmotnosti. Jako zdroj energie mají bílkoviny pokrývat 10-15% energie (Čeledová, Čevela, 2010, s. 58-59).

Tuky (lipidy) se v našem těle vyskytují jako stavební a zásobní materiál buněk. Rezervou energie je zásobní tuk, který se při nedostatečném přísunu sacharidů v potravě uvolňuje a spotřebovává. Je uložen v buňkách podkožního vaziva a kolem některých orgánů. Tuky mohou být původu rostlinného i živočišného. Rostlinný tuk je například slunečnicový olej, řepkový olej, olivový olej. Rybí tuk a sádlo spadá pod živočišný tuk. Nejvíce potravou přijímáme neutrální tuky, tzv. triglyceridy, které se při průchodu trávicím ústrojím štěpí a po vstřebání stěnou tenkého střeva jsou dále lymfatickými cestami dopraveny do krve. Nadměrná konzumace tuků v potravě způsobuje jejich ukládání a tím dochází k obezitě. V prevenci nemoci by neměl být denní příjem tuků vyšší než 30% energetického příjmu (Machová, Kubátová, 2009, s. 19-21).

Je smutným paradoxem naší doby, že zatímco na jedné straně planety umírají lidé hladu, v jiných částech Země umírají na důsledky přejídání a obezity. Přitom je řešení na teoretické rovině tak snadné – spravedlivé přerozdělování zdrojů. Bohužel ale v praxi chybí politická a ekonomická vůle.

Cukry (sacharidy) mají hlavní význam jako pohotový zdroj energie. Z chemického složení je dělíme na:

- monosacharidy (glukóza, fruktóza, galaktóza),
- disacharidy (sacharóza, laktóza, maltóza)
- oligosacharidy (stachyóza, vebaskóza)
- polysacharidy (škrob, glykogen)

Ideální formou pro příjem sacharidů jsou škroby, které přechází do krve pomalu a tím nadlouho zasytí. Přebytek je ukládán ve formě tukových zásob (Machová, 2009, s. 21-22). Sacharidy kryjí u člověka asi 55% denní energetické potřeby. Doporučená denní dávka sacharidů se mění v závislosti na věku jedince a na pohybové aktivitě. V současné době je nadměrná spotřeba sacharidů a to zvyšuje riziko kardiovaskulárních chorob, cukrovky, obezity a zubního kazu (Čeledová, Čevela, 2010, s. 57).

Minerální látky a stopové prvky

Nejsou zdrojem energie, přesto jsou pro náš organismus nepostradatelné, neboť zajišťují životní funkce. Organismus si je nedokáže sám vytvářet, proto je musíme dodávat stravou. Podílejí se na řadě biochemických procesů, na výstavbě tělesných tkání a mají významnou úlohu i při metabolismu celého organismu. Mezi nejdůležitější minerály patří sodík, draslík, vápník, hořčík, fosfor a chlór. Nedostatek minerálů může vést k poškození organismu. Ale i nadměrný přísun je škodlivý, neboť některé minerály se pro tělo mohou stávat toxickými (Komprda, 2009, s. 33-42).

Sodík udržuje osmotický tlak, vodní rovnováhu a stálost vnitřního prostředí. Spolu s draslíkem se podílí na přenosu nervových impulsů. Je obsažen v soli. Nedostatek sodíku nastává jen při nadměrném pocení a dlouhotrvajících průjmech. Nadbytek sodíku má za následek vysoký krevní tlak (Machová, Kubátová, 2009, s. 23-24).

Draslík je nezbytný pro správnou činnost svalů, zejména srdečního. Stimuluje duševní činnost. Nedostatek draslíku se projevuje únavou, slabostí, zácpou, nespavostí a dochází k poruchám srdečního rytmu. Je obsažen v bramborách, luštěninách, celozrnných obilovinách a ořechách.

Vápník je nejdůležitější pro kosti a zuby. Nízký příjem vápníku v potravě má negativní dopad na řídnutí kostí. Je důležitý i v těhotenství. Jeho dostatečný příjem je potřebný pro chemickou rovnováhu v těle. Podílí se na svalových a nervových funkcích, reguluje srdeční rytmus a je nezbytný pro správnou srážlivost krve. Je obsažen v mléčných výrobcích, luštěninách, brokolici, špenátu, kapustě, máku, lískových a vlašských ořechách, mandlích a slunečnicových semenech (Komprda, 2009, s. 33-42).

Hořčík reguluje srdeční rytmus a svalové kontrakce, chrání nervy. Je potřebný v kostech a zubech, kde se spolu s vápníkem podílí na jejich stavbě. Je obsažen v zelené listové zelenině, mléku, sýru, obilninách a luštěninách (Machová, Kubátová, 2009, s. 25). Nedostatek hořčíku se projevuje křečemi ve svalech, závratěmi, střídáním průjmu se zácpou. Na zvýšený přísun hořčíku by se mělo dbát v těhotenství a u dětí zejména v období rychlého růstu.

Fosfor je obsažen v kostech a zubech. Zdrojem je mléko, sýry, ryby, vaječný žloutek a luštěniny.

Stopové prvky se v organismu nacházejí v menším množství než minerální látky. Nejvíce se vyskytuje železo, zinek, fluor a jód. Při nedostatku železa dochází k poruše krvevorbě. Při nedostatku jódu se zvětšuje štítná žláza a v dětství může z jeho nedostatku vzniknout endemický kretenizmus s poruchami růstu a intelektu (Machová, Kubátová, 2009, s. 26).

Vitamíny nejsou zdrojem energie, ale jsou nezbytné pro organismus. Udržují přeměnu látek a energií. Vitamíny přijímáme stravou, neboť tělo si je neumí samo vytvořit. Každý vitamín má v těle svou specifickou funkci. Máme vitamíny rozpustné v tucích: A, D, E, K a vitamíny rozpustné ve vodě: C, komplex vit. B, H (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009, s. 46).

Voda je nejdůležitější součástí našeho života a výživy. Naše tělo denně potřebuje minimálně 1,5-2 litry vody. Potřebné množství vody se odvíjí od věku, pohlaví, tělesné hmotnosti, teploty prostředí, fyzické námahy a způsobu stravování. Tomu musíme množství přijímané vody přizpůsobit (Čeledová, Čevela, 2010, s. 60). U dospělého tvoří voda 60% tělesné hmotnosti, u novorozenců dokonce 75% a čím je člověk starší, tím podíl vody v těle klesá. Nedostatek vody již za 2-3 dny vede k těžkým poruchám a během týdne ke smrti (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009, s. 45). Pitný režim je pro zdraví dětí a mládeže důležitý.

2.2 Pohybová aktivita

Naše zdraví velmi ovlivňuje pravidelný pohyb. Pokud sedíme v zaměstnání, ve škole, v dopravních prostředcích a často bohužel i ve svém volném čase snižuje se naše úroveň přizpůsobení se na tělesnou zátěž. Pravidelná fyzická aktivita velmi podporuje naše zdraví a měla by být součástí našeho života (Čeledová, Čevela, 2010, s. 63).

Pohyb nás provází celým životem, počínaje početím a narozením dítěte. Máme radost, když dítě samo drží hlavičku, dokáže se posadit a co teprve jeho první krůčky. Výchova k pohybu musí začít v rodině. Je třeba se dětem po sportovní stránce hodně věnovat. Rodiče by měli své děti vést ke sportu, neboť je dokázané, že pokud dojde v dětství ke sportovním návykům, budou děti sportovat i v dospělosti. Již v předškolním věku začíná dítě první sportovní činnosti jako je běh, jízda na kole, bruslení, lyžování, plavání, a to jim pomáhá v rovnováze a koordinaci pohybu. Na základní škole v rámci povinné tělesné výchovy se rozvíjí vytrvalost, obratnost a rychlost. Rodiče i škola by děti měli podporovat

k provozování sportu. Stimulují tak jeho pohybový vývoj, zmenšují riziko vzniku kardi-ovaskulárních chorob a předcházejí obezitě.

Lidské tělo, stejně jako těla všech živočichů, je vyvinuto k pohybu a aktivitě. „*I když je zdánlivě v klidu, provádí dechové pohyby, dochází k cirkulaci krve, k srdečním stahům, pohybům střev a dalších orgánů, včetně jednotlivých buněk, jako jsou krvinky nebo spermie.*“ Pohyb je zajišťován činností pohybového aparátu. Pohybový aparát člověka je rozsáhlý funkční celek složený ze tří podsystémů:

- opěrného a nosného - kosti, klouby, šlachy a vazy,
- výkonného – kosterní svaly,
- řídicího (koordinačního) – receptory kožní, vestibulární a zrakové, periferní a centrální nervstvo (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009, s. 47).

„*Na pohyb tedy nelze pohlížet pouze jako na prostředek ovlivňující fyzické zdraví a kondici, ale třeba si uvědomit také jeho další hodnoty. Kromě účinků socializačních a komunikačních jsou to účinky psychoregenerační, psychoregulační a psychorelaxační, které příznivě působí na duševní stav jedince, neboť jsou prevencí stresu, negativních emocí a dalších nežádoucích jevů. Cíleně prováděný aktivní pohyb by se proto měl stát nezbytnou součástí životního stylu dnešního člověka, jeho denního režimu.*“ (Machová, Kubátová, 2009, s. 58) K zachování a upevňování normálních fyziologických funkcí organismu je pohyb nejpřirozenější a nezbytný:

- zvyšuje tělesnou zdatnost,
- snižuje hladinu cholesterolu,
- napomáhá lepšímu prokrvení a okysličení mozku,
- přispívá k duševní pohodě a odolnosti vůči stresu,
- pomáhá proti bolestem v zádech,
- je prevencí i léčbou obezity,
- pohyb chrání před srdečně - cévním onemocněním,
- zlepšuje prokrvení kůže a tím i fyzický vzhled (Machová, Kubátová, 2009, s. 58).

Pravidelný pohyb a vhodný způsob tělesného cvičení má pozitivní vliv na psychiku člověka, jeho emoce, pomáhá mu snáze zvládat stres a psychickou zátěž. Líp se nám daří kontrolovat naši hmotnost a tím i předcházet mnoha zdravotním rizikům (Mlčák, 2011, s. 20). „*Z psychologického hlediska může být rozumné provozování nějakého sportu velice zdravé už jenom tím, že při něm člověk objevuje vlastní tělo a získává skutečný dojem jakéhosi*

mláď. Zpočátku je sport možná pociťován jako závaží, ale výkony se rychle zlepšují, takže se brzy stává skutečným zdrojem pohody.“ (Montignac, 1999, s. 196) V dnešní době se mládeži nabízí spousta sportovních aktivit, které jsou pro ně ideální a navíc mají moralizující vliv. Zejména provozování kolektivních sportů v tělovýchovných sdruženích jako např. Sokol či Orel, nebo v různých jiných sportovních oddílech a klubech, má pozitivní vliv nejen na fyzickou stránku člověka, ale i na celkovou psychosociální pohodu jedince. Dítě či dospívající získá hodnotné sociální kontakty a často taková přátelství trvají po celý život. Pokud se mladý člověk věnuje naplno sportu, je malá šance, že bude např. užívat drogy. Jednak na ně nemá čas, protože svůj volný čas věnuje sportu, jednak ale užívání drog nebývá mezi sportovci posuzováno kladně a názor sociální skupiny je pro mladého člověka do značné míry určující.

Při studiu zahraniční literatury k tomuto tématu jsme zjistili, že např. v USA se z hlediska zdravého životního stylu potýkají s obdobnými problémy jako my v České republice. Za nejpálčivější problém u dětí a mládeže považují výzkumníci v USA vysoký výskyt obezity – až 15% (tedy 9 miliónů) dětí v USA má nadváhu, jak uvádí Centrum pro kontrolu a prevenci nemoci (CDC).³ Příčinou této situace je, že stále více a více dětí je líných, mají málo pohybu a stravují se ve fast foodech tučnými jídly. Tatam je jejich někdejší fyzická aktivita z dob, kdy byli malými dětmi a běhali, skákali a hráli si. Nyní tráví svůj volný čas poflakováním, sledováním televize, sezením u počítače, chatováním a hraním videoher.

2.3 Další složky zdravého životního stylu

Jak jsme již uvedli v úvodu této kapitoly, do zdravého životního stylu nepatří jen výživa a tělesný pohyb. Pojímáme-li lidskou bytost komplexně, holisticky, tedy jako bytost s rozměrem nejen fyzickým, ale i duševním, sociálním a duchovním (někdy se uvádí ještě rozměr ekologický), pak nelze redukovat zdravý životní styl na zdravou výživu a fyzickou

³Volně citováno podle: Living a HealthyLifestyle, <http://www.megaessays.com/viewpaper/96346.html>): „Living a HealthyLifestyleBreakingthecycleof obesity in youngpeopleisprobablythe most difficulthealthproblemfacingournationtoday. Fifteenpercent, oralmost 9 million, of U.S.children are overweight, according to the Center forDiseaseControl and Prevention (CDC). I believethatthereasonisthat more and more youngchildren and teenagers are lazy and are eating fast foodsfilledwith fat. Physicalactivity has gonefromrunning and jumping as an infant to spending free timehangingout as teenagers, watchingtelevision, talking on cell phones, sittingatthecomputer and playing video games.“

aktivitu. Je nutné zde alespoň v krátkosti zmínit další složky zdravého životního stylu. U dětí a mládeže jsou to např. tyto:

- pozitivní vztahy v rodině, a to jak v nukleární (rodiče a sourozenci), tak širší (prarodiče, tety a strýci, bratřenci a sestřenice),
- pozitivní vztahy s vrstevníky, zdravá kamarádství a přátelství,
- zájmové kroužky, pozitivní volnočasové aktivity,
- vzdělávání, povinná školní docházka,
- neformální vzdělávání (muzea, specializované zájmové kroužky jako např. astronomický, botanický či včelařský kroužek),
- kulturní život (kino, divadlo, koncerty, výstavy),
- vlastní umělecká tvorba (děti malují, zpívají, tančí, hrají divadlo, píší povídky),
- pozitivní vztah k přírodě a její ochraně.

3 NÁVYKOVÉ CHOVÁNÍ

Naše společnost do života dnešní mládeže vnáší mnoho negativních podnětů. Některé se mohou zdát dospívající mládeži lákavé, takže se je pokouší vyzkoušet. Mnohé děti mají špatné příklady již ve svých rodičích a ve svém blízkém okolí. Dokonce i média a reklamy propagují alkohol a cigarety. Proto jim přijde naprosto normální kouřit a pít alkohol. Ke konzumaci alkoholu je naše společnost dlouhodobě liberální. Přesto, že je podávání alkoholu mládeži do 18 let zakázáno, podle mnohých výzkumů většina adolescentů uvádí, že konzumovala alkohol již před 16 rokem (Macek, 2003, s. 111). Česká společnost je tradičně společností se zvýšenou spotřebou alkoholu, rozšířeným kouřením a díky mladé generaci se u nás za posledních několik let rozšířila i nealkoholová toxikomanie. Předchozí generace neholdovaly drogám, jako je tomu u nynější mládeže (Sak, Kolesárová, 2004, s. 80). Jinak tomu bylo samozřejmě např. v USA, kde se masově rozšířilo užívání drog v 60. letech 20. století, kdy „květinové děti“ z hnutí hippies hojně experimentovaly s tehdy ještě legálním LSD a dalšími halucinogeny.

„Snižuje se bezpečnost společnosti. Jedinci závislí na drogách postupně přecházejí na kriminální obstarávání drog či peněz na drogy. Drogově závislí jedinci či jedinci pod silným vlivem alkoholu ztrácejí sebekontrolu a jsou schopni páchat činy, jichž by se za normálního stavu nedopouštěli.“ (Sak, Kolesárová, 2004, s. 87) *„Drogová závislost je specifický duševní, někdy i tělesný stav, vyplývající ze vzájemného působení mezi organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a prožívání a dalšími reakcemi a jevy, které zahrnují i nutkání brát drogu stále nebo pravidelně pro její účinky na psychiku nebo někdy i proto, aby se zabránilo nepříjemným stavům.“* (Kohoutek, 2007, s. 210)

3.1 Alkohol

Alkohol vzniká kvašením sacharidů, je to bezbarvá tekutina a jejím chemickým složením je etanol. Alkohol je látka návyková a závislost na alkoholu je chronická, progresivní nemoc.

