



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra právních oborů, řízení a ekonomiky

Bakalářská práce

Výchova ke zdraví a zdravotní gramotnost na středních školách

Vypracovala: Nicol Frajkorová, DiS.

Vedoucí práce: Mudr. Rostislav Čevela, Ph.D., MBA

České Budějovice 2016

Abstrakt

V bakalářské práci zaměřuji svou pozornost na výchovu ke zdraví a zdravotní gramotnost na středních školách ve Vimperku. Jedná se o gymnázium a střední školu Nerudova. Má práce si klade za cíl zjistit, jaké je povědomí studentů na středních školách o výchově ke zdraví a výživě.

Teoretická část je zaměřena na kompilaci literárních pramenů, vztahujících se k tématu. Zaměřuje se na vymezení a vysvětlení pojmů: výchova ke zdraví, zdravotní gramotnost, zdraví a nemoc, životní styl, dospívání a vybrané programy podpory zdraví. Dále také objasňuje modely zdravotní gramotnosti, podporu zdraví, základní determinanty zdraví, prevenci, definici životního stylu a výživu. V neposlední řadě jsem se zaměřila na Zdraví 21 a Světovou zdravotnickou organizaci.

Ve výzkumné části jsem si kladla za cíl zmapovat povědomí studentů středních škol ve Vimperku o výchově ke zdraví. Dílčím cílem bylo zjistit, zda mají studenti vybraných středních škol srovnatelné vědomosti o výchově ke zdraví a dále, zda mají větší znalosti o obsahu výchovy ke zdraví studenti gymnázia než studenti střední školy Nerudova. Také jsem si stanovila dvě hypotézy. První hypotéza předpokládala, že větší povědomí o obsahu výchovy ke zdraví mají studenti gymnázia. Výsledky konstatovaly, že jsou ku prospěchu hypotéze č. 1. Z jedenácti otázek, které se opírají o tuto hypotézu, ji osm otázek potvrdilo. Druhá hypotéza předpokládala, že studenti gymnázia žijí zdravějším životním stylem, než studenti střední školy stavební. Tato hypotéza se mi taktéž potvrdila. Sedm otázek z osmi ukázalo, že studenti gymnázia žijí zdravějším životním stylem.

K získání potřebných dat, v mé bakalářské práci, jsem použila formu kvantitativního výzkumu s využitím metody anonymního dotazníkového šetření a statistickým vyhodnocením. Využila jsem uzavřené, polootevřené i otevřené otázky. Osloveno bylo celkem 120 respondentů. Výsledky šetření byly přehledně zpracovány do tabulek a grafů, a poté došlo k jejich analýze v kapitole č. 5, s pojmenováním Diskuze.

Téma mé bakalářské práce považuji za aktuální, jelikož se naše zdraví odvíjí od našeho životního stylu, který máme z větší části ve svých vlastních rukou. Výsledky práce by mohly sloužit jako metodický materiál pro učitele a studenty, kteří by si chtěli rozšířit znalosti o výchově ke zdraví a zdravotní gramotnosti, jak v soukromém životě, tak i v praktické výuce ve školách.

Klíčová slova

výchova ke zdraví, zdraví, nemoc, životní styl, výživa, podpora zdraví, dospívání

Abstract

Abstract

This undergraduate thesis deals with health education and health literacy at high schools in Vimperk. Specifically, grammar school and high school Nerudova were selected. The intention of this thesis is to find out how high school students are aware of health education and nutrition.

The theoretical part is focused on the compilation of literature related to the topic. This part deals with the definition and explanation of terms: health education, health literacy, health and disease, lifestyle, adolescence and selected health promotion programs. Furthermore, it explains the models of health literacy, health promotion, primary determinants of health, prevention, definition of lifestyle and nutrition. Finally, the theoretical part is focused on 'Zdraví 21' and World Health Organization.

The objective of the research part is to map the awareness of secondary school students in Vimperk on health education. A partial aim is to determine whether the students of selected secondary schools have comparable knowledge about health education and whether the students of grammar school have better knowledge of the content of health education than the students of high school Nerudova. In this research part, two hypotheses were set. The first hypothesis supposed that the students of grammar school are more aware of the content of health education. The results confirmed this hypothesis. The second hypothesis supposed that the students of grammar school live healthier lifestyle than student of high school Nerudova. This hypothesis was also confirmed.

To obtain required data in this thesis, a form of quantitative research using the method of anonymous questionnaire and statistical evaluation was used. A closed, semi-open and open questions were applied. A total of 120 respondents were interviewed. The results were summarized into graphs and charts and were followed by their analysis in

chapter no. 5, named Discussion. The theme of this work is considered still current, because our health depends on our lifestyle, which we have mainly in our own hands. The results could serve as a methodical material for teachers and students who would like to expand knowledge of health education and health literacy, both in private life and in practical teaching in schools.

Keywords:

Health education, health, illness, lifestyle, nutrition, health promotion, adolescence

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval (a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 12. srpna 2016

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Ráda bych poděkovala MUDr. Rostislavovi Čevelovi, Ph. D., MBA za jeho vstřícnost, trpělivost, připomínky a odborné vedení této práce.

Dále bych chtěla poděkovat studentům vybraných středních škol ve Vimperku, kteří mi vyplnili dotazník k mému šetření a v neposlední řadě patří dík mé rodině a nejbližším, kteří mě plně podporovali.

Obsah

ÚVOD.....	12
1 SOUČASNÝ STAV	13
1.1 Výchova ke zdraví.....	13
1.2 Zdravotní gramotnost	14
1.2.1 Modely zdravotní gramotnosti.....	14
1.3 Holistické přístup k člověku	16
1.4 Zdraví a nemoc.....	17
1.4.1 Zdraví	17
1.4.2 Nemoc.....	18
1.4.3 Základní determinanty zdraví	18
1.4.4 Podpora zdraví	19
1.4.5 Prevence.....	21
1.5 Životní styl.....	23
1.5.1 Definice životního stylu.....	23
1.5.2 Výživa.....	23
1.5.3 Pohybová aktivita	27
1.5.4 Duševní hygiena.....	28
1.5.5 Kouření	29
1.5.6 Vztah k alkoholu	29

1.5.7	Drogy	30
1.5.8	Šikana	30
1.5.9	Psychická zátěž	31
1.6	Dospívání	32
1.7	Programy podpory zdraví	33
1.7.1	Zdraví 21	33
1.7.2	Světová zdravotnická organizace	35
2	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	37
2.1	Cíl práce	37
2.2	Hypotézy	37
2.3	Operacionalizace pojmů	37
3	METODIKA	39
3.1	Použité metody	39
3.2	Charakteristika výzkumného vzorku	40
3.2.1	Struktura vzorku respondentů dle základních identifikačních údajů	40
3.2.2	Vlastní analýza zjištěných odpovědí	42
3.2.3	Analýza vědomostních otázek	59
4	DISKUZE	73
5	ZÁVĚR	78
6	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	79

7	PŘÍLOHY	84
---	---------------	----

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SZO Světová zdravotnická organizace

G Gymnázium

SŠN Střední škola Nerudova

BMI Body Mass Index

ÚVOD

To nejcennější co máme v životě, je zdraví, bohužel si tento fakt uvědomíme, až když ho ztrácíme nebo jsme ho úplně ztratili. Nejde pouze o tělesné zdraví, souvisí s tím i psychické, sociální a spirituální zdraví, a pokud jsou tyto složky v celkové harmonii, jdeme správným směrem.

V dokumentu Zdraví 2020 je zdraví definováno jako bohatství, které ovlivňováno celou řadou faktorů, mezi které patří genetika, životní styl, zdravotní služby a ostatní socio-ekonomické faktory, prostředí ve kterém žijeme, a vzdělání (Zdraví 2020, 2013).

Výchova ke zdraví by měla být zaměřena na co nejnižší věkové skupiny lidí, především na děti a mládež. Pro žáky a studenty je velmi důležité vštěpování faktů o správném životním stylu, protože pokud porozumí faktorům, které jejich zdraví ovlivňují, budou ho moci lépe rozvíjet, chránit a upevňovat (Strejčková, 2007).

Téma mé bakalářské práce s názvem „Výchova ke zdraví a zdravotní gramotnost na středních školách“ mi přijde v dnešní celkově uspěchané době aktuální. Nejen adolescenti, ale i většina lidí si sama sobě škodí, především svému zdraví, zejména tím, že se nesprávně stravuje, vynechává sport, tráví většinu času sezením u počítače, a dalšími jinými ne příliš vhodnými věci.

Teoretická část obsahuje informace z odborných zdrojů a tvoří ji sedm hlavních kapitol, kde jsou definovány jednotlivé pojmy, které se týkají daného tématu. Jedná se o koncept -výchova ke zdraví, zdravotní gramotnost, holistické pojetí člověka, zdraví a nemoc, životní styl, dospívání a vybrané formy podpory zdraví.

Cílem výzkumné části bakalářské práce je zmapovat povědomí studentů středních škol ve Vimperku o výchově ke zdraví. Toto zmapování bylo provedeno formou anonymního dotazníkového šetření. Na základě získaných dat jsem provedla vyhodnocení a závěr.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Výchova ke zdraví

Výchova ke zdraví zahrnuje činnosti, které rozšiřují zdravotní povědomí jednotlivce a společnosti (Čeledová a Čevela, 2010). Dále rozšiřuje znalosti o zdraví, učí zdravému životnímu stylu a odpovědnosti za své zdraví (Čeledová a Čevela, 2010).

Výchova ke zdraví využívá poznatků z řady vědních oborů, např.: lékařských, sociálních, pedagogických, psychologických, je nedílnou součástí péče o zdraví, kterou si může nárokovat každý občan a která je garantována státem (Vurm, 2007).

Obsah výchovy ke zdraví se odvíjí podle programu Světové zdravotnické organizace (dále jen SZO) "Zdraví pro všechny v 21. století" (Čeledová a Čevela, 2010). Výchova ke zdraví obsahuje činnosti, jejichž cílem je poskytnout lidem vhodným způsobem dostatek informací o možnostech a způsobech, jak předcházet nemocem, zlepšit znalosti, motivovat, ovlivnit postoje a přivést lidi k aktivnímu zájmu o své zdraví, a konečně ke změně chování vedoucí k posílení zdraví (Čeledová a Čevela, 2010).

Výchova ke zdraví je jednou ze základních priorit vzdělávání a prolíná se celou školní docházkou, klade hlavně důraz na prevenci při ochraně zdraví, a na to, aby byl každý člověk odpovědný za vlastní zdraví (Machová a Kubátová, 2009). Studenti si tím upevňují zdravé, pracovní, hygienické a stravovací návyky a učí se předcházet vlastnímu ohrožení, či posilují dovednosti odmítání škodlivých látek a prakticky si osvojují zdravý životní styl (Machová a Kubátová, 2009).

Nejvhodnější je, pokud se tato výchova zaměřuje na co nejnižší věkové skupiny, tedy děti a mládež, protože zdravý životní styl je nejnárodněji ovlivnitelný již v útlém věku. Taktéž by měla být zaměřena na skupiny obyvatel s určitým rizikovým chováním (Čeledová a Čevela, 2010). Již v dětském věku se utvářejí vědomosti o zdraví a rozvíjejí se činnosti zaměřené na zachování zdraví jedince a celé populace (Čeledová a Čevela, 2010). Výchova ke zdraví je jak pro jedince, tak i pro celou populaci nezbytná, neboť rozvíjí základní humánní postoje celé společnosti, ovlivňuje samotnou podstatu její existence (Čeledová a Čevela, 2010).

1.2 Zdravotní gramotnost

Podle SZO zdravotní gramotnost znamená kognitivní a sociální schopnosti určující motivaci a způsobilost jednotlivců k tomu, aby si dokázali získat přístup k informacím, porozumět jim a využívat je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví (Bendl, 2015).

Jak říká Bendl (2015, s. 304), „ Má-li člověk převzít zodpovědnost za zdraví své a za zdraví svých blízkých, musí k tomu mít dostatek znalostí a dovedností. Ne proto, aby mohl nahradit profesionální zdravotníky, ale aby s nimi mohl vstoupit v partnerskou spolupráci.“

Kořeny zdravotní gramotnost sahají až do pradávna, kdy se lidé snažili ovlivňovat vlastní zdraví a to většinou osvědčenými tradicemi, které se týkají životními způsobu a osobní hygieny (Holčík, 2010). Zdravotní gramotnost byla a je součástí výchovy každého jedince a díky současné medicíně začala síla zdravotní výchovy vzrůstat a podařilo se tak zlepšit péči o celkové zdraví (Holčík, 2010).

Um pracovat s informacemi o zdravotním stavu je jádro zdravotní gramotnosti (Holčík, 2010). Dosáhne-li člověk patřičné úrovně této gramotnosti, mělo by to vyústit ve snahu o podporu vlastní zdraví a díky těmto dovednostem a znalostem může kladně ovlivnit, nebo přímo zlepšit svůj zdravotní i stav ostatních (Holčík, 2010).

1.2.1 Modely zdravotní gramotnosti

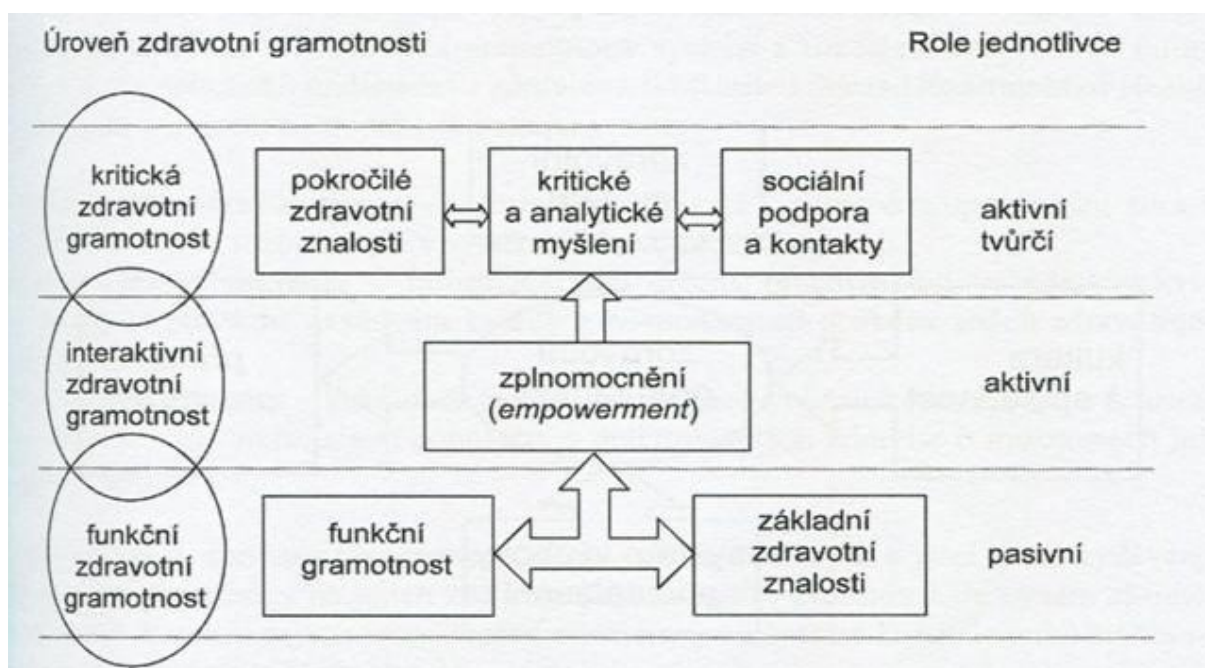
Nejvíce připomínaným modelem zdravotní gramotnosti patří Nutbeamův model z roku 2000 (Nutbeam, 2000), který zahrnuje tři úrovně zdravotní gramotnosti:

- a. Funkční zdravotní gramotnost znamená schopnost zacházet se zdravotními a zdravotnickými informacemi, jako jsou například záležitosti ohledně rizikových faktorů životního stylu (Holčík, 2009). Tuto schopnost má i ten, kdo si umí dané informace obstarat a řídit se jimi a lze ji dosáhnout i prostřednictvím tradiční (direktivní) zdravotní výchovy (Holčík, 2009).
- b. Interaktivní zdravotní gramotnost chce již aktivní přístup občanů, stávajícími se také rovnocennými partnery zdravotníků a své zdraví chtějí posilovat a chránit (Bendl,

2015). Tato forma gramotnosti se musí vytvářet cílevědomou výchovou, nikoli jen zdravotnickou osvětou (Bendl, 2015).

- c. Kritická zdravotní gramotnost je nejvyšší stupeň zdravotní gramotnosti (Bendl, 2015). Jde o tvořivý přístup člověka k problematice celkového zdraví, jak vlastního, tak i populace, jde o dovednost posuzování zdravotní závažnosti lidské činnosti a jednat podle toho, tedy schopnost chápat zdraví i v globálních souvislostech (Bendl, 2015). Získat a rozšiřovat tento typ gramotnosti je celoživotním úkolem (Bendl, 2015).

Obr. č. 1 Struktura podpory zdraví



Zdroj: Základní struktura zdravotní gramotnosti, Holčík, 2009.

Z tohoto rozdělení vyplývá, že nejvyšší a nejdůležitější úrovní zdravotní gramotnosti je kritická zdravotní gramotnost (Čevela a Čeledová, 2014). Je však nezbytné rozvíjet všechny zmíněné typy v souvislosti na místní podmínky a schopnost lidí (Čevela a Čeledová, 2014). Jde o poměrně komplikovaný sociální proces, kde se nevyplatí ignorovat či přeskakovat jednotlivé etapy (Čevela a Čeledová, 2014).

1.3 Holistické přístupy k člověku

Dle Pavlíkové (2007) je holismus termín odvozený z řeckého slova „holos“. Jedná se o filozofický směr, který vychází z idealizmu, a který vyzdvihuje prvotnost celku ve vztahu k částem (Pavlíková, 2007). Tento pojem zavedl generál Jan Christian Smuts ve 20. letech 20. století (Pavlíková, 2007).

Čeledová a Čevela (2010, s. 117) tvrdí, že: „Nejdále v holistickém pojetí dospěla psychologie zdraví, která vychází z celostního přístupu ke zdraví a nemoci, tzn., že v teorii a praxi respektuje biopsychosociální model zdraví a nemoci a koncepcí multikauzální etiologie jednotlivých skupin onemocnění. Tato dvě východiska implikují mezioborové využívání poznatků a metod mnoha disciplín a vědních oborů.“

1.4 Zdraví a nemoc

Zdraví a nemoc jsou výsledkem dynamického vztahu mezi organismem a prostředím, které se mění v závislosti na změnách probíhající v lidském organismu i v prostředí, ve kterém člověk žije (Čeledová a Čevela, 2010). Zahrnuje v sobě jak kvantitu, tak i hledisko kvantity (Čeledová a Čevela, 2010). U zdraví se kvalita hodnotí od minimální po maximální, nemoc od nejlehčího stupně po maximální, od benigního stádia až po maligní onemocnění (Čeledová a Čevela, 2010).

Nemoc neboli porucha zdraví, je schopnost vlastností organismu omezující jeho šanci vypořádat se v průběhu života s určitými nároky vnějšího i vnitřního životního prostředí bez porušení životních funkcí (Máchová a Kubátová, 2009). Nemoc může být chápána také jako porucha adaptace člověka, nedostatečné nebo selhávající přizpůsobení mechanismů na podněty prostředí (Máchová a Kubátová, 2009).

1.4.1 Zdraví

Dle Krejčí SZO definuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní, sociální a mravní pohody a ne jako nepřítomnost bolesti, choroby nebo slabosti (Krejčí, 2011).

Existují tedy čtyři oblasti lidského zdraví, které mají navzájem úzkou souvislost, a to oblast tělesného zdraví, duševního, sociálního a duchovního zdraví (Krejčí, 2011). Tělesné zdraví lze definovat jako být v dobré kondici a být plný energie (Krejčí, 2011). Dobrou paměť, rychlé a správné reagování a radost ze života obsahuje pojem duševní zdraví (Krejčí, 2011). Sociální zdraví označuje schopnost kontaktů ve společnosti a prostředí (Krejčí, 2011). Poznání proč a jak žít obsahuje duchovní zdraví, jedná se o skutečné poznání sebe sama (Krejčí, 2011).

