

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Diplomová práce

Bc. Jaroslava Fialová

VYBRANÉ ASPEKTY ŽIVOTNÍHO STYLU ADOLESCENTŮ (16-17 LET)

Olomouc 2016

Vedoucí práce: Mgr. Petr Reich, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval/a samostatně a použil/a jen uvedenou literaturu a zdroje.

.....

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé diplomové práce Mgr. Petru Reichovi, Ph.D. za odbornou pomoc, kterou mi při psaní práce poskytl. Také bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se podíleli na výzkumném šetření a své rodině za poskytnutou podporu.

Obsah

ÚVOD	6
1. PŘEHLED POZNATKŮ	7
1.1 Zdraví	7
1.1.1 Determinanty zdraví	10
1.1.2 Podpora zdraví	12
1.1.3 Prevence zdraví	15
1.1.3.1 Výchova ke zdraví	16
1.2 Životní styl	18
1.2.1 Návykové látky	19
1.2.1.1 Legální návykové látky	22
1.2.1.2 Nelegální návykové látky	27
1.2.2 Zdravý životní styl	31
1.3 Adolescence	41
1.3.1 Proces dospívání - adolescence	43
1.3.2 Kognitivní vývoj	44
1.3.3 Vývoj dovedností, zájmů, schopností	46
1.3.4 Socializace	46
2. CÍLE PRÁCE	49
2.1 Hlavní cíl	49
2.2 Úkoly práce	49
3. METODIKA	50
4. VÝSLEDKY	52
5. DISKUSE	61
ZÁVĚR	64
SOUHRN	66
SUMMARY	67

REFERENČNÍ SEZNAM.....	68
SEZNAM TABULEK.....	74
SEZNAM OBRÁZKŮ	75
SEZNAM GRAFŮ	76
SEZNAM PŘÍLOH.....	77
PŘÍLOHY	78

ÚVOD

Diplomová práce je zaměřena na vybrané aspekty životního stylu u adolescentů ve věku 16 – 17 let. Společnost v dnešní době bývá označována za konzumně orientovanou. Výrazně se mění životní styl, mnohdy mizí veškerá hodnotová orientace. Je nahrazena honbou za ziskem. Tento fakt se samozřejmě odráží nejen na dospělých lidech, ale také na dětech a mládeži. Ti totiž přebírají řadu nevhodných návyků od svých rodičů a blízkých. Právě proto jsem se zaměřila na věkovou kategorii 16 – 17 let, tedy na adolescenty a jejich životní styl, jelikož si myslím, že právě v tomto věku často podléhají hrozbám a nástrahám rizik, které s sebou moderní životní styl přináší.

Cílem teoretické části je vyložit propojenost mezi zdravím, životním stylem a adolescencí. Podat pohled na zdraví, jeho determinanty, ale také na možnosti prevence. Poté charakterizovat vybrané aspekty životního stylu, jako je kouření, alkohol a drogy, vzhledem k tomuto věkovému období. Dále také podat pohled na zdravý životní styl. V poslední části pak charakterizovat vývojovou etapu – adolescenci. Cílem praktické části je zmapovat vybrané aspekty životního stylu u adolescentů v Šumperku a zhodnocení jejich stavu.

1. PŘEHLED POZNATKŮ

1.1 Zdraví

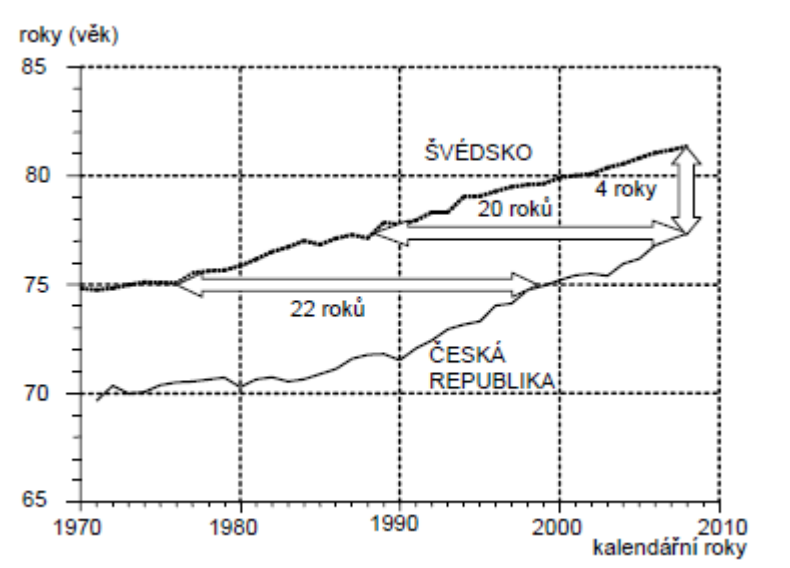
Pojem zdraví bývá nejčastěji definován dle světové zdravotnické organizace (World Health Organization - WHO), jako „...stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo jiné vady.“ (Komárek a kol., 2011, s. 8)

Z historického hlediska se již antičtí filosofové zabývali tím, jak správně žít. Usilovali o to žít moudře a dobře. Řecký jazyk má pro zdraví výraz „*ischio*“ – být zdrav a silný, ale také „*hygiaio*“ – což znamená být schopen života, „*holokteria*“ – tedy dokonalé zdraví. (Křivohlavý, 2001) Zdraví je především potřeba chápat jako jednu z nejdůležitějších hodnot, která však bývá mnohdy opomíjena. Svým způsobem k tomu přispívá dnešní moderní, uspěchaná doba a způsob života s ní spojený. Lidé si často svého zdraví neváží, hazardují s ním. Jak uvádí bývalý ředitel vedení WHO Mahler „*Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím.*“ (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009, s. 11). Obdobné vyjádření lze nalézt již v období antiky u Hérakleita z Efesu a to „*Když chybí zdraví, moudrost je bezradná, síla je neschopná boje, bohatství je bezcenné a důvtip bezmocný.*“ (Čevela, Čeledová, 2014, s.46)

Za ukazatele zdravotního stavu je možno považovat vyjádření určitého počtu onemocnění a úmrtnosti a to absolutním číslem. Takový údaj však není možno využít pro porovnávání mezi skupinami populace, proto jsou využívány údaje relativní. S ukazateli zdravotního stavu je spojeno několik pojmů. Především se jedná o výrazy incidence, prevalence. Incidence vyjadřuje počet nově nahlášených onemocnění. Prevalence se zaměřuje na počet nemocí v dané populaci a čase. Za další ukazatele je možno považovat morbiditu (nemocnost), mortalitu (úmrtnost) a letalitu (smrtnost). „*Nemocnost vyjadřuje počet manifestně nemocných k počtu osob exponovaných, tedy frekvenci nemocí v populaci. Úmrtnost vyjadřuje počet zemřelých v populaci za určitou dobu, nejčastěji za rok a na 100 000 obyvatel. Ukazatel smrtnosti říká, kolik z nemocných danou chorobou na ni zemřelo.*“ (Wasserbauer, 2001, s. 16)

Česká populace stále spíše podceňuje rizikové faktory. Nejčastější příčinou úmrtí jsou v České republice kardiovaskulární choroby, na ty umírá až 50 % populace. Za posledních deset let však došlo k rapidnímu snížení a to na 20 % díky lepším diagnostickým a terapeutickým postupům. Další příčiny jsou – nádorová onemocnění, diabetes mellitus (cukrovka), alergická onemocnění, sexuálně přenosné nemoci, očkování, úrazy u dětí, návykové látky, nadváha a pohyb a také životní prostředí. (Antošová, Kodl, 2014)

Pro srovnání zdravotního stavu v České republice je zde uveden zdravotní stav populace ve Švédsku, kde je střední délka života asi o 4 roky delší. Dle Holčíka (2010) došlo k posunu křivek z kalendářního hlediska o 20 let. Odůvodnění této skutečnosti může být nejen takové, že lidé v České republice vnímají hodnotu zdraví jiným způsobem, ale také je možné vztáhnout tento fakt k vyšší ekonomické vyspělosti Švédska.



Obrázek 1 Vývoj střední délky života v České republice a ve Švédsku (Holčík, 2010)

I přes všechny možnosti, které moderní doba nabízí není vždy snadné ideálu zdraví dosáhnout. Je zde však řada možností, jak se k němu alespoň přiblížit. V první řadě je tedy nutné si uvědomit, že o svém zdraví si rozhoduje každý sám. Je potřeba, aby o něj pečoval, ale také si byl vědom, že část této péče připadá také na společnost. Bohužel zde úplně neplatí přísloví „za peníze si zdraví nekoupíš“, jelikož je dokázáno, že obvykle bohatší lidé jsou více zdravější než lidé chudší. (Hamplova a kol., 2014)

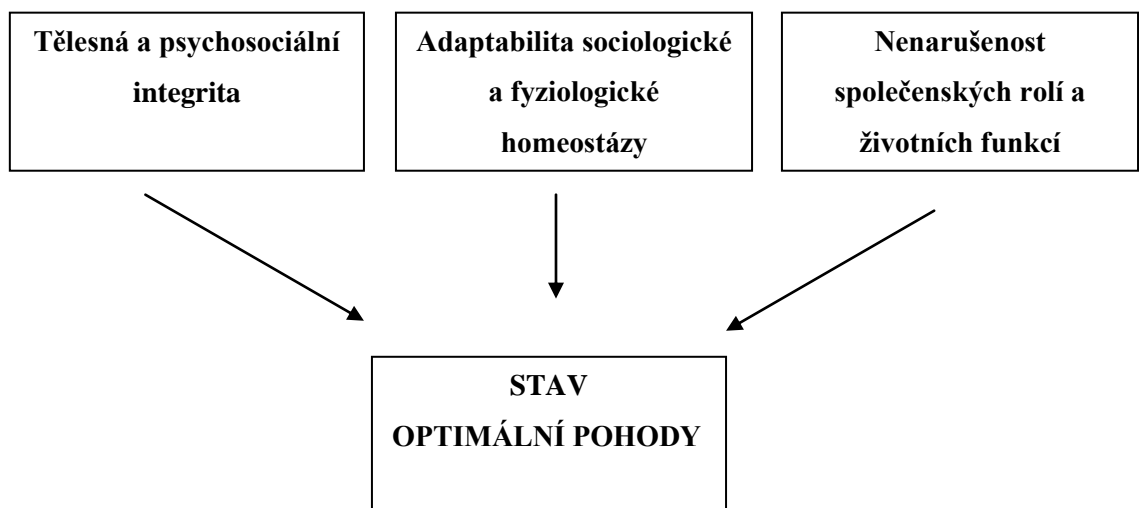
„Péče o zdraví je široce pojatý souhrn zdravotnických, organizačních, ekonomických, výchovných a dalších prostředků, opatření a aktivit, jejichž smyslem je chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet lidem zdraví.“ (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009, s. 9).
Apel je tedy kladen zejména na školy, rodiny a pracoviště. Vážnější zdravotní obtíže jsou pak již předmětem odborných zdravotních aktivit.

Dle Dolanského (2008) zdraví obsahuje tři základní složky:

- 1) Tělesnou a psychosociální integritu.
- 2) Nenarušenost společenských rolí a životních funkcí.
- 3) Adaptabilitu sociologické a fyziologické homeostázy.

Rozdíl mezi biologickým a psychosociálním pojetím zdraví je tedy v tom, že biologické pojetí jej chápe jako stav dokonalé homeostázy – každá buňka i orgán v těle fungují v naprosté harmonii. Homeostázu je tedy možno chápat jako stálost složení vnitřního prostředí. Zatímco psychosociální pojetí spatřuje zdraví ve stavu naprosto harmonické vyrovnanosti člověka se svým okolím. (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009)

Propojením výše uvedených tří složek dochází ke stavu optimální pohody.



Obrázek 2 Stav optimální pohody (Dolanský, 2008)

Zdraví je tedy ovlivňováno řadou faktorů (determinantů), které jej mohou ovlivňovat jak v pozitivním slova smyslu tak i v negativním.

1.1.1 Determinanty zdraví

Veškeré faktory, které ovlivňující zdraví člověka jsou označovány za jeho determinanty. Konkrétně za tyto determinanty zdraví jsou považovány: vrozené vlastnosti, životní, pracovní, sociální a ekonomické prostředí. Dále také chování jedince, jeho životní styl i zdravotní péče. (Komárek a kol., 2011)

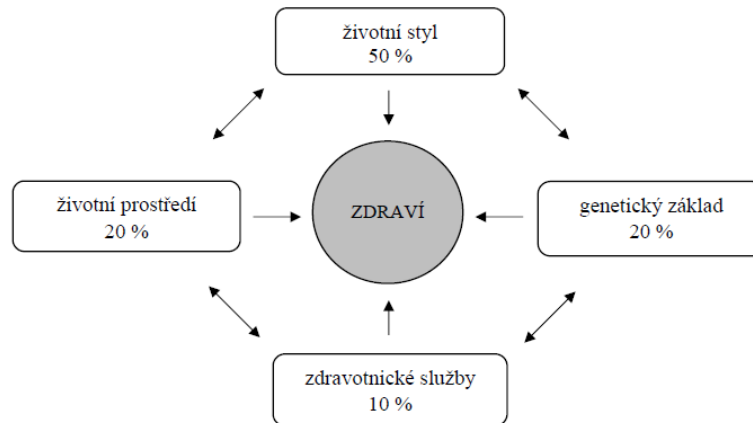
Tyto determinanty však nepůsobí vždy stejným způsobem, ale do jisté míry působí na většinu populace. Dle WHO se hlavní skupiny determinant podílejí na zdraví jedince následujícím způsobem:

- **Životní styl – 50-60 %**
- **Genetický profil – 10-15 %**
- **Životní a pracovní prostředí – 20-25 %**
- **Zdravotní péče – 10-15 %**

(Dolanský, 2008)

Je však potřeba zdůraznit, že procentuální podíl jednotlivých složek se mění v důsledku vědeckotechnického rozvoje společnosti.