Pro dítě je alkohol mnohem nebezpečnější než pro dospělé. Jejich játra alkohol pomaleji odbourávají a navíc mají menší tělesnou hmotnost. Po vypití alkoholu u dítěte může nastat prudký pokles hladiny krevního cukru a hrozí riziko ztráty vědomí. Návyk na alkohol se u dětí a mladistvých vytváří velmi rychle (Machová, Kubátová, 2009, s. 66). K alkoholu se

mladí lidé uchylují z nejrůznějších příčin. Některým chutná, jiní v něm nalézají uvolnění, zbavení se starostí (Kohoutek, 2007, s. 211).

K riziku vzniku závislosti na alkoholu přispívají i genetické dispozice a osobnost člověka. Děti a mládež se oproti dospělým nedokáží s vlivem, který alkohol přináší vypořádat. Při jeho konzumaci ztrácí kontrolu nad svým jednáním. Často bývají agresivní, provozují rizikový sex a vystavují se úrazům, často i s následkem trvalého tělesného poškození či úmrtí (Machová, Kubátová, 2009, s. 66).

3.2 Kouření

„Kdo začne v mládí kouřit, má 70% naději, že bude kuřákem nadosmrti. Jedna cigareta stojí kuřáka v průměru 5-15 minut života.“

E. P. Eckhol

Do Evropy se tabák dostal po roce 1492, kdy ho ze svých zámořských plaveb přivezla do Španělska výprava Kryštofa Kolumba. Kouření se velmi rychle stalo populární novinkou, nejprve v salonech výstřední šlechty, později se ale rozšířilo i mezi prostý lid.

Společenský život některých dospělých i mládeže může být závislý na konzumaci tabáku, ať už formou kouření, šňupání tabáku nebo žvýkáním. Mladí lidé mají často nesprávný příklad ve vlastní rodině, přátelích. První pokusy jsou většinou ze zvědavosti, z důvodu, že kouří ostatní kamarádi, aby zapadli do party. Jiní kouří, aby potlačili úzkost, nebo naopak mají pocit k vysoké výkonnosti (Kohoutek, 2007, s. 215).

„Kouření tabáku je jedním z nejrizikovějších faktorů životního stylu, protože je nejčastější příčinou zbytečných a předčasných onemocnění a úmrtí. Základní škodlivé součásti tabákového kouře jsou nikotin, dehty, oxid uhelnatý, amoniak, nitrosaminy, formaldehyd, kyanid, arzenik a řada dalších. Mnoho z těchto látek je prudce jedovatých a rakovinotvorných (kancerogenních).“ (Machová, Kubátová, 2009, s. 60)

Nikotin je návyková látka, na kterou vzniká závislost. Při poklesu hladiny v krvi u kuřáka vznikají abstinenci příznaky, jako je touha po cigaretě, podrážděnost, nervozita, špatná nálada, nesoustředěnost, poruchy spánku, zvýšená chuť k jídlu. U kuřáků se zvyšuje riziko kardiovaskulárních onemocnění. Kouření během těhotenství je velmi nebezpečné pro plod,

neboť vede k retardaci jeho vývoje a růstu. Děti se rodí s nižší porodní váhou, často dochází k mimoděložnímu těhotenství, samovolným potratům. Kouření má i vyšší podíl na úmrtí novorozenců. Varující je i vzestup kouření u dětí a mládeže, kdy děti začínají kouřit již na základní škole. Nejkritičtější je věk mezi 11. až 15. rokem. Děti se snaží vypadat dospěle, napodobují své vrstevníky. V tomto období většinou ještě nekouří pro potěšení, ale aby zapadly do party. Kolem 17. roku kouří většinou jen ti, kterým to zachutnalo a kouřit chtějí (Machová, Kubátová, 2009, s. 60-61).

Sloučeniny dehtu, který tabák obsahuje, jsou u kuřáků hlavní příčinou rakoviny. Nejvíce bývají postiženy sliznice úst, dásní, hrtanu, plic, žaludku a močového měchýře. Kouření obranschopnost organismu narušuje a ochromuje imunitní systém (Foster, 1993, s. 98). Ohrožení jsou i pasivní kuřáci. Bohužel velká část populace je tomu vystavována. „*Uvádí se, že nekuřák, který stráví jednu hodinu v zakouřeném prostředí, vdechne takové množství škodlivin, jako kdyby vykouřil 15 cigaret.*“ (Machová, Kubátová, 2009, s. 62)

„*Výchova k nekuřáctví by měla začínat v rodině a postupovat přes školy všech stupňů až po informační kampaně a motivační soutěže pořádané státem, městy a obcemi, podniky a nestátními organizacemi.*“ (Komárek, Provazník, 2011, s. 57) Proto je velmi důležitá prevence kouření:

- informovat děti i veřejnost o negativních následcích kouření,
- o problému kouření s dětmi hovořit,
- být vzorem nekuřáckého chování pro děti,
- děti by neměly mít doma neomezený přístup k cigaretám,
- důsledně kontrolovat zákaz prodávání tabáku nezletilým a jeho porušení tvrdě postihovat,
- děti chránit před pasivním kouřením,
- zavést účinné preventivní programy proti kouření,
- vhodnými legislativními opatřeními zavést celospolečenskou prevenci (zákaz reklamy tabákových výrobků, zákaz tabákových automatů, neboť nelze kontrolovat věk, prodávat pouze celá balení, nikoliv jednotlivé kusy, zvýšit ceny) (Machová, Kubátová, 2009, s. 64).

3.3 Konopné drogy

Nejčastěji se vyskytují a jsou zneužívány dvě základní formy konopné drogy. První je marihuana (tráva, zelí apod.), druhou je hašiš (haš, čokoláda apod.). Hlavní účinnou látkou je THC. Konopné drogy jsou užívány především kouřením, v menší míře se objevují také v pokrmech nebo nápojích.

Nešpor (1992, s. 50) uvádí, že: „*Marihuanové cigarety obsahují o polovinu více rakovino-tvorných látek než tabák. Vyvolávají psychickou i fyzickou závislost, jedinec má sklony k násilnostem, poruchy paměti, je apatický, bez zájmu.*“ Podle nejnovějších výzkumů je ovšem marihuana méně škodlivá než alkohol, a to až desetinásobně (www.legalizace.cz). Marihuana je pro duševně labilní jedince nebezpečná, neboť u nich může vyvolávat různé psychické poruchy. Podle výzkumu zvyšuje možnost přechodu na „tvrdé drogy“, jako je heroin nebo pervitin (Nešpor, 1999, s. 16).

Na průběhu a vlivu látky se podílí její koncentrace a celkový stav jedince. Jeho očekávání, prostředí, únava. Nejcharakterističtějšími fyzickými účinky konopných látek je sucho v ústech, pocit chladu a hlad. I vnímání času je hodně zkreslené. Jedinec má pocit, že čas se vleče, přitom uběhl jen krátký okamžik. V mnoha případech je intoxikace doprovázena stavem lehké euforie a dobré nálady, která může přejít do nezadržitelně dlouhého smíchu. Při častějším užívání může docházet k zhoršení krátkodobé paměti a soustředění. U jedinců se špatným psychickým naladěním dochází k paranoidním stavům, kdy mají pocit, že je někdo sleduje. Tyto stavy mohou přejít až do panického stavu, kdy se jedinec stává nebezpečný sobě i okolí.

Postoje české společnosti k užívání návykových látek jsou poměrně stabilní. V posledních letech se mírně snižuje přijatelnost kouření tabáku, zatímco se zvyšuje přijatelnost konzumace alkoholu a užívání konopných látek. Dlouhodobě mírně roste podíl osob, které nesouhlasí s trestním postihem uživatelů konopných látek, osob užívajících konopné látky k léčebným účelům i osob, které si pěstují konopí pro vlastní potřebu (www.drogy-info.cz).

3.4 Další nelegální návykové látky

Výsledky Národního výzkumu užívání návykových látek 2012 potvrdily dlouhodobě stabilní rozsah užívání konopných látek v obecné populaci a pokračující pokles rozsahu zku-

šeností s ostatními nelegálními drogami. Nejčastěji užitou nelegální drogou jsou konopné látky, druhou nejčastěji užitou nelegální drogou je extáze; v r. 2012 však na druhém místě byly halucinogenní houby (lysohlávky). Na dalších místech byly zkušenosti s užitím pervitinu nebo amfetaminů, kokainu a LSD s poměrně konzistentně nízkou mírou celoživotní prevalence (2,3–2,8 %), zatímco celoživotní zkušenosti české populace s heroinem jsou dlouhodobě na nízké úrovni (pod 1 %).

Regionální analýza studie ESPAD za r. 2011 (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, www.vlada.cz) ukázala, že z hlediska zkušeností s nelegálními drogami patří mezi více exponované regiony Praha, Ústecký, Karlovarský, Olomoucký a Moravskoslezský kraj, k méně exponovaným regionům pak patří kraje Středočeský, Plzeňský, Královéhradecký a Pardubický. Rozdíly mezi regiony se snižují a situace v rámci ČR se postupně vyrovnává, což dále navazuje na trend sledovaný již v období mezi r. 2003 a 2007. Situace na regionální úrovni je však relativně dynamická – zatímco na národní úrovni je situace v užívání některých drog stabilní, v jednotlivých regionech lze pozorovat rozdílné trendy.

Mezi sociální souvislosti užívání drog patří nízké vzdělání, nezaměstnanost, problémy ve vztazích a rodině, nekvalitní a nestálé bydlení až bezdomovectví a další. Tyto jevy se často vyskytují současně a mohou vést k sociálnímu vyloučení. Ve zvýšené míře se manifestují v některých populačních skupinách, jako jsou např. etnické a národnostní menšiny (v ČR především Romové), bezdomovci, migranti, přistěhovalci.

4 CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ ADOLESCENCE

V praktické části této bakalářské práce budu pracovat se vzorkem mládeže ve věku 15 – 19 let, tedy se středoškoláky, studenty gymnázií, středních odborných škol a středních odborných učilišť. Jedná se o specifický věk v životě člověka, tzv. adolescenci, a mládež v tomto věku je předmětem zkoumání mnohých psychologů i sociologů.

Podle (Kohoutek, 2008) zde uvedu znaky adolescentů podle nejznámějších vývojově psychologických teorií. Samozřejmě nelze nezačít od Sigmunda Freuda, zakladatele psychoanalýzy. Ten považoval za podstatu psychického vývoje vývoj libida – životní energie, kterou spojoval s principem slasti. Člověk podle Freuda lokalizuje pocit slasti a blaha v průběhu své ontogeneze do různých tělesných oblastí. Každá vývojová etapa či fáze (kterých je celkem pět) s sebou nese i určitý model setkávání jedince s okolním světem. Ve věku přechodu z puberty do adolescence se jedinec dostává do poslední vývojové fáze, tzv. fáze genitální. Genitální charakter má podle S. Freuda ta biologicky a psychosociálně zralá osobnost, která plně vyřešila svůj oidipovský komplex, propracovala pregenitální ambivalenci a na rozdíl od falického charakteru přikládá objektu a jeho uspokojení stejnou váhu jako uspokojení vlastnímu.

V kapitole o mládeži nelze neuvést vývojovou koncepci Erika Eriksona. Tento psycholog byl psychoanalyticky orientovaný a jeho přístup označujeme jako „humanistický“. Popsal osm vývojových stádií, z nichž každé je charakterizováno nějakým typem konfliktu a krize. Přejít z fáze do fáze často provází krize; vyřešení krize a konfliktu přináší pro ego člověka růst, novou sílu, mohutnost. Pokud ovšem konflikt vyřešen není, jedinec opouští stadium s pocitem méněcennosti a jeho další vývoj může stagnovat a být narušen. Postuloval tzv. epigenetický princip: jedno vývojové stádium „stojí“ na druhém, navazují na sebe nejen chronologicky, ale i hierarchicky. Od principu vývoje libida však obrátil pozornost ke spíše sociálním aspektům ontogeneze, ústředním tématem je vývoj identity – pocitu i druhu vlastní totožnosti.

Puberta a adolescence je podle Eriksona 5. vývojovým stupněm a trvá zhruba od 12. do 19. roku života. Charakteristickým konfliktem je pro toto období „identita proti konfuzi rolí“. Zatímco stadium předchozí je z vývojového hlediska poměrně klidným, v této fázi je vývoj vlastní identity velice bouřlivý – a to jak fyzický, tak psychický a sociální, což klade zvýšené nároky na psychické zpracování. Erikson píše, že „v žádném jiném stadiu životního cyklu nejsou si tak těsně blízké příslib objevení sebe samého a hrozba ztráty sebe samého“.

Mají se sjednotit předchozí představy o sobě samém – člověk stojí na prahu životní dráhy, sumarizuje předchozí a hledí do budoucnosti. Spojuje plány s konkrétnějšími cíli (např. s názornější představou o svých budoucích sociálních pozicích a o svém budoucím povolání). Často probíhají i velmi silné krize identity – různé rozlady, deprese, obavy, konfuze (zmatek, chaos) rolí. Velkou úlohu hraje na počátku adolescence potřeba identifikace se vzory, modely, příklady a jejich nápodoba. Ctností je zde věrnost své životní filozofii, svým cílům, zájmům a hodnotám.

Další velmi významnou vývojově psychologickou teorií je teorie Jeana Piageta. Týká se „jen“ jedné stránky ontogeneze člověka – kognitivního vývoje. Za základní princip vývoje Piaget považoval kombinaci, prolínání dvou procesů: aktivnější asimilace a pasivnější akomodace. Asimilace spočívá v přijímání, osvojování si či „pozření“ nových zkušeností; tyto nové zkušenosti však nemusejí být v souladu s dosavadní úrovní a strukturou poznatků, a mysl člověka se proto akomoduje, přizpůsobuje novým prvkům, aby obnovila narušenou rovnováhu. Piagetova teorie proto není ani převážně nativistická (zdůrazňující podíl vrozené složky), ani behavioristická (zdůrazňující roli stimulace a učení). Vychází z předpokladu kombinace obou principů.

Kromě řady dílčích stadií Jean Piaget rozeznává u kognitivního vývoje čtyři hlavní stadia: zhruba od 12 let výše se člověk nachází v posledním (čtvrtém) stádiu kognitivního vývoje, ve stádiu formálních operací. Toto stadium je charakterizováno schopností abstraktního myšlení, schopností metodického postupu, vytváření hypotéz apod. Výsledkem uplatňování těchto schopností však nemusí být jenom intelektový a intelektuální výkon: řada studií je věnována i tomu, jak je schopností abstraktního myšlení ovlivněna celá osobnost člověka – např. některé typické prvky adolescentního chování a prožívání, jako je „ideologičnost“, případně nerozhodnost a ambivalence, ale i samostatnost úsudku mohou být spjaty právě s nově získanou schopností představit si různé, i jen hypotetické varianty – nejen „jak to je“, ale i „jak by to mohlo být“ (prognostické myšlení). Úplně všichni lidé (ani dospělí) tohoto stadia plně nedosahují. Na konci třetího stadia a ve stádiu čtvrtém dochází k tzv. decentraci, kdy dítě začíná představovat si, poznávat a rozhodovat i z hlediska ostatních a jeho aspektivita či aspektabilita (úroveň schopností a dovedností poznávat a hodnotit věci a jevy nejen ze subjektivního aspektu, ale z více hledisek, stanovisek a zorných úhlů) se rozšiřuje.

Psycholog Lawrence Kohlberg vytvořil koncepci morálního vývoje, v níž je patrný vliv Piagetovy koncepce kognitivního vývoje a jež se stala podobně známou a vlivnou. Kohl-

berg rozšiřuje tři hlavní fáze morálního vývoje, každou z nich dále člení do dvou stupňů. Mládež ve věku 15 – 19 let se nachází ve 2. vývojové fázi, ve fázi konvenční morálky. První stupeň této druhé fáze charakterizuje konformita, souhra mezi lidmi – dobré je to, co se očekává, je důležité být dobrým člověkem podle obvyklých společenských měřítek; druhý stupeň této druhé fáze je charakterizován sociální souhrou, snahou o uchování systému – dobré je plnění povinností, se kterými člověk souhlasil, zákony a pravidla se mají dodržovat s výjimkou naprostých krajností, kdy dochází ke konfliktu s jinou normou.

4.1 Mládež ve Zlínském kraji

Pomocí nejvýznamnějších teorií vývojové psychologie jsme charakterizovali mládež ve věku 15 – 19 let. Nyní se zaměříme na Zlínský kraj z hlediska demografického.