Dle Pavlíkové (2007) zahrnuje holistické pojetí zdraví celistvost uceleného jedince, všechny stránky jeho životního stylu, tělesnou zdatnost, primární prevenci tělesných a emočních stavů, zvládání stresových situací, reakce na prostředí, sebekoncepci a duchovno.

Křivohlavý (2001) říká, že je zdraví celkový stav člověka umožňující dosahovat optimální kvality života a který není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.

1.4.2 Nemoc

Podle Novákové (2011) je nemoc přiřazována do tematiky častých myšlenek a rozhovorů lidí, jejich očekávání, obav a nadějí. U člověka by měla být zachována ta nejvyšší lidská hodnota, tedy zdraví, které je v případě nemoci ohroženo (Nováková, 2011).

Nemoc je chápána jako chorobný stav těla nebo mysli, který je projevem nějaké změny funkce buněk, tkání a orgánů v lidském organismu, nebo také může jít o poruchu stability mezi vnitřním a vnějším prostředím organismu (Nováková, 2011). Jde tedy o porušení stavby a funkce jednoho nebo více orgánů (Nováková, 2011).

Dále Nováková (2011) tvrdí, že bio-psycho-sociální pojetí nemoci má v dnešní době převahu. V době nemoci je zapotřebí jedince vidět a vyšetřit komplexně, ve všech souvislostech, a zjistit a určit poruchu zdraví v oblasti biologických, psychických a sociálních potřeb člověka (Nováková, 2011).

Bártlová (2006) uvádí, že lze nemoc chápat jako poruchu schopnosti individua plnit očekávané úkoly a role. Nemoc znamená deviaci od normální sociální role (Bártlová, 2006). Důvod proč je nemoc chápána, jako deviace je společenská nežádoucnost tohoto stavu a odchylka od očekávání, které vůči nemocnému člověku má společnost (Bártlová, 2006). Avšak je nemoc neobvyklá v tom, že není následována zápornými sankcemi, protože nemocného společnost z tohoto stavu neobviní (Bártlová, 2006). Hlavním dělicím bodem mezi nemocí a deviací je kritérium vlastní zodpovědnosti (Bártlová, 2006).

1.4.3 Základní determinanty zdraví

Vurm (2007) uvádí, že je zdraví ovlivňováno celou škálou zevních a vnitřních faktorů, tzv. determinant, které mohou působit samostatně nebo společně, vzájemně se posilují nebo oslabují (Vurm, 2007). Vzájemně poté utvářejí zdravotní stav, pocit pohody a spokojenosti u každého jednotlivce a poté určují délku a kvalitu jeho života (Vurm, 2007). Vlivy životního prostředí, nesprávná lékařská péče, nevhodný životní styl a sociální faktory jsou vnější faktory ovlivňující zdraví, na druhou stranu patří dědičné vlivy do faktorů vnitřních (Vurm, 2007).

Determinanty zdraví můžeme definovat také jako soubor příčinných faktorů působících integrovaně na zdraví v pozitivním nebo negativním smyslu (Čeledová a Čevela, 2010). K základním determinantům ovlivňující zdraví člověka patří: životní styl (50 – 60%), genetický základ (10 – 15%), socioekonomické prostředí a životní prostředí (20 – 25%) a také zdravotní péče (10 – 15%) (Čeledová a Čevela, 2010).

Sociálně-ekonomické determinanty, do kterých můžeme zahrnout například chudobu, sociální vyloučení, rodinnou situaci, nezaměstnanost či nevyhovující bydlení, které úzce souvisí se zdravotním stavem a přispívají k nerovnostem ve zdraví (Čevela, 2015).

Za určující faktor zdraví se v konkrétnějším vymezení považují: genetické a epigenetické faktory, faktory životního stylu, a vnější faktory fyzikální, chemické, biologické, sociální, společenské a environmentální (Čevela, 2015). Vnější faktory jsou často kontrolou individuální, někdy dokonce mimo společnou kontrolu (Čevela, 2015).

1.4.4 Podpora zdraví

Podpora ochrana veřejného zdraví je zakotvena v Zákoně o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb. (Zákon 258/2000 Sb.).

Müllerová a Aujezdská (2014) definují podporu a ochranu zdraví jako propojení veřejné a individuální zodpovědnosti za zdraví a využití prostředků efektivně, které se ve společnosti objevují a slouží k ochraně lidského života a zdraví. Podpora zdraví ve společnosti znamená proces, u kterého je hlavním cílem vyšší kontrola a zlepšení zdraví jednotlivce i zdraví ve společnosti, tj. veřejné zdraví (Müllerová, Aujezdská, 2014).

Podpora zdraví je dle Vurma (2007) nedílným prvkem v péči o zdraví a stěžejními rozhodnutími jsou politická a národohospodářská. Pokud mají pozitivní působení a odezvy, měly by vést k optimálnímu zdraví celé společnosti (Vurm, 2007). Významnou roli zde hraje legislativa, hygienická služba, veterinární služby, ale i organizace samotných občanů a důležitá je v tomto případě zdravotní výchova (Vurm, 2007).

Neznamená to pouze zodpovědnost za zdravotnictví, ale vyjadřuje individuální ovlivnitelnost zdraví a zodpovědnost za ně prostřednictvím životního stylu a jeho reflexe v osobní pohodě (Kebza, 2005).

Do ekonomické sféry a do ekonomické politiky státu přináší podpora zdraví a hlavně výsledky této podpory nezbytný význam, který se projevuje ve zdrojové oblasti (Vurm, 2007). Pro vhodnou taktiku podpory zdraví je předpokladem prosazování řádných politických rozhodnutí, ekonomických opatření, vytváření neporušeného prostředí a aktivního potenciálu jedinců a obcí (Vurm, 2007).

Lokální a regionální zdravotní politika a zdravotní politika obcí zastupují v oblasti podpory zdraví velmi důležité místo (Vurm, 2007). Velice důležitým činitelem je v systému podpory zdraví zejména sám člověk (Vurm, 2007).

Jednotliví občané, skupiny, komunity, organizace a společnost jako celek se aktivně podílejí na podpoře zdraví (Čeledová a Čevela, 2010). Přijetím zdravého životního stylu a péčí o své životní prostředí podporují jednotlivci své zdraví (Čeledová a Čevela, 2010).

Nejen finanční, materiální a technické vybavení zdravotních služeb je hlavní zdrojem péče o zdraví, ale nejvýznamnějším a nejdůležitějším činitelem v péči o zdraví jsou lidé a celá společnost, životní způsob a ochota lidí podílet se účinně na péči o zdraví a společností utvářené ekonomické a sociální podmínky pro život lidí (Machová a Kubátová, 2009). Podpora zdraví se tedy odehrává za aktivním zájmem jednotlivců, skupin, komunit, organizací i společností jako kompletu a jednotlivce přijetím zdravého životního stylu a starostí o své životní prostředí podporují své zdraví (Machová a Kubátová, 2009).

Významnou roli v podpoře zdraví a míru zdraví v rodině v určité míře připadá ženě, a to hlavně v oblasti výživy, péče o dítě, vytváření hygienických zvyků a celkovému vztahu ke zdraví jak v současnosti, tak i v budoucnosti, a proto velmi záleží na její hodnotové orientaci a vzdělanosti v oblasti zdraví (Machová a Kubátová, 2009).

Obr. č. 2 Model podpory zdraví



Zdroj: Model podpory zdraví, Holčík Jan, 2010, Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví

1.4.5 Prevence

Prevence, tedy činnost, která vede k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemoci a hlavně prodloužení aktivní délky života, úzce navazuje na podporu zdraví (Čeledová a Čevela, 2010). Tato činnost se uvádění ve dvojitým charakteru, a to obecným (nespecifická) a specifickém (profylaktická) charakter a je prováděna na úrovni jednotlivce i na celé společnosti (Čeledová a Čevela, 2010).

Ve všech oblastech preventivního lékařství je základní metodou prevence a jejím cílem je u ohroženého jedince udržet zdraví (Vurm, 2007). Podle časového hlediska se prevence rozděluje do třech hlavních typů a to primární, sekundární, terciární prevence a dále dispenzární péče (Vurm, 2007).

Hlavním úkolem výchovy ke zdraví je změnit chování lidí tak, aby přechod oblasti léčení nemocí přeorientovali do oblasti podpory zdraví a prevence (Máchová a Kubátová, 2009).

Informovanost, očkování, otužování, tedy odvrácení poruchy zdraví patří do primární prevence, kdežto do sekundární prevence patří aktivní vyhledávání prvotních příznaků nemoci a především včasnou léčbu, terciární prevence zahrnujeme u nemocného předcházení následkům nemoci včetně zhoršení onemocnění, jeho opakování a vedlejších příznaků (Nováková, 2012).

Primární prevence je tedy především předcházení vzniku nemocí, snižování zdravotních rizik, dále navazuje sekundární prevence, která vyhledává časná stádia poruch zdraví preventivními prohlídkami a screeningovými programy a jejím cílem je zlepšit šance na úspěch léčby (Zdraví 2020, 2013). Terciární prevence se zaměřuje především na znovunastolení zdraví, pokud už nemoc propukla a to jednak péčí, ošetřením, léčbou nebo zmírněním projevů nemocí, jejich symptomů (Zdraví 2020, 2013). Nově se objevuje pojem kvartérní prevence, která se zabývá aktivitami zdravotní péče zaměřenými na snížení dopadů, nebo vyhnutí se důsledkům nepotřebných či nadměrných léčebných zákroků (Zdraví 2020, 2013).

V neposlední řadě, jde o aktivní, systematickou, dlouhodobou kompenzační péči o obyvatelstvo, lépe řečeno o vybrané skupiny obyvatel, tedy o dispenzární péči, u které je důležitá metoda zdravotní péče (Vurm, 2007).

Dispenzární péči poskytují lékaři, ale základ této formy patří praktickým lékařům, smyslem této péče je upevňování a rozvíjení zdraví, prodloužení aktivního věku, dále oddálení nebo zabránění vzniku nesoběstačnosti, invalidity a předčasné smrti (Čeledová a Čevela, 2010).

1.5 Životní styl

Podle české socioložky Jany Duffkové (2005) je životní způsob systémem významných činností a vtaů, životních projevů a zvyklostí typických a charakteristických pro určitý subjekt, je tedy považován za obecnější pojem, než je koncept životní styl.

Dále dle Duffkové (2005) může být životní styl orientován na životní styl jednotlivce, nebo skupiny. Životní styl jednotlivce můžeme chápat jako konzistentní životní způsob, jehož jednotné části jsou ve vzájemném vztahu, mají společné jádro, tedy jednotný styl (Duffková, 2005).

Typické společné rysy životního způsobu, vlastně jeho hlavní, určující momenty, které jsou typické pro většinu členů nějakého seskupení, představuje životní styl skupiny (Duffkové, 2005).

1.5.1 Definice životního stylu

Hlavní determinantou zdraví je životní styl, který můžeme definovat jako styl zahrnující formy dobrovolného chování v určitých situacích v životě, které jsou založené na osobním výběru z různých možností (Čevela, Čeledová a Dolanský, 2009).

Hodnocení zdravotního stavu společnosti je především na základě nemocnosti a úmrtnosti, a posléze z rozboru chorob vyplývá, že zdraví nejvíce poškozuje kouření, nesprávná výživa, nízká pohybová aktivita, nadměrná psychická zátěž, nadměrná konzumace alkoholu, zneužívání drog a rizikové sexuální chování (Čevela, Čeledová a Dolanský, 2009).

Životní styl si volíme sami, a změnit tento stylu můžeme v podstatě kdykoliv i například tím, že do vlastního jídelníčku zapojíme zeleninu a ovoce, budeme pravidelně cvičit, přiměřeně odpočívát, vyvarovávat se stresu, přestaneme kouřit a konzumovat alkohol a neužívat drogy (Čeledová a Čevela, 2010). Životní styl je tedy individuální výběr z mnohých možností a zahrnuje formy dobrovolného chování v životních situacích (Čeledová a Čevela, 2010).

1.5.2 Výživa

Správná racionální výživa musí být vyvážená po stránce kvantitativní a kvalitativní (Machová a Kubátová, 2009). Z kvantitativního hlediska musí výživa zajišťovat příjem energie

odpovídající jejímu výdeji (Machová a Kubátová, 2009). Proto člověk s menší svalovou činností má menší energetické nároky na výživu než ten, kdo těžce fyzicky pracuje (Machová a Kubátová, 2009). Pokud přijímáme energeticky bohatší potravu, než odpovídá energetickému výdeji, pak se v našem těle ukládá tuk a vzniká nadváha nebo až obezita (Machová a Kubátová, 2009). Z kvalitativního hlediska má být strava vyvážená a rozmanitá, aby byl zajištěn dostatečný a vyvážený přísun živin, vitamínů a minerálů, a nesmí se opomenout ani příjem tekutin (Machová a Kubátová, 2009). Pokud je výživa jednostranná a nevyvážená, může nastat nedostatek některých živin, oslabení imunitního systému a může dojít až ke zvýšenému riziku kardiovaskulárních nebo nádorových onemocnění (Machová a Kubátová, 2009).

Doporučené složení stravy představuje pyramida zdravé výživy (viz Příloha č. 1) (Čevela a Čevelová, 2014). Základními živinami jsou bílkoviny, sacharidy a tuky (Čevela a Čevelová, 2014). Nedílnou součástí stravy jsou také i vitamíny, minerální látky a voda (Čevela a Čevelová, 2014). Základní složky potravin plní tři hlavní funkce, dodávají energii, staví a udržují tělesné tkáně a regulují tělesné funkce (Čevela a Čevelová, 2014). Naše tělo získává látky ze šesti základních složek a těmi jsou: karbohydráty (cukry), proteiny (bílkoviny), lipidy (tuky), vitamíny, minerály a voda (Čevela a Čevelová, 2014).

Energetická hodnota potravy je dána obsahem základních živin a jejich vzájemným poměrem. V celkové denní dávce by mělo být 15 – 20% bílkovin, 25 – 30% tuků, 50 – 55% cukrů (Čevela, 2015).

V dobách minulých se ve výživě využíval model výživové pyramidy, ale již neodpovídá současným poznatkům o zdravé výživě, proto se nyní využívá pojem zdravý talíř, což je nová a zdravější varianta výživové pyramidy (Slimáková, 2013). Tento talíř vychází z amerického názvu My Plate, který je vhodný jak pro děti, tak i pro dospělé protože má mnoho výhod, a to, že odpovídá moderním poznatkům, ve kterých je kladen důraz na příjem zeleniny, u polysacharidů je doporučen příjem přirozených obilovin, zařazení masa a mléka do kategorie bílkovin, dále je kladen důraz na vhodné tekutiny a na kvalitu a zdravotní prevenci (Slimáková, 2013).

Zdravý talíř by měl z ¼ příjmu potravy obsahovat zeleninu, a 2/4 ovoce, které by mělo být sezónní různého druhu a tvaru (Slimáková, 2013). Ve formě polysacharidů jsou vhodné

Kvalita bílkovin se měří jejich využitelností v organismu, skládají se z jednotek pojmenovaných aminokyseliny, které si nejsme schopni sami vyrobit (Piřha, 2009). Nejvíce bílkovin nalezneme v luštěninách, obilovinách, zelenině a bramborech, nemůžeme opomenout bílkoviny z mléka, z vajec, z masa jatečných zvířat, drůbeže a zvěřiny, které obsahují množství tuků a cholesterolu, ale nelze je nahradit jinou živinou a i přes to jsou důležité pro stavbu buněčného jádra, svalové hmoty a enzymů (Piřha, 2009). Pokud budeme schopni přijímat dostatečně bílkoviny rostlinného i živočišného původu, jsou schopné navzájem se doplňovat a biologická hodnota bílkovin bude vyšší, než by byly přijímané odděleně (Piřha, 2009).

Sacharidy lze rozdělit na využitelné a nevyužitelné, i přes to mají význam jako pohotovný zdroj energie (Kunová, 2011). Základním substrátem metabolismu buňky je glukóza, pokud má cukr sladkou chuť nazývá se cukr, to je například glukóza, frukóza a okrajovější galaktóza a jsou vstřebavatelné v našem těle (Kunová, 2011). Polysacharidy, které mají v potravě nezastupitelné místo, jsou nazývány jako komplexní sacharidy a jsou zdrojem bílkoviny, tedy luštěniny, zelenina, ovoce a brambory, které se štěpí na glukózové jednotky a to buď rychleji, nebo pomaleji a tím se v krvi udržuje stálá hladina glykemie (Kunová, 2011). Na pomezí předchozích dvou typů sacharidů stojí složitější oligosacharidy, tedy cukry typu laktóza, sacharóza a maltóza, které nejsou v lidském těle plně stravitelné (Kunová, 2011).

Lipidy neboli tuk, je rezervou energie, který se uvolňuje, pokud máme nedostatečný přísun sacharidů v potravě (Máchová a Kubátová, 2009). Jsou stavebním materiálem buněk v těle, nebo jsou ve formě kapének uloženy jako zásobní látka v buňkách podkožního tukového vaziva a i jako tuková tkáň kolem některých orgánů (Máchová a Kubátová, 2009).

Lipidy kryjí přibližně 30 – 40% energetických nároků organismu a dělí se na nepolární a polární, přičemž do nepolárních patří triglyceridy, estery cholesterolu, polární lipidy jsou cholesterol, fosfolipidy a cerebrosidy (Mačák, Mačáková a Dvořáčková, 2012). Tyto nepolární lipidy, cholesterol a estery cholesterolu, tělo potřebuje pro tvorbu buněčných membrán, nadledvinkových a pohlavních hormonů a vitamínu D (Mačák, Mačáková a Dvořáčková, 2012).

Vitamíny jsou organické látky, které jsou nezbytné pro lidské tělo, zdraví a život, i když neposkytují žádnou energii ani nejsou stavebním materiálem pro tkáň (Čeledová

a Čevela, 2010). Vitamíny rozpustné v tucích, tedy vitamin A a D, mají největší význam pro výživu, dále to jsou vitamíny rozpustné ve vodě, tedy skupiny B a C (Čeledová a Čevela, 2010).

Další nedílnou a stálou součástí těla je voda, která tvoří asi 1/3 jeho váhy, je nutná k udržení přeměny látek při přijímání potravy tím, že živiny převádí do roztoků, ale je důležitá i při vylučování rozkladných látek z potravy močí, potem nebo stolicí (Čeledová a Čevela, 2010). Základem pitného režimu by měla být především čistá voda, kterou tělo denně potřebuje 1,5 – 2l, dále můžeme pitný režim doplnit ovocnými a zeleninovými šťávami, zelenými a bylinkovými čaji, a velmi vhodné je omezit nebo úplně vynechat alkohol, kávu a silné čaje (Čeledová a Čevela, 2010). Dospělý jedinec by měl vypít za 24h přibližně 20 – 40ml na 1kg tělesné hmotnosti (Čeledová a Čevela, 2010).

Mezi nejčastější chyby patří sklon k přejídání, neuspokojivé složení potravy, spěch při požívání potravy, nedostatečně bohatá snídaně a naopak příliš bohatá večeře (Míček, 1984).

Sklon k přejídání je jakýmsi způsobem úniku od reality, který je podobný například úniku do snů (Míček, 1984). Tento únik ale zhoršuje přiměřenou adaptaci, člověk se přejídá a stává se obézním a je zklamáván (Míček, 1984). Nadváha znamená ohrožení zdraví a života, člověk by se měl naučit, kdy má a kdy nemá hlad (Míček, 1984). Hlad a mít na něco chuť jsou dva odlišné pojmy (Míček, 1984). Dále se v potravě preferují živočišné tuky oproti rostlinným, člověk jí příliš tučných a moučných jídel, a v poměru k tomu se málo využívá zelenina a ovoce (Míček, 1984).