Dle Machové (2009) lze rozdělit jednotlivé determinanty na vnější a vnitřní. Za vnitřní determinant je považována genetická výbava jedince. Za vnější determinanty je pak považován životní styl, životní a pracovní prostředí, zdravotní péče. Provázanost a vzájemné ovlivňování jednotlivých determinantů zdraví znázorňuje níže uvedené schéma.



Obrázek 3 Vztah zdraví a jeho determinantů (Machová, 2009)

Do životního stylu bývá zahrnováno: způsob života, vzdělání, chování, společenské postavení a příjem. Jelikož životnímu stylu bude věnována celá kapitola, nebude zde tato skupina podrobněji rozepsána. U složky genetického profilu je pohled zaměřen na vrozené vlastnosti člověka. Dále také na jeho věk a pohlaví. Jak muže, tak i ženy totiž postihují různé nemoci v různém období života. Taktéž postoj ke svému zdraví je u obou pohlaví odlišný. Řada nemocí se však váže již k dětství – např. dětské pacienty jsou mnohem více náchylnější respiračním chorobám, než dospělá populace. Naopak u starších lidí se zvyšuje riziko výskytu kardiovaskulárních chorob. Životní a pracovní prostředí zahrnuje čisté ovzduší, nezávadné potraviny. Dále také přijatelnou úroveň hluku, přijatelné pracovní podmínky. Lepší zdraví je také spojeno s podporou rodiny i komunity. Působnost na zdraví mají také zvyky i tradice. Nejméně se na zdraví jedince podílí, pro mnohé překvapivě, složka zdravotní péče. Zahrnuto je zde především zdravotnictví – dostupnost služeb, ale i schopnost jedince je využívat. (Komárek a kol., 2011)

Základem v péči o zdraví se dnes stala především podpora zdraví a prevence. Dominuje snaha pozvednout úroveň zdravotního stavu společnosti.

1.1.2 Podpora zdraví

Podpora zdraví spolu s prevencí tvoří důležitý článek péče o zdraví. Podporu je možno vnímat, jak ze strany jedince a jeho samostatné aktivity vůči sobě, tedy např. správný životní styl a péče o okolní prostředí, tak i ze strany společnosti jako takové. Společnost se musí aktivně zapojit do vytváření zdravého životního prostředí. To tvoří základ zdravému životnímu stylu, který je pro lidi v dnešní uspěchané době, plné stresu, tolik potřebný. Zejména je nutné se zaměřit na podporu zdraví u dětí a mladistvých.

Podpora zdraví zahrnuje „...veškeré snahy o pozvednutí celkové úrovně zdraví, a to jak posilováním plně tělesné, duševní a sociální pohody, tak zvyšováním odolnosti vůči nemocem.“ (Machová, 2009, s. 14) Za zdroje péče o lidské zdraví nejsou zcela považovány finanční prostředky nebo technické vybavení zdravotních služeb, ale především to, jakým způsobem se jedinec staví ke svému vlastnímu životu, nebo způsob, jakým společnost vytváří podmínky pro život lidí. Důležitá je tedy aktivní účast jak člověka, tak i společnosti na podpoře zdraví. Jak již bylo uvedeno výše, jedinec může ovlivnit své zdraví přijetím zdravého životního stylu. Společnost se pak zaměřuje např. na podporu životní úrovně obyvatelstva, dobré pracovní podmínky, podporuje vzdělávání nebo také šíří informace, které jsou spojené se zdravím. Důležitou roli pak konkrétně v podpoře zdraví hrají ženy. Ty částečně formují úroveň zdraví rodiny (výživa, hygienické návyky i vztah ke zdraví dětí). Značně tedy záleží na vzdělání a jejich hodnotové orientaci. (Machová, 2009)

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

Podpora zdraví se v obecné rovině zaměřuje na přístup ke zdraví, životnímu prostředí, zvládnutí zdravotních problémů, vzdělávání občanů a jejich výchovu ke zdraví. Z praktického hlediska usnadňuje společnosti volbu vhodného životního stylu, dále usnadňuje politikům přijímat rozhodnutí vedoucí ke zlepšení zdraví, v neposlední řadě usiluje o zvýšení zájmu lidí o své zdraví a posiluje odpovědnost za zvládnutí zdravotních problémů. (vychovakezdravi.cz, 2009)

Z hlediska legislativy je v České republice zakotvena podpora a ochrana zdraví v Zákoně o ochraně veřejného zdraví č. 258 / 2000 Sb. „*Tento zákon zpracovává příslušné předpisy Evropské unie a upravuje v návaznosti na přímo použitelné předpisy Evropské unie a) práva a povinnosti fyzických a právnických osob v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví, b) soustavu orgánů ochrany veřejného zdraví, jejich působnost a pravomoc, c) úkoly dalších orgánů veřejné správy v oblasti hodnocení a snižování hluku z hlediska dlouhodobého průměrného hlukového zatížení životního prostředí.*“ (zakonyprolidi.cz, 2000) Další politické dokumenty v souvislosti s podporou zdraví:

- Ottawská charta 1986
- Zdraví pro všechny v 21. století - Evropská zdravotní politika (1999)
- Zdravotní politika EU
- Národní program zdraví (1995)
- Akční plán zdraví a životního prostředí České republiky (1998)

(vychovakezdravi.cz, 2009)

V rámci podpory zdraví vznikla řada projektů, které mají za úkol naplnit cíle Národního programu zdraví ČR. Tyto projekty si kladou za cíl ovlivnit životní podmínky a výchovu ke zdravému životnímu stylu v rodinách, školách obcích atd. V letech 1991 až 2001 tak vzniklo 1105 projektů v rámci podpory zdraví. Probíhaly jak na místní, okresní i na republikové úrovni. Dvě třetiny projektů byly zaměřeny na dětskou populaci – 63,8 %. (Wasserbauer, 2001, s. 8)

Dle Wasserbauera (2001) se projekty konkrétně zaměřily na:

- **ozdravění výživy** – př. Komplexní systém ozdravění dětského stravování (mateřské školy, základní školy a střední školy)
- **omezování kuřáctví** – př. Kouření a já
- **prevence nemocí** – př. Program prevence KVO v ČR
- **komunitní projekty**

Veškeré projekty vycházejí z projektů Světové zdravotnické organizace (WHO).

Nejen tedy resort zdravotnictví, ale i další odvětví se musí zaměřit na zlepšení úrovně zdraví obyvatelstva. Může to být také potravinářský průmysl, který by měl zlepšit především kvalitu potravin, které společnost každodenně konzumuje. Vhodným příkladem, již vzhledem k této práci, jsou školy ať už mateřské, základní, střední či vysoké. Školy se zapojily do programu – Škola podporující zdraví (dříve Zdravá škola). Tento program byl vytvořen pod záštitou WHO. V České republice je od roku 1991. V současné době je součástí projektu cca 100 mateřských škol, cca 1000 základních škol a jedna škola střední. Školy tak vytvářejí Národní síť škol podporujících zdraví. (vychovakezdravi.cz, 2009)

Program Škola podporující zdraví je zaměřen nejen na žáky MŠ, ZŠ a SŠ, ale také je úzce spjat s učiteli, rodiči i zaměstnanci školy. Učitelé se především učí, jakým způsobem vhodně ovlivňovat zdravý způsob života žáků na školách. Součástí programu jsou dlouhodobé strategie a metody řízení, díky nimž dochází ke zkvalitnění zdravého způsobu života. Prioritou se tedy stává optimální vývoj člověka (žáka, učitele) ve spolupráci s rodinou i veřejností v oblasti duševní, fyzické, duchovní i sociální. Program se také stává nástrojem prevence proti civilizačním chorobám a možným závislostem. Školy však stále nejsou jej schopny zcela plnit. Proto se program především zaměřuje na tvorbu podmínek, které jsou důležité k naplnění cílů. (vychovakezdravi.cz, 2009)



Obrázek 4 Model podpory zdraví (Holčík, 2010, s.134)

Na podporu zdraví navazuje prevence, která se zaměřuje proti nemocem, kterým se snaží předcházet.

1.1.3 Prevence zdraví

Jak již bylo uvedeno výše, podpora zdraví spolu s prevencí tvoří významný článek v péči o zdraví. Opět i prevenci lze provádět ve dvou úrovních a to jak na úrovni jedince tak i společnosti. Dnes je již prevence v oblasti zdraví považována za jeden z důležitých prvků moderní medicíny.

„Prevenci se rozumí jednak zabránění vzniku onemocnění, ale také přecházení vzniku a rozvoji komplikací i nepříznivých následků.“ (Dolanský, 2008, s. 103)
Cílem prevence je *„...zabránění výskytu a komplikací nemoci, je nejefektivnější cestou k zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče.“* (Komárek a kol., 2011. s. 38)

Je tedy patrné, že podpora a prevence jsou sice se zdravím spjata, ale každý termín jiným způsobem. Zatímco podpora se zaměřuje na aktivity pro zdraví, tak prevence je spjata s aktivitou proti nemocem.

Dle Komárka a kol. (2011) lze prevenci rozdělit dle času do tří základních úrovní:

- 1) **Primární prevence** - se obrací na společnost jako celek či na vybrané cílové skupiny, které jsou její součástí. V takovém případě je záměrem ovlivnit chování jednotlivce – změnou dosavadních hodnot. Obecným cílem je tedy snaha zajistit, aby k poruše zdraví vůbec nedošlo. Základní kroky prevence v tomto případě zahrnují zhodnocení rizika vůči jedinci, jelikož každý člověk je ohrožen různými nemocemi. Dále srozumitelně informovat o hrozbách rizik a možnostech jejich eliminace. V neposlední řadě také vést ke zdravému způsobu života, což je nejefektivnější a zároveň nejobtížnější cesta. Konkrétní příklady: dodržování hygieny, otužování, správná životospráva atd.
- 2) **Sekundární prevence** – zahrnuje především poradenství, léčbu a léčebné rehabilitace. Dále také aktivity s minimalizací poškození. Sekundární prevence se zaměřuje na jedince, kterému hrozí zdravotní porucha, nebo je jí přímo postižen. Cílem je v tomto případě zmírnění poruchy, ke které došlo a rychlejší

znovunavrácení zdraví jedince. Základní kroky prevence v tomto případě zahrnují včasnou detekci onemocnění a její léčbu.

- 3) **Terciární prevence** – se na rozdíl od prevence sekundární zaměřuje na odlišný cíl. Zaměřuje se na člověka, který je postižen recidivující zdravotnickou poruchou. Snaží se zabránit recidivě poruchy zdraví nebo také sociální degradaci ve spojitosti s poruchou zdraví.

Na prevenci se dle Dolanského (2008) podílí nejen společnost jakožto ministerstva, organizace, podniky, bytová politika, legislativní i kulturní opatření, ale také každý jedinec, který dodržuje správný životní styl bojující proti nevhodným návykům. V neposlední řadě také zdravotnická prevence v souvislosti s očkováním, zdravotní výchovou, která má samozřejmě velký význam.

Důležitou preventivní metodou je dispenzární péče. Jde o aktivní péči o společnost, která se zaměřuje na vyhledávání osob ohrožených na zdraví př. preventivní prohlídky. Dále stanovení diagnózy a následné terapie. Zdravotní stav jedince je i potom sledován, jsou upraveny životní i pracovní podmínky. Cílem této metody je především rozvoj zdraví, prodloužení aktivního věku jedince, zabránění předčasné smrti. (Dolanský, 2008)

Za nejefektivnější preventivní metodu je považována zdravotní výchova nebo-li výchova ke zdraví.

1.1.3.1 Výchova ke zdraví

Jak již bylo uvedeno výše Výchova ke zdraví je považována za nejefektivnější preventivní metodu, jejímž cílem je „...poskytnout lidem přístupným 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 vedoucímu k posílení zdraví.“ (Wasserbauer, 2001, s. 6)

Tato metoda se tedy zaměřuje na ovlivňování chování jedinců takovým způsobem, aby si uvědomili, jak důležitá prevence a podpora zdraví je. Řada lidí si totiž svého zdraví neváží, začíná jej řešit až v případě prvních příznaků nemoci. Má-li jedinec o své zdraví dobře pečovat, musí však být správně informován, což je jedním z úkolů této preventivní metody.

Výchova ke zdraví je vnímána jako obor, který zahrnuje lékařské, sociální i pedagogické poznatky. Zaměřuje se jak na jednotlivce, skupiny (děti, mládež, starší lidi) i na společnost jako takovou. Změnu v dosavadním chování jedince tedy zajišťují nejen zdravotnická odvětví, ale jistý vliv mají např. také politici, umělci, rodiče, ale také i učitelé. Působení by se však mělo zaměřit na co věkově nejnižší skupiny obyvatelstva, tedy děti a mládež. Jednou z vhodných metod působení se zdá být sociální marketing což je „*Souhrn metod a prostředků, které umožňují cíleně působit na vybrané skupiny obyvatel se záměrem propagovat, ovlivňovat a měnit postoje občanů k sociálním hodnotám, zejména ke zdravotnímu chování.*“ (Dolanský, 2008, s. 102) Samotná propagace může probíhat různými formami – např. televize, internet, tiskoviny, dále také různé besedy atd.

Hlavní zásady Výchovy ke zdraví dle Dolanského (2008):

- zásada vědeckosti
- zásada soustavnosti
- zásada konkrétnosti (diferenciace dle věku, vzdělání, problémů člověka)
- zásada optimistického zaměření

Jak již bylo uvedeno výše, jeden z nejeftivnějších způsobů, jak zkvalitnit život jedince a upevnit jeho zdraví, je zaměření se na životní styl neboli na specifický způsob života.

1.2 Životní styl

V předešlé kapitole bylo již uvedeno, že jedním z determinantů zdraví je právě životní styl. Lidské zdraví ovlivňuje až z 50 %. Životní styl lze charakterizovat, jako „...*souhrn dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možností).*“ (Machová, 2009, s. 16)

Životní styl je v dnešní době ovlivněn řadou okolností. Na člověka má bezesporu vliv rodina a její zvyky, dále také jeho věk, vzdělání, pohlaví, rasa atd. Člověk se „...*celým svým fylogenetickým vývojem utvářel k tomu, aby obstál v životním prostředí, obstaral si potravu a uchránil se před nebezpečím. Pohyb byl k tomu základním předpokladem.*...“ (Machová, 2009, s. 17) Obrovský technický pokrok však spíše přispívá k opaku a to k pasivitě – např. pračky nahradily valchy, mytí nádobí dnes pohodlně nahradí myčka, místo klepání koberců jsou raději použity vysavače. Samozřejmě existuje další řada věcí, které jedinci život usnadňují, na druhou stranu se objevují tím pádem problémy, které mají za následek civilizační choroby.