Zlínský kraj byl ustanoven k 1. lednu 2000, vznikl sloučením okresů Zlín, Kroměříž a Uherské Hradiště, které patřily k Jihomoravskému kraji, a okresu Vsetín, který spadal do Severomoravského kraje (www.czso.cz). Svou rozlohou 3 963 km² je čtvrtým nejmenším krajem v republice. Má celkem 307 obcí (z toho 30 měst), ve kterých ke konci roku 2014 žilo 585 261 obyvatel. Hustota zalidnění 148 obyvatel/km² výrazně převyšuje republikový průměr. Nejvyšší zalidněnost je v okrese Zlín (186 obyvatel/km²) a nejnižší v okrese Vsetín (126 obyvatel/km²).

V roce 2014 žilo na území Zlínského kraje 585 261 obyvatel. Vývoj věkového složení obyvatel je charakterizován zvyšujícím se podílem obyvatel v poproduktivním věku, proti roku 2013 se zvýšil podíl obyvatel starších 64 let z 17,8 % na 18,3 %. Přesto je věková struktura z ekonomického hlediska stále příznivá. Průměrný věk obyvatel Zlínského kraje v roce 2014 byl 42,2 let. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR uvádí, že ke dni 31.12.2013 bylo ve Zlínském kraji 27 641 dorostenců ve věku 15 – 19 let (www.uzis.cz).

Zlínský kraj vykazuje ve srovnání s republikovým průměrem menší podíl městského obyvatelstva (rozdíl -10%), ve věkovém a vzdělanostním složení populace není významný rozdíl, charakteristickým rysem je celoevropský trend stárnutí populace. Jako celek vykazuje Zlínský kraj poměrně malé zastoupení národnostních menšin. V rámci kraje však existují lokality, v nichž jsou soustředěny početnější komunity, zejména Vsetín, Kroměříž, Holešov. Významnými kriminogenními faktory jsou nezaměstnanost a chudoba. V míře registrované nezaměstnanosti se Zlínský kraj přibližuje republikovému průměru, existují

však velké rozdíly mezi jednotlivými ORP. Nejvyšších hodnot dosáhla míra registrované nezaměstnanosti v roce 2006 ve správních obvodech ORP Vsetín (10,14%), Rožnov pod Radhoštěm (10,11%), Valašské Klobouky (10,46%) a Valašské Meziříčí (9,01%). Nejnižší byla míra registrované nezaměstnanosti ve správních obvodech ORP Vizovice (5,52%) a Zlín (5,63%). Míra chudoby, posuzovaná podle výše vyplacených sociálních dávek přepočtených na 1 obyvatele za měsíc, je nejvyšší v okrese Vsetín, následuje Kroměříž, Zlín a Uherské Hradiště. Faktorem zvyšujícím riziko rozvoje určitého typu kriminality je nadužívání alkoholu. V dané problematice je Zlínský kraj (posuzováno podle počtu prvních ošetření pro poruchy vyvolané alkoholem) dlouhodobě nad celorepublikovým průměrem (Koncepte prevence kriminality ve Zlínském kraji, str. 69. www.mvcr.cz).

Ve Zlínském kraji vykonávají činnost školy nebo školského zařízení právnické osoby, jejichž zřizovatelem je kraj, obec, stát, registrovaná církev nebo náboženská společnost. Největším zřizovatelem v kraji podle počtu subjektů je samotný Zlínský kraj, který zřizuje 126 příspěvkových organizací vykonávajících činnost škol a školských zařízení. Co se týče mládeže ve věkové skupině 15 – 19 let, ve Zlínském kraji se pro ně nachází 17 gymnázií, 71 středních škol, 11 vyšších odborných škol. Ve všech školských zařízeních je realizován minimální preventivní program, jehož součástí je prevence kriminality. Prevence má především formu nabídky.

Na území Zlínského kraje se nacházejí také školská zařízení pro zájmové vzdělávání. Střediska volného času poskytují různorodou klubovou, zájmovou a vzdělávací činnost. Ve Zlínském kraji pracuje 19 středisek volného času, která evidovala celkem 15 611 pravidelných účastníků v 1 275 zájmových útvarech. Do příležitostné činnosti se zapojilo 239 864 účastníků a dalších činností spojených s pobytem 6 336 dětí a mládeže.

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež provozovaná neziskovými organizacemi nabízejí alternativu volnočasových aktivit, často jsou propojena s terénní prací v sídlištních lokalitách a realizací preventivních programů ve školách. Všechna NZDM ve Zlínském kraji jsou držiteli pověření k sociálně-právní ochraně dětí a disponují kvalifikovanými odborníky, schopnými pracovat také s rodinami klientů.

Co se týče výskytu sociálně patologických jevů ve školách a školských zařízeních ve Zlínském kraji, v červnu 2007 byly Odborem školství, mládeže a sportu Krajského úřadu Zlínského kraje obeslány školy a školská zařízení s žádostí o vyplnění dotazníku k mapování sociálně patologických jevů (dále jen SPJ) ve školách. Jednalo se o základní školy, základ-

ní školy neúplné, střední školy, vyšší odborné školy, dětské domovy, speciální školy. Celkem se vrátilo 184 dotazníků, odpovědělo 62 % z dotázaných škol. V uvedené tabulce je zachycen výskyt těchto jevů ve všech typech škol a školských zařízeních Zlínského kraje. Nejvíce se školy potýkají s vulgarismem, kouřením a záškoláctvím. Problematicky se jeví užívání alkoholu žáky a studenty, které je podstatně častější, než užití drog. Ve větší míře se objevuje i šikana. Nejlépe umí školy řešit problematiku záškoláctví, více se potýkají s řešením problematiky gamblerství (Koncepte prevence kriminality ve Zlínském kraji, str. 69. www.mvcr.cz).

	Reálná zjištění	Podezření	Počet řešení školou
Kouření	1 974	1 625	1 022
Alkohol	998	1 290	282
Drogy	187	663	124
Šikana	309	243	253
Záškoláctví	1 131 (do 10.00 h)	538 (nad 10.00 h)	1 553
Kriminalita	121	116	109
Gamblerství	42	52	25
Rasismus	2 375	1 609	1 768
Jiné SPJ	107	36	113

5 VÝCHOVA KE ZDRAVÍ

Výchova ke zdraví je základním nástrojem podpory zdraví a prevence nemoci. Výchova si klade za cíl přimět jednotlivce jakéhokoliv věku pečovat o své zdraví. Člověk, který pečuje o své zdraví, považuje za samozřejmé i péči o zdraví svých blízkých a svého okolí. Proto je nutné již od útlého dětství upevňovat v jedinci správné návyky a učit ho k odpovědnosti za své zdraví. Děti i mládež svoje postoje ke zdraví teprve formují a je snadné je ovlivnit a nasměrovat správným směrem. Je to celoživotní komplex výchovy, který začíná v rodině, dále pokračuje ve škole, v zaměstnání. „*Pro realizaci správného životního stylu je nezbytné, aby každý člověk chtěl své zdraví šetřit a upevňovat a zároveň eliminoval škodlivé faktory, věděl, co je zdraví prospěšné a co mu škodí, a měl vytvořené podmínky k realizaci zdravého způsobu života.*“ (Čeledová, Čevela, 2010, s. 10)

Zdraví nejvíce ohrožuje kouření, vysoká konzumace alkoholu, rizikové sexuální chování, nesprávná životospráva, nedostatek pohybu, užívání drog a další rizikové faktory spojené především s obdobím dospívání. Mládež řešící problémy s dospíváním se často uchyluje k rizikovému životnímu stylu, neboť ten ji pomáhá zvednout nízké sebevědomí a řeší problémy spojené s dospíváním. Dospívající mají v tomto věku sklony s experimentováním. Chtějí zakusit obdiv svých vrstevníků a často se uchylují k rizikovému chování.

V prevenci rizikového chování je nutná podpora a zájem rodiny. Smysluplné vyplnění volného času, ať se jedná o sportovní aktivity, zájmové kroužky či pobyt v přírodě. Je složité motivovat dospívající v péči o vlastní zdraví. Důležité je také prostředí školy a preventivní programy. Ty by měly být zaměřené na zdravý životní styl, jako je výživa, pohyb, správný režim práce a odpočinku, duševní hygiena a sexuální výchova. Dále by se prevence měla zaměřit na protikuřáckou, protialkoholovou a protidrogovou výchovu (Machová, Kubátová, 2009, s. 273)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODOLOGIE VÝZKUMU

Praktické části bakalářské práce předcházela teoretická část, která se zaměřila na vymezení pojmů zdraví, životní styl, návykové látky a mládež. Praktická část bude zkoumat, jakým životním stylem dnešní mládež žije. Budeme pracovat se vzorkem mládeže ve věku 15 – 19 let, tedy se středoškoláky, studenty gymnázií, středních odborných škol a středních odborných učilišť. Cílem výzkumného šetření je zjistit postoj dnešní mládeže ke zdravému životnímu stylu. Životní styl zahrnuje celou řadu jednotlivých determinant, a jelikož není možné v jedné práci postihnout všechny tyto činitele, zaměřili jsme se jen na ty základní; mládež ve Zlínském kraji a její zdraví, stravování, vztah k pohybovým aktivitám, vztah k alkoholu, vztah ke kouření tabáku a vztah k marihuaně.

6.1 Výzkumné cíle a výzkumné otázky

Cílem výzkumného šetření je zjistit postoj mládeže ke zdravému životnímu stylu.

Především nás zajímá jaký je životní styl dívek a chlapců v pohybových aktivitách, ve stravování a v užívání návykových látek.

- Zjistit, jaký životní styl mládež vede a zda si uvědomuje, že mezi důležité aspekty zdraví patří i stravovací návyky.
- Zjistit, jaký má mládež vztah k pohybovým aktivitám a kolik času jim věnuje.
- Zjistit postoj mládeže k návykovým látkám jako je alkohol, kouření tabáku, marihuany a v jaké míře je mládež užívá.

K jednotlivým výše jmenovaným šesti oblastem, které dohromady vypovídají o životním stylu mládeže, jsme stanovili následující výzkumné otázky, na něž souhrnně odpovíme v závěru bakalářské práce:

1. Postoj mládeže v oblasti zdraví:
 - 1.1. Jak svůj zdravotní stav subjektivně hodnotí chlapci a dívky?
 - 1.2. Jak často během posledních šesti měsíců měli chlapci a dívky zdravotní obtíže, jako je bolest hlavy, bolesti žaludku, bolestí v zádech, potíže při usínání, únava atd.?
 - 1.3. Jak často během jednoho roku měli chlapci a dívky úraz, který vyžadoval lékařské ošetření?

- 1.4. Jak chlapci a dívky hodnotí svoji postavu?
2. Stravovací návyky:
 - 2.1. Drží chlapci a dívky diety?
 - 2.2. Jak často během týdne chlapci a dívky snídají?
 - 2.3. Kolikrát týdně jí chlapci a dívky ovoce a zeleninu?
 - 2.4. Kolikrát týdně jí chlapci a dívky sladkosti?
3. Postoj k pohybovým aktivitám:
 - 3.1. Mají chlapci a dívky dostatek pohybu?
 - 3.2. Kolik času denně chlapci a dívky tráví sledováním televize a používáním PC?
4. Postoj ke kouření:
 - 4.1. Jakou mají chlapci a dívky zkušenost s kouřením tabáku?
 - 4.2. Jak často v současné době chlapci a dívky kouří?
5. Postoj k užívání alkoholu:
 - 5.1. V kolika letech poprvé dívky a chlapci pili alkohol?
 - 5.2. Vypili někdy takové množství alkoholu, že z toho byli opilí?
 - 5.3. V kolika letech se dívky a chlapci poprvé opili?
 - 5.4. Kolikrát se dívky a chlapci opili během měsíce?
6. Postoj k užívání marihuany:
 - 6.1. Jakou zkušenost s marihuanou mají chlapci a dívky?
 - 6.2. Užili marihuanu chlapci a dívky za poslední měsíc?

6.2 Použitá výzkumná technika

Jako výzkumnou metodu jsme si zvolili kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření. „*Kvantitativní výzkum pracuje s číselnými údaji. Zjišťuje množství, rozsah nebo frekvenci výskytu jevů, resp. jejich míru (stupeň).*“ (Gavora, 2010, s. 31) Pro výzkum jsme použili část již vytvořeného dotazníku ze studie HBSC z roku 2010 (viz příloha č. 1).

Dotazník se skládá z 23 otázek rozdělených do šesti okruhů. Před samotnými otázkami jsou demografické údaje zjišťující obecné údaje o respondentech, pohlaví a věk. Otázky 1 – 3 zjišťují, jakou školu respondent navštěvuje, jeho bydliště a kde prožil dětství. Otázky 4 – 7 jsou zaměřeny na zdraví. Na stravovací zvyklosti se zaměřují otázky 8-12. Otázky 13-15 zjišťují vztah respondentů k pohybové aktivitě. Otázky 16 a 17 jsou zaměřené na kou-

ření tabáku. Konzumaci alkoholu zjišťují otázky 18 – 21. Zkušenosti s marihuanou zjišťuje otázka 22 a 23.

6.3 Charakteristika výzkumného souboru

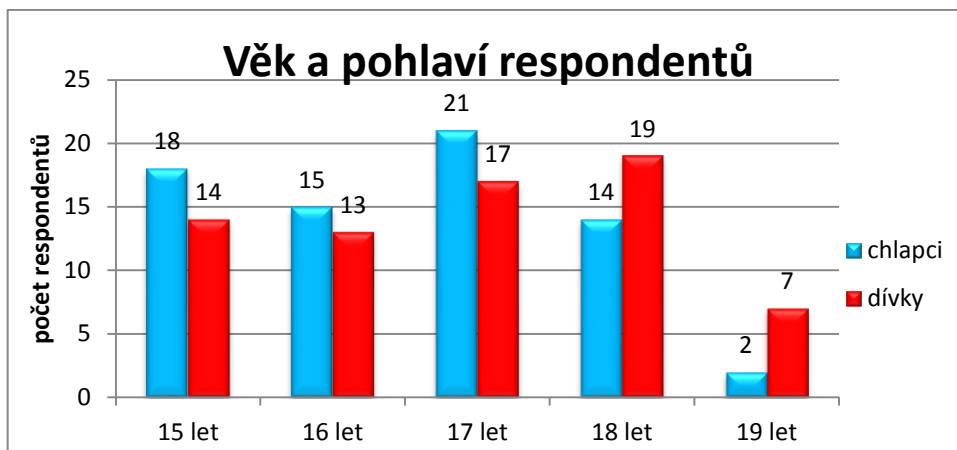
Výzkumný soubor tvořilo 140 studentů z různých typů středních škol ze Zlínského kraje. Pro výběr výzkumného vzorku jsme zvolili metodu sněhové koule, při získávání kontaktů na respondenty. Nejprve jsme oslovili okruh lidí, které známe a od nich jsme získávali kontakty na jejich známé. Těm byl dotazník zasílán emailem nebo prostřednictvím facebooku. Podmínkou pro zařazení do výzkumného vzorku bylo bydliště a věk. Respondent musel být ve věku 15 – 19 let a bydlet ve Zlínském kraji.

6.4 Obecné údaje o respondentovi

Nejdříve jsme zjišťovali demografické údaje, a to věk a pohlaví respondentů. Dále nás zajímalo, jakou navštěvují školu, to z důvodu, abychom vyloučili žáky základní školy, neboť výzkum se týká jen středoškolské mládeže. Další položka zjišťovala bydliště a rodinné zázemí respondentů.