1.5.3 Pohybová aktivita

Pohyb je ve všech formách nejdůležitějším prvkem autoregulace pro zachování tělesného a duševního zdraví (Míček, 1984). Nedostatek pohybové aktivity velmi podporuje emoční napětí a vytváří podmínky pro vznik řady psychosomatických onemocnění (Míček, 1984). Nedostatek pohybu způsobuje duševní nerovnováhu, úzkost, napětí, stahování se do sebe či přílišnou emocionálnost (Míček, 1984).

V prostoru se lidské tělo může pohybovat dvěma způsoby a to, pohybem aktivním, nebo pohybem pasivním (Máchová a Kubátová, 2009). Pro naše zdraví, jeho upevňování

a zachování, je nejdůležitější pohyb aktivní, který je pro člověka přirozený a důležitý udržení správné funkce organismu (Máchová a Kubátová, 2009).

Nejdůležitější pro zdraví je složka vytrvalostní (Čeledová a Čevela, 2010). Bohužel v dnešní době dochází k velkému poklesu pohybové aktivity populace a nedostatek pohybu se stává rysem nynějšího životního stylu, který má velký negativní dopad na naše zdraví (Čeledová a Čevela, 2010).

U pohybu je třeba uvědomit si jeho účinky v socializačních, komunikačních, psychoregulačních, psychoregeneračních a psychorelaxačních hodnotách protože jsou příznivé pro náš duševní stav, nebo složí jako prevence stresu, negativních emocí a dalších nežádoucích jevů (Máchová a Kubátová, 2009). I když nelze pohlížet na pohyb jako jen na prostředek fyzického zdraví a kondice, cíleně prováděný aktivní pohyb by se měl stát nedílnou součástí životního stylu a denního režimu člověka (Kubátová a Máchová, 2009).

1.5.4 Duševní hygiena

Duševní hygiena lze definovat jako systém vypracovaných pravidel a rad, které slouží k udržení a prohloubení nebo znovuzískání duševní rovnováhy (Čeledová a Čevela, 2010). Dále má za úkol chránit a upevňovat duševní zdraví a zvyšovat odolnost člověka vůči nejrůznějším nežádoucím vlivům, vede člověka k preventivní ochraně svého zdraví vůči škodlivým vlivům (Čeledová a Čevela, 2010). Měla by člověku zajistit nadhled v zátěžových situacích a schopnost umět je regulovat (Kejčí, 2011).

Tímto pojmem se dle Míčka (1984) rozumí, že se jedná o systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.

Dle Mertina a Krejčířové (2013) můžeme duševní hygiena chápat ve více rovinách, a to jako duševní hygiena – první pomoc, duševní hygiena – příprava a duševní hygiena – životní styl. Rovina „první pomoc“ je oblastí terciární prevence a představuje postupy a techniky, jak co nejrychleji a nejefektivněji minimalizovat nežádoucí dopady stresových situací (Mertin a Krejčířová, 2013). Duševní hygiena jako „příprava“ představuje přípravu na náročnou životní situaci, tedy sekundární prevenci, která se orientuje na snížení napětí ještě před obtížnými situacemi, u kterých by mohly nastat komplikace (Mertin a Krejčířová, 2013).

Poslední rovina „ životní styl“, nebo také primární prevence, zařazuje kondiční a očistné cvičení do koloběhu dne, bez toho aniž bychom očekávali nějakou zátěž a napomáhá nám ke zvyšování vlastní odolnosti (Mertin a Krejčířová, 2013).

1.5.5 Kouření

Nejkritičtější období pro vznik závislosti na kouření je věk mezi 11. – 15. rokem, kdy velkou roli hraje puberta a pubescent chce vypadat dospělejší, nezávislý, a chce být obdivován vrstevníky (Máchová a Kubátová, 2009). V tomto věku ještě nekouří pro potěšení a svou potřebu, ale jen kvůli tomu, aby měl v kolektivu úspěšné postavení (Máchová a Kubátová, 2009). Poté až v adolescenci se buď skupina kuřáků rozpadá anebo v kouření pokračují, protože jim kouření zachutnalo a kouřit chtějí (Máchová a Kubátová, 2009).

Nedobrovolnému vystavení cigaretovému kouři neboli pasivnímu kuřáctví, je ohrožena značná část populace, zvláště děti (Máchová a Kubátová, 2009). Důsledkem pak může být náhlé úmrtí kojence, časté onemocnění dýchacích cest, průduškové astma a další jiná onemocnění, dále je také prokázáno, že mohou vzniknout některá nádorová onemocnění, např. leukemie, nebo rakovina plic (Máchová a Kubátová, 2009).

1.5.6 Vztah k alkoholu

Podle Müllerové a Aujezdské (2014) je konzumace alkoholických nápojů v současné době velmi oblíbená, a to především pro navození pocitu euforie, uvolnění, zvýšení sebevědomí, ztráty ostychu a zábran a usnadňuje komunikaci v kolektivu, ale vede k závislosti a vyvíjí se alkoholismus s nežádoucími dopady jak na konzumenta, tak i na jeho okolí a společnost.

Děti a mládež jsou fyzicky, emocionálně i sociálně zranitelnější důsledky vyvolanými konzumací alkoholu jinými lidmi, zejména v jejich nejbližším okolí (Máchová a Kubátová, 2009). Ale pokud se stanou konzumenty samy, kombinuje se to se ztrátou kontroly nad vlastním jednáním, s agresivitou, rizikovým sexuálním chováním, dopravními a jinými úrazy, trvalými tělesnými poškozeními, a může vést až úmrtím (Máchová, Kubátová, 2009).

I konzumace alkoholu vede k obezitě, alkohol je velmi kalorický (Drogy, 2007). Má i mnoho dalších negativních důsledků, může poškodit trávicí trakt, odumírají buňky v játrech a postupně se poškozují vazivové trámce, a tím již játra nedokáží reagovat správnou fukcí

(Drogy, 2007). Dále se snižuje produkce hormonu testosteron, která vede až k impotenci, narušen je také krevní oběh (Drogy, 2007). Po dlouhodobé konzumaci většinou nastávají i psychické obtíže, objevují se halucinace a paranoidně psychotické poruchy (Drogy, 2007). Tou vážnější variantou je alkoholová demence s velmi nízkou šancí na zlepšení (Drogy, 2007).

1.5.7 Drogy

SZO definuje drogovou závislost jako stav periodické nebo chronické intoxikace, škodlivé jak pro jednotlivce, tak pro společnost, a je vyvolán opakovaným zneužíváním drogy přírodního či syntetického původu (Štefan a Mach, 2005). Hlavním rysem toxikomanie je touha po droze a sehnat si ji za jakoukoliv cenu. Vznik závislosti na droze je velmi rychlý (Štefan a Mach, 2005).

Dostupnost drogy, věk a sociální prostředí, to jsou hlavní činitele ovlivňující vznik zneužívání drog (Štefan a Mach, 2006). V České republice postihuje drogová závislost v 75% hlavně mladé lidi, a to je věku 15 – 25 let (Štefan a Mach, 2006).

Drogy jsou rozdělovány na drogy měkké a tvrdé (Presl, 1995). Mezi měkké drogy patří káva, tabákové výrobky, produkty konopí a alkohol (Presl, 1995). Tvrdé drogy zastupuje heroin, kokain, pervitin, LSD a jiné (Presl, 1995). V České republice je nejčastější drogou pervitin, dále heroin, kanabinoidy, rozpouštědla, sedativa, a halucinogeny (Štefan, Mach, 2005).

1.5.8 Šikana

Hlavními rysy šikany jsou patrný úmysl ublížit, je opakovaná a existuje nepoměr sil mezi útočníkem a obětí (Čapek, 2014). Velmi často se jedná o opakované posměšky, ponižování, pomluvy zastrašování, fyzické útoky, poškozování osobních věcí a mnoho dalších (Čapek, 2014). Nikdy se nejedná o záležitost jednotlivců, vždy je to porucha vztahů ve skupině, například náročná situace ve skupině, nebo nuda (Čapek, 2014).

Šikana se tedy objevuje hlavně ve školním prostředí, a to mezi žáky a studenty (Geislerová, 2012). Má velmi silný a trvalý vliv na duševní zdraví jedince (Geislerová, 2012). Nejčastější forma šikany je psychická a poté už stačí málo a může docházet k šikaně fyzické, ojedinele se vyskytuje i sexuální šikana (Geislerová, 2012).

Ve školních zařízeních bývá vždy po ruce školní psycholog a výchovný poradce, a pokud je jejich pomoc nedostačující, lze se obrátit na pedagogicko psychologickou poradnu (Geislerová, 2012). Pro poškozeného bývá obtížné se svěřit někomu z jeho okolí, kdo ho zná, v tomto případě se mohou obrátit i na pracovníky z nízkoprahových zařízení (Geislerová, 2012).

1.5.9 Psychická zátěž

Zátěž je vztah mezi požadavky na činnost člověka a souborem vlastností, jimiž je člověk pro zvládnutí těchto požadavků vybaven (Bernová a kol., 2009). Vztahuje se k jakékoli činnosti funkčních vztahů organismu (Bernová a kol., 2009).

Psychická zátěž má určité specifické okolnosti ovlivňující zásadním způsobem chování a jednání jedince, a taktéž můžou vyvolat i psychické poruchy, obzvlášť při dlouhodobějším působení anebo vážnější fyzické onemocnění (Bernová a kol., 2009).

Na zátěž navazuje stres, jde o zvláštní formu kvalitativně i kvantitativně vystupňované zátěže (Slavík, 2012). Tento pojem byl poprvé charakterizován v roce 1950 (Hans Bruno Seley) jako fyziologická odpověď na poškození či ohrožení organismu projevující se prostřednictvím adaptačního syndromu (Slavík, 2012). Stres ovlivňuje zdraví tím, že vyvolává stálou a nadbytečnou aktivaci nervového sympatického systému a na to navazující poškození imunitního systému (Slavík, 2012).

Stres je setrvalá, dlouhodobá tělesná nebo duševní zátěž vznikající v důsledku přehnaně vysokých nároků či škodlivých podnětů (Kraska-Lüdecke, 2007, s. 27).

Čím větší stres, tím slabší je obranyschopnost imunitního systému a tím vyšší je riziko, že vážně onemocníte (Truckendrodt, 2006, s. 53). Proto je se vyplatí investovat do vlastního zdraví, abychom se uměli lépe vypořádat se stresujícími situacemi, které jsou vždy zcela nevyhnutelné (Truckendrodt, 2006).

Podle definice SZO zdraví neznamena pouze nepřítomnost chorob, ale je to stav úplné duchovní, duševní, fyzické a sociální pohody (Truckenbrodt, 2006, s. 54).

K dosažení optimálního zdraví je dobré mít rovnoměrný poměr všech našich základních potřeb, mezi které se řadí strava, spánek, pohyb, uznání a společenské kontakty

(Truckenbrodt, 2006). Co nám dělá dobře a při čem se cítíme dobře, to bychom měli dělat, ale také bychom měli rozpoznat, co dokážeme pouze sami (Truckenbrodt, 2006). Joshi (2007) potvrzuje úzkou souvislost mezi stresem a imunitním systémem a dle několika výzkumů také Melgosa (1997).

1.6 Dospívání

Dle Vágnerové (2012, s. 356) je dospívání přechodnou dobou mezi dětstvím a dospělostí. Zahrnuje jednu dekádu života, a to od 10 do 20let. V tomto období dochází ke komplexní proměně osobnosti ve všech oblastech: somatická, psychická i sociální (Vágnerová, 2012, s. 356). Mnohé změny jsou primárně podmíněny biologicky, ale vždy je významně ovlivňují psychické a sociální faktory, s nimiž jsou ve vzájemné interakci (Vágnerová, 2012, s. 356). Průběh dospívání je závislý na konkrétních kulturních a společenských podmínkách, z nichž vyplývají požadavky a očekávání společnosti ve vztahu k dospívání (Vágnerová, 2012, s. 356).

Během dospívání dochází k celkové fyzické, morální a psychické proměně (Dolejš, Skopal, Suchá et al., 2014). Mění se kvalita, výkonnost duševní činnosti, dále se mění postoje, sebeutváření, zájmy, aspirace a hodnoty (Čačka, 2000). Dochází tedy k formativním změnám celé osobnosti (Klimstra, Raaijmakers, 2009). Do této chvíle vyrovnanou psychiku dítěte narušuje "intrapsychická disharmonie". Nastává neshoda, všechny jistoty jsou znovu zpochybněny (Macek, 2003).

V době, kdy přestává být adolescent centrem vlastního zájmu a obrací se ve svých aktivitách na druhé, stává se dospělým, avšak je velmi obtížné nalézt jasná psychologická kritéria, které by adolescenta informovali, že již práh dospělosti překročili (Macek, 1999). Existují ale i názory, které tvrdí, že dospívání se vlastně od dospělosti jasně oddělit nedá (Macek, 1999).

Toto období je jak pro dívky, tak i pro chlapce velmi náročné, protože dochází k velkým tělesným, duševním a citovým změnám, proto je důležité zaměřit se na vzájemnou empatii a fyziologické projevy dospívání (Marádová, 2004). Pro důslednější ochranu zdraví a pozdější schopnost reprodukce, je kladen důraz na znalost a funkci pohlavních orgánů, protože

na to navazuje zabývání se aktivním sexuálním životem a sexuálně přenosnými chorobami (Marádová, 2004).

Vývoj a zrání člověka v dospívání v dnešní době také znesnadňují rychlé proměny v okolním světě (Máchová a Kubátová, 2009, s. 173). Patří sem i stírání hranic mezi jednotlivými kulturami a jejich společenskými normami, nejisté perspektivy pro budoucnost (Máchová a Kubátová, 2009, s. 173). Ukazuje se, že dospívání se v moderních technologických společnostech stalo nejrizikovějším vývojovým obdobím na cestě k dosažení zdravě dospělosti (Máchová a Kubátová, 2009, s. 173). Na rozdíl od dřívější doby a od současných společností nerozvinutých, kde nejrizikovějším obdobím bylo a stále zůstává jasné dětství (Máchová a Kubátová, 2009, s. 173). Zdraví u dospívajícího jedince je ohroženo především riziky v psychosociální oblasti a rizikovým chováním samotné mládeže (Máchová a Kubátová, 2009, s. 173).

1.7 Programy podpory zdraví

1.7.1 Zdraví 21

Tento národní program komplexně představuje odpovědnost složek společnosti za péči o zdraví, přičemž vychází z formulace SZO (Čevela, Čeledová a Dolanský, 2009). Předchůdcem tohoto programu byl úspěšný původní *Národní program zdraví pro všechny do roku 2000*, který navazoval na programy *Národní program obnovy a podpory zdraví* z roku 1991 a *Projekt střednědobé obnovy podpory zdraví* z roku 1992 (Čevela, Čeledová a Dolanský, 2009).

Program Zdraví 21 je založen na pěti principech:

- Spravedlnost. Obsahem tohoto zásadního principu je, že všichni lidé mají právo na rovné možnosti rozvíjet a udržovat svůj plný zdravotní potenciál (Čevela, Čeledová a Dolanský, 2009, s. 76).
- Solidarita. Smysl tkví v pomoci lidem, jejichž možnosti jsou omezeny nebo jsou ohroženi nepříznivými podmínkami (Čevela, Čeledová a Dolanský, 2009, s. 76).

- Trvalá udržitelnost. Rozšiřuje princip spravedlnosti o časový rozměr. Znamená, že uspokojování potřeb v přítomnosti by nemělo ohrozit možnosti budoucích generací uspokojit své vlastní potřeby (Čevela, Čeledová a Dolanský, 2009, s. 76).
- Vlastní účast. Tvoří podmínku existence a rozvoje občanské společnosti. Jedná se jak o možnost pečovat o své zdraví, tak o podíl na rozhodování, které zdraví ovlivňuje (Čevela, Čeledová a Dolanský, 2009, s. 76).
- Etická volba je obecnou zásadou. Je tomu jednak proto, že konzumní a tržní povaha společnosti může vést k podcenění výše jmenovaných principů, jednak proto, že vědecký a technologický rozvoj ovlivňuje základní období lidské existence (oplození, narození, smrt) (Čevela, Čeledová a Dolanský, 2009, s. 76).

Na základě Programu Zdraví pro 21. století byly vytyčeny cíle, mezi něž patří například:

- Solidarita ve zdraví v evropském regionu;
- Spravedlnost ve zdraví;
- Zdravý start do života;
- Zdraví mladých;
- Zdravé stárnutí;
- Zlepšení duševního zdraví;
- Snížení výskytu infekčních onemocnění;
- Snížení výskytu neinfekčních onemocnění;
- Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy;
- Zdravé a bezpečné přírodní prostředí;
- Zdravější životní styl;

- Snížení škod způsobených alkoholem, drogami a tabákem;
- Zdravé místní životní podmínky;
- Společná odpovědnost různých odvětví za zdraví;
- Integrovaný rezort zdravotnictví;
- Řízení v zájmu kvality péče;
- Financování zdravotních služeb a rozdělování zdrojů;
- Příprava zdravotnických pracovníků;
- Výzkum a znalosti pro zdraví;
- Mobilizace partnerů pro život;
- Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny (Jarošová, 2007, s. 12).

Program Zdraví 21, tedy zdraví pro všechny v 21. století, navazuje na program SZO *Zdraví pro všechny do roku 2000* a vychází z jeho zkušeností (Čevela a Čeledová, 2010). Číslo 21 odpovídá jak století, ve kterém je program realizován, tak i počtu cílů (Čevela a Čeledová, 2010).

Pojem Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva platí v České republice. Cíl 3 – Zdravý start a 4 – Zdraví mladých Zdraví 21 se týká dětského věku a dospívání (Čeledová a Čevela, 2010).

1.7.2 Světová zdravotnická organizace

Vznik této organizace byl výsledkem více než stoletého úsilí spojit síly národů a států při řešení společenských zdravotnických problémů (Arnoldová, 2012). V roce 1945 bylo na jednání Organizace spojených národů usneseno založit novou mezinárodní zdravotnickou organizaci a posléze v roce 1946 byla schválena ústava, cíl a program SZO (Arnoldová, 2012). V roce 1948 byly základní dokumenty podepsány šestadvacátým státem, a proto je tento den (7. 4.) připomínán jako Světový den zdraví (Arnoldová, 2012).

Dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví pro všechny lidi na světě, to je základním cíl této organizace (Arnoldová, 2012). Právo na zdraví považuje organizace za jedno ze základních práv každého člověka bez rozdílu rasy, náboženství, politického přesvědčení, hospodářského nebo sociálního postavení (Arnoldová, 2012). Vlády jsou odpovědné za zdraví lidu v daném státě, kterého má být dosaženo zajištěním hlavně zdravotnických a sociálních opatření (Arnoldová, 2012, s. 209).

SZO je specializovanou agenturou Organizace spojených národů, která se věnuje otázkám zdraví a zdravotnictví (Barták, 2010, s. 204). Agenda SZO zahrnuje globální zdravotní problémy, zdravotnický výzkum, ale také stanovení politické agendy, norem a standardů v oblasti zdravotnictví, poznatkovou podporu tvorby politických rozhodnutí, poskytování technické asistence členským státům a monitorování trendů ve zdraví (Barták, 2010, s. 204).

SZO má čtyři hlavní funkce, a to jsou: poskytovat celosvětové poradenství v oblasti zdravotnictví, ustanovovat globální standardy pro zdraví, spolupracovat s vládami při rozvoji národních zdravotnických programů a rozvíjet a šířit vhodné zdravotnické technologie, informace a standardy (Jarošová, 2007, s. 10).

Hlavními orgány SZO je Světové zdravotnické shromáždění, což je nejvyšší orgán scházející se každoročně v Ženevě, a schvaluje programový rozpočet, dále také řeší klíčové otázky politiky SZO (Jarošová, 2007). Dalším orgánem je Výkonný výbor scházející se dvakrát ročně, má 32 zvolených členů, hlavní funkcí je uvádět do praxe rozhodnutí a politiku shromáždění a koordinovat činnost SZO (Jarošová, 2007). Mezi poslední orgán patří Sekretariát, který je tvořen generálním ředitelem a asi 3800 zdravotnických a jiných odborníků v jednotlivých zemích, členové sekretariátu pracují v šesti oblastních úřadovnách na území šesti států (Jarošová, 2007).