Výrazným problémem minulého století byl stres, proto se lze někdy setkat s označením – století stresu. Společnost byla velmi ovlivněna válkami, totalitními systémy. V současnosti se více setkáváme s problémem stoupající agresivity, rasismu. Mění se i životní styl, jak již bylo uvedeno. Současná společnost je chápána jako konzumní, orientovaná především na zisk. Na druhou kolej byly odsunuty důležité hodnoty, vnímání krásna a další drobné lidské radosti běžného života. (Blahutková a kol., 2009) To vše má samozřejmě vliv na děti a mládež, která v této době žije. Mnohdy totiž přebírá nevhodné návyky od svých rodičů a blízkého okolí.

Rodina je dle Možného (2006) nejstabilnější výtvar naší společnosti. Postupem času však přichází o své funkce např. výchovu a vzdělání převzala z části škola, péči o nemocné zase převzali lékaři a nemocnice. „*Rodině zůstal konzum, zábava a citové bezpečí, ale patrně jen v tom posledním je rodina ještě nenahraditelná.*“ (Havelková a kol., 2009, s. 78) Řada sociologů se také shodla na tom, že u dnešních rodin došlo k vyvlastnění rodičovské autority. V souvislosti s touto problematikou se však také objevuje tvrzení, že rodina přišla o funkci vedení ke správnému životnímu

stylu. Rodiče by měli na základě svých zkušeností předávat svým dětem vhodné návyky a postoje pro základy zdravého životního stylu.

Právě proto je tato práce zaměřena na věkovou kategorii 16 – 17 let, tedy na adolescenty a jejich životní styl, jelikož dle předpokladů řada jedinců podlehne nástrahám, které s sebou moderní životní styl přináší. Konfrontace s návykovými látkami (drogami) je v tomto věku patrně nevyhnutelná. Jedinec by však měl být schopen nejen čelit tlaku okolí, ale především předvídat důsledky svého jednání nejen v případě návykových látek.

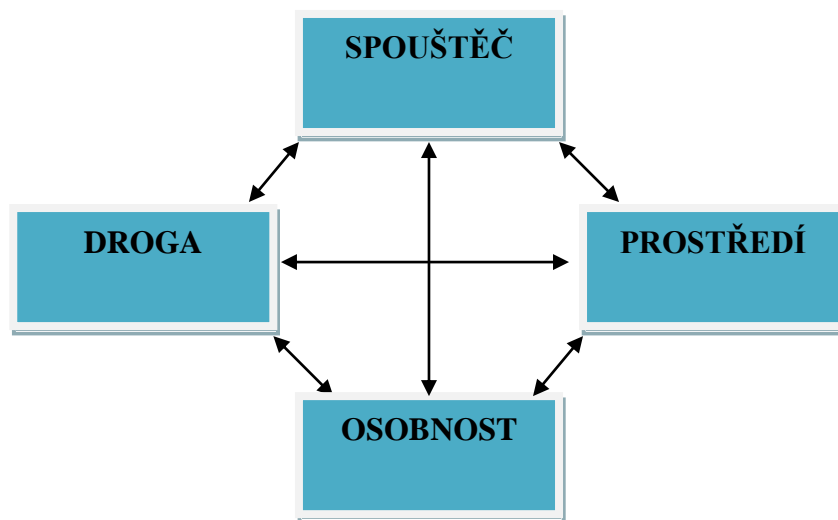
1.2.1 Návykové látky

Návykové látky (drogy) lze charakterizovat jako látky, které výrazným způsobem ovlivňují vnímání a chování člověka. Samotné slovo návyk znamená „...opakované užívání psychoaktivní látky nebo látek v takovém množství, že se uživatel přivádí do stavu periodické nebo chronické intoxikace, pociťuje puzení k opakovanému užívání, má potíže užívání přerušit nebo ovlivnit....“ (Kachlík, 2011, s. 20) Dle WHO byl však termín návyk nahrazen pojmem závislost.

Z hlediska etymologie je původ slova droga stále nejednotný. Jednou z možností je, že vychází z francouzského slova, které označuje léčivou látku u části rostlin či živočichů využívanou k léčení. Bývá však také často spojována s nizozemských výrazem „droog“ nebo-li suchý. Zkrácený tvar se pak dostal do anglického jazyka, kde znamená lék. Dle WHO se však jedná o jakoukoliv látku, která je vpravena do živého organismu a může změnit více jeho funkcí. (Kachlík, 2011)

Řada dalších autorů však vnímá definici drogy odlišným způsobem např. Presl (1995) chápe drogu jako každou látku (přírodní, syntetickou) jenž splňuje dva požadavky: 1) má psychotropní účinek 2) může vyvolat závislost. Dle Riesla (1999) je droga v užším pojetí chápána jako látka, která při jejím užívání vede ke změně duševního stavu a chování.

Drogy mohou být nazývány různým způsobem např. záleží na oboru, regionu atd. Mohou být také označovány termíny - návykové látky, psychotropní látky, psychoaktivní látky. Samotný vznik a rozvoj drogové závislosti je obecně vnímán jako souhrn faktorů, které působí na jedince v určité době a prostředí. (Presl, 1995) „Závislost je výsledkem vzájemného působení vlivu drogy na osobnost v čase za přispění zpomalovacích a či urychlovacích prvků ze strany společnosti a prostředí, životních podmínek a spouštěcích mechanismů.“ (Riesel, 1999, s. 18)



Obrázek 5 Model drogové závislosti (Kachlík, 2011)

Návykové látky (drogy) lze rozdělit s ohledem na schopnost vyvolávat závislost dle Kachlíka (2011) na:

- Látky, které vyvolávají psychickou závislost (př. kokain, LSD, konopné produkty)
- Látky vyvolávající psychickou a fyzickou závislost (př. alkohol, nikotin, barbituráty)

Dle WHO lze rozdělit závislost na :

- Alkoholovo – barbiturátový typ (př. etanol)
- Kokainový typ (př. kokain)
- Khatový typ (př. khat)

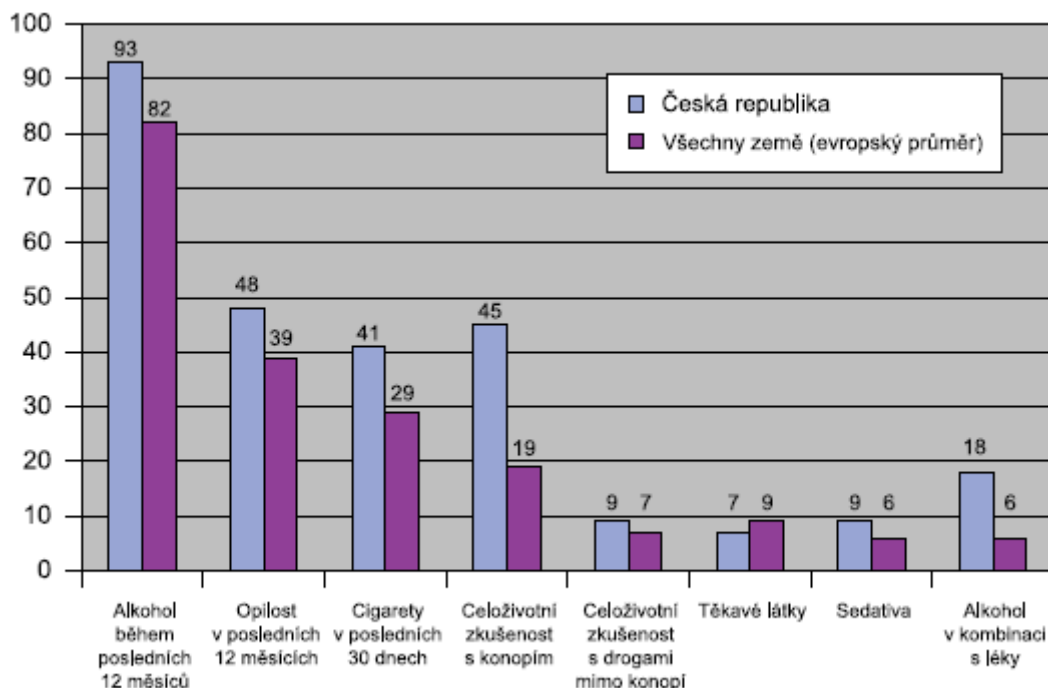
- Opiátový typ (př. opium, morfin)
- Inhalační typ (př. toluen)
- Cannabisový typ (př. marihuana, hašiš)
- Amfetaminový typ (př. amfetamin)
- Halucinogenový typ (př. LSD)

(Kachlík, 2011)

Další možné dělení je vnímat návykové látky jako: 1) legální – př. tabák, alkohol
2) nelegální – př. marihuana, hašiš, kokain, heroin, pervitin atd.

Je zřejmé, že moderní doba, která s sebou přináší např. změnu životního tempa, tlak na výkonnost, může mít u jedinců za následek řadu problémů, které mohou být řešeny právě užitím návykových látek. Imunní tedy nejsou ani dospělí ani děti. Častou spojnicí mezi dětmi, mladými lidmi bývá nuda, ale také naopak přehnaná orientace na výkon – přetěžování, vyčerpanost. (Nešpor, 2001) Prevencí a léčbou oblasti návykových látek se zabývá adiktologie.

Dle Evropské školní studie publikované v roce 2009, do které byla zahrnuta i Česká republika (3 901 českých studentů ve věku 16 let) bylo zjištěno, že patří ČR mezi země s nejvyšší prevalencí užívání sledovaných drog (alkohol, tabák, další drogy). Negativní zprávou v tomto ohledu je, že stále přetrvává časté užívání legálních drog (alkohol, tabák), ale také konopných drog (zkušenost s konopnou drogou má 45 % jedinců ve věku 16 let). (Pešek, Nečasná, 2009)



Obrázek 6 Srovnání užívání vybraných drog v České republice a v ostatních zemích. (Pešek, Nečasná, 2009)

1.2.1.1 Legální návykové látky

Kouření

V České republice je tabák považován za jednu z nejběžněji dostupných legálních návykových látek. Kouří zde přibližně 30% obyvatelstva ve věku nad 15 let. Každý rok v Česku umírá na onemocnění spojené s kouřením 23 000 lidí. Dochází sice k řadě omezení ve spojitosti s jejím užíváním, ale i přes to dosahuje kuřáctví stále vysokých hodnot a to nejen u dospělé populace. Tabák užívaný v poměrně běžných dávkách může mít za následek zlepšení koncentrace, zvýšení stimulace, může také navazovat pocit relaxace. Naopak stinnou stránkou je poměrně rychlá možnost návyku. Při vdechování kouře dochází k jeho kontaktu s plicními sklípkami, odkud přechází do krve a tím dojde k rozšíření do organismu. Dle různých autorů tabákový kouř obsahuje až 5 tisíc substancí, z nichž je jediná návyková – nikotin. Ten je zařazován

k nejtoxičtějším látkám, které mohou způsobit smrt jedince. Tabák také obsahuje další látky, jako např. kyanovodík, arsen, metan, amoniak atd. (Kalina a kol., 2008)

Následky kouření v dlouhodobějším měřítku jsou pro jedince velmi vážné. Postihnut je samočistící mechanismus dýchacích cest, u kterého může dojít k zástavě, dále také může docházet k zánětům průdušek, plic, k nádorovým onemocněním. Mírný kuřák bývá vystaven dvojnásobnému riziku úmrtí na zhoubný nádor, než člověk, který nekouří. Velmi vážná jsou také onemocnění srdečně cévní soustavy. Taktéž je zde zásadní vliv na plodnost, jelikož produkované látky mají vliv na pohlavní buňky a vývoj plodu. Děti, které se narodí silným kuřačkám trpí vývojovou růstovou retardací. (Kachlík, 2011)

V roce 2005 proběhl výzkum ve vybraných zemích (Česká republika - ČR, Maďarsko, Slovensko - SK, Německo, Ruská federace, Švédsko) zaměřující se na rizikové faktory, k nimž patřilo i kouření.

Tabulka 1 Procenta kouřících žen a mužů ve věku 15 let a více ve vybraných zemích (Holčík, 2010, s. 65)

UKAZATEL	R	K	Maďarsko	Německo	Ruská federace	Švédsko
Procento kouřících žen ve věku 15 let a více	5,4	0,1	33,9	25,8	26,5	24,5
Procento kouřících mužů ve věku 15 let a více	6,6	1,6	45,7	37,4	70,1	19,6

Z výše uvedené tabulky je patrný procentuální rozdíl u žen a mužů v jednotlivých zemích. V tomto výzkumu ženy ve věku nad 15 let a více kouří méně než muži. Přičemž nejvýraznější rozdíl je zaznamenán v případě Ruské federace.

Nejen aktivní kouření, ale i pasivní kouření má své následky. U nekuřáka, který sdílí domácnost s kuřákem, je riziko úmrtí na bronchogenní karcinom asi o 30% větší, než u nekuřáka. Odhadem umírá v Evropské unii asi 79 000 lidí v důsledku pasivního

kouření (7 000 lidí vdechovalo cigaretový kouř na pracovišti a zbytek, tedy 72 000 v domácnostech). (Holčík, 2010)

Tato problematika je samozřejmě jedním z témat, která EU z mnoha úhlů řeší. Některé ze zemí Evropské unie přikročily k razantním opatřením např. zákaz kouření na pracovišti, řada restaurací se stala nekuřáckými i řada míst se stala taktéž nekuřáckými. Kroky, které EU podniká, jsou tedy hlavně zaměřeny na oblast legislativy např. zvýšení daní, zákaz prodeje tabákových výrobků dětem.