Věk a pohlaví respondentů

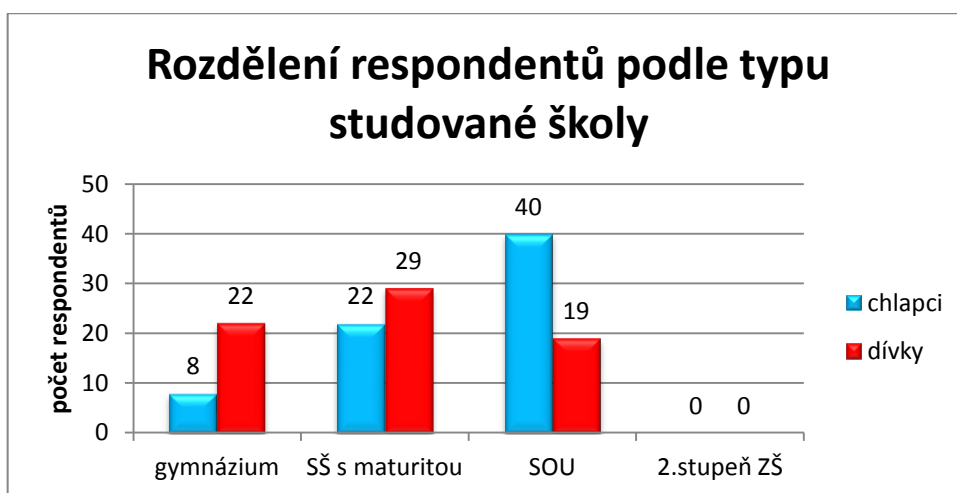
Z celkového počtu 140 respondentů bylo 70 chlapců (tj. 50%) a stejný počet dívek, tedy 70 (tj. 50%). Nejvíce respondentů bylo ve věkové kohortě 17 let, a to celkem 38. Druhou nejpočetnější skupinu z hlediska věkové kohorty tvořili osmnáctiletí, kterých bylo 33 respondentů. Jen o jednoho méně, tedy 32, bylo patnáctiletých respondentů. Šestnáctiletých bylo 28. Nejméně, pouze devět respondentů, uvedlo věk 19 let. Respondenti, kteří nesplňovali požadavky na věkové rozmezí 15 až 19 let, byli z dotazníkového šetření vyloučeni.



Graf č. 1 Věk a pohlaví

Rozdělení respondentů dle typu studované školy

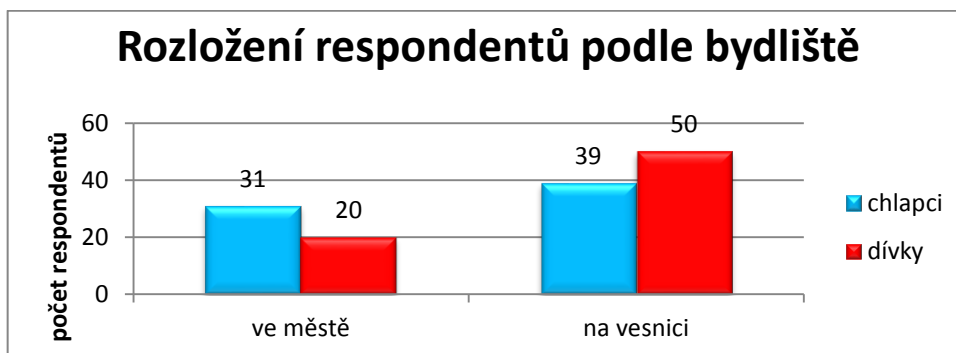
Z celkového počtu 140 respondentů jich 30 navštěvuje gymnázium, 51 střední školu s maturitou a 59 střední odborné učiliště. Podíváme-li se na výsledky také z hlediska pohlaví respondentů, zjistíme, že největší počet respondentů, celkově 40, tvořili chlapci ze středních odborných učilišť. Nejvíce respondentů z řad dívek byly středoškolačky s maturitou, celkem 29.



Graf č. 2 Rozdělení dle typu studované školy

Bydliště respondentů

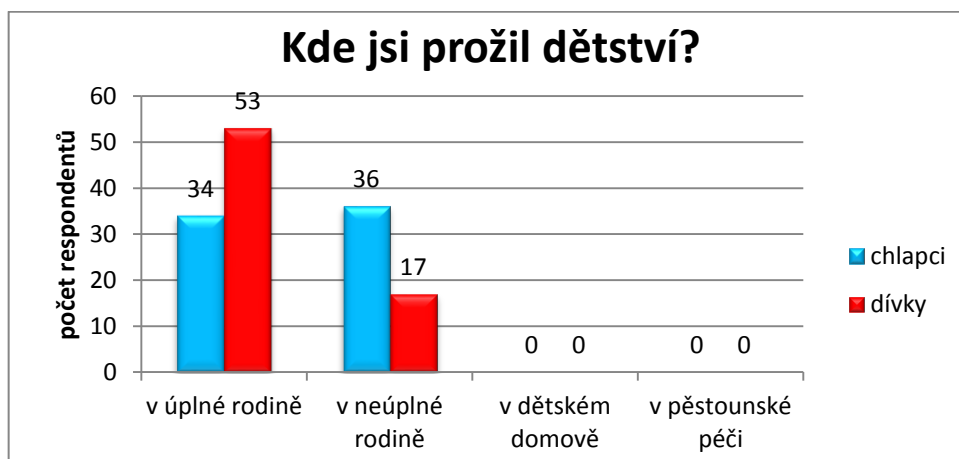
Větší část respondentů našeho dotazníkového šetření žije na vesnici, 89 respondentů z celkových 140, přesněji 64% respondentů z jejich celkového počtu. U chlapců je to téměř vyrovnané, zatímco většina dívek – 50 ze 70, bydlí na vesnici.



Graf č. 3 Rozdělení dle místa bydliště

Kde prožili respondenti dětství?

Žádný z respondentů neuvedl, že by vyrůstal v dětském domově či v pěstounské péči. 62% respondentů uvedlo, že pocházejí z úplných rodin, 38% z rodin neúplných. Chlapci mají výsledek opět vyrovnaný, zatímco 53 dívek z celkových 70 uvedla, že pochází z úplné rodiny. Oproti Praze, kde je rozvodovost 50%, dostáváme ve Zlínském kraji o něco optimističtější čísla, i když ve srovnání s údaji z historie vzdálenější i bližší je míra neúplných rodin i ve Zlínském kraji velmi vysoká. Na druhé straně však není nikde zaručeno, že úplné rodiny jsou vždy šťastné a funkční, a že neúplné rodiny musí být nešťastné a nefunkční. Záleží na osobnosti a výchovném stylu rodičů či rodiče.

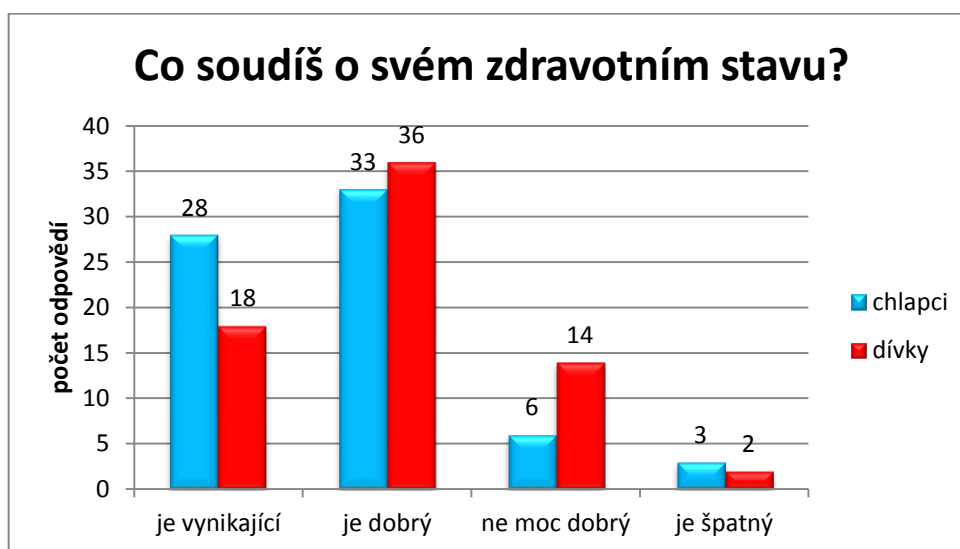


Graf č. 4 Kde jsi prožil dětství

7 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

1.1. Jak svůj zdravotní stav subjektivně hodnotí chlapci a dívky?

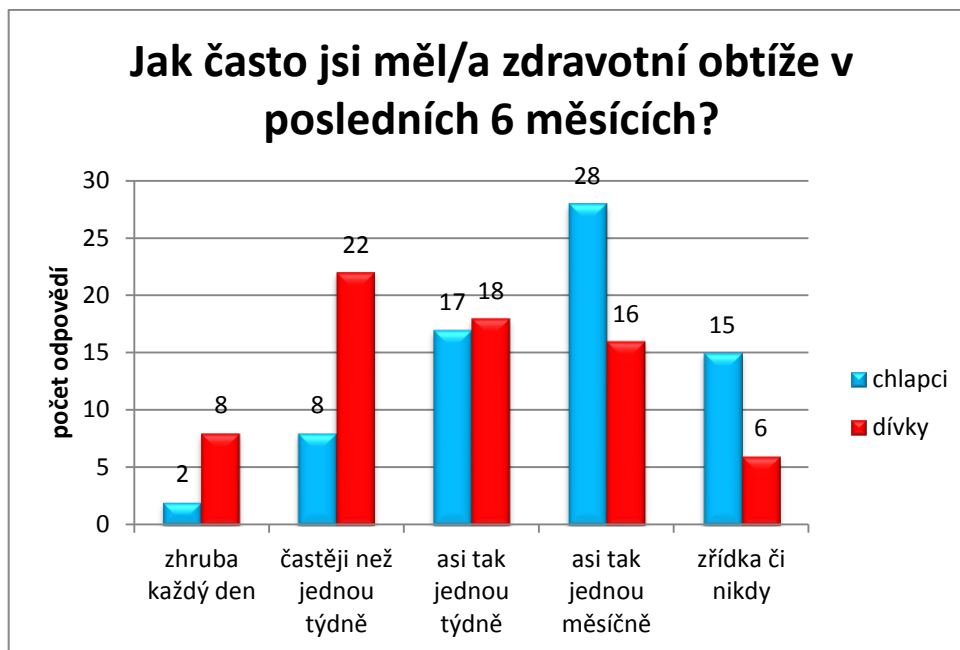
Na otázku, **jak mládež svůj zdravotní stav hodnotí**, jsme dostali většinou pozitivní odpovědi – 46 respondentů, tj. 28 chlapců a 18 dívek považuje svůj zdravotní stav za vynikající, 69 za dobrý, 20 za ne moc dobrý a jen 5 respondentů za špatný. Čili 115 respondentů ze 140, tedy 82,1% respondentů, tedy čtyři mladí lidé z pěti, považují svůj zdravotní stav za vynikající či dobrý. Kladněji hodnotí svůj zdravotní stav chlapci než dívky.



Graf č. 5 Zdravotní stav

1.2. Jak často během posledních šesti měsíců měli chlapci a dívky zdravotní obtíže, jako je bolest hlavy, bolesti žaludku, bolesti v zádech, potíže při usínání, únava, atd.?

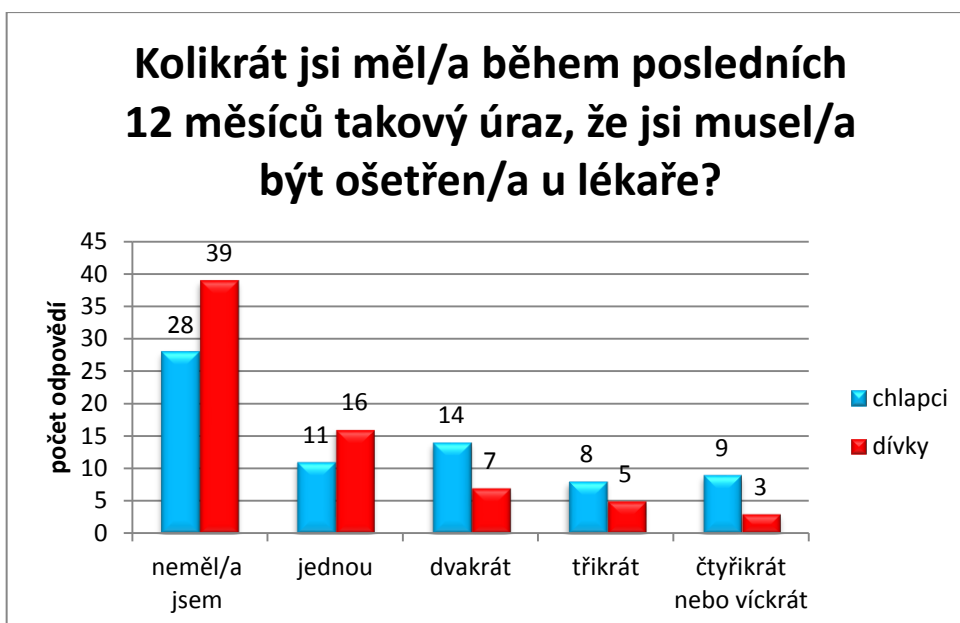
31,5% respondentů (z tohoto počtu 64% chlapců a 36% dívek) uvádí, že mají zdravotní potíže „asi tak jednou měsíčně“. Bohužel povaha a rozsah tohoto dotazníku neumožňují upřesnit, o jaký druh a jak závažné obtíže se jedná. 33 respondentů (tj. 23,6%, téměř jedna čtvrtina respondentů) uvedlo, že má zdravotní potíže „asi tak jednou týdně“. To považují za dosti vysoké číslo, vzhledem k tomu, o jak mladé lidi se jedná. Potíže „častěji než jednou týdně“ uvádí 30 respondentů. „Zhruba každý den“ pak uvedlo 10 respondentů. „Zřídka či nikdy“ netrpí zdravotními obtížemi 21, tj. 15% respondentů. Velmi špatné je zjištění, že 22 dívek trpí zdravotními obtížemi častěji než jednou týdně a dokonce 8 dívek má zdravotní problémy denně.



Graf č. 6 Častost zdravotních obtíží

1.3. Jak často během jednoho roku měli chlapci a dívky úraz, který vyžadoval lékařské ošetření?

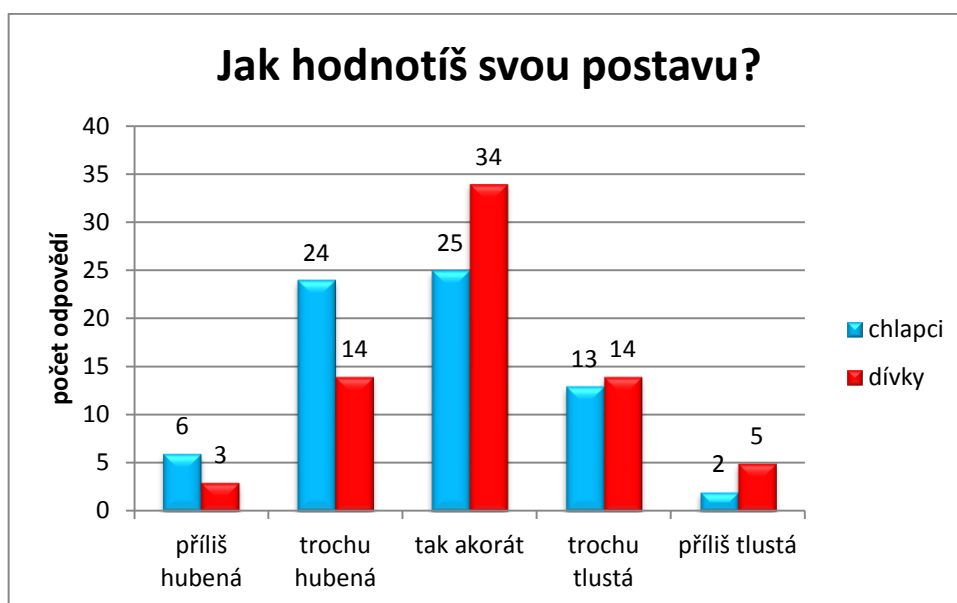
Téměř polovina (48%) respondentů (28 chlapců a 39 dívek) uvedla, že nikdy v životě ještě neměla úraz. Jednou ho mělo 27 respondentů, dvakrát 21 respondentů, třikrát 13 respondentů a čtyřikrát nebo vícekrát 12 smolařů (z toho 9 chlapců a 3 dívky).