SZO má aktuální úkoly, kterými jsou boj proti infekčním chorobám, odborná pomoc vládám, podpora významu zdravotnické problematiky, výchova a vysílání odborníků do potřebných oblastí, materiální a technická pomoc, pořádání odborných konferencí a zasedání, pomoc při výchově zdravotnických pracovníků, monitorování epidemiologické situace, vypracování jednotné metodiky mezinárodní statistiky, definování mezinárodního názvosloví, poskytování stipendií a školení zdravotnických pracovníků, péče o matku a dítě, zdravotní výchova obyvatelstva, péče o životní prostředí a publikační činnost (Jarošová, 2007, s. 11).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké je povědomí studentů na vybraných středních školách ve Vimperku o výchově ke zdraví a výživě. Z hlediska tohoto povědomí o výchově ke zdraví se dále nabízejí dílčí cíle, například zjištění, zda mají studenti vybraných středních škol srovnatelné vědomosti o výchově ke zdraví a zjištění, zda mají větší znalosti o obsahu výchovy ke zdraví studenti gymnázia než studenti střední škola Nerudova.

2.2 Hypotézy

S ohledem na výše uvedený cíl, k jehož naplnění bylo kvantitativní metodou prováděno dotazníkového šetření, byly stanoveny dvě hypotézy, které znějí:

H1: Domnívám se, že větší povědomí o obsahu výchovy ke zdraví mají studenti gymnázia.

H2: Předpokládám, že studenti gymnázia žijí zdravějším životním stylem, než studenti střední školy Nerudova.

2.3 Operacionalizace pojmů

Z důvodu ujasnění si pojmů jsem použila operacionalizaci pojmů.

Kvartérní prevence – Zahrnuje v sobě léčbu příznaků progredujícího onemocnění, např. bolesti. Ty je třeba předvídat a včas řešit jednotlivými preventivními opatřeními (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 120).

Dispenzární péče – Jde o soustavu odborné zdravotní péče. Pacienty do dispenzární péče zařazuje podle odborných kritérií jejich registrující lékař, který odpovídá za účelnost a koordinaci dispenzární péče s tím, že pacient může být dispenzarizován pro jednu diagnózu pouze u jednoho ošetřujícího lékaře (Polícar, 2010, s. 117).

Kvantitativní výzkum - Zabývá se získáváním dat o četnosti výskytu něčeho, což již proběhlo nebo se děje právě nyní. Výjimečně sleduje budoucnost (předpokládaná poptávka nebo spotřeba). Účelem kvantitativního výzkumu je získat měřitelná číselná data. Chceme-li získat statisticky spolehlivé výsledky, pracujeme zpravidla s velkými soubory respondentů v procesu formálního dotazování, případně údaje získáváme pozorováním frekvence určitých jevů nebo analýzou sekundárních dat (Kozel, Mynářová a Svobodová, 2011, s. 158).

Dotazník – Jde o formulář určený respondentovi, tedy osobě dotazované během výzkumu dotazníkem, nebo také během interview či anketě. Dotazník obsahuje otázky a možnosti odpovědí, popřípadě ponechává i místo na spontánní odpověď. U respondentivního souboru dotazovaných umožňuje poměrně snadnou kontrolu reprezentativity a data pomocí něho získaná se dají rychle zpracovat (Jandourek, 2008. S. 45).

3 METODIKA

3.1 Použité metody

V bakalářské práci jsem použila jako stěžejní formu kvantitativní výzkum s použitím metody dotazníkového šetření a s pomocí matematických tabulek a statistických grafů.

Jako technika výzkumu jak již bylo zmíněno výše, byl zvolen dotazník. Dotazník obsahoval i stručné představení práce, důvod sběru dat a ujištění o anonymitě.

Standardizovaný dotazník užívaný v kvantitativním šetření představuje soubor převážně uzavřených, několika polouzavřených a pouze výjimečně několika málo otevřených, volných otázek. Jsou vytištěny tak, že tvoří formulář s nevelkým počtem stránek, do nichž respondent vyplňuje odpovědi dle uvedené instrukce (Reichel, 2009, s. 119-120).

Jak uvádí Břendová, Šimečková, Šimek (2013), technika dotazníku má své přednosti a nedostatky. Mezi přednosti dotazníku, jako nejpoužívanější techniky sběru dat, se řadí snadnost, velký počet respondentů a skutečnost, že údaje lze kvantifikovat. Naopak nedostatky dotazníku jsou subjektivní odpovědi, respondent je nucen k odpovědi, kterou by nezvolil a v neposlední řadě může respondent postihnout záměr autora dotazníku.

Standardizovaný dotazník přináší údaje kvantitativně zpracovatelné, tj. v řadě ohledů ploché, prvoplánové, někdy až odosobněné, současně však velmi dobře utříditelné, srovnatelné atd. (Reichel, 2009, s. 120).

Sběr dat pro potřeby této bakalářské práce probíhal od počátku února 2016 do konce března 2016. Na základě poskytnutých odpovědí byla data zaznamenána elektronicky do tabulek v programu Microsoft Excel za pomoci sloupcových grafů, kde jsou uváděna v procentech, zaokrouhlené na celá čísla, z důvodu lepší přehlednosti, a s absolutními čísly jsou vytvořené tabulky.

Vlastní konstrukce dotazníku (viz. příloha č. 1) je tvořena celkem 30 otázkami, z nichž jsou 3 otázky identifikační. Dále dotazník obsahoval 3 otázky otevřené, 23 otázek bylo uzavřených a 1 otázka byla polootevřená. Z celkového počtu otázek vyplynulo celkem 11 otázek vědomostních, které se opírají o jednu stanovenou hypotézu. Celkem bylo připraveno 120 dotazníků, tedy 60 do

každé z vybraných škol. Studenti byli vzorní a vrátil se plný počet vyplněných dotazníků. Tato část byla metodologicky nejnáročnější z celého výzkumu.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Cílovou skupinou jsou studenti Gymnázia a Střední školy Nerudova ve Vimperku. Tabulka 1 (viz níže) znázorňuje počet dotazovaných studentů, kteří se účastnili tohoto výzkumu: studentů z gymnázia odpovědělo 60 (50%), z toho 33 žen (55%) a 27 (45%) mužů, a 60 studentů střední školy Nerudova (50%), z nichž bylo 27 žen (45%) a 33 mužů (55%) (viz tab. 1).

3.2.1 Struktura vzorku respondentů dle základních identifikačních údajů

Tabulka č. 1 Pohlaví

POHLAVÍ				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Žena	33	55%	27	45%
Muž	27	45%	33	55%
	60	100%	60	100%

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 2 Věková struktura respondentů

VĚK				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
17 let	13	22%	12	20%
18 let	29	48%	21	35%
19 let	17	28%	20	33%
20 let	1	2%	7	12%
	60	100%	60	100%

Zdroj: Vlastní výzkum

V další identifikační otázce jsem se ptala na věk respondentů. Z obou typů škol byla nejpočetnější skupina ve věku 18 let, z gymnázia (dále jen G) bylo 29 respondentů a ze střední školy Nerudova (dále jen SŠN) 21 respondentů. Druhým nejpočetnějším věkem bylo 19 let, odpovědělo 17 respondentů z G a 20 respondentů ze SŠN. Odpověď 17 let zvolilo 13 respondentů z G, a ze SŠN zvolilo tuto variantu 12 respondentů. Nejméně zastoupenou variantou byl věk 20 let, z G je zastoupena pouze 1 respondentem, 7 respondenty ze SŠN.

Tabulka č. 3 Bydliště

BYDLIŠTĚ				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Vimperk	26	43%	26	43%
Jiná obec	34	57%	34	57%
	60	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Ze zvědavosti byla zvolena i otázka týkající se bydliště. Z této otázky vyplynulo, že stejný počet respondentů z obou typů škol, tedy 26 (43%), žije ve Vimperku. Opět shodný počet odpovědí obou škol, tedy 34 (57%) respondentů, pochází z jiné obce.

3.2.2 Vlastní analýza zjištěných odpovědí

Otázka č. 11 v dotazníku zněla: Kolik hodin spánku denně je pro Vás optimální?

Tabulka č. 4 Kolik hodin spánku denně je pro Vás optimální?

SPÁNEK				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
5 - 6h	8	13%	9	15%
7 - 8h	33	55%	31	52%
9 - 10h	14	23%	10	17%
11 - 12h	5	8%	10	17%
	60	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Prostřednictvím této otázky bylo zjišťováno, kolik hodin spánku je pro respondenty optimální. Dle Mourka (2012, s. 192) je potřeba spánku různá a s věkem se mění, optimální je délka spánku 8 – 10h za den. U varianty 7 - 8h denně se celkem shodl stejný počet respondentů, a to 33 respondentů (55%) z G, a 31 respondentů z SŠN (52%). Další nejvíce početnou skupinou byla varianta 9 - 10h spánku denně, z G zvolilo tuto variantu 14 respondentů (23%) a 10 respondentů (17%) ze SŠN. Variantu 5 - 6h zvolilo 8 respondentů (13%) z G a 9 respondentů (15%) ze SŠN. Pro 11 - 12h spánku denně bylo 5 respondentů (8%) z G a 10 respondentů (17%) ze SŠN.

Otázka č. 12 v dotazníku zněla: Stravování

Tato otázka byla rozdělena do tří tabulek (tabulka č. 4, 5 a 6) pro lepší přehlednost. V tabulce č. 6 je srovnání obou typů škol.

Obecně propagovaný princip, doporučovaný lékaři, hovoří o rozdělení denního příjmu potravy do pěti dávek (Pavluch a Frolíková, 2004, s. 34).

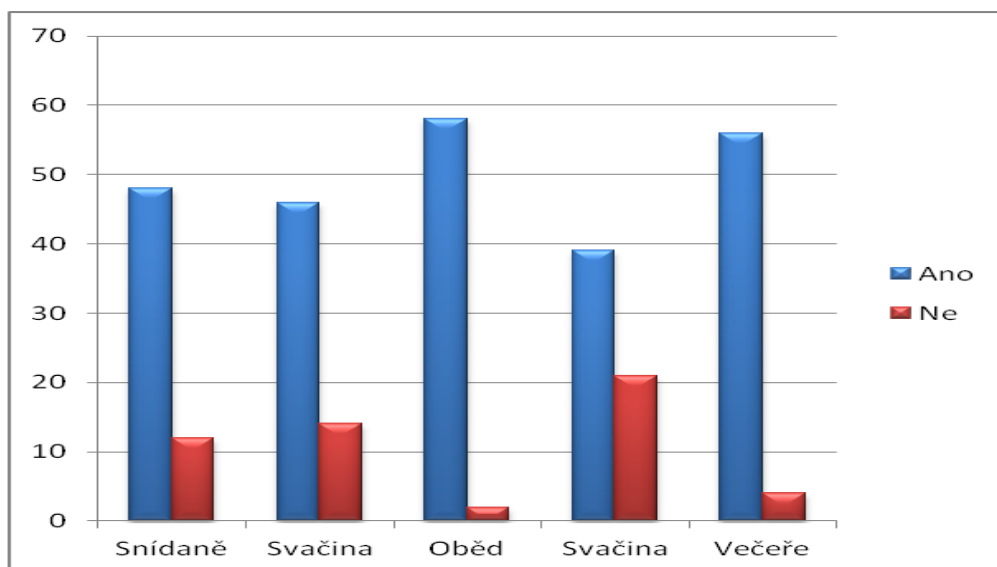
Tabulka č. 5 Stravování respondentů (gymnázium)

STRAVOVÁNÍ	Ano	Ne	Abs.	Ano v %	Ne v %	Abs. V %
Snídaně	48	12	60	80%	20%	100%
Svačina	46	14	60	77%	23%	100%
Oběd	58	2	60	97%	3%	100%
Svačina	39	21	60	65%	35%	100%
Večeře	56	4	60	93%	7%	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Tato tabulka se zabývá pouze stravováním G. Otázka byla rozdělena do pěti sekcí. První sekce se dotazovala, zda respondenti snídají, odpověď ANO zvolilo 48 respondentů (80%), odpověď NE vybralo 12 respondentů (20%). Další sekce se věnovala dopolední svačině. 46 respondentů (77%) konzumuje dopolední svačinu a 14 dotazovaných (23%) nikoli. 58 respondentů (97%) pravidelně obědvá, odpověď NE zvolili pouze 2 respondenti (3%). Dopolední svačinu má zahrnutou v denním stravovacím režimu 39 respondentů (65%), a 21 respondentů (35%) ji nezahrnuje. Večeře je pro 56 respondentů (93%) nezbytná, a 4 respondenti ji vynechávají (7%).

Graf č. 1 Stravování respondentů (gymnázium)



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 6 Stravování respondentů (střední škola Nerudova)

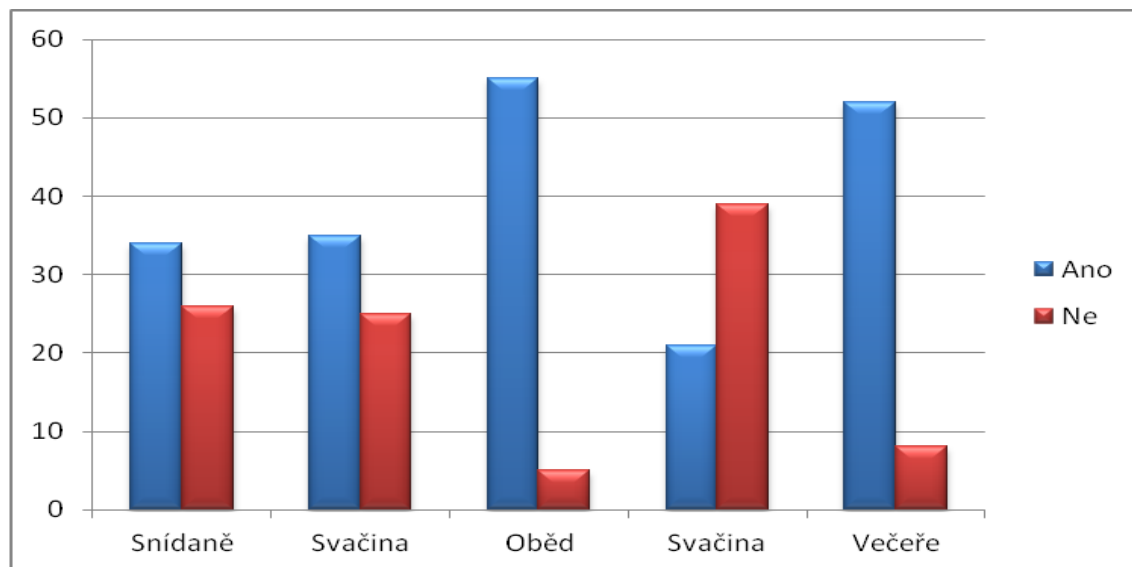
STRAVOVÁNÍ	Ano	Ne	Abs.	Ano v %	Ne v %	Abs. V %
Snídaně	34	26	60	57%	43%	100%
Svačina	35	25	60	58%	42%	100%
Oběd	55	5	60	92%	8%	100%
Svačina	21	39	60	35%	65%	100%
Večeře	52	8	60	87%	13%	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Tato tabulka je zaměřena na odpovědi ze SŠN. V odpovědi „snídaně“ není v možnostech ANO x NE až tak velký rozdíl, ANO odpovědělo 34 respondentů (57%) a odpověď NE si zvolilo 26 respondentů (43%). Taktéž nebyl velký rozdíl v sekci svačina, kde 35 respondentů (58%) dopovědělo ANO, a 24 respondentů (42%) zvolilo odpověď NE. Oběd je důležitý pro 55 respondentů (92%) a pouze 5 respondentů (8%) neobědvá. Odpolední svačinu do svého

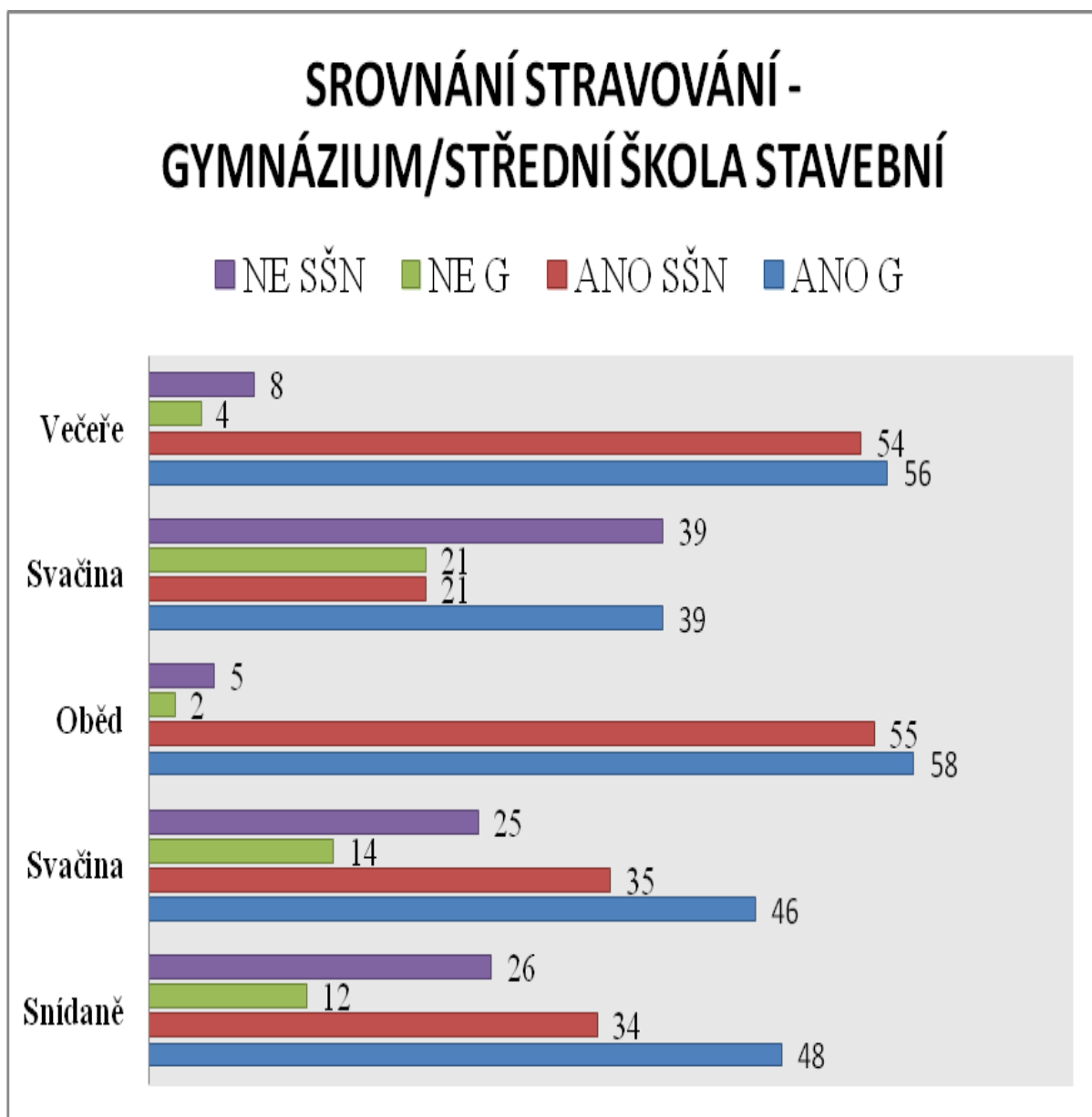
stravování zahrnuje 21 respondentů (35%) a 39 respondentů (65%) odpoledne nesvačí). Večeře je důležitá pro 52 respondentů (87%), a pro 8 respondentů (13%) není.