Z hlediska ekonomického má kouření taktéž vážné důsledky. Některé z rodin vynaloží až 10 % výdajů na tabákové výrobky. Náklady spojené s kouřením dosahují kolem 100 miliard Eur. (Holčík, 2010)

Jak již bylo uvedeno výše, tabák patří k nejběžněji dostupným legálním návykovým látkám u nás. Další běžně dostupnou legální návykovou látkou je alkohol.

Alkohol

Alkohol lze charakterizovat jako „...chemickou látku, která snadno proniká k různým orgánům včetně mozku. Její obsah v alkoholických nápojích kolísá zhruba od 2 – 3 % (pivo) do asi 40 % v destilátech.“ (Nešpor, Scémy, 1994, s. 58)

Již ve starověku zřejmě znali lidé účinky alkoholu. Více než osm tisíc let je znám ve formě vína. Zmíněn je také v eposu o Gilgamešovi (3 - 4 tisíce let př.n.l.). Také na hliněné tabulce z let 2 200 př.n.l. je zapsán lékařský předpis na medicínální víno. Čistý alkohol byl však poprvé získán v Itálii v 11. století. Název získal z arabského „*alkuhul*“ – tedy něco nejlepšího. Alkohol měl v počátcích spíše pomáhat v oblasti lékařství – což je doloženo v pracích lékařů Hippokrata nebo Avicenny. Ti jej využívali při léčbě úrazů nebo k tišení bolesti. Samozřejmě se již také objevovala stinná stránka alkoholu, kdy se využíval k ovládnutí a podrobování lidí. (Šedivý, Válková, 1988)

Alkohol je dnes již běžně dostupnou návykovou látkou. Z chemického hlediska se jedná o etylalkohol (ethanol), který vzniká při kvasném procesu ovoce nebo z polysacharidů, které jsou obsaženy např. v bramborách či obilných zrnech. K dosažení vyšší koncentrace alkoholu se využívá destilace. Pokud je destilace nedokonale provedena může u konzumenta dojít k poškození nervové soustavy, může dojít k oslepnutí. V důsledku konzumace alkoholu může docházet až k 60 různým onemocněním, ročně v EU dochází k asi 200 000 úmrtí (u mladých žen se podílí alkohol na úmrtnosti z 10% a u mladých mužů z 25%). (Kachlík, 2011) Vliv alkoholu na organismus však závisí na řadě faktorů např. věk, pohlaví, rasa, množství vypitého nápoje, genetické předpoklady. Nižší dávka alkoholu může mít mírně stimulační účinky, zvyšuje sebevědomí, nebo také např. ulehčuje komunikaci. U vyšších dávek alkoholu může dojít ke ztrátě soudnosti, zpomalení reflexů, dostavuje se agresivita. Opakované vysoké dávky alkoholu mohou způsobit psychické i somatické obtíže. Může se např. jednat o jaterní cirhózu, poškození oběhového systému atd. (Machová, Kubátová, 2009)

Dle průzkumu, který byl proveden v roce 2003 se Češi stali po Portugalcích a Irech třetími největšími konzumenty alkoholu. V roce 2006 pak Češi postoupili o jednu příčku vzhůru (každý z obyvatel tak vypil 10,2 l ethanolu). (Kachlík, 2011) I zde je potřebné si uvědomit, že alkohol neohrožuje pouze jedince, ale i celou společnost. Konzumace alkoholu souvisí až s 16% zanedbávání dětí, podílí se také na jedné čtvrtině dopravních nehod v EU. Opět tedy i alkohol se stal součástí zdravotní politiky.

V roce 2006 vydala Světová zdravotnická organizace materiál, jehož součástí je pět cílů a etických východisek:

- Všichni lidé mají právo na život rodinný, společenský i pracovní, dále mají právo na ochranu proti nehodám a násilí v důsledku konzumace alkoholu.
- Všichni lidé mají právo na vzdělání a nestranné informace týkající se důsledků konzumace alkoholu.
- Děti a mládež mají právo vyrůstat v chráněném prostředí proti negativním vlivům konzumace alkoholu.

- Všichni lidé, kteří konzumují alkohol i jejich rodiny mají právo na péči a léčbu.
- Všichni lidé by měli být podporováni ve svém abstinování.

(Holčík, 2010)

Průzkum realizovaný v roce 2003 se zaměřil na spotřebu alkoholu u osob starších 15 let. Opět se zúčastnila Česká republika - ČR, Maďarsko, Slovensko - SK, Německo, Ruská federace, Švédsko.

Tabulka 2 Spotřeba alkoholu na osobu starší 15 let v litrech čistého lihu (Holčík, 2010, s.65)

UKAZATEL	R	K	Maďarsko	Německo	Ruská federace	Švédsko
Spotřeba alkoholu na osobu starší 15 let v litrech čistého lihu osoba/rok	3,0	0,4	13,6	11,9	10,3	6,0

Jak již bylo uvedeno, alkohol má vliv na celou společnost, tedy se nevyhýbá ani dětem a mladistvým. Pro ty je totiž mnohem nebezpečnější než pro dospělé. Svou roli totiž hraje v souvislosti s konzumací alkoholu nejen menší tělesná hmotnost, ale také menší schopnost právě jater jej odbourávat. U dětí také může docházet k otravám. Nejen proto se snaží společnost děti a mladistvé před alkoholem chránit. Např. Spojené státy povolují jeho konzumaci až od 21 let. Česká republika o tři roky dříve (bohužel se ani tato věková hranice nedodrhuje). (Nešpor, Scémy, 1994)

Konzumace alkoholu u adolescentů může být dále spojena s riziky, jako např. užívání drog, postupně rostoucí agresivita. Alkohol bývá taktéž příčinou mnoha úmrtí u mladých lidí následkem násilí, úrazu, v řadě případů také dopravních nehod. Z údajů léčeben vyplývá, že věk osob, které jsou závislé na alkoholu se stále snižuje. Důvodem této skutečnosti může být stále rostoucí tolerance k pití alkoholu a to i u mladých lidí. Samozřejmě také příklady, který dávají svým dětem rodiče hrají značnou roli. V České republice je např. pivo chápáno spíše jako nápoj, ne jako alkohol, o to méně si ho pak lidé spojují s drogou. Taktéž zásadní roli hraje všeobecná

dostupnost alkoholu, jeho mnohdy nízká cena a nedodržování zákazu podávat alkohol mladistvým. Je vhodné uvést, že s dospívajícími, kteří mají problém s nadměrným užíváním alkoholu se pracuje stejným způsobem, jako s dospívajícími, jenž užívají nelegální návykové látky. „...užívání alkoholu, je přímo svázáno i s užíváním nelegálních drog a alkohol patří mezi nejčastější tzv. sekundární drogu u lidí, kteří preferují užívání nelegálních látek.“ (Pešek, Nečasná, 2009, s. 26)

Po alkoholu či tabáku část dětí a mladistvých přechází na nelegální návykové látky, které jsou mnohem nebezpečnější. Jedná se např. o marihuanu, hašiš, kokain, heroin, pervitin.

1.2.1.2 Nelegální návykové látky

Nelegální návykové látky jsou společností netolerovatelné, jejich přechovávání a další distribuce je v rozporu se zákonem. Ani to však není důvodem k zastavení užívání návykových nelegálních drog. Děti i dospívající vidí v nelegálních drogách vstupenku do jiného světa, který vyplňuje šed' a nudu všedních dnů. Svět, který fascinuje a naplňuje. Bohužel právě u dětí a dospívajících je zarážející, jak rychle droga jejich život vyplňuje.

Dříve závislost postihovala spíše jedince zralejšího věku, nebo také ty, kteří z hlediska profesního přicházeli s návykovou látkou do styku. Závislost bylo možné spatřovat také u umělců, spisovatelů. V 60. letech však došlo ke zlomu a závislost se přesunula také na adolescenty a mladší skupiny. Cíl těchto skupin byl jasný a to experiment, únik, později uspokojení. V tomto případě, je také nutno znovu zdůraznit, že návykové látky mají na adolescenty a mladší skupiny specifický vliv – např. závislost se vytváří mnohem rychleji než u dospělých. (Presl, 1995)

Je potřeba zdůraznit, že u dospívajících může vést užívání drog k separaci, která představuje velmi náročný vývojový úkol. „Výsledky mnoha studií se obvykle shodují rovněž na tom, že u mužů je nutným stadiem přechodu k ilegálním drogám nadužívání alkoholu, u žen stačí kouření tabáku nebo stačí užívání alkoholu. Před tím, než dojde k přechodu od legálních drog k ilegálním, se u dospívajících obvykle zvyšuje spotřeba

alkoholu a tabáku. Věk, kdy užívání alkoholu začalo, a frekvence užívání se značnou spolehlivostí předpovídají pozdější užívání nelegálních drog“ (Pešek, Nečasná, 2009, s. 32)

Lze říci, že řada dospívajících experimentuje s alkoholem, tabákem nebo konopnými látkami. Většina však pouze u experimentu končí, nebo zůstává u občasného užití. Později pak nemá s drogami obtíže. Bohužel jistá část mladých lidí přechází do dalšího stupně, kde se již zvyšuje pravděpodobnost budoucího, vážnějšího problému s drogou. Z těch se pak mohou stát problémoví uživatelé drog – počet těchto uživatelů se u nás pohybuje stabilně kolem 30 000 osob. (Pešek, Nečasná, 2009)

V této podkapitole budou dále zmíněny tyto vybrané nelegální návykové látky: marihuana, hašiš, kokain, heroin a pervitin.

Marihuana

Marihuana je droga získána z konopí – je tedy zařazována do skupiny konopných drog. Konopí obsahuje cannabinoidy – důležitou psychoaktivní látkou v něm je THC (tetrahydrocannabinol). Slangově bývá marihuana označována, jako tráva, brko, joint apod. Drogy, které jsou získávané z konopí jsou v České republice považovány na nejrozšířenější nelegální látku. V tomto případě je však společnost nejednotná, jelikož část její užívání schvaluje a žádá její legalizaci. Výchozí surovinou je konopí seté, což je dvouletá bylina patrně pocházející se střední Asie. Z historického hlediska pěstování konopí sahá 5 000 let do minulosti. Jedná se o sušené květenství spolu s horními lístky ze samčí rostliny konopí. Aroma výsledné směsi je velmi výrazné. Kouří se buď samostatně např. v dýmkách nebo také ve směsi tabáku. Lze je také smíchat s mlékem, máslem. Mohou být součástí cukrovinek či pečiva. (Kachlík, 2011) Dlouhodobé užívání marihuany vede dle švédských vědců k zvýšenému výskytu schizofrenie. Americké materiály zase uvádějí „*Marihuana dělá z nadaných průměrné, z průměrných hloupé, z bojovníků poražené.*“ (Nešpor, Scémy, 1994, s. 61) „*...ČR patří mezi evropské země s nejvyšší prevalencí užívání konopí mezi mladými lidmi. Počet denních uživatelů konopných látek lze odhadnout na 57 tis. osob (cca 1/2 z těchto osob může být na konopí závislá) a počet osob, které užívají konopné drogy*

rizikově se odhaduje na 150 tis., z toho 2/3 jsou muži ve věku 15 - 29 let.“
(Pešek, Nečasná, 2009, s. 40)

Hašiš

Stejně jako marihuana i hašiš patří mezi drogy získané z konopí. Slangově bývá hašiš nazýván např. haš, čokolád, maroko apod. Konopí vylučuje pryskyřici, která má po ztuhnutí hnědou barvu. Ta obsahuje více účinných látek a to 40 %. Hašiš lze kouřit samotný, nebo také ve směsi tabáku. Lze se také setkat s hašišovým olejem, který se získává lisováním listů konopí. Ten ale u nás není dostupný. (Kalina a kol., 2008)

Heroin

Heroin je zařazován do skupiny narkotických analgetik, které jsou spíše známé jako opiáty. *„Skupina opiátů je odvozena od opia, zaschlé šťávy nezralých makovic (máku setého, Papaver somniferum).“* (Kachlík, 2011, s. 42) Pojem narkotikum vychází z řeckého *„narkotikos“* což znamená bezbolestný. V roce 1898 byl na trh uveden z lékařských příčin a to jako analogie morfinu. Heroin je bílý prášek, existuje však i hnědá varianta. Drogu lze aplikovat různými způsoby nejčastěji však šňupáním nebo také metodou „per os“, dále je také možné drogu inhalovat z hliníkové folie, což je považováno za relativně nejbezpečnější způsob užití. Nejčastějším způsobem aplikace je však injekční forma. Ta však s sebou nese riziko poškození nervové soustavy nebo také rozšíření infekcí př. AIDS. Heroin se vyznačuje poměrně rychlým nástupem, dochází k celkovému útlumu, nastupuje pocit blaženosti, spokojenosti. (Liba, 2001)

Kokain

Přírodním zdrojem kokainu je kokainovník pravý (rudodřev koka). Tento keř se pěstuje v Jižní Americe již více než tisíc let. Slangově se kokainu říká pudr, cukr či sníh. Kokain je jemný, zrnitý prášek, vyznačuje se hořkou chutí. Dobře se rozpouští ve vodě, méně již v alkoholu. Kokain je možné aplikovat šňupnutím nebo je možno jej aplikovat injekčně. Někdy se také kombinuje s heroinem. Tato kombinace je však značně riskantní, jelikož nelze odhadnout vliv jedné drogy na druhou. Po aplikaci drogy dochází k euforii, mizí pocit únavy. Účinek kokainu je však krátkodobý – 15 až 40

minut. Po odeznění může docházet k depresím, podrážděnosti. Často se uvádí, že kokain je drogou dobře situovaných vrstev. (Liba, 2001) Hydrochlorid kokainu je označován, jako crack. Při užití cracku dochází k rychlému nástupu – zaplavení mozku kokainem, výdrž se pohybuje okolo 30-60 minut. (Kachlík, 2011)

Pervitin

Pervitin spadá do skupiny tzv. budivých látek. Budivé z toho důvodu, že po jejich aplikaci dochází ke zvyšující se bdělosti jak po stránce fyzické tak i psychické. Stinnou stránkou jsou však doprovázející účinky, jako stihomam, podrážděnost, deprese atd. Je známo, že pervitin lze vyrobit pomocí některých léků proti kašli. Toxikomani si tak pervitin dokáží vyrobit sami. Jedná se o velice silnou látku, se kterou souvisí řada nebezpečí, jako např. otrava, infekce při zavádění látky do těla, žloutenka, AIDS. (Nešpor, Scémy, 1994)

Pokud se adolescent stane na některé z návykových látek závislý, je potřeba vyhledat odbornou pomoc. Odborníci se obecně shodují na tom, že pokud má být poradenství u dospívajících, kteří nadměrně užívají drog ať už legálních či nelegálních, úspěšné je zapotřebí motivace v pozitivním směru. Především se očekává, že jedinec svůj problém v souvislosti s návykovými látkami přizná, bude schopen o něm mluvit, říci svůj názor, ale také unést názor druhého. Motivace ke změně pak bývá většinou výsledkem tlaku ze strany rodiny, školy nebo je základem strach z trestního postihu, ústavní péče atd. Ve všech těchto uvedených případech se jedná o zevní motivaci v negativním slova smyslu. Práce s motivací je zásadní pro práci terapeutických pracovníků. Motivace je v tomto případě chápána, jako připravenost nebo touha po změně př. ukončení užívání drog. Pozitivní motivace je tedy to, co jedinec získá potom, co přestane užívat drogy např. dokončení studia, zlepšení vztahů se svým blízkým okolím. Naopak negativní motivací se rozumí, to čemu se mnohdy může vyvarovat a to např. různým nemocem (žloutenka typu C). Motivaci je možno také dělit z hlediska vnějšího – jedinec musí něco udělat, protože se to po něm žádá, nebo z hlediska vnitřního, kdy chce jedinec přestat sám z vlastní vůle. Projevy motivace je pak možno spatřovat jak ve slovech (řada jedinců však o změně pouze mluví) nebo také v činech (konkrétní konání jedince). (Pešek, Nečasná, 2009)

Všechny tyto látky mají samozřejmě zásadní vliv na zdraví člověka v negativním slova smyslu a jsou tak v rozporu se zdravým životním stylem.