Graf č. 7 Výskyt úrazů

1.4. Jak chlapci a dívky hodnotí svoji postavu?

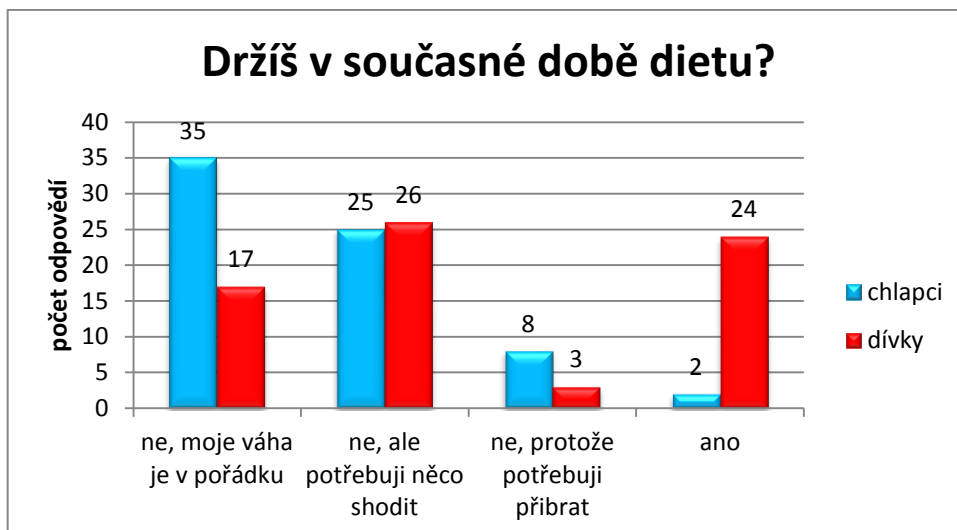
S potěšením mohu konstatovat, že toto dotazníkové šetření ukázalo u mládeže poměrně velkou míru spokojenosti s vlastní postavou, čili odolnost vůči diktátu módy, který oceňuje zejména nezdravě vyzáblé modelky – i když díkybohu se poslední dobou i tento trend mění a ke kormidlu přicházejí zdravě, sportovně a spokojeně vypadající dívky a ženy. 59 respondentů uvedlo, že je jejich postava „tak akorát“, tudíž mohu předpokládat, že jsou s ní spokojeni. Více jsou se svou postavou spokojeny dívky, než chlapci. Třiceti osmi respondentům se zdá být jejich postava „trochu hubená“, devíti „příliš hubená“. Dvacet sedm respondentů považuje svou postavu za „trochu tlustou“, sedm za „příliš tlustou“.



Graf č. 8 Hodnocení postavy

2.1. Drží chlapci a dívky diety?

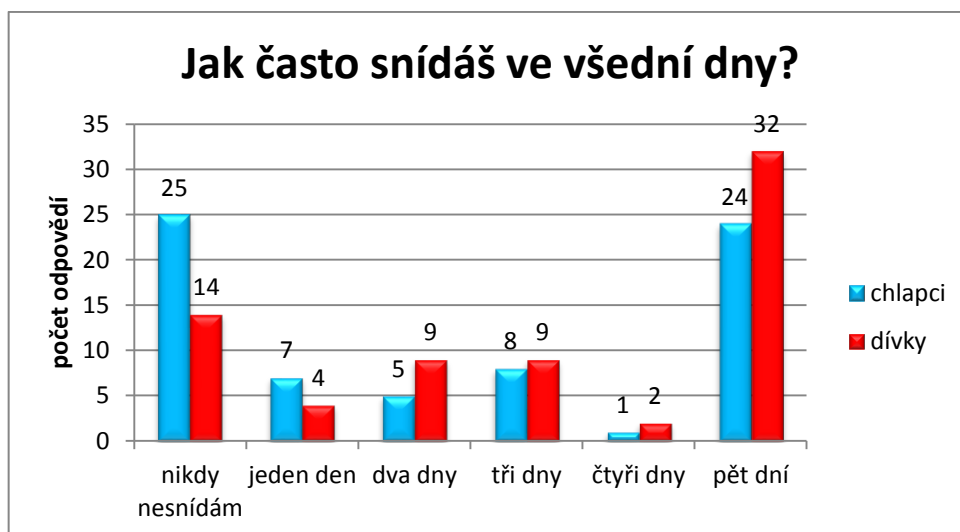
114 respondentů v současné době nedrží žádnou dietu, drží ji 26, tj. 18,6% respondentů. Z oněch dvaceti šesti respondentů držících dietu je 24 dívek a 2 chlapci. 51 respondentů nedrží dietu, „ale potřebuje něco shodit“ – možná tito mladí lidem časem dietu držet budou, možná se pokusí o redukci hmotnosti sportem a pohybovými aktivitami, možná kombinace obojího.



Graf č. 9 Diety

2.2. Jak často během týdne chlapci a dívky snídají?

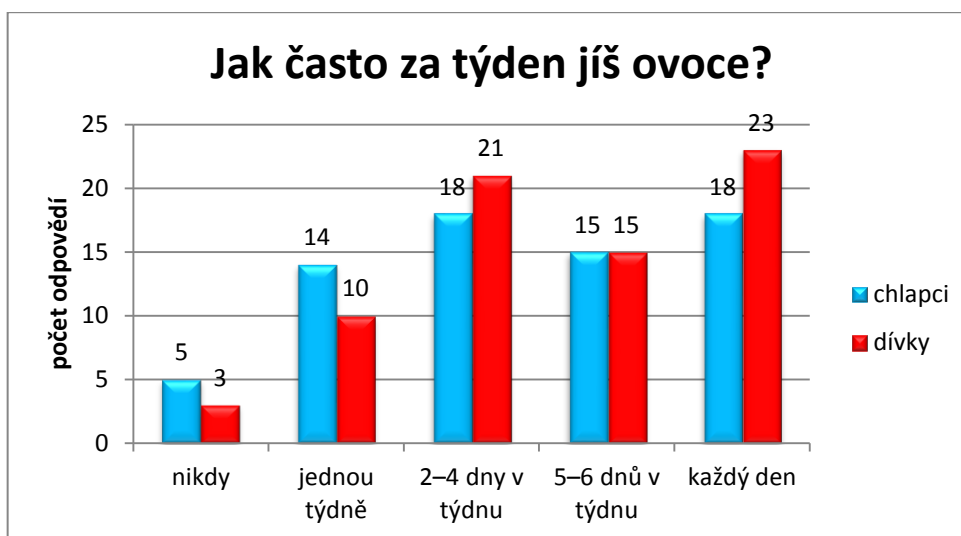
Snídaně je z hlediska výživy nejdůležitějším jídlem dne. Ovlivňuje aktivitu a výkonnost jedince v průběhu celého dne, zlepšuje naše soustředění a paměť. Na otázku po četnosti snídání ve školní dny jsme získali zajímavé odpovědi – nejvíce respondentů – 56 - uvedlo, že snídá po všechny všední dny. Druhou nejčtenější odpovědí byl naprostý opak - „nikdy nesnídám“ – což uvedlo 39 respondentů, tj. 25 chlapců a 14 dívek (více než čtvrtina) z celkového počtu. Považuji to za dosti alarmující číslo a je škoda, že nebylo v možnostech mého dotazníku zjistit příčiny toho, proč více než čtvrtina mládeže nikdy nesnídá před tím, než se vydá do školy.



Graf č. 10 Častost snídání

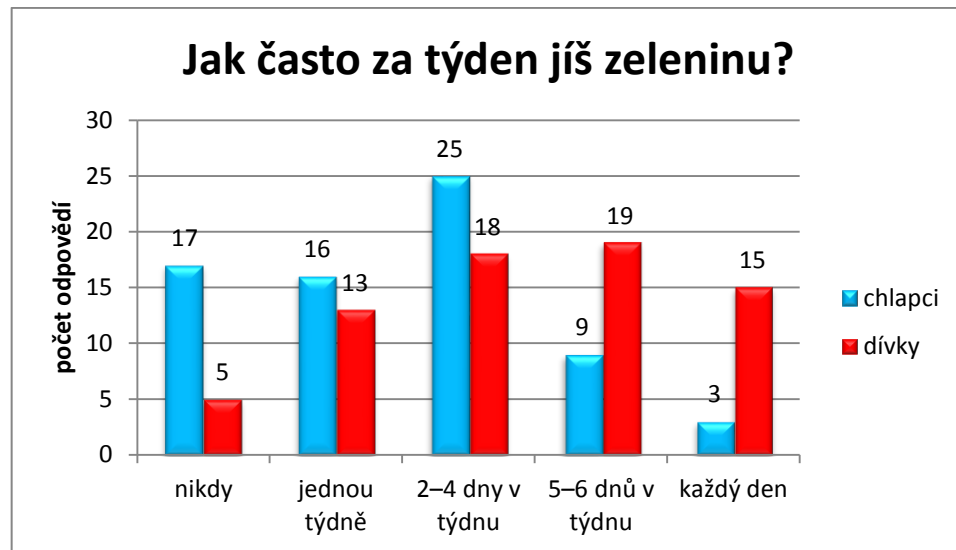
2.3. Kolikrát týdně jí chlapci a dívky ovoce a zeleninu?

Je potěšujícím zjištěním, že celkem 69 dospívajících ze 140, tj. téměř 50%, jí ovoce každý den nebo 5-6 dnů v týdnu. 39 respondentů pak uvedlo, že konzumují ovoce po 2-4 dny v týdnu. Jen jednou týdně jí ovoce 24 respondentů. Osm respondentů (tj. 5 chlapců a 3 dívky) uvedlo, že nejí ovoce vůbec. Dívky jsou před chlapci v konzumaci ovoce o malinko vzornější.



Graf č. 11 Konzumace ovoce

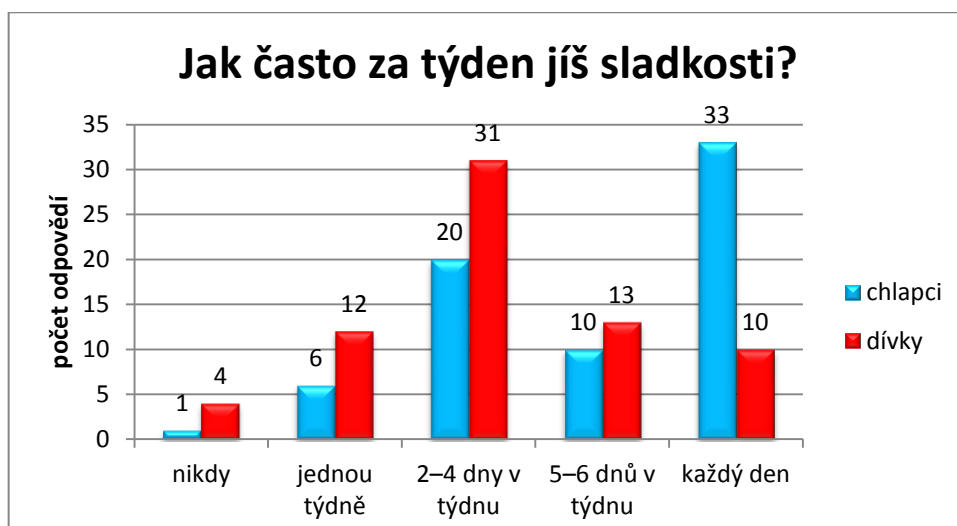
Zelenina mezi mládeží není tolik populární jako ovoce, a oboje může jen závidět oblíbenosti sladkostí, jak uvidíme dále. Jen 18 respondentů, a z toho pouze tři chlapci a 15 dívek uvedli, že jí zeleninu každý den. Pět až šestkrát v týdnu jí zeleninu 28 respondentů (9 chlapců a 19 dívek). Zde jsou na tom ve srovnání opět lépe dívky. Největší počet respondentů, 43, uvedlo konzumaci zeleniny 2-4 krát týdně. Jednou týdně jí zeleninu 29 respondentů. 22 dospívajících (tj. 17 chlapců a 5 dívek) nejí zeleninu nikdy – je to poměrně vysoké číslo. Jíst zeleninu jednou týdně je také nedostatečné; sečteme-li ty, kteří jí zeleninu jen jednou týdně, a ty, kteří ji nejí vůbec, dostaneme číslo 51, což je 36% z celkového počtu respondentů. Více než jedna třetina dospívajících tedy nemá dostatečný přísun zeleniny, a tudíž vitamínů, vlákniny a dalších důležitých látek, které zelenina obsahuje. V konzumaci zeleniny dívky chlapce hodně převyšují.



Graf č. 12 Konzumace zeleniny

2.4. Kolikrát týdně jí chlapci a dívky sladkosti?

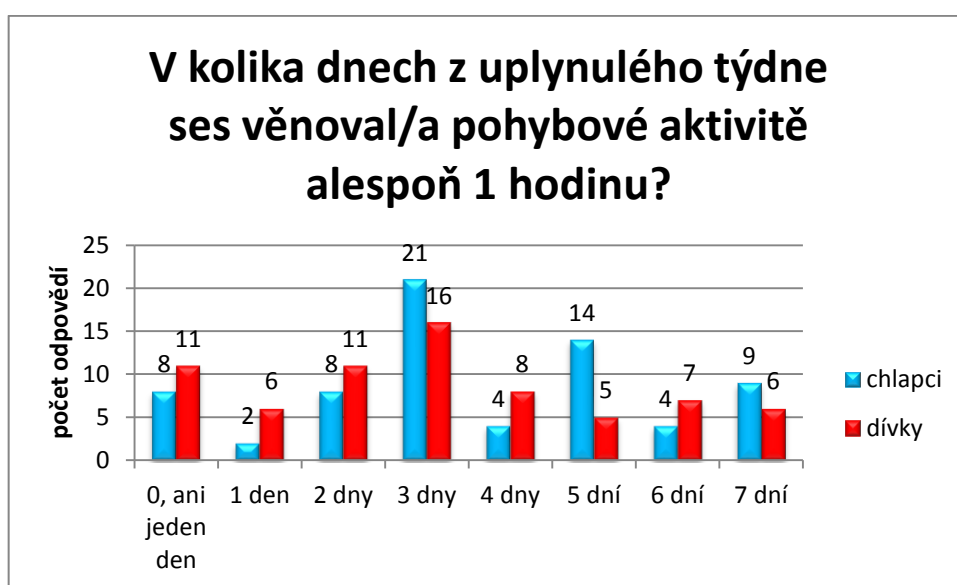
Tato otázka zjišťovala, jak často respondenti konzumují sladkosti. Z grafu vyplývá, že denně jí sladkosti 43 respondentů, tj. 33 chlapců a 10 dívek. 23, tj. 10 chlapců a 13 dívek jí sladkosti skoro denně. Sladkosti nejí vůbec 5 respondentů, z toho jsou 4 dívky a 1 chlapec. Příležitostně jednou týdně jí sladkosti 18 respondentů. Z grafu vyplývá, že chlapci jí sladkosti častěji než dívky.



Graf č. 13 Konzumace sladkosti

3.1. Mají chlapci a dívky dostatek pohybu?

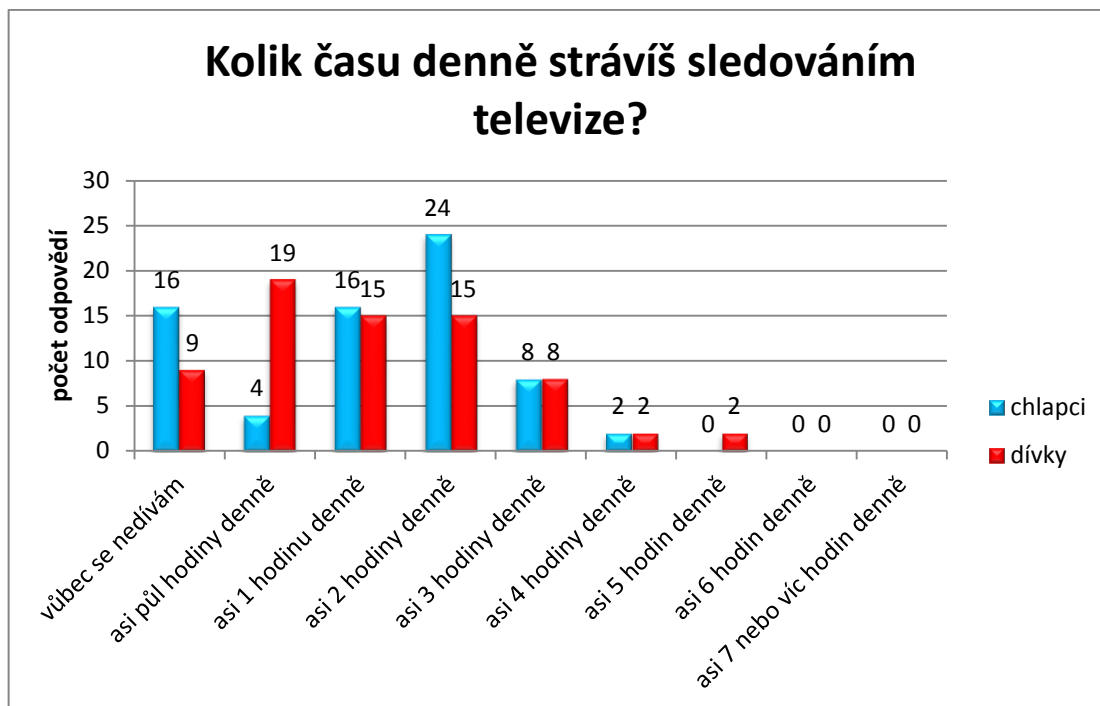
Důležitou složkou zdravého životního stylu jsou pohybové aktivity, ať už se jedná o sport, práci, pobyt venku v přírodě, či třeba běžnou chůzi. 52 chlapců a 42 dívek (tj. 67% respondentů) se sportu věnuje alespoň hodinu denně 3 až 7 dnů v týdnu, tzn. každý, skoro každý či každý druhý den. Domnívám se, že se jedná o velmi dobrý výsledek, protože hodina denně není zrovna málo. Dva dny v týdnu se pohybovým aktivitám věnuje 19 respondentů, jeden den v týdnu sportuje 8 respondentů. 19 respondentů (tj. 13,6%) odpovědělo, že nesportuje nikdy, sportu se nevěnuje vůbec (anebo méně než 1 hodinu). Dobré je zjištění, že i když se chlapci věnují sportu častěji než dívky, tak ani dívky v pohybové aktivitě nezažalí.