Graf č. 2 Stravování respondentů (střední škola stavební)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 3 Srovnání stravování respondentů obou škol



Zdroj: vlastní výzkum

V tomto grafu srovnávám stravování respondentů obou škol. Jednoznačné je, že větší část respondentů má ve svém denním stravovacím režimu 3 hlavní jídla (snídaně, oběd, večeře), dále pak více jak polovina dodržuje jak dopolední, tak i odpolední svačinu. Pouze jedna výjimka se objevuje u odpovědi v sekci odpolední svačina, kde 39 respondentů ze SŠN odpovědělo, že odpoledně nesvačí. Jinak u všech ostatních sekcí převažují u obou škol odpovědi ANO.

Otázka č. 13 v dotazníku zní: Jaké jsou projevy nedostatku tekutin?

Tabulka č. 8 Jaké jsou projevy nedostatku tekutin?

PROJEVY NEDOSTATKU TEKUTIN				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Bolest hlavy	25	23%	23	20%
Sucho v ústech	8	7%	9	8%
Dehydratace	13	12%	18	16%
Únava	15	14%	26	22%
Kolaps	13	12%	3	3%
Žízeň	5	5%	9	8%
Nevolnost	9	8%	6	5%
Křeče svalů	2	2%	4	3%
Ztráta koncentrace	3	3%	4	3%
Závratě	9	8%	2	2%
Žlutá moč	3	3%	2	2%
Suchá pokožka	3	3%	10	9%
	108	100%	116	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka patřila mezi otevřené, z výčtu odpovědí byly vybrány ty nejpočetnější. Nejvíce početnou odpovědí byla „bolest hlavy“, tuto odpověď napsalo 25 respondentů z G a 23 respondentů z SŠN. Další nejvíce početná odpověď „únava“, kterou zvolilo 15 respondentů z G a 26 respondentů ze SŠN. „Dehydratace“ patří mezi další častou odpověď, byla napsána 13 respondenty z G a 18 respondenty ze SŠN. Jako další projevy nedostatku tekutin respondenti uváděli – sucho v ústech, kolaps, žízeň, nevolnost, křeče svalů, ztráta koncentrace, závratě, žlutá moč a suchá pokožka.

Otázka č.16 v dotazníku zněla: Kolik tekutin denně vypijete? A jaké?

Tabulka č. 9 Kolik tekutin denně vypijete?

MNOŽSTVÍ TEKUTIN ZA DEN				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
4l	6	10%	6	10%
3l	6	10%	6	10%
2 - 3l	4	7%	6	10%
2,5l	4	7%	4	7%
2l	17	28%	21	35%
1 - 2l	5	8%	4	7%
1,5l	9	15%	4	7%
1l	9	15%	9	15%
	60	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku 17 respondentů (28%) z G a 21 respondentů (35%) ze SŠN odpovědělo „2l“. Dále devět respondentů z obou typů škol odpovědělo, že vypijí „1l“ denně. 6 respondentů odpovědělo opět z obou typů škol stejný počet, tedy 6 respondentů (10%), že vypijí „4l“, a „3l“. „2 – 3l“ tekutin vypijí 4 respondenti (7%) z G a 6 respondentů z SŠN. Opět stejný počet respondentů, 4 (7%), odpověděl „2,5l“, „1 – 2l“ denně vypije 5 respondentů (8%) z G a 4 respondenti (7%) ze SŠN a „1,5l“ odpovědělo 9 respondentů (15%) z G a 4 respondenti (7%) z SŠN.

Tabulka č. 10 Jaká tekutiny nejčastěji pijete?

JAKÉ TEKUTINY				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Voda	46	42%	35	35%
Minerálka	5	5%	5	5%
Limo	15	14%	17	17%
Ovocná šťáva	9	8%	8	8%
Čaj	19	17%	9	9%
Káva	11	10%	11	11%
Šťáva	2	2%	6	6%
Energy drink	0	0%	3	3%
Alkohol	5	5%	5	5%
	110	100%	99	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Zde je výčet tekutin, které respondenti nejčastěji pijí. Respondenti z G nejčastěji odpovídali, že pijí vodu - 46 respondentů (42%), další odpovědi byly čaje - 19 respondentů (17%) a limonádu konzumuje 15 respondentů (14%). Respondenti ze SŠN pijí také na nejčastěji vodu - 35 respondentů (35%), dále to je limonádu – 17 respondentů (17%) a často pijí kávu – 11 respondentů (11%). Další tekutiny, které respondenti začleňují do svého pitného režimu, jsou minerálky, ovocné šťávy (džus), šťáva, energy drink a alkohol.

Otázka č. 17 v dotazníku zní: Kolikrát týdně se věnujete sportu?**Tabulka č. 11 Kolikrát týdně se věnujete sportu?**

SPORT/TÝDEN				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
1 - 2X	19	32%	29	48%
2 -3X	12	20%	13	22%
3 - 4X	19	32%	8	13%
4 - více krát	10	17%	6	10%
Nikdy	0	0%	4	7%
	60	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce odpovědí u této otázky patří variantě 1 – 2x týdně, kterou si zvolilo 19 respondentů (32%) z G, a skoro ½, tedy 29 respondentů (48%) ze SŠN. 19 respondentů (32%) odpovědělo, že sport provozují 3 - 4x týdně, kdežto studenti ze SŠN jen 8 respondentů (13%). Sport 2 – 3x týdně má 12 respondentů (20%) z G a 13 respondentů (22%) ze SŠN. Nejméně zastoupenou variantou je 10 respondentů (17%) z G zastoupena odpověď 4 – více krát týdně, tuto variantu zvolilo 6 respondentů (10%) ze SŠN. Odpověď, že nesportují, označili 4 respondenti ze SŠN, studenti z G tuto variantu neoznačili vůbec.

Otázka č. 18 v dotazníku zní: Se svým životním stylem jste?

Tabulka č. 12 Se svým životním stylem jsem:

ŽIVOTNÍ STYL				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Spokojen (a)	20	33%	21	35%
Spíše spokojen (a)	29	48%	26	43%
Spíše nespokojen (a)	10	17%	9	15%
Nespokojen (a)	1	2%	4	7%
	60	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Přibližně ½ respondentů z obou typů škol odpověděla, že se svým životním stylem jsou spíše spokojeni, tedy 29 respondentů (48%) z G, a 26 respondentů (43%) z SŠN. Zcela spokojeno je 20 respondentů (33%) z G a 21 respondentů (35%) ze SŠN. Variantu spíše nespokojen (a) zvolilo 10 respondentů (17%) z G a 9 respondentů (15%) ze SŠN. Pouze 1 respondent (2%) a 4 respondenti (7%) ze SŠN označili variantu nespokojen (a).

Otázka č. 19 v dotazníku zní: Zajímáte se o zdravou výživu a zdravé stravování?

Tabulka č. 13 Zajímáte Se o zdravou výživu a zdravé stravování?

ZÁJEM O ZDRAVOU VÝŽIVU A STRAVOVÁNÍ				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Určitě ano	14	23%	10	17%
Spíše ano	24	40%	24	40%
Spíše ne	16	27%	18	30%
Vůbec ne	6	10%	8	13%
	60	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

S odpovědí „spíše ano“ sympatizovalo 24 respondentů (40%) z G, a ten samý počet respondentů ze SŠN. 16 respondentů (27%) z G a 18 respondentů (30%) ze SŠN zvolilo

variantu „spíše ne“. U další varianty odpovědělo 14 respondentů (23%) z G a 10 respondentů (17%) ze SŠN, „zcela ano“. Zájem o zdravou výživu a stravování nemá 6 respondentů (10%) z G a 8 respondentů (13%) ze SŠN.

Otázka č. 20 v dotazníku zní: Co představuje Váš hlavní důvod zájmu o zdravou výživu?

Tabulka č. 14 Co představuje Váš hlavní důvod zájmu o zdravou výživu?

DŮVOD ZÁJMU O ZDRAVOU VÝŽIVU				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Snaha stravovat se zdravě	15	16%	9	15%
Zdravotní důvody	8	9%	6	10%
Dodržování diety	1	1%	6	10%
Preference vyšší kvality potravin	4	4%	1	2%
Zdravý životní styl	17	18%	9	15%
Zdraví a krása	12	13%	6	10%
Být fit a cítit se dobře	26	28%	17	28%
Jiná odpověď	10	11%	6	10%
	93	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce mohli respondenti napsat více odpovědí, tuto možnost více využili respondenti z G (celkový počet odpovědí G 93, a 60 ze SŠN). Dotazovaní z obou škol volili nejvíce variantu „být fit a cítit se dobře“, tedy 26 respondentů z G a 17 respondentů z SŠN. Další odpověď, kdy hlavní důvod zájmu o zdravou výživu je „zdravý životní styl“, zvolilo 17 respondentů z G a 9 respondentů ze SŠN. „Snaha stravovat se zdravě“ je třetí nejpočetnější variantou, tuto variantu zvolilo 15 respondentů z G a 9 respondentů z SŠN. Pro 12 respondentů z G a pro 6 respondentů z SŠN je důvod zájmu o zdravou výživu „zdraví a krása“. Jinou odpověď zvolilo 10 respondentů z G a 6 respondentů ze SŠN. Kvůli „zdravotním důvodům“ má zájem o zdravou výživu 8 respondentů z G a 6 respondentů ze SŠN. 4 respondenti z G „preferují vyšší kvalitu potravin“, a pouze 1 respondent z SŠN se přiklání

k této variantě. Variantu „dodržování diety“ zvolil jen 1 respondent z G, a 6 respondentů ze SŠN.

Otázka č. 21 v dotazníku zní: Kupujete produkty zdravé výživy?

Tabulka č. 15 Kupujete produkty zdravé výživy?

KUPOVÁNÍ PRODUKTŮ ZDRAVÉ VÝŽIVY				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Ano, pravidelně	9	15%	7	12%
Ano, občas	25	42%	24	40%
Spíše výjimečně	18	30%	17	28%
Vůbec	8	13%	12	20%
	60	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce jsem se dotazovala, zda studenti kupují produkty zdravé výživy. Variantu „ano, pravidelně“ zvolilo 9 respondentek (15%) z G a 7 respondentek (12%) ze SŠN. Nejvíce respondentů z obou typů škol zvolilo variantu „ano, občas, a to 25 respondentů (42%) z G a 24 respondentů (40%) z SŠN. Zdravou výživu „spíše výjimečně“ kupuje 18 respondentů (30%) z G a 17 respondentů (28%). Zdravou výživu „vůbec“ nekupuje 8 respondentů (13%) z G a 12 respondentů (20%) ze SŠN.

Otázka č. 22 v dotazníku zní: Díváte se při nákupu potravin na značky kvality?

Tabulka č. 16 Díváte se při nákupu potravin na značky kvality?

ZNAČKA KVALITY				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Ano, vždy	9	15%	11	18%
Spíše ano	27	45%	17	28%
Spíše ne	19	32%	26	43%
Nikdy	5	8%	6	10%
	60	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Značka kvality spíše zajímá 27 respondentů (45%) z G a 17 respondentů z SŠN. Variantu „spíše ne“ zvolilo 19 respondentů (32%) z G a 26 respondentů (43%) ze SŠN. Na značku kvality vždy nahlíží 9 respondentů (15%) z G a 11 respondentů (18%) ze SŠN. Variantu „nikdy“ označilo 5 respondentů (8%) z G a 6 respondentů (10%) z SŠN.

Otázka č. 23 v dotazníku zní: Jaká forma propagace zdravé výživy Vás nejvíce ovlivní při nákupu?

Tabulka č. 17 Jaká forma propagace výživy Vás nejvíce ovlivní při nákupu?

PROPAGACE ZDRAVÉ VÝŽIVY				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Ochutnávky v prodejnách	4	6%	7	12%
Reklama na internetu	4	6%	6	10%
Sociální sítě	8	11%	13	22%
Reklama v médiích	5	7%	5	8%
Doporučení známých a přátel	33	46%	20	33%
Hledání informací	17	24%	9	15%
	71	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce mohli respondenti zvolit více odpovědí. Nejčastější odpovědí byla varianta „doporučení známých a přátel“, kterou zvolilo 33 respondentů z G a 20 respondentů ze SŠN. Propagaci jako „ochutnávky v prodejnách“ zvolili 4 respondenti z G a 7 respondentů ze SŠN. Variantu „reklama na internetu“ označili 4 respondenti z G a 6 respondentů ze SŠN, a variantu „reklama v médiích“ ovlivňuje 5 respondentů z G a 5 respondentů ze SŠN. Propagace prostřednictvím „sociální sítě“ ovlivňuje 8 respondentů z G a 13 respondentů ze SŠN. 17 respondentů z G a 9 respondentů ze SŠN si „hledá informace“ o zdravé výživě.

Otázka č. 24 v dotazníku zní: Podle čeho vybíráte potraviny?

Tabulka č. 18 Podle čeho vybíráte potraviny?

PODLE ČEHO VYBÍRÁTE POTRAVINY				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Chuť	29	41%	26	43%
Nutriční hodnoty	22	31%	14	23%
Ceny	15	21%	16	27%
Jiné	5	7%	4	7%
	71	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Opět i v této otázce mohli studenti napsat více odpovědí, studenti ze SŠN toho nevyužili a každý respondent si vybral pouze jednu odpověď.

Potraviny podle chuti si vybírá 29 respondentů z G a 26 respondentů ze SŠN. Další variantu dle „nutričních hodnot“ zvolilo 22 respondentů z G a 14 respondentů ze SŠN. Podle ceny se rozhoduje 15 respondentů z G a 16 respondentů ze SŠN. Podle jiných okolností si vybírá potraviny 5 respondentů z G a 4 respondenti ze SŠN.

Otázka č. 25 v dotazníku zní: Myslíte, že jíte zdravě?

Tabulka č. 19 Myslíte, že jíte zdravě?

MYSLÍTE, ŽE JÍTE ZDRAVĚ				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Ano	32	53%	26	43%
Ne	28	47%	34	57%
	60	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce nebyla ani jedna varianta odpovědí respondentů u obou typů škol zcela převažující. Odpověď „ANO“, že si tedy myslí, že se stravují zdravě, zvolilo 32 respondentů

(53%) ze G a 26 respondentů (43%) z SŠN. Ti co si nemyslí, že se stravují zdravě, volili odpověď „NE“, to si myslí 28 respondentů (47%) z G a 34 respondentů (57%) ze SŠN.

Otázka č. 26 v dotazníku zní: Berete nějaké doplňky stravy?

Tabulka č. 20 Berete nějaké doplňky stravy?

DOPLŇKY STRAVY				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Vitamíny	15	22%	12	19%
Sportovní doplňky	13	19%	15	24%
Přírodní doplňky stravy	15	22%	7	11%
Neberu	25	37%	29	46%
	68	100%	63	100%

Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce mohli volit více odpovědí. Vitamíny jako doplněk stravy bere 15 respondentů z G a 12 respondentů ze SŠN. Sportovní doplňky volí 13 respondentů z G a 15 respondentů ze SŠN. 15 respondentů z G a 7 respondentů ze SŠN užívá přírodní doplňky stravy. Žádné doplňky stravy neužívá 25 respondentů z G a 29 respondentů ze SŠN.

Otázka č. 28 v dotazníku zní: Dáváte přednost zdravé výživě či Fastfood stravě?

Tabulka č. 21 Dáváte přednost zdravé výživě či Fastfood stravě?

ZDRAVÁ VÝŽIVA X FASTFOOD				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Zdravá výživa	50	83%	34	57%
Fastfood	10	17%	22	37%
Ani jedno	0	0%	4	7%
	60	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Zdravé výživě dává přednost skoro většina respondentů z G (50 respondentů, tj. 83%) a 34 respondentů (57%) ze SŠN. Fastfood stravě podléhá 10 respondentů (17%) z G a 22 respondentů (37%) ze SŠN. Ani jedné variantě se nepřiklání 4 respondenti (7%) ze SŠN.

Otázka č. 30 v dotazníku zní: Jaká je hlavní příčina stále se zvyšujícího % dospívajících s nadváhou a obezitou?

Tabulka č. 22 Jaká je příčina nadváhy a obezity u dospívajících

PŘÍČINY NADVÁHY A OBEZITY				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Fastfood	14	18%	22	30%
Lenost	9	12%	7	10%
Tučná strava	3	4%	6	8%
Špatné strav. Návyky	4	5%	6	8%
Málo sport. Aktivity	28	36%	15	21%
Špatný životní styl	8	10%	6	8%
Málo času na jídlo	0	0%	3	4%
Jídlo v nočních hodinách	0	0%	2	3%
Moc jí	6	8%	7	10%
Snadný přístup k nezdravým potravinám	4	5%	5	7%
Sociální sítě	11	14%	3	4%
Geny	1	1%	3	4%
	78	100%	73	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Zde je zobrazený výčet nejčastějších odpovědí, které byly vyhodnoceny z dotazníku. Na prvních místech stojí Fastfood, málo sportovní aktivity, lenost, špatný životní styl a stravovací návyky, sociální sítě a tučná strava.

3.2.3 Analýza vědomostních otázek

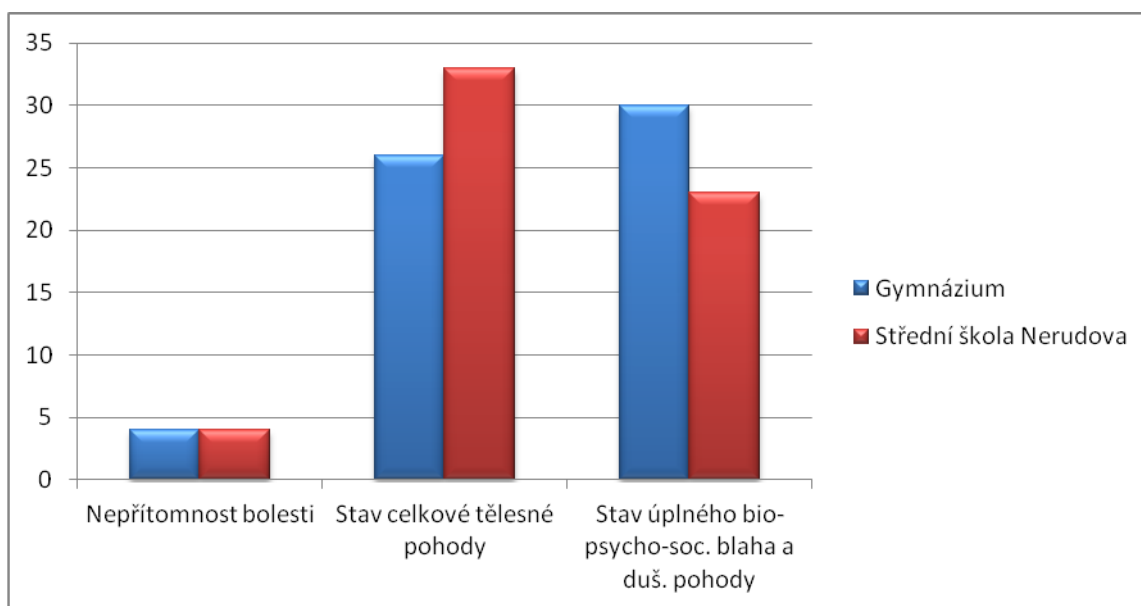
Otázka č. 4 v dotazníku zní: Pojem zdraví se v současné době definuje jako:

Tabulka č. 23 Pojem zdraví v současné době definujeme jako:

POJEM ZDRAVÍ				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Nepřítomnost bolesti	4	7%	4	7%
Stav celkové tělesné pohody	26	43%	33	55%
Stav úplného bio-psycho-soc. blaha a duš. Pohody	30	50%	23	38%
	60	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 4 Pojem zdraví v současné době definujeme jako:



Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovědělo správně, tedy zvolili poslední možnost, která byla správná, 30 respondentů (50%) z G a 23 respondentů (38%) z SŠN. 26 respondentů (43%) z G a 33 respondentů (55%) z SŠN se domnívalo, že správná odpověď je „stav celkové tělesné

pohody“. „Nepřítomnost bolesti“ označili jako správnou odpověď 4 respondenti (7%) jak z G, tak i ze SŠN. V této otázce si lépe vedlo gymnázium.