1.2.2 Zdravý životní styl

„Životní styl je založen na zjistitelných formách chování, které jsou determinovány individuálními osobními charakteristikami, sociálními podmínkami a vlastnostmi životního prostředí. Zdravý životní styl je souhrnem chování a dalších aktivit i okolností, které přispívají k ochraně, rozvoji a navrácení zdraví.“ (Holčík, 2010, s. 287)

Základní lidské potřeby jsou u všech lidí na světě stejné. Odlišnost se ale projevuje v oblasti způsobu uspokojení těchto potřeb – což může záviset na věku, společenském postavení jedince. Dle Maslowa mezi základní potřeby jsou zařazovány tyto potřeby:

- **Fyziologické potřeby:** např. potřeba dýchání, spánku, vody, jídla, fyzické aktivity atd.
- **Potřeba bezpečí a jistoty:** např. jistota zaměstnání, zdraví, rodiny atd.
- **Potřeba sounáležitosti a lásky:** např. potřeba přátelství, vztahu, rodiny
- **Potřeba uznání:** např. pochvala, pozornost, respekt atd.
- **Potřeba seberealizace:** např. naplnění talentu, snaha být nejlepší atd.

(Plháková, 2003)



Obrázek 7 Hierarchie potřeb dle Maslowa (Plháková, 2003)

Maslow rozděluje tyto potřeby dále na vyšší a nižší. Za nižší považuje potřeby fyziologické, bezpečí a jistotu. K vyšším potřebám jsou řazeny: potřeba lásky, uznání a seberealizace. „*Uspokojení přirozených potřeb vede k tomu, že se jedinec cítí tělesně, duševně i sociálně v pohodě. To znamená, že uspokojování základních potřeb je nezbytnou podmínkou tzv. well-being pocitu osobní pohody, který je indikátorem kvality života.*“ (Komárek a kol., 2011, s. 71)

Zdravý životní styl je dnes velice aktuálním tématem, vzhledem k sedavému způsobu života, nadměrnému množství stresu či nevhodnému stravování. Existuje celá řada doporučení, jak by člověk měl své zdraví chránit a upevňovat jej. Velice zjednodušeně lze říci, že se většina doporučení zaměřuje na správnou výživu a vhodně strávený volný čas spojený s pohybem.

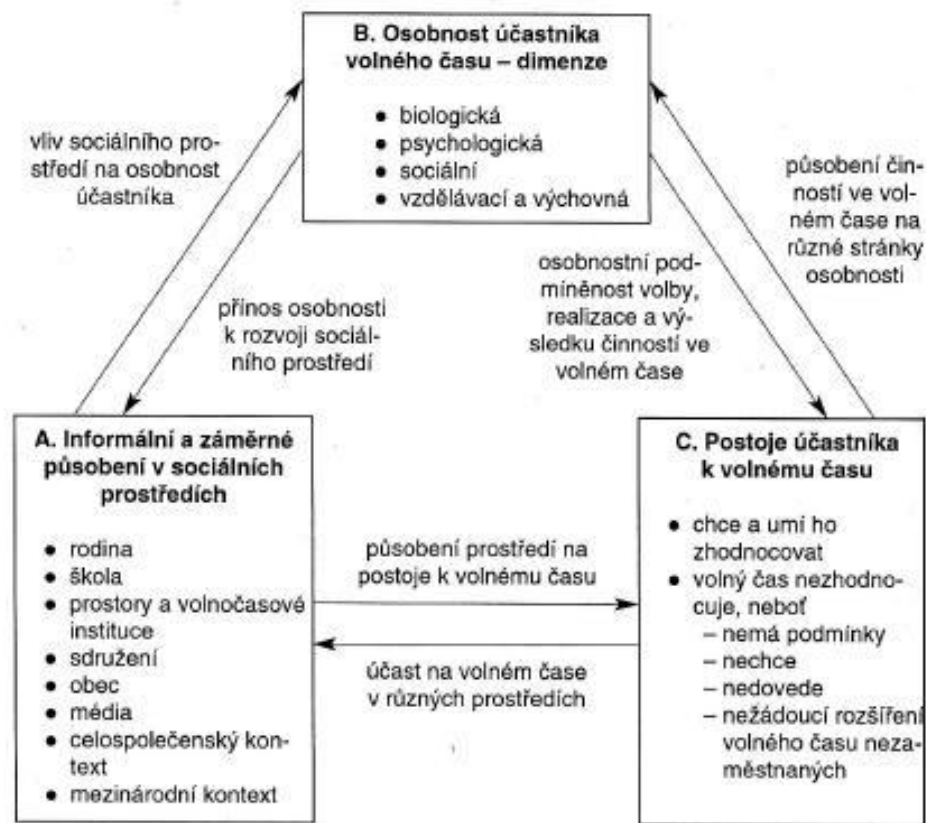
Volný čas je dnes velmi důležitou součástí života lidí, lze jej charakterizovat jako „*čas, kdy člověk nevykonává činnosti pod tlakem závazků, jež vyplývají z jeho sociálních rolí, zvláště z dělby práce a nutnosti zachovat a rozvíjet svůj život.*“ (Hofbauer, 2004 s. 13)

Dle Slepíčkové (2005) lze chápat volný čas jako záležitost spojenou znaky:

- Svobodná volba – dle subjektivního pojetí je volný čas chápán jako zbavení se povinností, jelikož jich jedinec má v průběhu života celou řadu např. v souvislosti s přežitím.
- Forma činnosti – zde existuje předpoklad, že volný čas přináší jedinci jakési naplnění. Jedná se o činnost mimo veškeré povinnosti, ať už pracovní či rodinné. Je však vhodné připomenout, že jedinec ve volném čase nemusí dělat nic.
- Časový prostor – nejčastější vnímání volného času. Důraz je kladen na svobodný výběr aktivity, vedoucí k osobnímu uspokojení.
- Symbol sociálního statusu- volný čas již není výsadou vyšších vrstev, jak tomu bylo v minulosti, ale stal se dostupným většině. I tak lze vyzorovat, že jedinci s vyšším finančním příjmem mohou vybírat z širší škály možností trávení volného času.

- Sociální nástroj – lze říci, že volný čas hraje významnou úlohu v souvislosti s prevencí sociálně patologických jevů př. kriminalita, drogy či nevhodné sociální chování.

Velký význam má volný čas nejen pro dospělé, ale především pro děti a mládež, jelikož jsou v mnoha směrech považováni za perspektivní součást budoucnosti lidstva. Jedná se o dobu, která do sebe zahrnuje nejen odpočinek, ale také jakési očekávání, zábavu, rozvoj osobnosti. Pod vedením dobrovolníků či profesionálů, lze dnes využívat zařízení volného času, sdružení dětí a mládeže a zvolit vhodnou oblast zájmu, jako např. sport, turistika, umělecká tvořivost atd. Samotný vztah, který si vytvářejí děti a mládež (ale i dospělí) k volnému času bývá spíše nejednotný. (Hofbauer, 2004) Pro lepší představu jsou uvedeny na Obrázku č. 8 souvislosti systému volného času.



Obrázek 8 Rysy a souvislosti systému volného času. (Hofbauer, 2004, s. 48)

Častým problémem bývá, že lidé svůj volný čas ani využít neumí. Proto je vhodné si uvědomit, kde začíná základ volnočasového života – v rodině. To, jaké mají rodiče postoje k životu, jakou filosofii výchovy volí značně ovlivňuje volnočasovou

činnost dětí a mládeže. Zásadní roli také hraje kontrola rodičů, jak adolescent tráví svůj volný čas. Výsledky výzkumného šetření ESPAD uvádí, že studenti v 43,9 % svým rodičům oznámí, jak budou trávit volný čas (v tomto případě sobotní večer), dále 34,7 %, studentů uvádí, že to rodiče obvykle vědí. V 15,2 % rodiče činnost svých dětí znají pouze občas a 5,6 % uvedlo, že rodiče neví, jak tráví sobotní večer. (Chomynová, 2014)

Dle Hofbauera (2004) je volný čas považován za příjemnou záležitost. Přináší však i řadu problémů, které se mnohdy nemusí týkat pouze jednotlivce, ale celé společnosti. Na jedné straně tak stojí jedinec, který mnohdy neumí naložit správným způsobem se svým volným časem, na straně druhé pak ti, kteří vytváří vhodné podmínky. Z hlediska věkového je pak nutné pozornost věnovat dětem a mládeži, na kterou má velký vliv zejména rodina a škola.

Vzhledem k dnešní době, tedy mladí lidé z mnoha příčin tráví svůj volný čas mnohdy pasivním sportem (př. sledování zápasů) ve spojitosti s nezdravou stravou (př. fast food).

Výživa

„Potrava poskytuje organismu látky nezbytné pro stavbu nových tkání, pro náhradu tkání opotřebovaných, látky zajišťující správnou funkci organismu. Je zdrojem pro tvorbu tepla a pro veškeré životní pochody.“ (Maradová, Středa, Zima, 2010, s. 20)

Společnost se v souvislosti s kvalitou života často zaměřuje na zdravou stravu a zdravý životní styl. Spojitost mezi tělesným zdravím a způsobem života je dnes neodmyslitelně propojena. Díky propojenosti – vzájemné interakci dala vzniknout již zmíněné strategii podpoře zdraví. (Havlinová a kol., 1998) Jedním z nejdůležitějších činitelů (vnějších), kteří ovlivňují zdraví člověka je výživa. Jak tělesná tak i duševní zdatnost jedince je ovlivněna právě skladbou potravin, které konzumuje. Zdravotní stav lidí na celém světě je úzce propojen s životními podmínkami – např. lidé žijící v průmyslově vyspělých zemích jsou více ohroženi nevhodným stravováním, což může vést k různým zdravotním obtížím, jako je např. obezita. Konzumace různých potravin již není určena pocitem hladu (doplnění energetické potřeby), ale je často spojena

s očekáváním – vizuální podoba, chuť. Samozřejmě jak již bylo uvedeno výše, velký vliv na výživu má také rodina, škola nebo okolí. Výživa má vliv na člověka již před jeho narozením. Látky, které přenáší dědičné geny mohou být ovlivněny potravou, která může obsahovat mutagenní viry. Právě např. dětský organismus je citlivý na poruchy ve výživě (př. větší množství cukru, tuků vede k řadě zdravotních obtíží). Nejdůležitějším obdobím ve vztahu k formování nutričního chování je u člověka první rok života. V této době se vytváří základ pro potravinové chování, které určuje především rodina a další blízké osoby. I v případě snahy rodiny o vhodný základ pro stravovací návyky, může však docházet k problémům v důsledku stravovacích zvyklostí – př. vysoká konzumace tuků. Tyto a další nevhodné návyky ve stravování (oblíbený fast-food) vedou k řadě onemocnění. (Maradová, Středa, Zima, 2010)

Na základě četných dlouhodobých výzkumů byla zpracována výživová doporučení pro ČR, Ministerstvem zdravotnictví a Společností pro výživu. Důraz je kladen např. na tyto body:

- *„Upravení celkové energetické dávky v souvislosti s pohybovým režimem tak, aby bylo dosaženo rovnováhy mezi jejím příjmem a výdajem pro udržení optimální tělesné hmotnosti v rozmezí BMI 20-25.*
 - *Snížení příjmu tuku u dospělé populace tak, aby celkový podíl tuku v energetickém příjmu nepřekročil 30 % optimální energetické hodnoty u vyššího energetického příjmu 35 %.*
 - *Dosažení podílu mastných kyselin nasycených, nenasycených, mononových a nenasycených polyenových < 1 : 1,4 : > 1,6, poměru polyenových mastných kyselin řady n-6 : n-3 nejlépe 5 : 1 a snížení počtu transizomerů mastných kyselin pod 2 % celkového energetického příjmu.*
 - *Snížit příjem cholesterolu na maximálně 300 mg za den (s optimem 100 mg na 1000 kcal)*
 - *Zvýšit příjem vlákniny na 30 g za den.*
 - *Zvýšit příjem kyseliny askorbové (vitaminu C) na 100 mg denně.“*
- (Dlouhý, Hrnčířová, 2012, s. 38)

Vhodný příjem potravy se zakládá na konzumaci ovoce, zeleniny, sacharidů a ryb. Nedoporučuje se konzumace sladkých a slaných potravin.