Graf č. 14 Pohybová aktivita

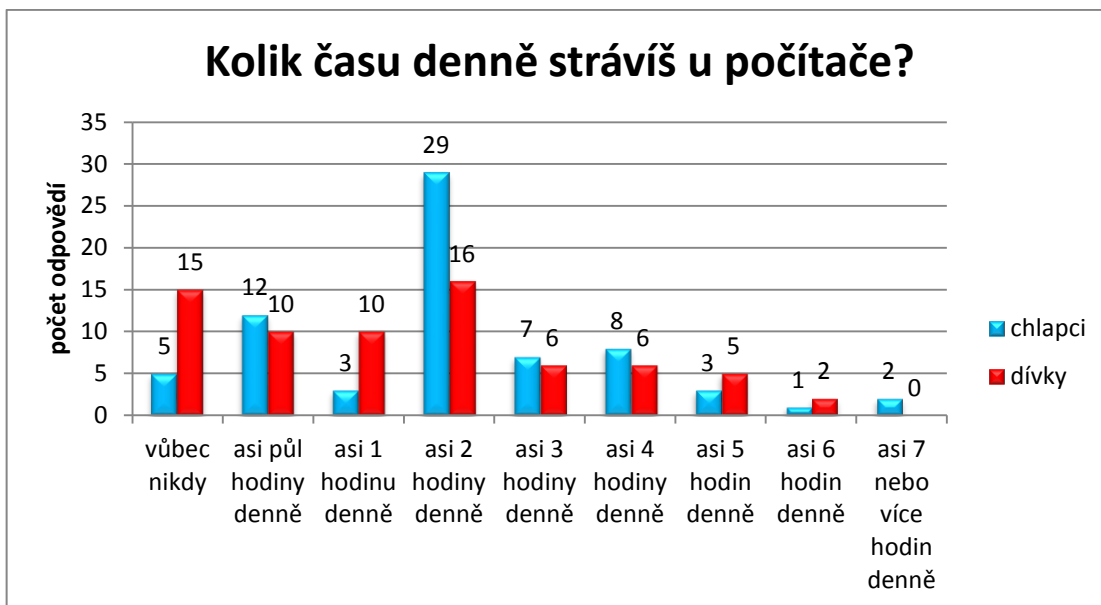
3.2. Kolik času denně chlapci a dívky tráví sledováním televize a používáním PC?

Největší počet mladých tráví u televize zhruba 2 hodiny denně, uvedlo to 24 chlapců a 15 dívek. Trávít u televize více času než 2 hodiny denně není mezi mládeží výrazně rozšířené – 16 respondentů uvedlo, že u televize prosedí 3 hodiny, 4 respondenti (2 chlapci a 2 dívky) stráví u televize denně 4 hodiny a jen 2 respondenti (obě dívky) 5 hodin. Asi hodinu denně se na televizi dívá 31 respondentů, půl hodiny denně 23 respondentů. 25 respondentů (16 chlapců a 9 dívek) uvedlo, že se na televizi nedívá vůbec. Bylo by ještě zajímavé zjistit, jaký typ pořadů respondenti sledují, ale to by bylo již mimo rozsah této práce.



Graf č. 15 Sledování televize

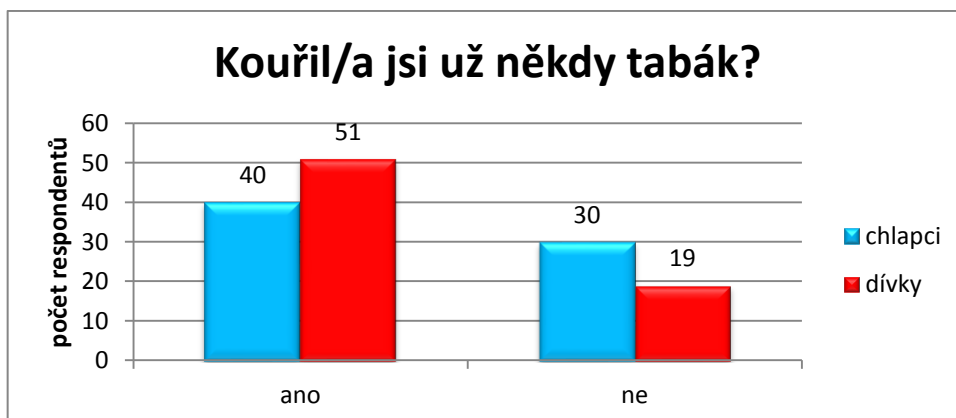
20 respondentů (15 dívek a 5 chlapců) uvedlo odpověď, že u počítače nesedí vůbec nikdy. Asi půl hodiny denně tráví u počítače 22 respondentů (12 chlapců a 10 dívek), hodinu denně 13 respondentů. Největší počet respondentů, celkem 45, sedí u počítače 2 hodiny denně. Z toho je většina chlapců – 29, dívek je 16. Pak už počty respondentů výrazně klesají: 3 hodiny denně uvádí 13 respondentů, 4 hodiny 14 respondentů, 5 hodin 8 respondentů (z toho 5 dívek), 6 hodin 3 respondenti (z toho 2 dívky), 7 a více hodin 2 respondenti, oba chlapci. Nelze zde jednoduše zobecnit a říci, že dvouhodinové či tříhodinové sezení u počítače je jednoznačně špatné. Záleží na tom, co s tím počítačem mládež dělá – zda se věnuje přípravě do školy, psaní písemných prací, učení se, vyhledávání informací, či zda tráví čas četbou zpráv, sledováním filmů, chatováním, prohlížením facebooku, streamováním, poslechem písniček na youtube, hraním počítačových her... To by ovšem vydalo na samostatnou bakalářskou práci a na tomto místě se tomuto bohužel nemůžeme věnovat.



Graf č. 16 Trávení času na PC

4.1. Jakou mají chlapci a dívky zkušenost s kouřením tabáku?

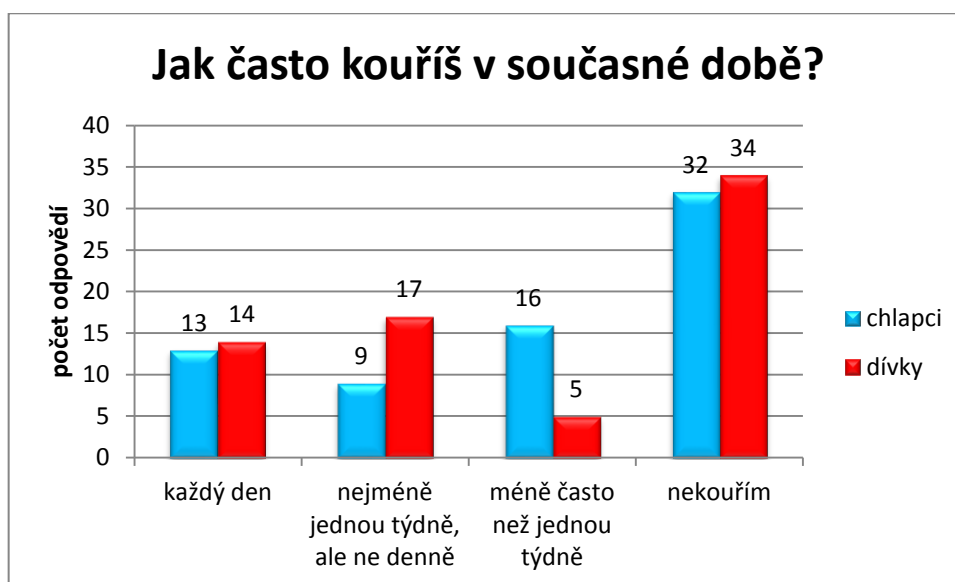
Na otázku, zda respondenti již někdy zkusili kouřit tabák, jich 91, tj. 65%, dalo kladnou odpověď. Plná jedna třetina respondentů tedy nemá s tabákem zatím žádné osobní zkušenosti, což je velmi dobrý výsledek svědčící o tom, že kouření mezi mládeží není zase tak moc populární ve smyslu „kdo nekouří, není dospělý“. Mladí nemají potřebu dokazovat si svou dospělost kouřením. Je zajímavé, že větší zkušenosti s kouřením mají dívky: 51 jich ho zkusilo, nezkusilo 19. U chlapců je poměr vyrovnanější: 40 zkusilo kouřit, 30 kouření nezkusilo nikdy. Obecně by se čekalo, že chlapci budou mít větší zájem zkoušet toto zakázané ovoce, ale výsledky našeho dotazníku přinášejí jiná čísla.



Graf č. 17 Kouření

4.2. Jak často v současné době chlapci a dívky kouří?

Téměř polovina, přesněji 47% respondentů odpovědělo, že v současné době nekouří vůbec – 32 chlapců a 34 dívek. Méně často než jednou týdně, řekli bychom rekreačně (např. na diskotéce, na oslavách, při zvláštních příležitostech) si zapálí 21 respondentů – rozhodně v tomto případě nemůžeme mluvit o závislosti na tabáku, ale spíše o přizpůsobivosti sociálně skupině a touze zapadnout do ní. Jsou tím naplňovány emoční a sociální potřeby, nikoliv potřeba doplnit do těla obsah nikotinu. Nejméně jednou týdně, ale ne každodenně, si cigaretu zapálí 26 dospívajících z našeho výzkumného vzorku. 27 respondentů (tj. 19%, čili zhruba každý pátý) kouří každý den, stali se tedy na tabáku závislími. Uvážíme-li, že jde o věkovou skupinu 15-19 letých, jedná se o poměrně vysoké číslo, pakliže jeden z pěti kouří každodenně.

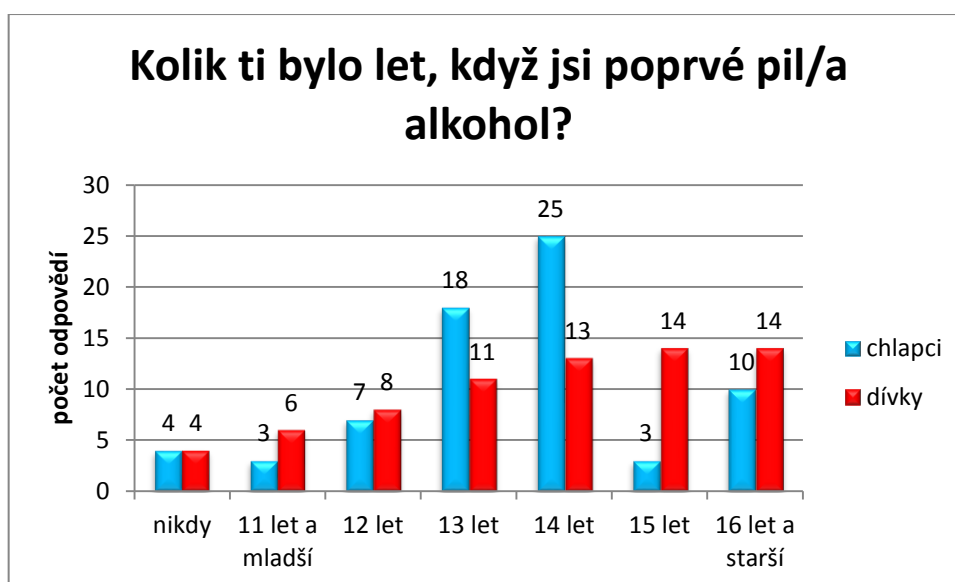


Graf č. 18 Častost kouření

5.1. V kolika letech poprvé dívky a chlapci pili alkohol?

Jen osm respondentů – 4 chlapci a stejný počet dívek ještě nikdy nepili alkohol. Tzn. 132 respondentů alkohol už někdy pilo. Vzhledem k tomu, že prodávat a podávat alkohol nezletilým a mladším 18 let je trestným činem, jedná se o číslo neskutečně velké – celkem 94% respondentů má zkušenost s alkoholem ve věku, kdy by měli být před jeho škodlivými vlivy chráněni zákonem.

„Samotné "pití alkoholu" zakázané není, zákonem je zakázáný prodej a podávání alkoholu- ten se vztahuje na prodejce alkoholických výrobků (zákon č. 379/2005 Sb.). Pokud by alkohol podal dítěti rodič, bude se odpovědnost řešit přes zákon o rodině a trestní zákoník. Teoreticky se dítě nemá jak k alkoholu dostat, ale pití jako takové zakázané není - a to hlavně proto, že když zakážete pití, tak budete muset postihovat toho, kdo pije. Negativnější než to, že dítě požije alkohol, pro společnost je, že existuje někdo, kdo dětem alkohol podává, a proto se postihuje podávání, čímž se eliminuje požívání a především se trestá ten, kdo je mentálně dostatečně vyspělý na to, aby věděl, jaké důsledky jeho konání bude mít.“www.alkoholik.cz



Graf č. 19 První požití alkoholu

5.2. Vypili někdy takové množství alkoholu, že z toho byli opilí?

34 respondentů nebylo nikdy opilý, tzn., že 106 (tj. 75,7%) již někdy opilý bylo. Vezměme v úvahu, že se jedná o mladistvé – pak je toto číslo opravdu alarmující. 26 respondentů (19%) se dokonce již opilo více než 10x – to by mělo být vzhledem k jejich mladičkému věku naprosto nepřijatelné. Pokud je respondentovi mezi 15 až 18 lety, opít se více než 10x je velmi vysoké číslo. Co do počtu se dívky od chlapců v této otázce příliš neliší.

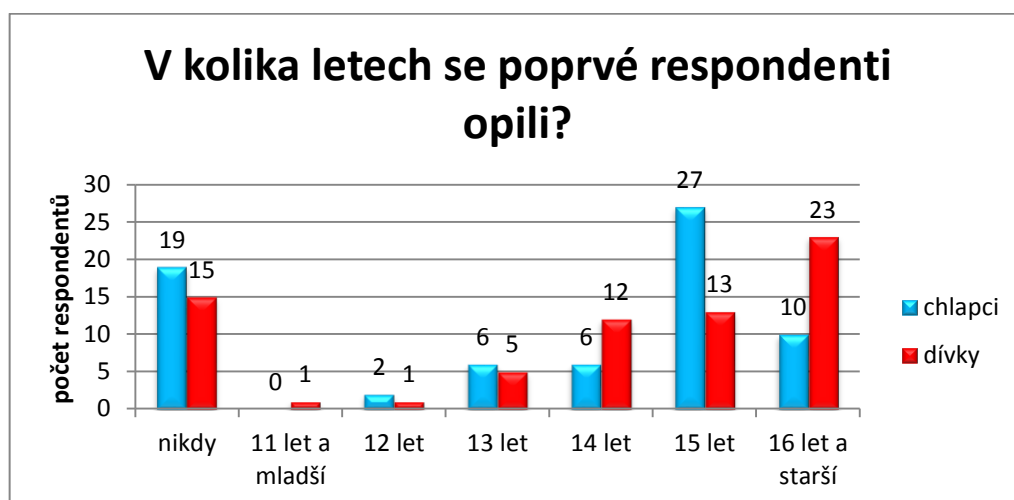


Graf č. 20 Opilost

5.3. V kolika letech se dívky a chlapci poprvé opili?

Čistě ze statistického hlediska je pro mě potěšující, že se sobě rovnají záporné odpovědi na otázku č. 16 a 17 – tedy že 34 respondentů odpovědělo, že nebyli nikdy opilí, a stejné množství respondentů odpovědělo na otázku, kdy se poprvé opili, že nikdy. Svědčí to o tom, že respondenti přistupovali k vyplňování dotazníku odpovědně, jak dokazují tyto dvě křížové otázky.