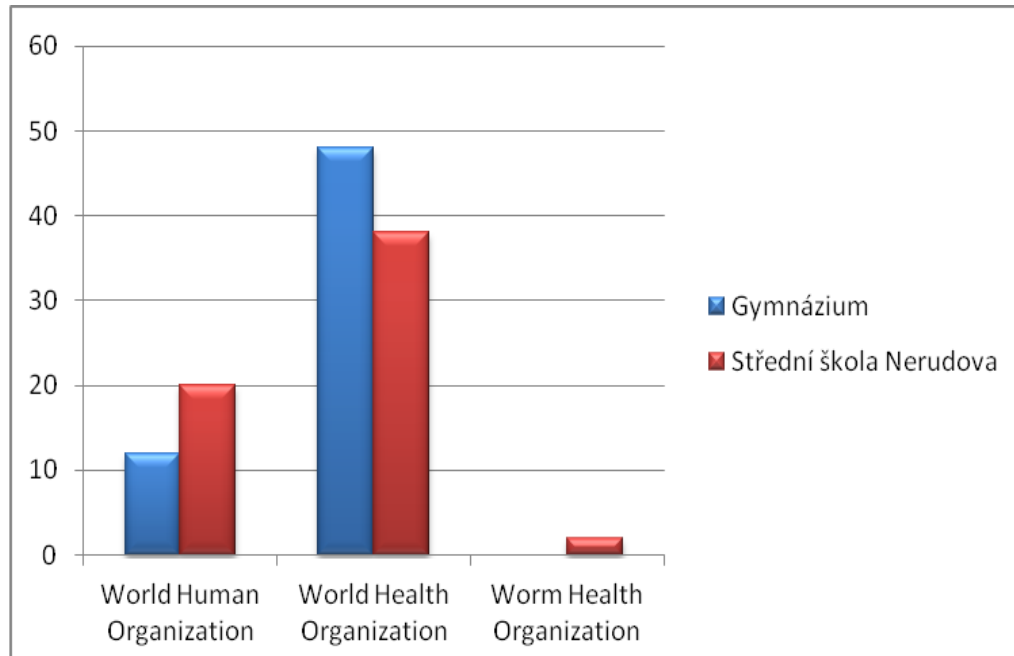
Otázka č. 5 v dotazníku zní: Zkratka WHO v angličtině znamená:

Tabulka č. 24 Zkratka WHO v angličtině znamená:

DEFINICE WHO				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
World Human Organization	12	20%	20	33%
World Health Organization	48	80%	38	63%
Worm Health Organization	0	0%	2	3%
	60	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 5 Zkratka WHO v angličtině znamená:



Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce byla správná odpověď „ World Health Organization“, tuto variantu označilo 48 respondentů (80%) z G a 38 respondentů (63%) z SŠN. Variantu „World Human Organization“ označilo 12 respondentů (20%) z G a 20 respondentů (33%) z SŠN. Respondenti z SŠN označili ve dvou případech (3%) také variantu „ Worm Health Organization“.

Z těchto odpovědí vyplynulo, že se v této tématice lépe orientují respondenti z gymnázia.

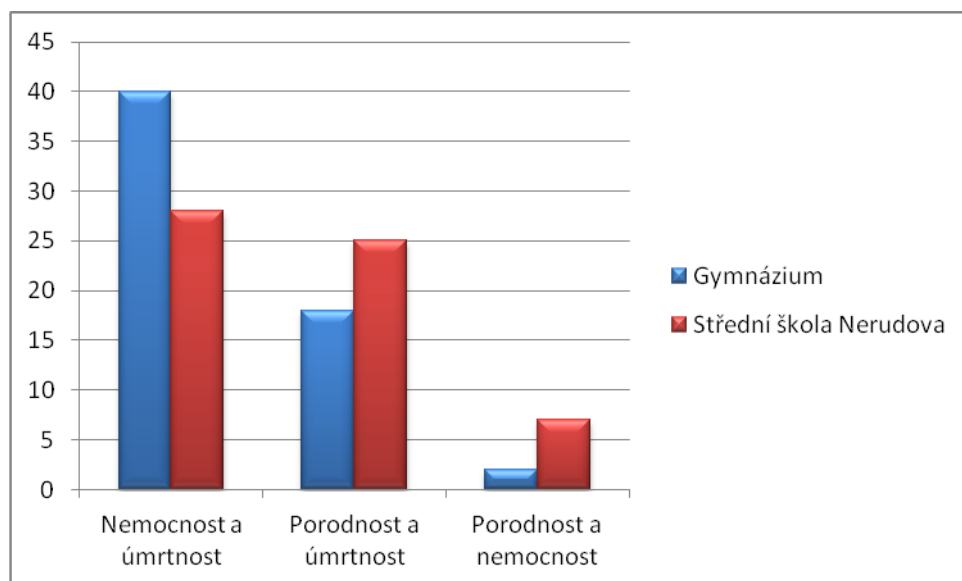
Otázka č. 6 v dotazníku zní: Zdravotní stav společnosti se hodnotí především na základě:

Tabulka č. 25 Zdravotní stav společnosti se hodnotí především na základě:

HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Nemocnost a úmrtnost	40	67%	28	47%
Porodnost a úmrtnost	18	30%	25	42%
Porodnost a nemocnost	2	3%	7	12%
	60	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 6 Zdravotní stav společnosti se hodnotí především na základě:



Zdroj: vlastní výzkum

Zde byla správná odpověď „nemocnost a úmrtnost“, tuto variantu označilo 40 respondentů (67%) z G a 28 respondentů (47%) ze SŠN. „Porodnost a úmrtnost“ označilo 18 respondentů (30%) z G a 25 respondentů (42%) z SŠN. Poslední variantu, tedy „porodnost a nemocnost“, označili 2 respondenti (3%) z G a 7 respondentů (12%) z SŠN.

Z odpovědí na tuto otázku jasně vyplynulo prvenství gymnázia.

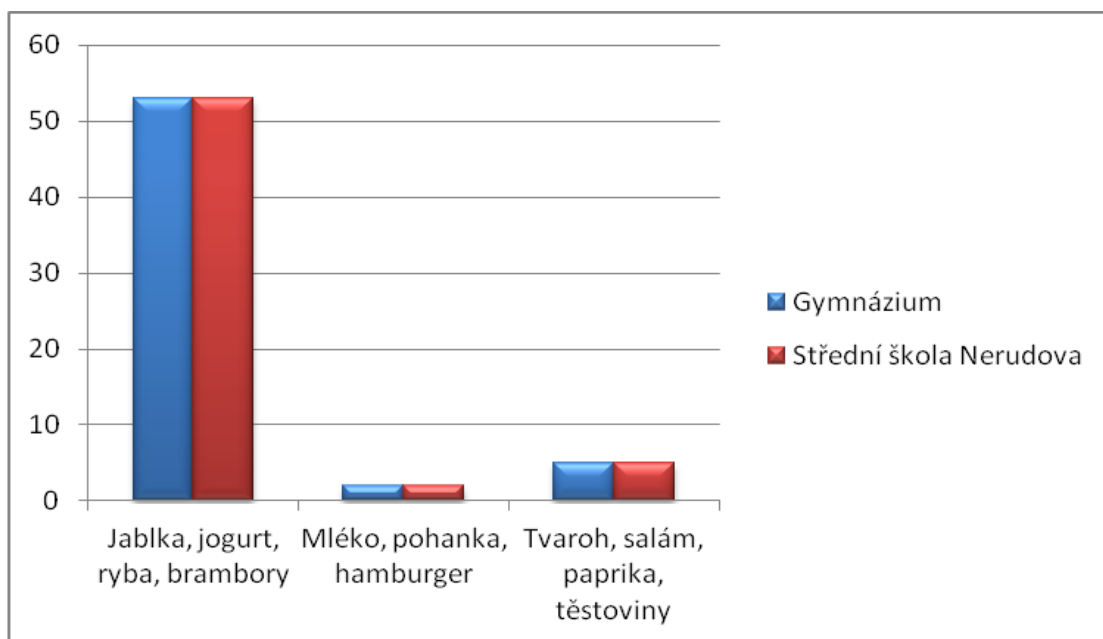
Otázka č. 7 v dotazníku zní: Zdravé potraviny jsou:

Tabulka č. 26 Zdravé potraviny jsou:

ZDRAVÉ POTRAVINY				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Jablka, jogurt, ryba, brambory	53	88%	53	88%
Mléko, pohanka, hamburger	2	3%	2	3%
Tvaroh, salám, paprika, těstoviny	5	8%	5	8%
	60	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 7 Zdravé potraviny jsou:



Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce byla správná první varianta, kterou zvolilo 53 respondentů z obou typů škol (88%). Opět stejný počet – 2 respondenti (3%) odpověděli, že zdravé potraviny jsou „mléko, pohanka, hamburger“. A variantu „tvaroh, salám, paprika, těstoviny“ označilo 5 respondentů (8%) jak z G, tak i SŠN.

Zde je tedy znalost obou typů škol vyrovnaná.

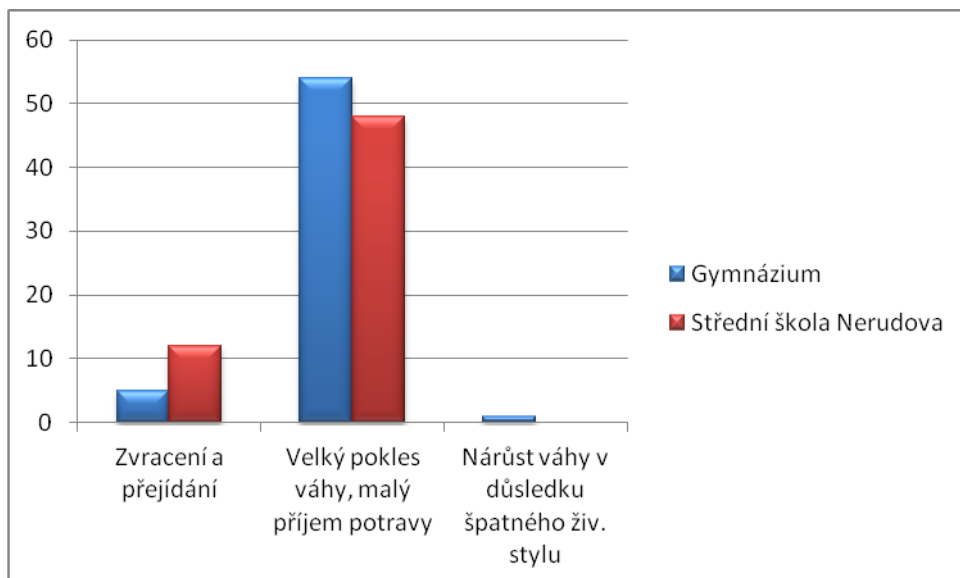
Otázka č. 8 v dotazníku zní: Jaké jsou příznaky anorexie?

Tabulka č. 27 Jaké jsou příznaky anorexie?

PŘÍZNAKY ANOREXIE				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Zvracení a přejídání	5	8%	12	20%
Velký pokles váhy, malý příjem potravy	54	90%	48	80%
Nárůst váhy v důsledku špatného živ. stylu	1	2%	0	0%
	60	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 8 Jaké jsou příznaky anorexie?



Zdroj: vlastní výzkum

„Velký pokles váhy, malý příjem potravy“ je správná odpověď na danou otázku, kterou zvolilo 54 respondentů (90%) z G a 48 respondentů (80%) z SŠN. Možnost „zvracení a přejídání“ označilo 5 respondentů (8%) z G a 12 respondentů (20%) ze SŠN. Jeden respondent (2%) z G označilo variantu „nárůst váhy v důsledku špatného životního stylu“.

Zde o 10% nad SŠN zvítězilo gymnázium.

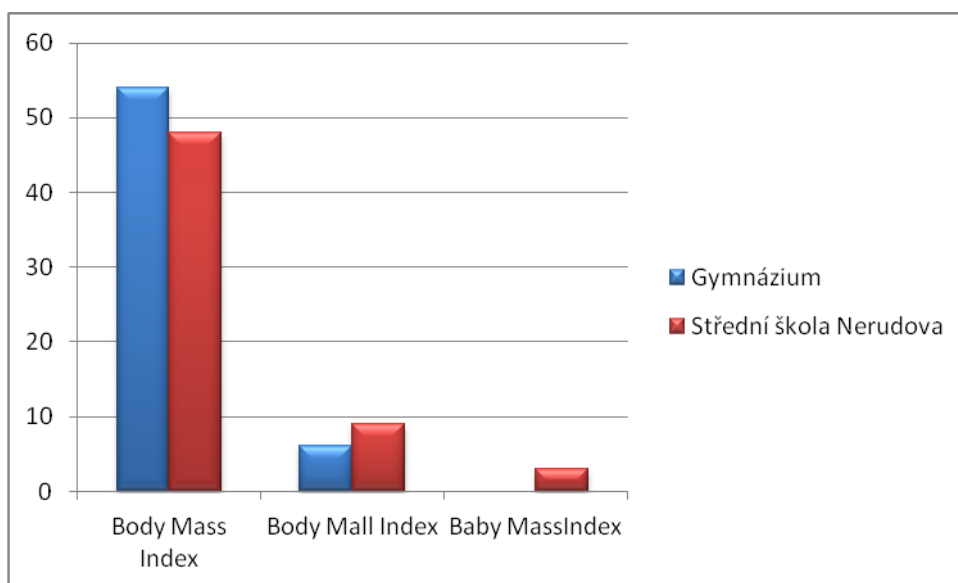
Otázka č. 9 v dotazníku zní: Co znamená zkratka BMI?

Tabulka č. 28 Co znamená zkratka BMI?

BMI				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Body Mass Index	54	90%	48	80%
Body Mall Index	6	10%	9	15%
Baby Mass Index	0	0%	3	5%
	60	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 9 Co znamená zkratka BMI?



Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce byla správnou odpovědí první varianta, tedy „Body Mass Index“, kterou označilo 54 respondentů (90%) z G a 48 respondentů (80%) z SŠN. Variantu „Body Mall Index“ označilo 6 respondentů (10%) z G a 9 respondentů (15%) ze SŠN. 3 respondenti (5%) ze SŠN označili i variantu (Baby Mass Index).

V této otázce opět zvítězilo o 10% gymnázium.

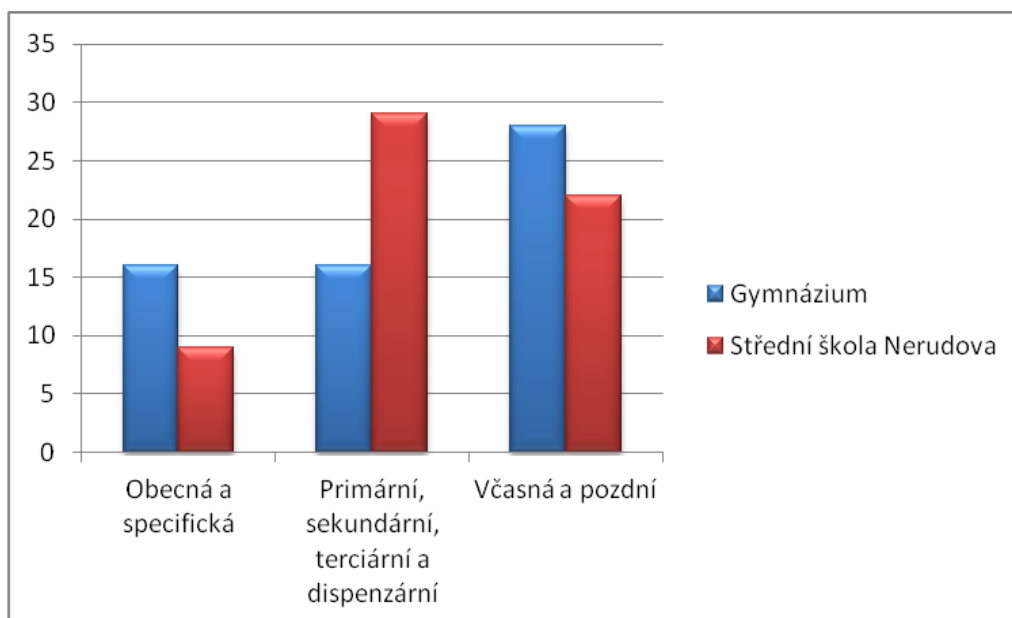
Otázka č. 10 v dotazníku zní: Dělení prevence dle časového hlediska je?

Tabulka č. 29 Dělení prevence dle časového hlediska je?

PREVENCE DLE ČASOVÉHO HLEDISKA				
	Gymnázium	v %	Sřední škola Nerudova	v%
Obecná a specifická	16	27%	9	15%
Primární, sekundární, terciární a dispenzární	16	27%	29	48%
Včasná a pozdní	28	47%	22	37%
	60	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10 Dělení prevence dle časového hlediska je?



Zdroj: vlastní výzkum

„Včasná a pozdní“ prevence je správnou odpovědí, kterou si zvolilo 28 respondentů (47%) z G a 22 respondentů (37%) z SŠN. Variantu „primární, sekundární a terciární“ si zvolilo 16 respondentů (27%) z G a 29 respondentů (48%) ze SŠN. Dále pak 16 respondentů (27%) a 9 respondentů (15%) označilo variantu „obecná a specifická“.

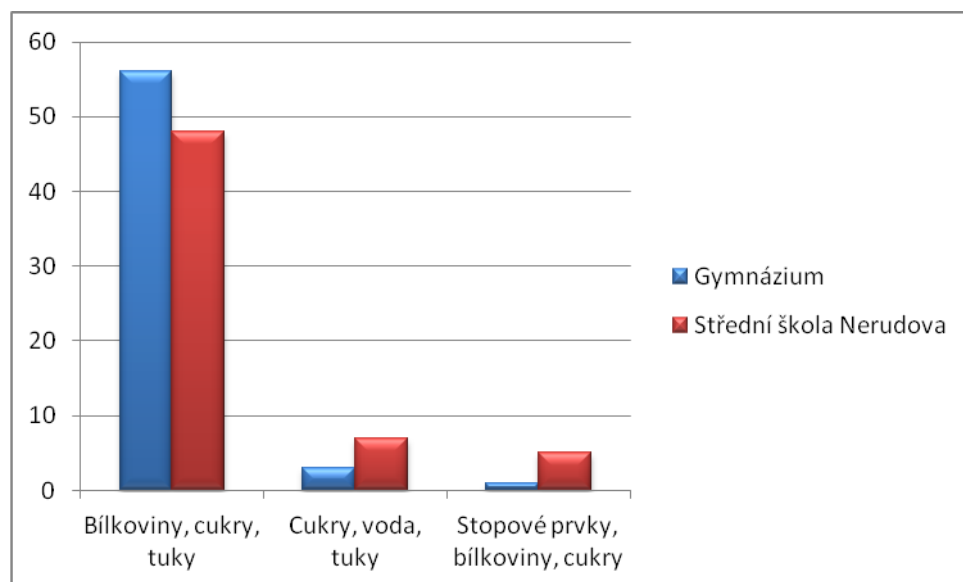
Otázka č. 14 v dotazníku zní: Jaké jsou hlavní složky výživy:

Tabulka č. 30 Jaké jsou hlavní složky výživy?

HLAVNÍ SLOŽKY VÝŽIVY				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Bílkoviny, cukry, tuky	56	93%	48	80%
Cukry, voda, tuky	3	5%	7	12%
Stopové prvky, bílkoviny, cukry	1	2%	5	8%
	60	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 11 Jaké jsou hlavní složky výživy?



Zdroj: vlastní výzkum

Jak už bylo zmíněno v teoretické části, mezi hlavní složky výživy patří „cukry, tuky a bílkoviny“ (s. 24), tuto variantu označilo 56 respondentů (93%) z G a 48 respondentů (80%) ze SŠN. Dále 3 respondenti (5%) z G a 7 respondentů (12%) ze SŠN označilo i variantu „cukry, voda a tuk“. A variantu „stopové prvky, bílkoviny a cukry“ označil 1 respondent (2%) z G a 5 respondentů (8%) ze SŠN.