Denní doporučený příjem porcí dle Komárka a kol. (2011):

Mléko, mléčné výrobky:	2-3 porce
Zelenina:	3-5 porcí
Drůbež, ryby, luštěniny, vejce:	1-2 porce
Obilniny, rýže, těstoviny, pečivo:	3-6 porcí
Cukry, tuky, sůl:	0-2 porce
Ovoce:	2-4 porce

Strava člověka je založena na třech živinách – bílkoviny, tuky, sacharidy. (Hainer a kol., 2011) Bílkoviny jsou ve výživě nepostradatelné, jsou označovány za základní stavební jednotky organismu. Nejsou však tělem považovány za zdroj energie. Zdrojem energie pro člověka jsou sacharidy. Nejjednodušším sacharidem je monosacharid př. glukóza, fruktóza. Za zásobárnu energie jsou pak považovány tuky. Tuky totiž obsahují až dvakrát více energie než již zmiňované sacharidy i bílkoviny. (Málková, Štochlová, 2006)

Výše uvedená výživová doporučení taktéž přehledně vysvětluje i známá potravinová pyramida. Tu sestavili odborníci na výživu jako pomůcku pro snadnější orientaci ve výživových doporučeních. Pyramida se skládá ze šesti skupin rozdělených do čtyř pater. Každá skupina obsahuje potraviny, které do ní patří. Také se zde může vyskytovat počet porcí určených ke konzumaci za den. Obecně lze říci, že nejvíce máme jíst ty potraviny, které jsou umístěny ve spodní části pyramidy, zatímco méně konzumovat potraviny na jejím vrcholku. Taková potravinová pyramida tedy především slouží jako pomoc pro někoho, kdo si chce vytvořit vhodný jídelníček.



Obrázek 9 Potravinová pyramida (Dlouhý, Hrnčířová, 2012)

První patro je jakousi základnou-obsahuje ty potraviny, které by měl člověk jíst nejčastěji – např. těstoviny, pečivo, vločky, pohanka. Tato skupina je významnou právě pro svou bohatost na vlákninu, vitamíny. Druhé patro je rozděleno na zeleninu a ovoce. Ovoce je nejen zdrojem sacharidů ale také vitamínů, minerálních látek a antioxidantů. Zelenina taktéž obsahuje řadu vitamínů. Dalším patro se stejně jako předchozí skládá ze dvou částí. Jedna strana je zaměřena na mléko a mléčné výrobky s vysokou výživovou hodnotou. Mléko je zdrojem vápníku a bílkovin. Druhá část obsahuje ryby, vejce a maso. Z hlediska bílkovin je v tomto případě maso významnou potravinou, jeho součástí je však také cholesterol. Ryby jsou bohatým zdrojem fosforu a vitamínů A a D. Ceněný je taktéž rybí tuk, obsahující nenasycené mastné kyseliny. Dále i vejce jsou považována za velmi výživná (vitamíny A D E K). (Dlouhý, Hrnčířová, 2012)

Je zřejmé, že postupem času, kdy se lidský organismus vyvíjí, mění se i výživové nároky. S ohledem na věkovou skupinu již je věnována tato práce, je zde uvedena tabulka vhodného příjmu živin a bílkovin.

Tabulka 3 Výživa v dětském věku (Dlouhý, Hrnčířová, 2012, s. 47)

	7-10 let	10-13 let	13-15 let	15-19 let
Energie (kJ)	7100 – 7900	8500 – 9400	9400 – 11200	10500 – 13000
Bílkoviny (g)	24	34	45	dívky 46 chlapci 60
Sacharidy (g)	> 209 – 232	> 250 – 276	> 276 – 329	> 308 – 382
Tuky (g)	12 – 15	15 – 18	18 – 20	20 – 24
Vláknina (g)	dívky 56 – 65 chlapci 62,3– 72,8	dívky 67 – 78 chlapci 74 – 86,6	dívky 74 – 86,6 chlapci 88,4-103,1	82,8 – 102,6

Tato a další výživová doporučení jsou doplněna o rady spojené např. s pitným režimem, úpravou potravin nebo také s pohybem.

Pohyb

Součástí zdravého životního stylu je také pohyb. Ten by měl neodmyslitelně patřit k životu každého člověka. Ovlivňuje nejen jedince fyzicky, ale také psychicky. Zvláště rodiče dětí tak musí dbát na jejich stravování, ale také na vytváření kladného vztahu k pohybovým aktivitám. Existuje řada možností, jak trávit vhodně volný čas. Bohužel, dnes lidé bývají spíše často unavení a tudíž pasivní vůči pohybu. Tento svůj životní styl pak mohou přenášet i na své děti.

„Pravidelně prováděná pohybová aktivita je označována, jako hlavní prvek zdravého životního stylu. V posledních desetiletích podstatně klesá množství pohybu, i když genetické vybavení jedince se nemění. Potřeba pohybu zůstává, ale skutečná realizace znamená deficit a z něj vyplývá řada komplikací.“ (Šeflová, 2013, s. 6)

Pohyb má tedy významný vliv na zdraví jedince. Důsledkem pohybu dochází v těle

k morfologickým změnám, díky nimž dochází k předcházení a k zabránění vzniku řady nemocí, či zlepšení výkonnosti jedince při tělesné námaze.

Přínosy pohybové aktivity:

- Snížení rizik kardiovaskulárních chorob.
- Snížený výskyt cukrovky.
- Snížení výskytu určitých typů rakoviny př. rakoviny tlustého střeva.
- Zlepšení zažívání.
- Snížení rizika depresí a demence.
- Zlepšení sebeúcty.
- Zlepšení kvality spánku.

(www.msmt.cz, 2016)

Samozřejmě existuje další výčet zdravotních přínosů pohybové aktivity pro člověka. Jak již bylo uvedeno výše, dospělí lidé mají řadu možností, jak využít aktivně volný čas. Taktéž děti a mládež mohou vhodnou formou začlenit pohyb do svého života. U dětí to může být např. formou hry či sportu.

„Sportem se rozumí všechny formy tělesné činnosti, které at' již prostřednictvím organizované účasti či nikoliv, si kladou za cíl projevení či zdokonalení tělesné a psychické kondice, rozvoj společenských vztahů nebo dosažení výsledků v soutěžích na všech úrovních.“ (Slepičková, 2015, s. 28) Pohled na sport se celosvětově výrazně změnil. Stejně jako se měnila společnost měnil se i sport. Změny zapříčinily zejména dva trendy a to individualizace a globalizace. Globalizace ve spojitosti se sportem je úzce spjata s ekonomikou, politikou, médií. *„Sport doznal obrovských proměn z hlediska obsahu organizačních forem a institucionálního zabezpečení. Jeho vývoj probíhá v úzké vazbě na vývoj technologií, které společně s masovostí volného času a tudíž i sportu umožňují rozšiřovat spektrum sportovních činností a způsoby jejich provádění.“* (Slepičková, 2015, s. 25)

Začlenění pohybové aktivity je v současnosti zásadním úkolem nejen rodiny ale také školy a dalších institucí.

Příklady vhodných pohybových aktivit dle Pastuchy (2011):

- **Chůze** – nejpřirozenější pohyb, který přispívá ke zvýšení energetického výdeje. Ten je možno zvýšit např. chůzí do kopce.
- **Tanec** – patří stále k velmi populární formě pohybu. Energeticky je tanec náročnější, ale úrazovost je zde nízká. Přispívá ke koordinaci pohybu, využívá nápaditosti tanečnicka, přináší radost, dobrou náladu.
- **Stolní tenis, tenis, squash** – předností těchto aktivit je bezesporu vysoká motivace, nižší úrazovost. U stolního tenisu se nejedná pouze o běhání kolem stolu, ale je zde využita i soustředěnost, postřeh. Taktéž při této aktivitě nedochází k opotřebování kloubního aparátu. U tenisu a squashe se již projevuje rychlejší akcelerace a náhlé zpomalení těla. Dochází k procvičení svalů.
- **Cyklistika** – patří k nejpřirozenějším pohybům. Cyklistika je šetrnější pohybová aktivita, která odlehčuje kloubům, může však docházet k přetěžování svalů podél páteře. Při tomto sportu jsou nejvíce aktivní svaly dolních končetin, dále také svaly břišní či zádové.
- **Plavání** – tato pohybová aktivita má řadu výhod – např. svalové napětí vhodně působí na srdce, pohybový aparát, odlehčuje kloubům atd. Mezi energeticky náročné patří kraul. Vhodná může být také kombinace se cvičením, tedy aquaaerobik, aquagymnastika.

Tabulka 4 Energetický výdej aktivit ve vodě (Pastucha a kol., 2011, s. 72)

Typ aktivity ve vodě	Energetický výdej kJ/kg/min
kraul rychlost 0,6 km/h	0,30
kraul rychlost 1,8 km/h	0,75
kraul rychlost 2,4 km/h	1,05
prsa - rekreačně	0,68
znak	0,70
vodní hry – šlapání vody	0,71
vodní lyžování	0,48
aquagymnastika	0,70

Bohužel mnohdy bývá vhodná pohybová aktivita vyměněna za pohodlnější formu trávení volného času u televize, počítače či různých videoher. Což se značně projevuje na zdraví – nárůst nadváhy a obezity. „*Obezita je multifaktoriálně podmíněná metabolická porucha charakterizovaná množením tělesného tuku. Je důsledkem interakce genetických dispozic s faktory zevního prostředí*“ (Hainerová, 2009, s. 15). Obezita je dnes často označována jako civilizační choroba, způsobující řadu obtíží. Z posledních studií vyplývá enormní nárůst prevalence nadváhy u dětí. „*V roce 2004 se dle kritérií International Obesity Task Force (IOTF) odhadovalo, že kolem 10 % dětí na celém světě ve věku 5 – 17 let trpí nadváhou a 2-3 % obezitou. Prevalance obezity a nadváhy se velice různí mezi jednotlivými regiony a zeměmi (Afrika a Asie pod 5 %, Evropa nad 20 %, Amerika 30 %).*“ (Hainer, 2011, s.341)

Je důležité si však také uvědomit, že jak civilizační choroby, či zde již také zmiňované návykové látky, způsobují řadu fyzických, psychických a v neposlední řadě sociálních problémů. Z nich pak bývá mnohdy podceňována právě psychika. S ohledem na téma práce bude v následující kapitole nastíněno období adolescence a jeho charakteristiky.

1.3 Adolescence

Adolescence je považována za vrcholné stádium dospívání. Často bývá označována za etapu velmi náročnou, jelikož je zde ukončována doba mezi dětstvím a dospělostí. Z hlediska samostatného životního období lze pozorovat, že v jednodušších společnostech není období dospívání žádný větší význam taktéž jinak řečeno „*...přechod z dětství do dospělosti je tu bezprostřední, jedinec dosud závislý je v určité době přijímán hned do společnosti dospělých jako plně rovnoprávný člen.*“ (Langhmeier, Krejčířová, 2006, s. 146) Je možno tento moment považovat za jakýsi ritus, kdy člověk prokazuje svou odolnost, díky níž jsou mu předávány symboly statusu dospělosti. Dnešní rozvinutá společnost je však značně odlišná, je na jedince náročnější, vyžaduje delší přípravu – proto se přesun do období dospělosti může posunout do vyššího věku. Zřetelnější jsou zde rozpory mezi povinnostmi, které jsou na adolescenty kladeny, ale také nároky na dospělé, kteří by měli ponechat místo pro jejich rozvoj. Přijetím statusu dospělého pak působí jak faktor právní (dosažení 18 let, tedy

právní odpovědnosti), dále také faktor prostorové nezávislosti (odchod z domova) a naopak ekonomické závislosti např. u adolescentů, kteří chtějí studovat vysokou školu. (Čížková a kol., 2005)

Dospívající se vymezují ve skupině, která se liší nejen od dětí, ale také od dospělých. Stávají se jakousi subkulturou, mající své znaky – př. odlišné vyjadřování, oblékání. Postavení dospívajících je však v mnoha ohledech ve společnosti nejisté. V souvislosti s rychlými společenskými proměnami, tak není zcela možné mnohdy adekvátně reagovat v oblasti výchovy. Rodiče tak mnohdy stojí před nelehkým úkolem. Toto období se totiž vyznačuje spíše pasivitou v komunikaci ve sdílení zážitků mezi adolescenty a rodiči. (Čížková a kol., 2005)

V rodině tak může docházet k napětí zapříčiněnému odlišnými postoji. Adolescenti sice dokáží své rodiče ocenit, v řadě případů však dochází k větší míře kritiky z jejich strany. Jak chlapci, tak dívky v tomto období mívají konflikty spíše s matkou, ke které mají pravděpodobně větší vztah než s otcem. Lze také zpozorovat odlišný přístup matky a otce ve vztahu k adolescentům. Matka častěji prosí, domáhá se, zatímco otec si drží odstup, projevuje méně emocí, zato má pak větší tendence k mocenským zásahům. V tomto období se značně mění vztah k rodičům, napjatější pak může být vztah s rodičem stejného pohlaví. V souvislosti vztahu s rodičem stejného pohlaví často bývá zmiňován Oidipovský a Elektrín komplex. Pokud není tento komplex vyřešen ve třetím až pátém roku života dítěte, projevuje se právě v období adolescence, kdy je vývojově tato vazba překonána. (Vágnerová, 2012)

V tomto období adolescenti přikládají velký význam tomu jak vypadají (svému tělu). Z výzkumů vyplývá, že dívky ve věkovém rozmezí 13 až 16 let bývají nespokojené s tvarem svého těla. Dívky taktéž uvádí, že jsou tlusté a snaží se zhubnout. V rozhovorech dívky dále uvedly, že by měly rády průměrnou postavu. Svým kamarádkám štíhlou postavu většinou závidí, zejména pak těm, které jí co chtějí, nesportují, ale stejně jsou hubené. Kritika se samozřejmě objevila nejen vůči modelkám, ale také vůči příliš svalnatým ženám (svalnaté ženy připomínají muže). U dívek přetrvává názor, že západ uznává u žen pouze štíhlé postavy. Ve srovnání s dívkami se na chlapce studie tolik nezaměřují. Do různých výzkumů jsou chlapci mnohdy zařazeni pouze jako referenční skupina, z důvodu srovnání s dívkami. Samozřejmě je ale stejně

důležité vnímání těla v obou případech. Chlapci si již v pěti letech začínají své tělo uvědomovat a od toho momentu postupně začínají dávat přednost spíše atletické postavě. Lze tedy říci, že pro obě dvě pohlaví je vnímání vlastního těla důležité. (Grogan, 2000) *„Vlastní tělo je posuzováno ve vztahu k aktuálnímu standardu atraktivity, je srovnáváno s ostatními adolescenty i aktuálně přijímaným ideálem.“* (Vágnerová, 2012, s. 255)

Z výše uvedeného textu vyplývá, že proces dospívání je obdobím velmi náročným. Adolescent se v něm postupně stává osobností a získává charakteristické vzorce myšlení, chování.