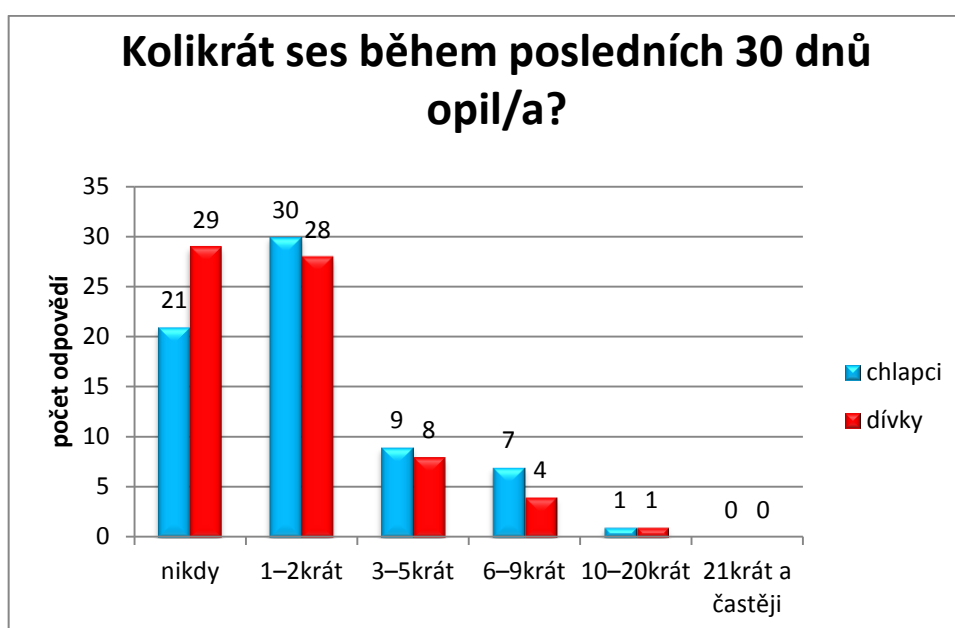
Ve věku 15 let a mladší zakusilo opilost 73 respondentů (52%). 33 respondentů se poprvé opilo, když jim bylo 16 let a více. 34 respondentů se neopilo nikdy.



Graf č. 21 První opilost

5.4. Kolikrát se dívky a chlapci opili během měsíce?

Jen 50 respondentů (21 chlapců a 29 dívek) nebylo za posledních 30 dnů opilý, 90 respondentů (dvě třetiny) se tedy v posledním měsíci opilo, z tohoto množství 58 respondentů 1-2 krát. 17 respondentů uvedlo, že bylo opilý 3-5x, podle četnosti to vypadá, že by to mohlo být např. každý pátek či sobotu večer na diskotéce, tedy jako občasný, avšak v podstatě pravidelný odreagování. Dva respondenti, jeden chlapec a jedna dívka, uvedli, že v posledním měsíci byli opilí 10-20 krát. Tato četnost již odkazuje k závažnějším životním problémům, které by bylo dobré řešit např. s psychologem či školním výchovným poradcem.

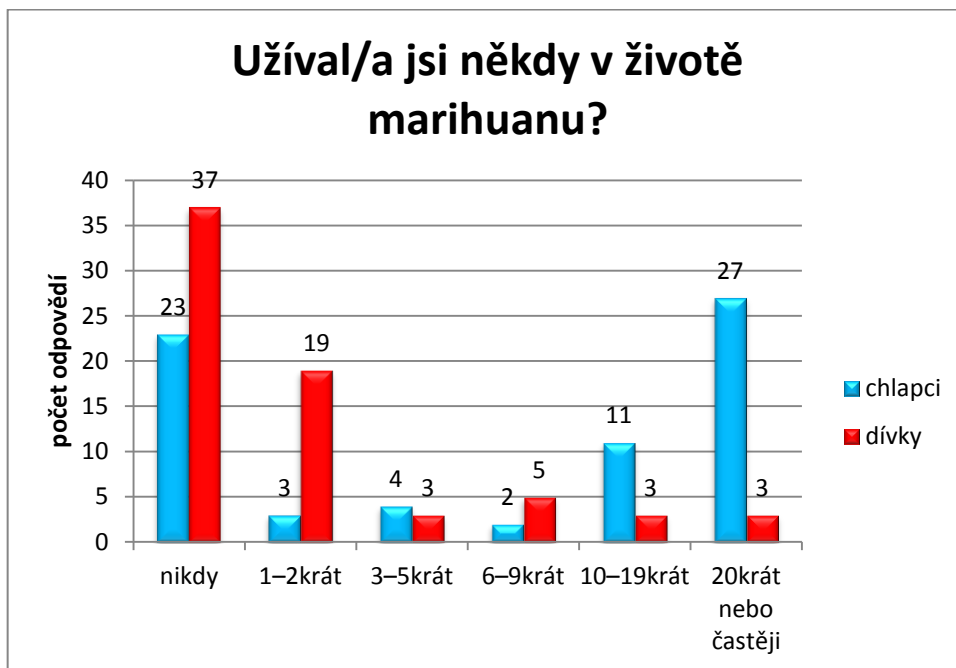


Graf č. 22 Četnost v konzumaci alkoholu

6.1. Jakou zkušenost s marihuanou mají chlapci a dívky?

Na otázku, zda respondenti zkusili marihuanu, ukazuje graf zajímavé odpovědi: 60 respondentů nezkusilo marihuanu nikdy. Jednou či dvakrát ji zkusilo 22 respondentů. Dvacetkrát a častěji marihuanu kouřilo 30 respondentů, z toho 27 hochů a 3 dívky. Výsledky by se daly interpretovat takto: 43% respondentů marihuanu nezkusilo a ani zatím nemá zájem ji vyzkoušet – kdo totiž zájem má, k marihuaně se vcelku bez problémů dostane, je to dostupná, rozšířená a i pro studenty levná droga. 22 respondentů ji jednou či dvakrát vyzkoušelo, ale protože je nijak nezaujala, více s ní již neexperimentují. 7 respondentů učinilo 3-5 krát svůj marihuanový pokus, stejné množství respondentů pak 6-9 krát. 30 respondentů

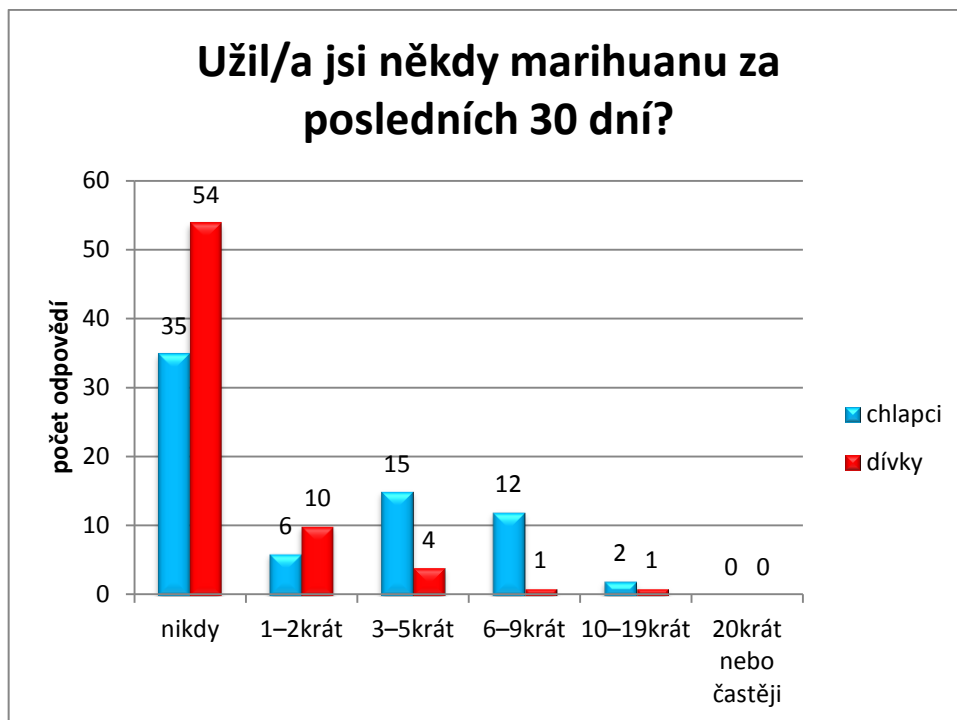
(tj. 21%) kouřilo marihuanu 20 krát a častěji – tzn., že jednu pětinu našich respondentů marihuana zaujala natolik, že se k ní opakovaně vrací a občas si „jointa“ dají. Pravidelnější a častější kouření marihuany je spíše výsadou hochů než dívek (27:3).



Graf č. 23 Užití marihuany

6.2. Užili marihuanu chlapci a dívky za poslední měsíc?

89 respondentů (64%) nemělo marihuanu v posledních 30 dnech (z tohoto počtu ji 60 respondentů nemělo vůbec nikdy). Šest hochů a deset dívek kouřilo v posledních 30 dnech marihuanu 1-2x, tedy spíše experimentálně. 19 respondentů, z toho 15 hochů a 4 dívky, kouřili marihuanu v posledním měsíci 3-5x – z tohoto čísla usuzují na víkendové zábavy (např. v pátek či sobotu večer v nějakém klubu, na diskotéce, na koncertě...). 13 respondentů kouřilo v posledních 30 dnech marihuanu 6-9 krát, tzn. každý třetí až pátý den – při této četnosti už nemůže být řeč o žádném „občasném, lehkém experimentování“, ale spíše o pravidelném a poměrně častém užívání této u nás stále ještě nelegální drogy. Tři respondenti v posledním měsíci kouřili marihuanu 10-19 krát, tj. každý druhý až třetí den. Zde bych také doporučila psychologickou pomoc či drogové poradenství, aby se marihuana nestala branou k těžším drogám.



Graf č. 24 Četnost užití marihuany

8 ZÁVĚREČNÉ SHRNU TÍ VÝZKUMU

V praktické části jsme nejprve popsali metodologii výzkumu a cílovou skupinu, na níž byl výzkum zaměřen, a stanovili jsme výzkumné cíle a výzkumné otázky, na něž nyní souhrnně odpovíme. Naše práce přináší v praktické části nová data ohledně životního stylu mládeže ve Zlínském kraji, která jsme zjistili dotazníkovým šetřením, přičemž výsledky výzkumu jsme přehledně znázornili četnými grafy. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jakým životním stylem žije dnešní mládež ve Zlínském kraji. Především jsme se zaměřili na tyto oblasti: celkový postoj chlapců a dívek ke zdraví, pohybové aktivity chlapců a dívek, jejich stravování a užívání návykových látek.

Z hlediska posouzení zdraví hodnotí mládež svůj zdravotní stav většinou pozitivně. Dívky uváděly výskyt zdravotních obtíží ve větší míře než chlapci. Skoro každý druhý respondent uvedl, že měl během roku úraz, který musel být ošetřen u lékaře. Častěji jsou to chlapci.

Období dospívání není pro jedince vůbec jednoduché. Mění se jeho tělesná konstituce, což ne každý vnímá pozitivně. Hlavně dívky jsou v období puberty na svou hmotnost velmi citlivé a často se uchylují k různým dietám. Naše výsledky ukazují, že chlapci jsou se svoji postavou spokojeni, tudíž nepotřebují držet žádné diety. Překvapující je, že 24 dívek drží dietu, přičemž jen 19 se cítí tlustých. To může vést k nesprávným návykům ve stravování.

Za dost alarmující považujeme, že 39 respondentů vůbec nesnídá, z toho 25 chlapců a 14 dívek. V konzumaci ovoce si mládež vede dobře, téměř polovina respondentů uvedla, že konzumuje ovoce každý den nebo téměř každý den. Horší přístup má mládež ke konzumaci zeleniny, které se vyhýbá skoro polovina chlapců. Pouze 3 chlapci a 15 dívek uvedlo, že jí zeleninu každý den. 17 chlapců a 5 dívek uvedlo, že nejí zeleninu nikdy. Zato sladkosti jsou u chlapců i dívek velmi vyhledávané, častěji je jí chlapci než dívky.

Pro zdravý vývoj jedince je důležitý pohyb. Z našeho šetření vyplynulo, že 67% respondentů se věnuje sportu alespoň hodinu denně 3 až 7 dní v týdnu, přičemž dívky jen nepatrně zaostávají za chlapci. Považujeme to za dobrý výsledek, protože hodina sportu denně není málo. Téměř 14% mladých však odpovědělo, že se sportu či pohybu nevěnuje vůbec nikdy, což je škoda, protože jestli si člověk nevybuduje kladný vztah k pohybu v mládí, později si k němu jen stěží najde cestu, což může mít neblahé důsledky pro vznik nadváhy a s ní spojených nemocí.

Co se týká sezení u televize a počítače, výsledky výzkumu ukázaly, že největší počet mladých tráví u televize zhruba 2 hodiny denně, uvedlo to 24 chlapců a 15 dívek. Trávit u televize více času než 2 hodiny denně není mezi mládeží výrazně rozšířené. Nejvíce mládeže pak podobně uvedlo, že tráví u počítače maximálně 2 hodiny denně. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že závislost na sledování televize nebo závislost na počítači není u mládeže výrazně rozšířeným problémem, ba naopak je spíše okrajovým jevem.

Oproti tomu zkušenosti s návykovými látkami jsou mezi mládeží naprosto běžné. Dvě třetiny mládeže již zkoušelo kouřit tabák. Výsledky výzkumu překvapivě ukázaly, že větší zkušenosti s kouřením mají dívky než chlapci. Pouze slabší polovina mládeže odpověděla, že v současné době nekouří vůbec – to tedy znamená, že větší polovina mládeže si občas cigaretu zapálí. Téměř každý pátý kouří cigarety denně.

Alkohol je v české společnosti velmi rozšířená a obecně tolerovaná, legální droga, pije se při mnoha příležitostech, dokonce i tehdy, když by se to bez alkoholu mohlo obejít. Je nutné si uvědomit, že podávat alkohol osobám mladším 18 let je trestným činem. Věkové rozmezí našich respondentů je 15 až 19 let, to znamená, že teoreticky patnácti- až sedmnáctiletí by neměli mít s alkoholem vůbec žádnou osobní zkušenost. Jaké výsledky přineslo naše dotazníkové šetření? Naprosto šokující! Téměř všichni respondenti, s výjimkou čtyř dívek a čtyř chlapců, již ochutnali alkohol. Tři čtvrtiny respondentů se již někdy opili, celá pětina mládeže byla opilá dokonce více než 10x. Polovina respondentů byla opilá ještě předtím, než dosáhla věku 15 let. Dvě třetiny respondentů z našeho výzkumného vzorku byli v posledním měsíci alespoň jednou opilí; jeden chlapec a jedna dívka uvedli, že v posledním měsíci byli opilí 10-20 krát. Náš výzkum ukázal, že alkohol je mezi mládeží jednoznačně nejrozšířenější a všeobecně akceptovanou drogou, čímž jsme mimo jiné potvrdili obecně a nechvalně známé prvenství Čechů v pití alkoholu na celosvětovém žebříčku.

Další zkoumanou oblastí byla konzumace marihuany, lehké, avšak nelegální drogy. Menší polovina mládeže marihuanu nezkusila nikdy, větší polovina s ní má osobní zkušenost. K častějšímu kouření marihuany (20x a více) se přiznalo 27 chlapců a 3 dívky, pro dospívající chlapce je tedy tato droga mnohonásobně lákavější než pro děvčata. V posledním měsíci kouřila marihuanu zhruba třetina mladých, přičemž tři respondenti uvedli, že v posledním měsíci kouřili marihuanu 10-19 krát, tj. každý druhý až třetí den. Marihuana je tedy mezi mládeží ve Zlínském kraji dosti rozšířenou drogou, ale zdaleka ne tolik jako všeobecně tolerovaný (a o to nebezpečnější) alkohol.