U této otázky vyplynulo také to, že větší povědomí, o 13%, mají o hlavních složkách výživy studenti gymnázia.

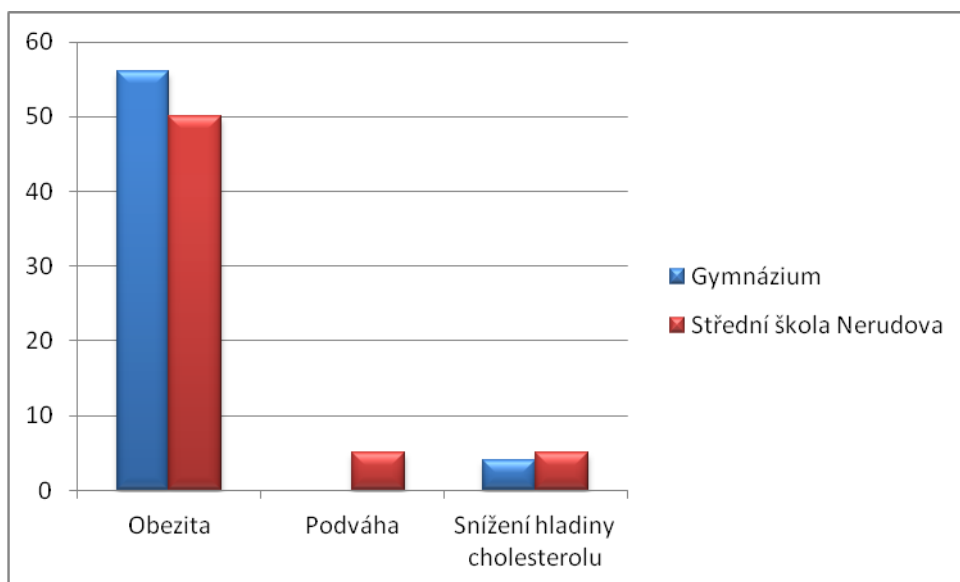
Otázka č. 15 v dotazníku zní: Vysoký energetický příjem způsobuje:

Tabulka č. 31 Vysoký energetický příjem způsobuje:

VYSOKÝ ENERGETICKÝ PŘÍJEM ZPŮSOBUJE				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Obezita	56	93%	50	83%
Podváha	0	0%	5	8%
Snížení hladiny cholesterolu	4	7%	5	8%
	60	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 12 Vysoký energetický příjem způsobuje:



Zdroj: vlastní výzkum

V této otázce byla správnou odpovědí „obezita“, kterou označilo 56 respondentů (93%) z G a 50 respondentů (80%) ze SŠN. I přesto 4 respondenti (7%) z G a 5 respondentů (8%) ze SŠN označilo variantu „sníží hladinu cholesterolu“. A „podváhu“ označilo 5 respondentů (8%) ze SŠN.

V této otázce opět zvítězilo o 10% gymnázium.

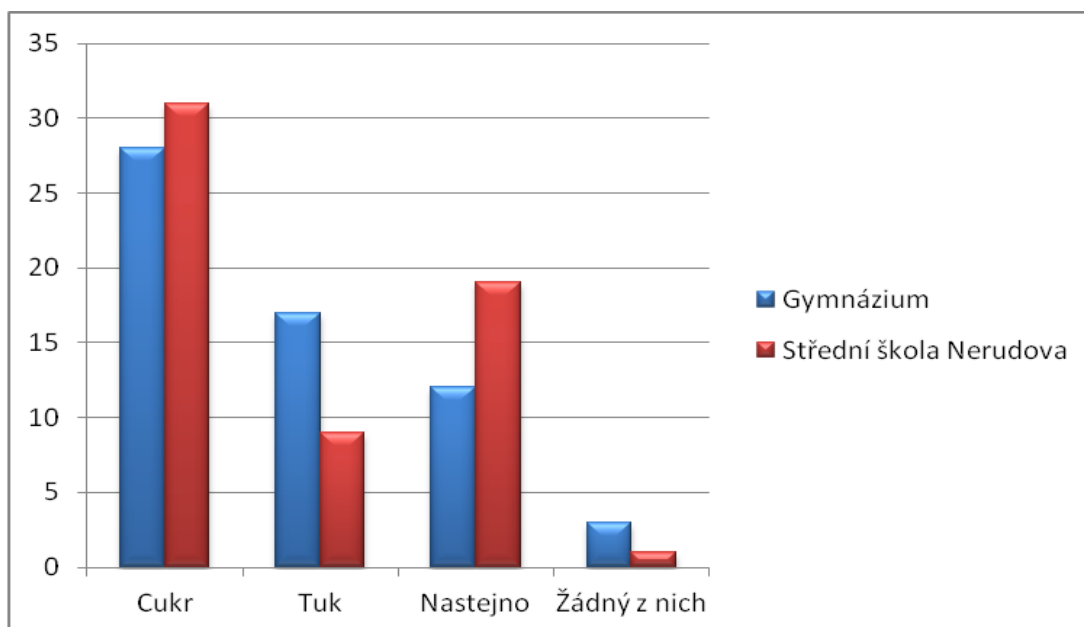
Otázka č. 27 v dotazníku zní: Je škodlivější cukr nebo tuk?

Tabulka č. 32 Je škodlivější cukr nebo tuk?

CUKR X TUK				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Cukr	28	47%	31	52%
Tuk	17	28%	9	15%
Nastejno	12	20%	19	32%
Žádný z nich	3	5%	1	2%
	60	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 13 Je škodlivější cukr nebo tuk?



Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovědělo správně, tedy „cukr“, 28 respondentů (47%) z G a 31 respondentů (52%) ze SŠN. Dále 17 respondentů (28%) z G a 9 respondentů (15%) ze SŠN zvolilo variantu „tuk“, dále pak 12 respondentů (20%) z G a 19 respondentů (32%) označilo variantu „nastejno“. I poslední variantu „žádný z nich“ označili 3 respondenti (5%) z G a 1 respondent (2%) ze SŠN.

O škodlivosti cukru mají o 5% větší povědomí studenti gymnázia.

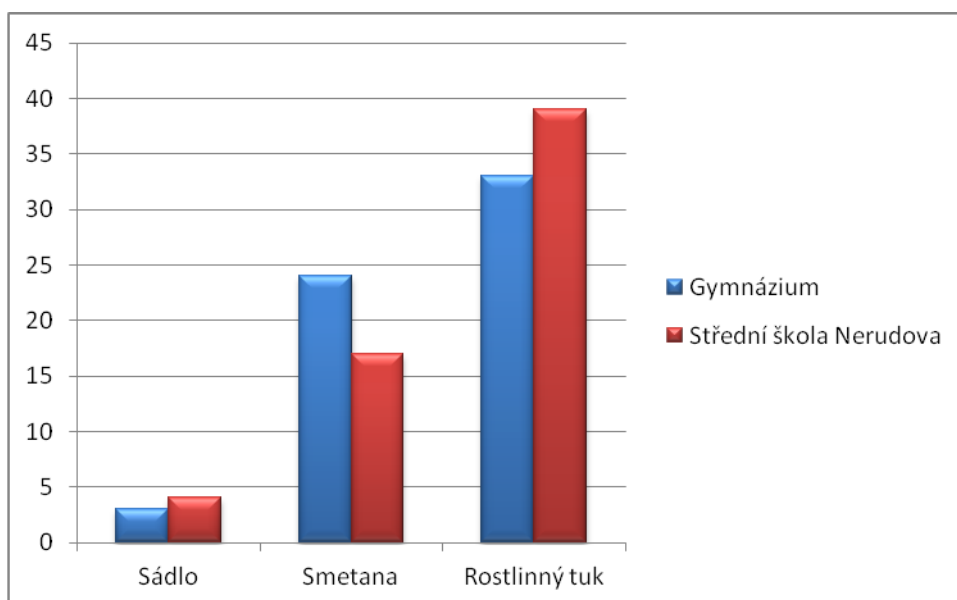
Otázka č. 29 v dotazníku zní: Nejméně cholesterolu má:

Tabulka č. 33 Nejméně cholesterolu má:

NEJMÉNĚ CHOLESTEROLU MÁ				
	Gymnázium	v %	Střední škola Nerudova	v%
Sádlo	3	5%	4	7%
Smetana	24	40%	17	28%
Rostlinný tuk	33	55%	39	65%
	60	100%	60	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 14 Nejméně cholesterolu má:



Zdroj: vlastní výzkum

Variantu „rostlinný tuk“ v této otázce zvolilo 33 respondentů (55%) z G a 39 respondentů (65%) ze SŠN. Dále pak také 24 respondentů (40%) a 17 respondentů (28%) označilo variantu „smetana“. „Sádlo“ zvolili 3 respondenti (5%) z G a 4 respondenti (7%) ze SŠN.

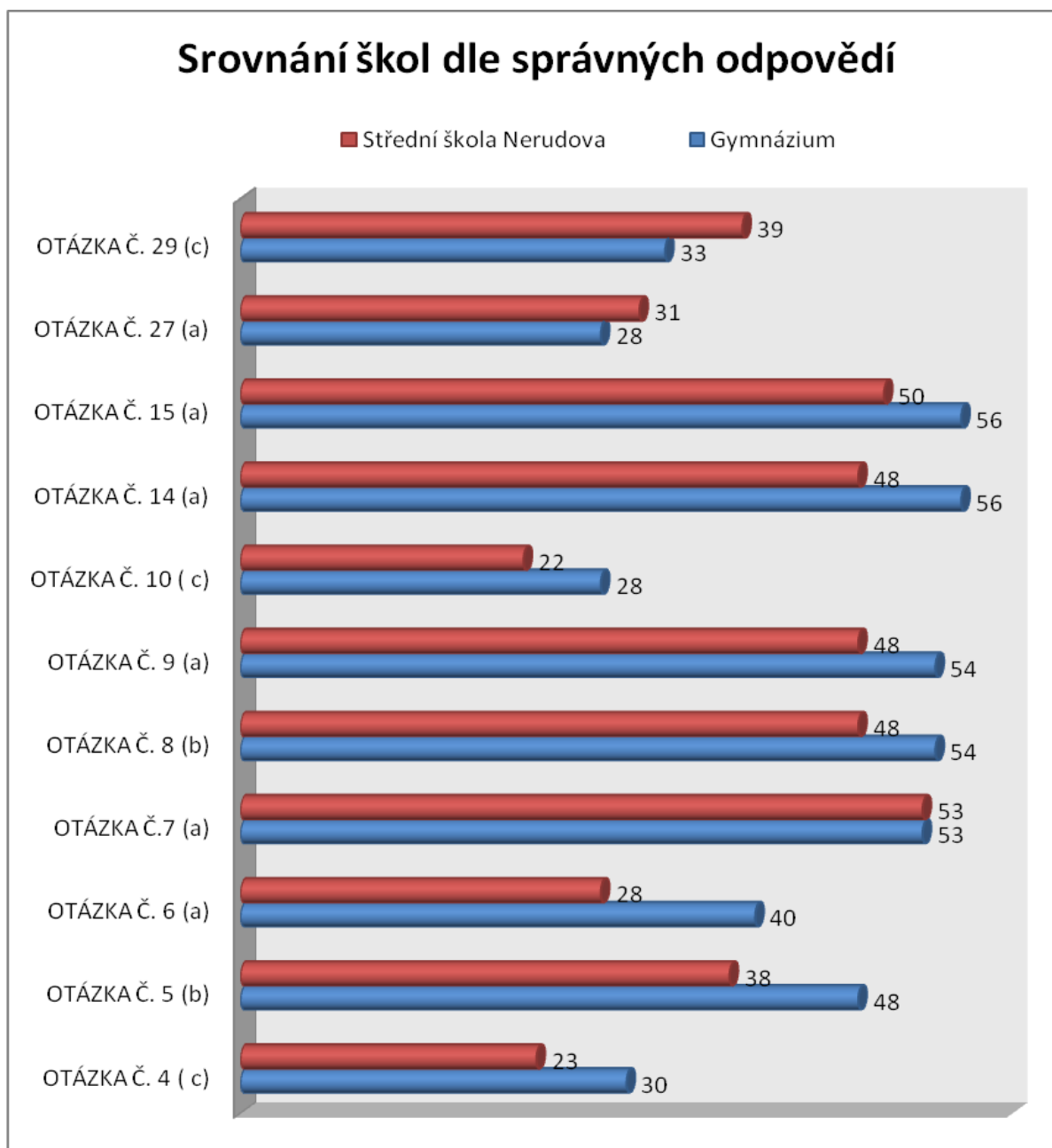
V této otázce si byli o 10% jistější respondenti ze Střední školy Nerudova.

Tabulka č. 34 Znárodnění srovnání škol dle správných odpovědí v absolutních číslech

ZNÁZORNĚNÍ SROVNÁNÍ ŠKOL DLE SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ		
	Gymnázium	Střední škola Nerudova
OTÁZKA Č. 4 (c)	30	23
OTÁZKA Č. 5 (b)	48	38
OTÁZKA Č. 6 (a)	40	28
OTÁZKA Č. 7 (a)	53	53
OTÁZKA Č. 8 (b)	54	48
OTÁZKA Č. 9 (a)	54	48
OTÁZKA Č. 10 (c)	28	22
OTÁZKA Č. 14 (a)	56	48
OTÁZKA Č. 15 (a)	56	50
OTÁZKA Č. 27 (a)	28	31
OTÁZKA Č. 29 (c)	33	39
	480	428

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 15



Zdroj: vlastní výzkum

Zde je přehled, z něhož je možno pozorovat, že vybraní studenti gymnázia mají znalosti a výchově ke zdraví a zdravotní gramotnosti významně vyšší, než sledovaný soubor studentů ze SŠN. Pouze ve dvou případech odpověděli správně studenti Střední škola Nerudova, a v jedné otázce byly vědomosti studentů obou typů škol na stejné úrovni.

4 DISKUZE

Tato kapitola je věnována interpretaci výsledků, které byly získány z dotazníkového šetření od studentů dvou typů středních škol ve Vimperku. Prostřednictvím dotazníku byly zjišťovány a následně porovnávány nejen vědomosti, ale i životní styl studentů Gymnázia a Střední školy Nerudova ve Vimperku.

V úvodu bakalářské práce byly stanoveny dva cíle. Těmito cíli bylo zjistit, zda mají studenti vybraných středních škol ve Vimperku srovnatelné vědomosti o výchově ke zdraví a zjistit a zda mají větší znalosti o obsahu výchovy ke zdraví studenti gymnázia než střední škola Nerudova.

Dále byly stanoveny dvě hypotézy. H1: „Domnívám se, že větší povědomí o obsahu výchovy ke zdraví mají studenti gymnázia.“ H2: „Předpokládám, že studenti gymnázia žijí zdravějším životním stylem, než studenti střední školy Nerudova.“ Pro testování těchto hypotéz jsem použila kvantitativní výzkum, konkrétně anonymní dotazník.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 120 studentů dvou typů středních škol ve Vimperku. Jednalo se o studenty 3. a 4. ročníků gymnázia a Střední školy Nerudova.

Hypotéza č. 1 byla potvrzena, což dokládá graf č. 15 (s. 72). V němž jsou zahrnuty všechny otázky, které odpovídají této hypotéze, tedy otázka č. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 27, a 29. Z 11 otázek, které se opírají o tuto hypotézu, 8 otázek mluví pro potvrzení mé hypotézy, 2 otázky po vyhodnocení mluví proti, a v jedné otázce se ukazují stejné znalosti.

První tři otázky sloužily pouze pro identifikaci vzorku respondentů. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 120 studentů, 60 studentů z Gymnázia Vimperk, a 60 studentů ze Střední školy Nerudova Vimperk. Věková struktura se pohybovala v rozmezí od 17let do 20 let, přičemž nejpočetnější skupina gymnázia (48%) byla „18let“ a u střední školy Nerudova (35%) taktéž, druhou nejpočetnější skupinou byl věk „19 let“ – gymnázium (28%) a střední škola Nerudova (33%). Třetí otázka zjišťovala bydliště respondentů, 57% z gymnázia i ze střední školy Nerudova odpovědělo, že jsou z „jiné obce“ a 43% z obou škol je z „Vimperka“.

Když se nyní zaměříme na vyhodnocení odpovědí, které se opírají o hypotézu č. 1., v otázce č. 4, která je zobrazena v tab. č. 23 (s. 59), jsem se dotazovala, jak je v dnešní době definován pojem zdraví. V této otázce odpovědělo správně o 12% více respondentů z gymnázia (50%), tedy, že zdraví je „stav bio-psycho-sociálního blaha a duševní pohody“. Více jak polovina studentů (55%) ze střední školy Nerudova (dále jen SŠN) volila jako správnou odpověď „stav celkové tělesné pohody“.

V další navazující otázce, ve které jsem zjišťovala, co v angličtině znamená zkratka WHO, je v tab. č. 24 (s. 60) vidět, že převážná většina (80%) studentů z gymnázia odpověděla správně, ale i studenti ze SŠN odpovídalo správně, ale pouze 63% studentů. Vyplývá z toho tedy, že v této otázce se o 17% více orientovali studenti z gymnázia.

Následující otázka č. 7 zjišťovala, zda studenti vědí, jaká z uvedených variant v otázce patří mezi zdravé potraviny. Správná odpověď byla „jablka, jogurt, ryba a brambory“. V tabulce č. 26 (s. 62) můžeme vidět, že stejné procento (88%) studentů jak gymnázia, tak i studentů SŠN odpovědělo správně. V této otázce odpovědělo pouze 7 studentů z každé školy špatně. Tato otázka nepotvrdila mou hypotézu č. 1.

Na otázku č. 8 v dotazníku, která zněla „jaké jsou příznaky anorexie“, odpovědělo opět správně více studentů z gymnázia. Jak je vidět v tabulce č. 27 (s. 64), variantu „velký pokles váhy, malý příjem potravy“, správná varianta, zvolilo 90% studentů z gymnázia a 80% studentů ze SŠN. I v této otázce se mi potvrdila hypotéza č. 1, tedy, že o 10% více správných odpovědí nalezneme u studentů z gymnázia.

Šestá v pořadí vědomostních otázek byla otázka č. 9, která se ptala „co znamená zkratka BMI“. Na tuto otázku opět odpověděla většina studentů z obou škol správně. Jak je ale vidět v tabulce č. 28 (s. 65), větší procento (90%) správných odpovědí patřilo gymnáziu. SŠN odpovídala správně v 80%. Tato otázka opět potvrzuje mou hypotézu č. 1.

V otázce č. 14, která zněla „dělení prevence dle časového hlediska je“, si nebyli jisti studenti z obou škol. I přes to vplynulo, že studenti gymnázia mají větší přehled (47%), co se týče prevence. Studenti SŠN (48%) se domnívali, že správná odpověď je varianta „primární, sekundární a terciární“. Nováková (2011, s. 65) uvádí „podle toho, jak se prevence provádí, se

rozlišují tři druhy prevence: primární, sekundární a terciární.“ I když nejde o tak velký rozdíl, i zde o 10% více měli správnou odpověď studenti gymnázia.

Otázka č. 14 se ptala, „jaké jsou hlavní složky výživy“. V této otázce kralovala u obou typů školy odpověď „bílkoviny, cukry, tuky“, což byla i odpověď správná. Kromě 4 studentů z gymnázia a 12 studentů ze SŠN, odpověděli správně. V tabulce č. 30 vidíme, že v této otázce opět odpovědělo správně více studentů (93%) z gymnázia, ze SŠN odpovědělo správně 80% studentů. Hypotéza č. 1 se mi v této otázce potvrdila.

„Vysoký energetický příjem způsobuje“ byla další, v pořadí 15. otázka v dotazníku. I zde převažovala značná většina správných odpovědí u studentů obou typů škol. Dle Máchové (2016, s. 33) „vysoký energetický příjem způsobuje obezitu, při níž je značně zatížena páteř a kyčelní a kolenní klouby, a která je současně rizikovým faktorem srdečně-cévních onemocnění, cévních mozkových příhod a cukrovky.“ Také i dle Kleiner (2015, s. 90) „příliš mnoho tuků ve stravě způsobuje nárůst tělesné hmotnosti a to postupně vede k obezitě a s ní spojených zdravotním problémům.“ Studenti gymnázia (93%) označili jako správnou variantu „obezita“, ale i studenti SŠN (83%) si tuto variantu vybrali jako správnou, i přesto odpovědi na tuto otázku potvrzují hypotézu č. 1.