1.3.1 Proces dospívání - adolescence

Proces dospívání zahrnuje věk od 10 do 20 let. Konkrétně obdobím adolescence bývá zhruba věkové období 15 až 22 let. U dívek začíná dříve a to většinou v 16 letech u chlapců v 17 letech. V období dospívání dochází k proměně osobnosti ve všech ohledech – 1) psychické, 2) somatické a 3) sociální. *„Průběh dospívání je závislý na konkrétních kulturních a společenských podmínkách, z nichž vyplývají požadavky a očekávání společnosti ve vztahu k dospívajícímu.“* (Vágnerová, 2012, s. 367) Dnešní dospívající se snaží co nejrychleji vymanit z doby dětství a získat svou svobodu. Adolescenti tak touží po větší svobodě a právech, naopak neradi přijímají zodpovědnost a povinnosti. Toto období bývá střetem mezi jakýmsi odloučením se od rodiny a závislosti na ní. Proto jsou často adolescenti váhavější a mnohdy i konfliktnější. Pokusit se být dospělým a získat tento status doprovází dva důležité body a to dosažení nezávislosti a autonomie. Částečná nezávislost přichází v momentě, kdy si jedinec volí z řady možností – tedy např. co si obleče na sebe. U autonomního chování by se hlavně rodiče měli vyhnout nesourodým reakcím, které jej oslabují. *„Rodiče, kteří podněcují růst autonomie, tedy ti, kteří dovolí svému dospívajícímu dítěti být sám sebou a odpovídat si za své chování, ale zároveň se zajímají o některá jeho rozhodnutí a jeho důsledky, je pravděpodobné, že tyto rodiče podnítky, jak jeho odpovědnost, tak i nezávislost.“* (Čížková a kol., 2005, s. 113) Naopak ti rodiče (většinou autoritativní), kteří potlačují získání nezávislosti svých dětí, přispívají k potlačení rozvoje autonomie a nezávislosti. Adolescent přijímající pravidla i normy je nucen přijmout také normy

morální. K jejich postupnému přijetí by měla dopomoci rodina nebo škola (fáze přijetí morálky je označována za postkonvenční stádium). Dospívající se zpočátku chová způsobem, který je od něj očekáván, později se stávají etické principy jeho součástí – dochází k jejich zvnitřnění. (Čížková, 2005)

Období dospívání se dle Vágnerové (2012) dělí na dvě fáze:

- **Ranná adolescence** – tedy pubescence, bývá často vymežována obdobím mezi 11 – 15 rokem života. Nápadnou změnou v tomto případě je tzv. tělesné dospívání, které je spojeno s pohlavním dozráním. V rámci vývoje také dochází ke změnám ve způsobu myšlení, či emočního prožívání. Pro toto období bývají důležité první lásky, přátelství, odlišnost od dětí i dospělých.
- **Pozdní adolescence** – je obdobím přibližně od 15 do 20 let. Vstup do této fáze je z biologického hlediska vymezen pohlavním dozráním. V tomto období dochází k proměně osobnosti i společenského postavení. Za důležitý mezník také bývá označováno tzv. ukončení profesní přípravy, kdy jedinec buď nastupuje do zaměstnání, nebo pokračuje ve studiu. Tato fáze je také zaměřena na rozvoj, hledání a rozvíjení vlastní identity. Snaží se porozumět sám sobě, volí si své cíle, osamostatňuje se.

1.3.2 Kognitivní vývoj

Z hlediska kognitivního vývoje u jedince přetrvává kritický realismus. Ten se projevuje přezkoumáváním získaných informací. Toto zkoumání je již na vyšší úrovni, než v období puberty. Je zde patrnější reálnější než romantický přístup. Pro adolescenty bývá typický radikalismus a nekompromisnost. Skutečnost se jeví jako jednostranná, jedinec nepostřehne všechny aspekty situace, proto mívá častěji sklon zjednodušovat. Řešení situací bývá jasné, za názorem si stojí, zvláště pokud se jedná o střet s dospělým. V tomto období také lidé více riskují, jelikož si neuvědomují následky svého jednání. S rozvojem abstrakce pak adolescenti získávají řadu schopností. O svých myšlenkách může uvažovat, přemýšlet o různých variantách odpovědí. Adolescent proto může

hledat logická řešení, odlišovat pravdu a lež, porovnávat vlastní domněnky se skutečností. (Čížková, 2005)

V tomto období adolescent své myšlení obrací do nitra a stává se vůči sobě kritickým, snaží se o analýzu, introspekci. Mnohdy se tak může jedinec jevit spíše více uzavřený, nezajímající se o své okolí. Toto období je charakteristické slovem - odcizení. Jedinec tak má možnost připravovat se na budoucí povolání, získávat řadu znalostí z různých oborů. Budoucnost je pro takového člověka otevřená, mnohdy mírně idealizovaná, jeví se v ní svoboda – možnost výběru. Dospívající ví, že si může vybrat z řady možností, některé role však ponechává zatím nenaplněné. (Vágnerová, 2000)

Dle Langmeiera a Krejčířové (2006) lze změny a pokroky v myšlení charakterizovat v těchto bodech:

- Schopnost pracovat s pojmy, které bývají abstraktnější, symbolické. Teprve teď začíná chápat pojmy jako je např. dobro, zlo, pravda.
- Při řešení problémů již nestačí pouze jediné řešení, které se mnohdy může nabízet, ale pracuje se s více možnostmi, alternativami. Zkouší je a následně hodnotí. Vytváří řadu možných hypotéz, jejichž platnost si ověřuje a na základě toho pak výsledné varianty přijímá či odmítá.
- Je schopen tvořit domněnky a ty nejsou podloženy skutečností, jsou pouze možné, mnohdy mohou být až fantastické.

Kelnarová a Matějková (2010) shrnují stručně kognitivní vývoj do tří bodů s ohledem na vnímání, inteligenci a paměť. Vnímání – adolescenti využívají abstrakce a možnosti uplatnit zkušenosti takovým způsobem, aby dokázali reagovat na různé situace. Inteligence – rozvíjení intelektuálních schopností, ještě není ukončeno, jelikož rozumové výkony nejsou ještě na úrovni dospělého člověka. U adolescentů je obvyklá větší intelektuální aktivita. Paměť – v tomto případě je spíše u dospívajících preferována logická paměť, avšak mechanická neztrácí svůj význam.

1.3.3 Vývoj dovedností, zájmů, schopností

Období dospívání je z hlediska motoriky daleko výraznější než v předchozích obdobích. Dospívající získávají poměrně rychle dovednosti, které vyžadují sílu, hbitost, koordinaci nebo smysl pro rovnováhu. S tímto je pak spojen např. větší zájem o sportovní aktivity. Zájmy však v tomto období mohou být nevyhraněné. Tím, že jedinec poznává své zájmy, formuje základní podmínky pro volbu svého povolání. *„V souvislosti s tímto je nezbytné zdůraznit, že pro kariérové rozhodování žáků není důležitá jen subjektivní spokojenost s volbou, ale i kongruence osobních dispozic se světem práce a vzdělávání.“* (Hlad'o, 2012, s. 44) Pokud jedinec úspěšně zvládne novou pohybovou aktivitu, má to významný vliv na jeho sebehodnocení. Pokračuje i rozvoj vnímání zejména pak toho vizuálního, které souvisí s již několikrát zmiňovaným abstraktním myšlením. Představy jsou tedy pak méně živé, stávají se vybledlejšími. V případě učení by však neměla názornost ani příliš převažovat (z důvodu zbrzdění vývoje abstraktního myšlení) ani by neměla být zcela z výuky odstraněna. Ani vývoj řeči není zcela zastaven, i když již tento posun není tak patrný. Zvyšuje se např. slovní zásoba, patrnější je i složitější větná stavba. Nadanější jedinci rozvíjí svoje vyjadřování nabytých zkušeností. V tomto období je také jedinec schopen účinněji se učit na základě logického poznání, naopak snižuje se schopnost učit se nesmyslné materiály, které jsou pouze memorovány. Rozvoj motoriky i ostatních schopností, jak již bylo uvedeno výše, vede k novým, prohlubujícím se zájmům – např. sport, četba, film. Mohou se také objevit aktivní pokusy o samotnou tvorbu př. umělecká díla, hudební počiny. Témata jsou však již odlišná od dřívější volby – nyní nastupují spíše témata společenská, válečná, sci-fi atd. Často se však zájmy ubírají opačným směrem, než jsou požadavky např. povinná četba ve škole. (Langmeier, Křeččířová, 2006)

1.3.4 Socializace

„Adolescence je nejen důležitým obdobím v životě jednotlivce, ale má i společenskou hodnotu. Sociologové zdůrazňují integraci podstatných společenských rolí do osobnosti dospívajícího. S využitím elementárních sociálních dovedností, které si jedinec osvojil v dětství, a na základě nových emocionálních a kognitivních

kapacit rozšiřuje svoje kompetence nezbytné pro výkon rolí a přijetí statusu dospělého člověka“ (Macek, 2003, s. 36-37)

V období adolescence jsou rozvíjeny vztahy jak kvantitativní tak i kvalitativní. Některými autory je toto období ve vztahu k socializaci nazýváno obdobím extroverze, kdy se jedinec touží stát součástí nějaké skupiny. Tato touha společensky se svým způsobem angažovat a získávat zážitky, u adolescenta vychází z menší citové závislosti na rodičích. (Čížková, 2005) Pro toto období také bývá typické hledání vlastní identity, utváření vztahu k sobě samému, ale zvláštní pozornost je zde věnována vrstevnickým skupinám. Vliv vrstevníků na sebehodnocení jedince je zde značný. Sebehodnocení lze pak vnímat ve dvou rovinách. První rovinou je globální sebehodnocení – tedy do jaké míry si jedinec váží sám sebe. Ve druhé rovině se jedná o vědomí vlastní účinnosti, tedy do jaké míry se jedinec cítí kompetentní. (Macek, 2003) Objevuje se zde potřeba citové sounáležitosti. Je patrné, že většinou dívky více tíhnou k rodině než chlapci, přílišná citová vazba může však být odrazem nevyrovnanosti a v budoucnu se odrážet na neúspěšných pokusech navázat partnerské vztahy. Dospívající také navazují vztahy s dospělými, nejen se svými vrstevníky. Vhodným příkladem může být vyučující, který respektuje dospívajícího, jeho individualitu a vyžaduje přijatelné morální normy. Morální normy jedinec přestane mechanicky akceptovat, uvědomuje si je, řídí se dle svých morálních principů, což se někdy může jevit jako příliš radikální. Přehnaná autorita v takových případech není zcela žádoucí a reakcí na ní je většinou odpor adolescenta. Potřeba sdružovat se ve skupinách s sebou přináší i řadu obřadů, které mnohdy samotným adolescentům nemusí být zcela jasné. Názory skupiny jsou před ostatními bráněny a jsou v opozici s názory jiných skupin – příkladem mohou být mezigenerační spory. Sklon ke sdružování samozřejmě v tomto období vede i k otázce sexuality (období prvních vztahů). Důležitým úkolem ve vztahu k socializaci adolescenta je také volba povolání. Jedná se o rozhodovací proces, který zahrnuje např. jak další studium nebo přípravu na konkrétní povolání. Úkol je to velmi náročný, jelikož není zcela dokončen vývoj vlastní identity ani vývoj schopností. Toto období volby povolání spíše spadá do osmnáctého roku života adolescenta a v něm se mnohdy střetává s představami rodičů. Výsledkem pak může být důvod k určité volbě, kdy je spíše preferováno přání rodičů z různých důvodů. Pouze malá skupinka jedinců má již tak vyjasněné životní cíle, že volba povolání je již zcela jasná. Rozhodnutí se pro určité povolání bývá složitější spíše u chlapců než u dívek. Důvodem je větší tlak na

ekonomickou nezávislost u chlapců a mnohdy vyšší očekávání rodičů, zatímco dívky jsou stále spojeny s rolí matky, pečující o rodinu, a dobré partnerky. (Čížková, 2005) „*Adolescence je obdobím přechodu do dospělosti. Z toho vyplývají specifické rysy socializace v této fázi: Jedinec je čím dál víc akceptován jako dospělý a zároveň se od něho očekává odpovídající chování.*“ (Vágnerová, 2000, s. 274) Adolescent se pak stává dospělým v ten okamžik, kdy své aktivity směřuje k druhým a ne k sobě samému. Adolescent však není žádným jasným způsobem upozorněn, že období dospělosti již nastalo. S tím jsou spojeny i četné názory, že dospívání nelze oddělit od dospělosti. (Macek, 2003)

Dle Kelnarové a Matějkové (2010) lze v souvislosti se socializací dospívajícího spatřovat tyto body:

- **Normy chování** – adolescent si volí své hodnoty a normy, snaží se být vůči nim loajální.
- **Emoce** – způsob prožívání, který je spojován i s tělesnými změnami (př. útek vyvolaný strachem), smíchem, pláčem atd.
- **Konflikt s rodinou** – konflikty mohou být vyvolány ve spojitosti s běžnými tématy jako např. úkoly do školy, domácí práce atd.
- **Vztah s vrstevníky** – adolescent nachází emoční jistotu u stabilních přátel vyznávajících stejné nebo podobné hodnoty. Důležitou roli zde hraje také partnerský vztah.
- **Sexualita** – adolescent svou sexualitu prožívá s napětím. To může být spojeno s nesouladem biologické pohlavní zralosti, společenskými podmínkami a očekáváním.