Celkově tedy můžeme shrnout, že většinou mládež ve Zlínském kraji (tj. více než 50% respondentů našeho dotazníkového šetření):

- hodnotí svůj zdravotní stav pozitivně, ačkoliv občas trpí zdravotními obtížemi a o něco méně úrazy (v obou případech častěji dívky)
- jsou se svou postavou spokojeni (více dívky) a nedrží diety (více chlapci)
- po většinu dní v týdnu jí ovoce (více dívky), ale také sladkosti (častěji chlapci)
- nejí často zeleninu (chlapci jí zeleniny méně než dívky)
- věnují se pohybovým aktivitám trvajícím alespoň hodinu každý den nebo každý druhý den (častěji chlapci)
- netráví u televize ani u počítače více než 2 hodiny denně (méně dívky než chlapci)
- mají osobní zkušenost s tabákem, přičemž většina odpověděla, že v současné době kouří alespoň občasně (více dívky)
- mají osobní zkušenost s alkoholem i opilostí, a to dokonce před dosažením věku 15 let (častěji chlapci); v posledním měsíci byli opilí nejméně 1x
- mají osobní zkušenost s marihuanou (častěji chlapci), ale pravidelná konzumace marihuany není většinovým jevem.

Náš výzkum ukázal, že mládež ve Zlínském kraji hodnotí svůj zdravotní stav i postavu pozitivně, ačkoliv stravovací návyky nemá nejzdravější (časté sladkosti, málo zeleniny, nepravidelné či žádné snídaně), že celkově tráví více času u televize a počítače než sportováním a že poměrně často konzumuje návykové látky jako tabák, alkohol a marihuanu, přičemž výše a četnost spotřeby alkoholu je naprosto alarmující a šokující. Z těchto výsledků usuzujeme, že ačkoliv své zdraví vnímá mládež subjektivně pozitivně, v objektivní rovině o příliš zdravém životním stylu bohužel hovořit nemůžeme.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali problematikou životního stylu mládeže ve Zlínském kraji. I když je mládež ovlivňována rodinou a školou, přesto největší podíl na přijetí zdravého životního stylu zůstává na každém jedinci. Cílovou skupinou, na kterou jsme se zaměřili, je středoškolská mládež, neboť právě období adolescence představuje rizikovou skupinu ve vztahu k životnímu stylu.

Praktické části bakalářské práce předcházela teoretická část, která se zaměřila na vymezení pojmů zdraví, životní styl, návykové látky a mládež. V teoretické části jsme uvedli nejnovější obecné poznatky týkající se oblasti zdravého životního stylu, přičemž jsme české studie doplnili o informace ze zahraničních zdrojů. Velmi specifické a podrobné informace přináším v kapitole „Mládež ve Zlínském kraji“. Na sociálně pedagogické hledisko zdravého životního stylu se zaměřujeme v kapitole „Výchova ke zdraví“.

V praktické části jsme zkoumali, jakým konkrétním životním stylem dnešní mládež žije. Data jsme získali dotazníkovým šetřením. Pracovali jsme se vzorkem mládeže ve věku 15 – 19 let, tedy se středoškoláky, studenty gymnázií, středních odborných škol a středních odborných učilišť. Výzkumný vzorek čítal 140 respondentů, 70 dívek a 70 chlapců. Výsledky dotazníkového šetření jsme podrobně rozpracovali, analyzovali a interpretovali v praktické části, přičemž jsme výsledná data znázornili v přehledných grafech.

V závěru praktické části interpretujeme data získaná dotazníkovým šetřením a vyhodnocujeme, jakým životním stylem žije mládež ve Zlínském kraji.

Přínos této bakalářské práce pro sociální pedagogiku spočívá v analýze aktuálního životního stylu mládeže ve Zlínském kraji a v důrazu na nutnost zaměřit se na zdravý životní styl mládeže. Doporučujeme, aby se školy za pomoci pedagogů více zaměřily na pohybové aktivity a aby pedagogové (nejen školní, ale i volnočasoví) motivovali děti ke zdravému stravování, prevenci rizikového chování, a aby svým osobním životem dávali příklad, že dobré a zdravé je žít bez návykových látek.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ČELEDVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
2. ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDVÁ a Hynek DOLANSKÝ. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2009, 108 s. ISBN 978-80-247-2860-5.
3. FIALOVÁ, Ludmila a František David KRCH. *Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012, 278 s. ISBN 978-80-246-2160-9.
4. FOSTER, Vernon W. *Nový začátek: Kniha o zdravém životním stylu*. Vyd. 1. Praha: Advent-Orion, 1993, 229 s. ISBN 80-7172-000-3.
5. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.
6. KOHOUTEK, Rudolf. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007, 260 s. ISBN 978-80-210-4434-0.
7. KOHOUTEK, R. *Psychologie duševního vývoje*. Brno: ICV MZLU, 2008. 127 s.
8. KOMÁREK, L., PROVAZNÍK K. *Ochrana a podpora zdraví*. 3. LF UK + CINDI, Praha 2011, 99 s., ISBN 978-80-260-1159-0
9. KOMPRDA, Tomáš. *Výživou ke zdraví*. Vyd. 1. Velké Bílovice: TeMi CZ, 2009, 110 s. ISBN 978-80-87156-41-4
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
11. MACEK, Petr. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál, 2003, 141 s. ISBN 8071787477
12. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
13. MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. Vyd. 2 Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011, 107 s. ISBN 978-80-7368-951-3.
14. MONTIGNAC, M. *Jím, tedy hubnu...a natrvalo*. Praha: PRAGMA, 2001. 246 s. ISBN 80-7205-728-6.
15. NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. Vyd. 1. Praha: Sportpropag, 1992, 144 s.

16. NEŠPOR, Karel, Ladislav CSÉMY a Hana PERNICOVÁ. *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. Vyd. 1. Praha: portál, 1999, 112 s. ISBN 8071782998.
17. PAŘÍZKOVÁ, J., LISÁ, L. *Obezita v dětství a dospívání. Terapie a prevence*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-466-9
18. SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Mládež na křižovatce: sociologická analýza postavení mládeže ve společnosti a její úlohy v procesech evropeizace a informatizace*. Vyd. 1. Praha. Svoboda servis, 2004, 240 s. ISBN 80-86320-33-2.
19. ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovatel'stvo, teória a vedecký výskum*, Martin, 2003. s. 319. ISBN 80-8063-131-X

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. ALKOHOLIK.CZ. [online] [cit.10.1.2016] Dostupné z:
http://www.alkoholik.cz/zavislost/zakony_a_alkohol
2. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. [online] [cit.20.1.2016] Dostupné z:
https://www.czso.cz/csu/xz/charakteristika_kraje
3. ESPAD Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách. [online] [cit.12.1.2016] http://www.vlada.cz/assets/media-centrum/aktualne/TK_ESPAD2011.pdf
4. HEALTHY LIFESTYLES LIVING. [online] [cit.10.1.2016] Dostupné z:
<https://www.healthylifestylesliving.com/health/healthy-lifestyle/what-is-a-healthy-lifestyle/>
5. ILEGÁLNÍ A NELEGÁLNÍ DROGY. [online] [cit.7.2.2016] Dostupné z:
<http://www.drogy-info.cz/>
6. 2009 LEGALIZACE. CZ. [online] [cit.26.1.2016] Dostupné z:
<http://www.legalizace.cz/2014/05/osm-duvodu-proc-je-alkohol-mnohem-nebezpecnejsi-nez-konopi/>
7. LIVING A HEALTHY LIFESTYLE. [online] [cit.10.1.2016] Dostupné z:
<http://www.megaessays.com/viewpaper/96346.html>
8. MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY, Koncepce prevence kriminality ve Zlínském kraji, str. 69. [online] [cit.26.1.2016] Dostupné z:
www.mvcr.cz/soubor/zlinsky-kraj-pdf.aspx

9. PSYCHOLOGIE V TEORII A PRAXI. [online] [cit.26.1.2016] Dostupné z:
<http://rudolfkohoutek.blog.cz/1002/vyvojove-psychologicke-teorie>
10. RACIONÁLNÍ STRAVOVÁNÍ. [online] [cit.20.3.2015] Dostupné z:
http://www.martinkos.estranky.cz/clanky/racionalni-stravovani/energeticka-hodnota-potravin_.html
11. SUCCESSFUL BALANCED AND HEALTHY LIFESTYLE PROGRAM. [online] [cit.10.1.2016] Dostupné z: <https://bhls.wordpress.com/2011/04/26/definition-of-balanced-and-healthy-lifestyle/>
12. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [online] [cit.24.1.2016] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-zlinskeho-kraje-2013> © ÚZIS ČR 2010-2016

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Apod. A podobně.

s. Strana.

Tzn. To znamená.

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf č. 1 Věk a pohlaví</i>	41
<i>Graf č. 2 Rozdělení dle typu studované školy</i>	41
<i>Graf č. 3 Rozdělení dle místa bydliště</i>	42
<i>Graf č. 4 Kde jsi prožil dětství</i>	42
<i>Graf č. 5 Zdravotní stav</i>	43
<i>Graf č. 6 Častost zdravotních obtíží</i>	44
<i>Graf č. 7 Výskyt úrazů</i>	44
<i>Graf č. 8 Hodnocení postavy</i>	45
<i>Graf č. 9 Diety</i>	46
<i>Graf č. 10 Častost snídání</i>	46
<i>Graf č. 11 Konzumace ovoce</i>	47
<i>Graf č. 12 Konzumace zeleniny</i>	48
<i>Graf č. 13 Konzumace sladkosti</i>	48
<i>Graf č. 14 Pohybová aktivita</i>	49
<i>Graf č. 15 Sledování televize</i>	50
<i>Graf č. 16 Trávení času na PC</i>	51
<i>Graf č. 17 Kouření</i>	51
<i>Graf č. 18 Častost kouření</i>	52
<i>Graf č. 19 První požití alkoholu</i>	53
<i>Graf č. 20 Opilost</i>	54
<i>Graf č. 21 První opilost</i>	54
<i>Graf č. 22 Četnost v konzumaci alkoholu</i>	55
<i>Graf č. 23 Užití marihuany</i>	56
<i>Graf č. 24 Četnost užití marihuany</i>	57

SEZNAM PŘÍLOH

P I: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jsem studentkou bakalářského studia Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění anonymního dotazníku pro potřeby mé bakalářské práce. Účelem tohoto dotazníku je zjistit životní styl mládeže ve Zlínském kraji.

Chci Vás poprosit o upřímnost při vyplňování, aby byl můj výzkum co nejpřesnější.

Předem Vám děkuji za čas strávený při vyplňování dotazníku.

Dotazník se vyplňuje následujícím způsobem:

- věk, pohlaví dopište
- u následujících otázek zakřížkujte dle Vás správnou odpověď

Věk:

Pohlaví:

1. Navštěvuji:

- gymnázium
- střední školu s maturitou
- střední odborné učiliště
- 2. stupeň ZŠ
- jiné

2. Bydlím:

- ve městě
- na vesnici

3. Dětství jsem prožil/a:

- v úplné rodině
- v neúplné rodině
- v dětském domově
- v pěstounské péči
- jinde – kde

4. Co soudíš o svém zdravotním stavu?

- je vynikající
- je dobrý
- ne moc dobrý
- je špatný

5. Jak často jsi měl/a následující obtíže v posledních šesti měsících? (bolesti hlavy, bolesti žaludku, bolesti v zádech, pocity skleslosti, podrážděnost, špatná nálada, nervozita, napětí, potíže při usínání, malátnost, závratě, bolesti ramen, krční páteře, obavy, strach, únava, vyčerpání)

- zhruba každý den
- častěji než jednou týdně
- asi tak jednou týdně
- asi tak jednou měsíčně
- zřídka či nikdy

6. Mnoha mladým lidem se stane, že se poraní nebo mají úraz při činnostech, jako je sport, hra nebo rvačka. K úrazu může dojít na nejrůznějších místech na ulici, doma nebo ve škole. Mezi úrazy a poranění můžeme počítat také případy, když se někdo popálí nebo se něčím otráví.

Kolikrát jsi měl/a během posledních 12 měsíců takový úraz, že jsi musel/a být ošetřen/a u lékaře?

- neměl/a jsem v posledních 12 měsících úraz či poranění
- jednou
- dvakrát
- třikrát
- čtyřikrát nebo vícekrát

7. Podle tvého vlastního mínění je tvoje postava

- příliš hubená
- trochu hubená
- tak akorát
- trochu tlustá
- příliš tlustá

8. Držíš v současné době dietu nebo děláš něco jiného, abys shodil/a váhu?

- ne, protože moje váha je v pořádku
- ne, ale potřebuji něco shodit
- ne, protože potřebuji přibrat
- ano

9. Jak často obvykle snídáš (něco víc než sklenici čaje, mléka nebo džusu)?

Zaškrtni jen jeden rámeček pro všední dny týdne.

- nikdy nesnídám v týdnu
- jeden den
- dva dny
- tři dny
- čtyři dny
- pět dní

10. Jak často za týden jíš ovoce?

- nikdy
- jednou týdně
- 2–4 dny v týdnu
- 5–6 dnů v týdnu
- každý den

11. Jak často za týden jíš zeleninu?

- nikdy
- jednou týdně
- 2–4 dny v týdnu
- 5–6 dnů v týdnu
- každý den

12. Jak často za týden jíš sladkosti (bonbony, čokoládu, sušenky)?

- nikdy
- jednou týdně
- 2–4 dny v týdnu
- 5–6 dnů v týdnu
- každý den

13. Pohybová aktivita je jakákoli činnost, při níž dochází ke zrychlení srdeční frekvence a člověk se zadýchá. Některé příklady pohybové aktivity: běhání, rychlá chůze, jízda na kolečkových bruslích, jízda na kole, na skateboardu, tanec, plavání, basketbal, fotbal.

V kolika dnech z uplynulých 7 dnů jsi se věnoval/a pohybové aktivitě celkem alespoň 1 hodinu za den?

- 0, ani jeden den
- 1 den
- 2 dny
- 3 dny
- 4 dny
- 5 dní
- 6 dní
- 7 dní

14. Kolik hodin denně se ve svém volném čase díváš na televizi, DVD nebo video?

- vůbec se nedívám
- asi půl hodiny denně
- asi 1 hodinu denně
- asi 2 hodiny denně
- asi 3 hodiny denně

- asi 4 hodiny denně
- asi 5 hodin denně
- asi 6 hodin denně
- asi 7 nebo víc hodin denně

15. Kolik hodin denně ve svém volném čase obvykle používáš počítač pro chatování, brouzdání po internetu, e-mailování, hraní her?

- vůbec nikdy
- asi půl hodiny denně
- asi 1 hodinu denně
- asi 2 hodiny denně
- asi 3 hodiny denně
- asi 4 hodiny denně
- asi 5 hodin denně
- asi 6 hodin denně
- asi 7 nebo více hodin denně

16. Kouřil/a jsi někdy tabák? (Myslíme tím alespoň jednu cigaretu, doutník nebo dýmku).

- ano
- ne

17. Jak často kouříš v současné době?

- každý den
- nejméně jednou týdně, ale ne denně
- méně často než jednou týdně
- nekouřím

18. Kolik ti bylo let, když jsi poprvé pil/a alkohol?

(Myslíme tím třeba vypití malé sklenky, ale ne když sis jen lízl/a.)

- nikdy
- 11 let a mladší
- 12 let
- 13 let
- 14 let
- 15 let
- 16 let a starší

19. Vypil/a jsi někdy takové množství alkoholu, že jsi byl/a opravdu opilý/á?

- ne, nikdy
- ano, jednou
- ano, 2–3krát
- ano, 4–10krát
- ano, víc než 10krát

20. Kolik ti bylo let, když ses poprvé opil/a?

- nikdy
- 11 let a mladší
- 12 let
- 13 let
- 14 let
- 15 let
- 16 let a starší

21. Kolikrát jsi se během posledních 30 dní opil/a?

- nikdy
- 1–2krát
- 3–5krát
- 6–9krát
- 10–20krát
- 21krát a častěji

22. Užíval/a jsi v životě někdy marihuanu?

- nikdy
- 1–2krát
- 3–5krát
- 6–9krát
- 10–19krát
- 20krát nebo častěji

23. Užil/a jsi někdy marihuanu za posledních 30 dní?

- nikdy
- 1–2krát
- 3–5krát
- 6–9krát
- 10–19krát
- 20krát nebo častěji