Předposlední otázka, která se také opírá o hypotézu č. 1, zněla: „Je škodlivější cukr nebo tuk?“ V této otázce nebyly odpovědi ani z jedné školy jednoznačné. Je pravda, že pokud nekonzumujeme tyto složky potravy ve správném poměru, mohou uškodit obě dvě. Asi i proto studenti gymnázia volili variantu „cukr“ 47% a také volili tuk (28%), studenti SŠN volili také nejvíce variantu „cukry“ (52%), ale také volili variantu „nastejno“ (32%). Přesto je škodlivější cukr. V tabulce č. 32 (s. 69) můžeme vidět, že s rozdílem 5% odpovídali lépe studenti ze SŠN. Proto tato otázka nekoresponduje s hypotézou č. 1.

V poslední vědomostní otázce jsem se ptala: „Nejméně cholesterolu má?“. Správnou odpovědí byla varianta „rostlinný tuk“. Výhodou rostlinných tuků je, že neobsahují cholesterol, navíc mají vyšší podíl polynenasycených mastných kyselin (Výživa dětí, 2013). Zde si byli jistější studenti ze SŠN (65%), i studenti gymnázia odpovídali správně, ale pouze 55% studentů. Proto z těchto odpovědí vyplývá, že hypotéza č. 1 nekoresponduje s mou hypotézou.

V tabulce č. 34 (s. 72) je sestaven souhrn správných odpovědí u všech vědomostních otázek, ze které je patrné, že studenti gymnázia mají větší povědomí o obsahu výchovy ke zdraví (hypotéza č. 1). Pouze ve dvou otázkách odpovědělo správně větší procento studentů SŠN, a to u otázky č. 27 a otázky č. 29. V otázce č. 7 se vědomosti studentů obou typů škol shodovaly.

H1: „Domnívám se, že větší povědomí o obsahu výchovy ke zdraví mají studenti gymnázia.“
Byla potvrzena.

Dále jsem se v dotazníku ptala na otázky týkající se celkového životního stylu. Některé z těchto otázek (ot. č. 11, 12, 16, 17, 21, 22 a 28) korespondují s hypotézou č. 2.

Jedná se tedy o otázku č. 11, která v dotazníku zněla: „Kolik hodin spánku denně je pro Vás optimální?“ Jak už jsem uváděla v kapitole 2.4.2 (Vlastní analýza zjištěných odpovědí) je dle Mourka optimální 8 – 10h spánku denně (Mourek, 2012). Po sečtení dvou variant odpovědí u této otázky vyšlo, že rozmezí 7 – 10h je optimálnější (78%) pro studenty G. Po sečtení procent u studentů SŠN vyšel výsledek 69%.

Následující otázka se týkala stravování. Na grafu č. 3 (s. 46) je znázorněn rozdíl mezi stravováním studentů G a studentů SŠN. Po sečtení odpovědí „ANO“ vyšel výsledek, že 82% studentů G dodržují stravování 5x denně, a 65% studentů SŠN. Dle Pavlucha a Frolíkové (2004) je obecně propagovaný princip stravování rozdělený do pěti dávek. Je tedy zřejmé, že vhodnější stravovací návyky mají studenti G.

Dospělý člověk by měl vypít cca 20 – 40 ml tekutin na 1kg tělesné hmotnosti za 24h, což je cca 2 – 3 l tekutin denně (Čeledová a Čevela, 2010, s. 60). Dle tohoto poznatku jsem vyhodnotila otázku č. 16, ve které jsem se studentů ptala, kolik tekutin denně vypijí. Po sečtení výsledků u variant „2 -3l“ vyšel následující výsledek – 52% studenti G a 62% studenti SŠN. V této otázce je zřejmé, že vhodný pitný režim lépe dodržují studenti SŠN. Tato otázka nepotvrzuje hypotézu č. 2.

Podotázka otázky č. 16 dále zjišťovala, jaké tekutiny pijí. Základem pitného režimu by měla být čirá, nízce mineralizovaná voda, kterou lze doplnit o ovocné a zeleninové šťávy, bylinkové a zelené čaje (Čeledová a Čevela, 2010, s. 60). Díky tomuto faktu jsem vybrala varianty – voda, minerálka, ovocné šťávy a čaj, které jsem sečetla, a výsledek hovoří takto:

69% pro studenty G a 47% pro studenty SŠN. Z těchto výsledků vyplývá, že správné tekutiny pijí spíše studenti G, proto i tato otázka potvrzuje hypotézu č. 2.

Otázka č. 17 se věnuje sportu, konkrétně kolikrát týdně se věnují sportu. V této otázce odpověděli 4 studenti (7%) SŠN, že nesportují nikdy a každý (100%) student G se věnuje sportu. I v této otázce se hypotéza č. 2 potvrzuje.

Otázka č. 21 se ptala, zda studenti kupují produkty zdravé výživy. Zde nebyl rozdíl tak výrazný, i přesto byla hypotéza č. 2 potvrzena. Produkty zdravé výživy kupuje 57% studentů G a 52% SŠN.

Pro potvrzení hypotézy č. 2 jsem vyhodnotila otázku č. 22. Na značku kvality se při nákupu potravin dívá 60% studentů z G a 46% ze SŠN. Je tedy patrné, že i tato otázka potvrzuje hypotézu č. 2.

V poslední otázce č. 28, která se také opírá o hypotézu č. 2, jsem zjišťovala, zda studenti dávají přednost zdravé výživě či fastfoodu. Z odpovědí je patrné, s rozdílem 26%, že o zdravou výživu mají větší zájem studenti G (83%). I v této otázce byla hypotéza č. 2 potvrzena.

H2: „Předpokládám, že studenti gymnázia žijí zdravějším životním stylem, než studenti střední školy Nerudova.“ Byla potvrzena.

5 ZÁVĚR

Téma překládané bakalářské práce s názvem „Výchova ke zdraví a zdravotní gramotnost na středních školách“ mělo za cíl zmapovat povědomí studentů středních škol ve Vimperku o výchově ke zdraví. Dále byly specifikovány konkrétnější dílčí cíle, které zněly: „Zjistit, zda mají studenti vybraných středních škol ve Vimperku srovnatelné vědomosti o výchově ke zdraví“ a „Zjistit, zda mají větší znalosti o obsahu výchovy ke zdraví studenti gymnázia než studenti střední školy Nerudova“.

Ve výzkumné části byla využita metoda dotazování, technika anonymního dotazníku. V dotazníku byly různé druhy otázek – identifikační, vědomostní a otázky, které se týkaly přímo životního stylu studentů daných škol ve Vimperku.

Hypotéza č. 1: : „Domnívám se, že větší povědomí o obsahu výchovy ke zdraví mají studenti gymnázia.“ Byla na základě výzkumu potvrzena. Z 11 otázek správně studenti gymnázia odpověděli v 7 otázkách a v jedné otázce se odpovědi shodovaly obou typů středních škol. V tabulce č. 34 (s. 72) byl tento výsledek zobrazen v absolutních číslech. Hypotéza č. 2: „Předpokládám, že studenti gymnázia žijí zdravějším životním stylem, než studenti střední školy Nerudova.“, byla taktéž potvrzena.

Jelikož jde o stále aktuální téma, domnívám se, že by teoretická část i výzkumná část práce mohly sloužit jako metodický materiál pro učitele a studenty, kteří by si chtěli rozšířit znalosti o výchově ke zdraví a zdravotní gramotnosti, jak v soukromém životě, tak i v praktické výuce ve školách.

Díky nemoci známe hodnotu zdraví, díky zlu hodnotu dobra, díky hladu sytost a díky únavě odpočinek.

Hérakleitos

6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ARNOLDOVÁ, A. 2012. *Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné, systémy sociálního zabezpečení*. 1. vyd. Praha: Grada. Aktuální legislativa. ISBN 978-80-247-3724-9.
2. BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8.
3. BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada. 6. Přeproc. a dopl. vyd. ISBN 978-80-2476-2890
4. BEDRNOVÁ, E. a kol. 2009. *Management osobního rozvoje: duševní hygiena, sebeřízení a efektivní životní styl*. Praha: Management Press. ISBN 978-80-7261-198-0.
5. BENDL, S. 2015. *Vychovatelství: učebnice teoretických základů oboru*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4248-9.
6. BŘENDOVÁ, J., ŠIMEČKOVÁ, J., a ŠIMEK, L. 2013. *Studijní příručka pro odborný diplomový seminář a metodický pokyn pro zpracování absolventské práce*. Prachatice: VOŠS Prachatice.
7. ČAČKA, O. 2000. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Brno: Doplněk.
8. ČAPEK, R. 2014. *Odměny a tresty ve školní praxi*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4639-5.
9. ČELEDOVÁ, L. a ČEVELA, R. 2010. *Výchova ke zdraví, Vybrané kapitoly*. Praha : Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.
10. ČEVELA, R. 2015. *Sociální a posudkové lékařství*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2938-4.
11. ČEVELA, R., a ČELEDOVÁ, L. 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.

12. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., a DOLANSKÝ, H. 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. ISBN 9788024764672.
13. DOLEJŠ, M., SKOPAL, O., SUCHÁ, J. et al. 2014. *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
14. DUFFKOVÁ, J. 2005. *Životní způsob/životní styl a jeho variantnost*. In: *Aktuální problémy životního stylu*. Sborník referátů a příspěvků ze semináře sekce sociologie integrálního zkoumání člověka a sekce sociologie kultury a volného času. Praha: UK.
15. GEISSELOVÁ, E. 2012. *Mít přehled: průvodce informačními a poradenskými službami pro mládež v ČR*. 1. vyd. Praha: Národní institut dětí a mládeže Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. ISBN 978-80-87449-02-8.
16. HOLČÍK, J. 2009. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-089-0.
17. HOLČÍK, J. 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. 293 s. Škola a zdraví pro 21. století. ISBN 978-80-210-5239-0
18. JANDOUREK, J. 2008. *Průvodce sociologií*. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-2397-6.
19. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R. 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.
20. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 99 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-507.
21. JOSHI, V. 2007. *Stres a zdraví*. Překlad: TOMKOVÁ, D. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-211-9.
22. KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
23. KLEINER, S. M. a GREENWOOD-ROBINSON, M. 2015. *Fitness výživa: Power Eating program, druhé vydání*. Přeložil Daniela STACKEOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5289-1.

24. KLIMSTRA, T. A., HALLE III, W. W., RAAIJMAKERS, Q. W., et al. 2010. Identity formation in adolescence: change or stability?. *Journal Of Youth And Adolescence*, 39(2), 150 - 162. Doi: 10.1007/s10964-009-9401-4.
25. KOZEL, K., MYNÁŘOVÁ, L. a SVOBODOVÁ, H. 2011. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. Praha: Grada Publishing a. s. ISBN 978-80-247-7298-1.
26. KRASKA-LÜDECKE, K. 2007. *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1833-0.
27. KREJČÍ, M. 2011. *Strategie výuky duševní hygieny: výchova ke zdraví ve škole*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita. ISBN 978-80-7394-262-5.
28. KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-551-2
29. KUNOVÁ, V. 2011. *Zdravá výživa*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-3433-0.
30. MACEK, P. 1999. *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha. Portál. 207s. ISBN 80-7178-348-x.
31. MACEK, P. 2003. *Adolescence*. Praha: Portál.
32. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. 2009. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2715-8.
33. MARÁDOVÁ, E. 2004. *Výchova ke zdraví: pracovní sešit pro 6. -9. ročník základní školy*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 64 s. Zdravý životní styl. ISBN 80-716-8914-9.
34. MELGOSA, J. 1997. *Zvládní svůj stres*. Překlad: HLOUCH, M. Praha: Advent-Orion. ISBN 80-7172-240-5.
35. MERTIN, V., KREJČOVÁ, L. 2013. *Výchovné poradenství*. 2., přeprac. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. ISBN 978-80-7478-356-2.
36. MÍČEK, L. 1984. *Duševní hygiena*. Vyd. 1. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. Učebnice pro vysoké školy.

37. MOUREK, J. 2012. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3918-2.
38. MÜLLEROVÁ, D., AUJEZDSKÁ, A. 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2510-2.
39. MÜLLEROVÁ, D., AUJEZDSKÁ, A. 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2510-2.
40. NÁRODNÍ STRATEGIE ZDRAVÍ 2020
41. NOVÁKOVÁ, I. 2011. *Zdravotní nauka 2. Díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2477-1014
42. NOVÁKOVÁ, I. 2011. *Zdravotní nauka 2. Díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-7101-4.
43. NOVÁKOVÁ, I. 2012. *Zdravotní nauka 3. Díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2477-7895-2
44. PAVLÍKOVÁ, S. 2007. *Modely ošetrovatelstva v kocke*. 1. slovenské vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1918-4.
45. PAVLUCH, L., FROLÍKOVÁ, K. 2004. *Osobní trenér: cvičíme ve fitness centru*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 80-247-0678-4.
46. PÍŤHA, J., POLEDNE, R. 2009. *Zdravá výživa pro každý den*. Vyd. 1. Praha: Grada. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2488-1.
47. POLICAR, R. 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2358-7.
48. PRESL, J. 1995. *Drogová závislost, Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha : Maxdorf. ISBN 80-85800-25-X.
49. REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.

50. SLAVÍK, M. 2012. *Vysokoškolská pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4054-6.
51. SLIMÁKOVÁ. © 2013. *Zdravý talíř: praktická pomůcka zdravé výživy* [online]. [cit. 2016-04-06]. Dostupné z: <http://www.healthyplate.eu/cz>.
52. STREJČKOVÁ, A. 2007. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. Praha: Fortuna. ISBN 978-80-7168-943-0.
53. ŠTEFAN, J., MACH, J. 2005. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0931-7
54. TRUCKENBRODT, N. 2006. *Stres? Neznám! Jak si efektivně zorganizovat práci a nepodlehout stresu*. Překlad: MARTIŠKOVÁ, N. Praha: Grada. ISBN 80-247-1688-7.
55. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
56. VRBALOVÁ, V. 28. 8. 2014. Průvodce výživou.cz. Zdravou výživou a cvičením k dokonalému zevnějšku. Online. Cit. 2016-08-09. Dostupné z: <http://pruvodcevyzivou.cz/zdravou-vy/zivou-a-cvicenim-k-dokonalemu-zevnejsku>.
57. VURM, V. 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton. ISBN 978-7254-997-9.
58. Výživa dětí. © 2013. *Zdravá výživa: Jak je to s tuky*. [online]. [cit. 2016-08-09]. Dostupné z: <http://vyzivadeti.cz/zdrava-vyziva/tema-mesice/tema-mesice-kvetna-tuky/>.
59. *Zdraví 2020: rámcový souhrn opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly ke zdraví a životní pohodě obyvatel evropského regionu*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem a Kanceláří WHO v České republice, 2013. ISBN 978-80-85047-45-5.

7 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Pyramida zdravé výživy

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Nicol Frajkorová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Rehabilitační psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích (Zdravotně sociální fakulta).

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku.

Dotazník je anonymní a poslouží ke zpracování mé bakalářské práce, která se nazývá Výchova ke zdraví a výživová gramotnost na středních školách

Děkuji za Váš čas

Nicol Frajkorová

1. Pohlaví

- a. Žena
- b. Muž

2. Věk

.....

3. Kde bydlíte?

- a. Vimperk
- b. V jiné obci

4. Pojem zdraví se v současné době definuje jako:

- a. Nepřítomnost bolesti
- b. Stav celkové tělesné pohody
- c. Stav úplného bio-psycho-sociálního blaha a duchovní pohody

5. Zkratka WHO v angličtině znamená:

- a. World Human Organization
- b. World Health Organization
- c. Worm Health Organization

6. Zdravotní stav společnosti se hodnotí především na základě:

- a. Nemocnosti a úmrtnosti
- b. Porodnosti a úmrtnosti
- c. Porodnosti a nemocnosti

7. Zdravé potraviny jsou:

- a. Jablka, jogurt, ryba, brambory
- b. Mléko, pohanka, hamburger
- c. Tvaroh, salám, paprika, těstoviny

8. Jaké jsou příznaky anorexie?

- a. Zvracení a přejídání
- b. Velký pokles váhy, malý příjem potravy
- c. Nárůst váhy v důsledku špatného životního stylu

9. Co znamená zkratka BMI?

- a. BODY MASS INDEX
- b. BODY MALL INDEX
- c. BABY MASS INDEX

10. Dělení prevence dle časového hlediska je?

- a. Obecná a specifická
- b. Primární, sekundární, terciární a dispenzární
- c. Včasná a pozdní

11. Kolik hodin spánku denně je pro Vás optimální?

- a. 5 - 6 hodin
- b. 7 - 8 hodin
- c. 9 - 10 hodin
- d. 11 - 12 hodin

12. Stravování:

- Snídaně: ano x ne
Svačina: ano x ne
Oběd: ano x ne
Svačina: ano x ne
Večeře: ano x ne

13. Jaké jsou projevy nedostatku tekutin:

.....
.....

14. Jaké jsou hlavní složky výživy?

- a. Bílkoviny, cukry, tuky
- b. Cukry, voda, tuky
- c. Stopové prvky, bílkoviny, cukry

15. Vysoký energetický příjem způsobuje:

- a. Obezitu
- b. Podváhu
- c. Sníží hladinu cholesterolu

16. Kolik tekutin denně cca vypijete? A jaké?

.....
.....

17. Kolikrát týdně se věnujete sportu?

- a. 1 – 2x týdně
- b. 2 – 3x týdně
- c. 3 – 4x týdně
- d. 4 – vícekrát týdně
- e. Nikdy

18. Se svým životním stylem jste:

- a. Spokojen (a)
- b. Spíše spokojen (a)
- c. Spíše nespokojen (a)
- d. Nespokojen (a)

19. Zajímáte se o zdravou výživu a zdravé stravování?

- a. Určitě ano
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Vůbec ne

20. Co představuje Váš hlavní důvod zájmu o zdravou výživu?

- a. Snaha stravovat se zdravěji
- b. Zdravotní důvody
- c. Dodržování diety
- d. Preference vyšší kvality potravin
- e. Zdravý životní styl
- f. Zdraví a krása
- g. Být fit a cítit se dobře
- h.

21. Kupujete produkty zdravé výživy?

- a. Ano, pravidelně
- b. Ano, občas
- c. Spíše výjimečně
- d. Vůbec

22. Díváte se při nákupu potravin na značky kvality

- a. Ano, vždy
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Nikdy

23. Jaká forma propagace zdravé výživy Vás nejvíce ovlivní při nákupu?

- a. Ochutnávky v prodejnách
- b. Reklama na internetu
- c. Sociální sítě
- d. Reklama v médiích
- e. Doporučení známých a přátel
- f. Hledáním informací

24. Podle čeho vybíráte potraviny?

- a. Chuťi
- b. Nutričních hodnot
- c. Ceny
- d. Jiné

25. Myslíte, že jíte zdravě?

- a. Ano
- b. Ne

26. Berete nějaké doplňky stravy?

- a. Vitamíny
- b. Sportovní doplňky
- c. Přírodní doplňky stravy
- d. Neberu

27. Je škodlivější cukr nebo tuk?

- a. Cukr
- b. Tuk
- c. Nastejno
- d. Žádný z nich

28. Dáváte přednost zdravé výživě či Fast food stravě:

- a. Zdravá výživa
- b. Fastfood
- c. Ani jedno

29. Nejméně cholesterolu má:

- a. Sádlo
- b. Smetana
- c. Rostlinný tuk

30. Jaká je hlavní příčina stále se zvyšujícího % dospívajících s nadváhou a obezitou?

.....

Pyramida zdravé výživy



Zdroj: Vrbalová, V. 2014. ©online