Adolescence je velmi zajímavým obdobím, kdy adolescenti mají pocit, že začali žít doopravdy. Komunikují s novými lidmi, jsou součástí skupiny, hledají nové a nové zážitky. Při hledání nových zážitků, zkušeností je velmi pravděpodobné, že se setkají právě s některou z výše uvedených návykových látek.

2. CÍLE PRÁCE

2.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem diplomové práce je zmapování vybraných aspektů životního stylu adolescentů ve věku 16 – 17 let v Šumperku.

2.2 Úkoly práce

Z hlavního cíle diplomové práce bylo při zpracování nutné splnit následující úkoly:

- vytvoření výzkumného souboru
- aplikace zvolených statistických metod a technik a sběru dat
- zpracování a analýza dat
- vytvoření závěru a zpracování DP

3. METODIKA

Cíl práce byl naplněn pomocí výzkumu kvantitativního charakteru, který umožnil zaměřit se na širší skupinu respondentů. Pro dosažení cíle byl využit dotazník. Obecně lze říci, že dotazník je „...soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.“ (Chráska, 2007, s. 163) Dle Kohoutka (1998) je dotazník způsob psaného řízeného rozhovoru. Často bývá dotazník zaměňován s anketou, i když u ankety se jedná spíše o spontánní zapojení se např. do akcí různých magazínů. (Chráska, 2007)

Dotazník se dle Gavory (2008) skládá ze tří částí. Jedná se o – vstupní část, která vysvětluje cíl dotazníku, dále také motivuje respondenta k pečlivému vyplnění otázek v dotazníku. Další částí jsou již vlastní otázky, které mnohdy nebývají logicky uspořádány dle tématu, z psychologických důvodů. Na začátku tedy bývají otázky spíše lehčího charakteru, přitažlivější, aby respondenta neodradily. Dále následují otázky náročnější, pro respondenta mohou být méně zajímavé. Na konci dotazníku pak bývá většinou poděkování. Otázky se mohou vztahovat k vnějším jevům př. názor učitele na různá opatření nebo se zaměřovat na jevy vnitřní, tedy např. citové stavy. Důležitá je taktéž délka celého dotazníku. Je potřebné, aby výzkumník získal potřebné údaje, ale také aby dbal na možnost únavy u respondentů. Proto má být délka dotazníku jakýmsi kompromisem mezi požadavky výzkumníka a možnostmi respondenta. Jak dlouhý má být dotazník a počet jeho otázek, však není možné všeobecně stanovit. Z praktického hlediska se méně využívají ty dotazníky, jejichž vyplnění trvá více jak tři čtvrtě hodiny. Více užívané bývají dotazníky kratší.

Dle Gavory (2008) lze typy otázek v dotazníku rozčlenit na:

- uzavřené otázky – nabízejí již hotové odpovědi
- otevřené otázky – dávají respondentovi větší možnost při odpovídání
- polouzavřené otázky – kombinují uzavřené a otevřené otázky
- škálové otázky – jejich součástí bývá posuzovací škála (hodnotící stupnice)

Za výhody dotazníkového šetření je dle Chrásky (2007) považováno rychlé shromáždění dat od velkého počtu respondentů. Naopak často bývá této metodě vytýkáno, že nezjišťuje to, jaký respondent doopravdy je, ale to jak se sám vidí nebo by chtěl být viděn.

Konkrétně pro tuto práci, byl využit ke zjištění dat týkajících se vztahu k návykovým látkám a frekvenci jejich užívání Dotazník pro zjištění postojů k návykovým látkám (Příloha 1) autorů Hrčka, Michal a Bartík (2004). Dotazník byl anonymní a jeho vyplnění bylo zcela dobrovolné. Anonymní dotazník byl zvolen z toho důvodu, že lidé se obecně raději účastní anonymních šetření, dále je také pravděpodobnější, že jejich odpovědi budou pravdivé. (Walker, 2013) Skládal se z 29 otázek, které byly rozděleny do tří oblastí (kouření, alkohol, drogy), další otázky se zabývaly trávením volného času adolescentů.

Sběr dat proběhl na vybraných středních školách v Šumperku v období říjen až listopad 2015. Jednalo se o tyto střední školy:

- Střední průmyslovou školu (obor Technické lyceum)
- Gymnázium (2. A, B)
- Střední zemědělskou školu
- Střední zdravotnickou školu

Jelikož se jednalo o dobrovolné vyplnění dotazníku počet respondentů byl nižší, než jsem předpokládala a to 105 (39 chlapců a 66 dívek). Věk respondentů 16-17 let. Na Střední průmyslové škole – obor Technické lyceum vyplnilo dotazník 25 žáků (20 chlapců a 5 dívek). Dále Gymnázium - třída 2. A - počet respondentů 13 (3 chlapci a 10 dívek), 2. B – počet respondentů 24 (2 chlapci a 22 dívek). Na střední zemědělské škole vyplnilo dotazník 20 žáků (9 chlapců a 11 dívek). Poslední byla Střední zdravotnická škola, kde dotazník vyplnilo 23 žáků (5 chlapců a 18 dívek).

Dotazník byl zpracován pomocí základních metod statické analýzy s využitím programu Microsoft Excel.

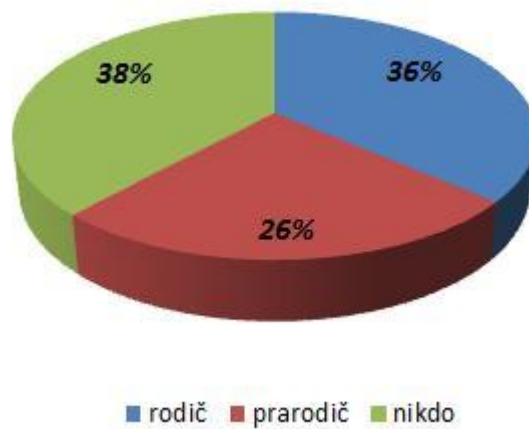
4. VÝSLEDKY

Cíl práce byl naplněn pomocí výzkumu kvantitativního charakteru, který umožnil zaměřit se na širší skupinu respondentů

Návykové látky

S využitím dotazníku jsme zkoumali rizikové jevy, jako je kouření, alkohol, drogy a další souvislosti. Část dotazníku se také zaměřuje na volný čas adolescentů. Z Grafu č. 1 vyplývá, že 36 % rodičů a 26 % prarodičů kouří. Naopak pouze 38 % dotazovaných uvedlo, že v rodinách nikdo nekouří. Je vhodné připomenout, že řada dětí přebírá některé zvyky od svých rodičů nebo svých prarodičů.

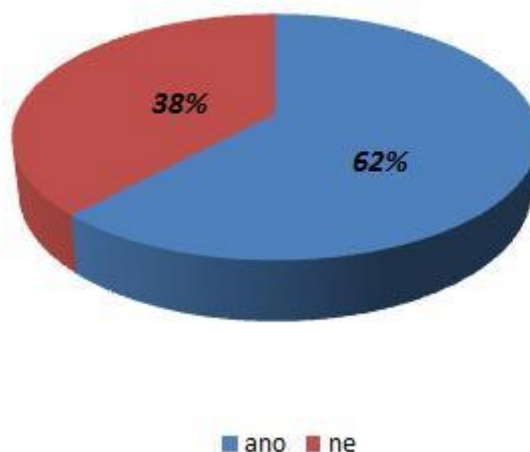
Je rodič nebo prarodič kuřák?



Graf 1 Rodiny adolescentů a jejich vztah ke kouření.

U otázky, týkající se kouření, je z Grafu č. 2 patrné, že více jak polovina tedy 62 % z dotazovaných se již pokusila kouřit. Zatímco pouze 38 % uvedlo, že ne.

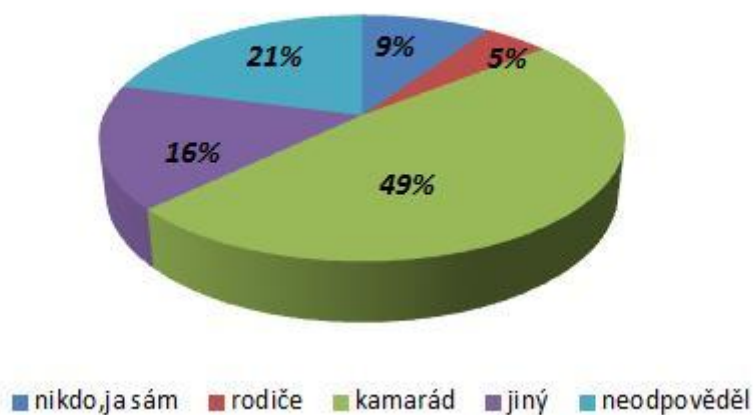
Pokusil jste se kouřit?



Graf 2 Procentuální počet adolescentů, kteří zkoušeli kouřit.

Další otázka se zaměřuje na to, kdo nabídnul adolescentovi první cigaretu viz. Graf č. 3. Největší procento získali kamarádi, jednalo se o 49 %. Jako další možnost byli uvedeni rodiče a to 5 %. Pouze 9 % respondentů uvedlo, že cigaretu jim nikdo nenabídnul, ale vzali si ji sami. Dále v 16 % byla zvolena možnost “jiný“, bohužel jen velmi málo lidí vypsalo, kdo jim cigaretu nabídl. Odpovědi byly tyto: bratr, bratranec, rodinný příslušník, děda, teta. 21 % procent nevyplnilo.

Kdo Vám nabídl první cigaretu?



Graf 3 Kdo nabídl první cigaretu.

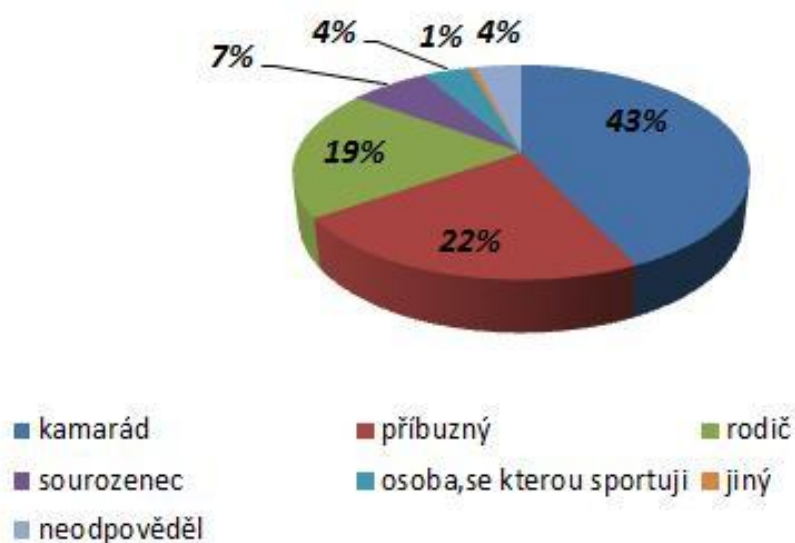
Důvod z jakého respondenti vykouřili svou první cigaretu se již značně různí. Ovšem největší procento získala možnost - zvědavost a to 44 %. Respondenti dále uvedli v 6 %, že chtěli být jako ostatní. U 4 % se objevila odpověď – osamělost nebo také nuda. Důvodem také ve 2 % byly osobní problémy. U této otázky 25 % neodpovědělo, 12 % vybralo možnost – jiné a ponechali bez odpovědi. Nikdo z dotazovaných si nezvolil odpověď – chtěl jsem se podobat dospělým. Graficky zpracované výsledky uvádí Graf č. 4.



Graf 4 Důvod pro vykouření první cigarety.

Z otázky týkající se pití alkoholu a jeho prvního nabídnutí vyplývá, že většina dotazovaných již má zkušenost s alkoholem viz. Graf č. 5. Opět nejvíce procent získala možnost – kamarádi a to 43 %. Dále se jednalo o příbuzné a to v 22 %. Třetí nejčastější možností byli zvoleni rodiče a to v 19 %. Respondenti také uvedli v 7 %, že první alkohol jim nabídl sourozenec. Dále se ve 4 % jednalo o osobu, se kterou adolescent sportuje a u 1 % respondenti uvedli možnost – jiný. 4 % na tuto otázku neodpověděla.

Pokud jste již pil alkohol, kdo vám ho nabídl?



Graf 5 Kdo nabídl alkohol

Dle Grafu č. 6 více jak polovina respondentů tedy 54 % na otázku týkající se ztráty paměti během konzumace alkoholu zvolila odpověď ne. Vysoké procento - 42 % však uvedlo, že ztrátu během konzumace alkoholu zažilo. Na tuto otázku neodpovědělo 4 % respondentů.

Už jste někdy měli ztrátu paměti během pití?



Graf 6 Ztráta paměti během konzumace alkoholu

U otázek týkajících se drog, adolescenti uvedli, že více jak polovině a to 53 % byla nabídnuta některá z uvedených drog. Na otázku neodpověděli 3 % respondenti viz. Graf č. 7. Nejčastější odpovědí na otázku nabízených drog byla marihuana, dále pak hašiš, LSD, v jednom z případů heroin. Často také uváděli poppers (afrodiziakum).

Nabídl vám někdo některé z následujících látek: marihuana, hašiš, kokain, heroin, pervitin, opium atd.?



Graf 7 Reakce na nabízenou návykovou látku

Na předchozí otázku navazuje další a to, kde byla droga nabídnuta. Z Grafu č. 8 je patrné, že droga byla v 35 % nabídnuta při setkání s přáteli, v 19 % na společenské akci, respondenti také dále uvedli, že v 18 % jim byla nabídnuta na ulici. V 10 % byla droga respondentům nabídnuta ve škole. Dále v 8 % byla droga nabídnuta na veřejném místě. Zajímavé je, že v 7 % drogu respondentům nabídli v domě a 3% uvedla, že jim drogu nabídl někdo ve sportovním oddíle.

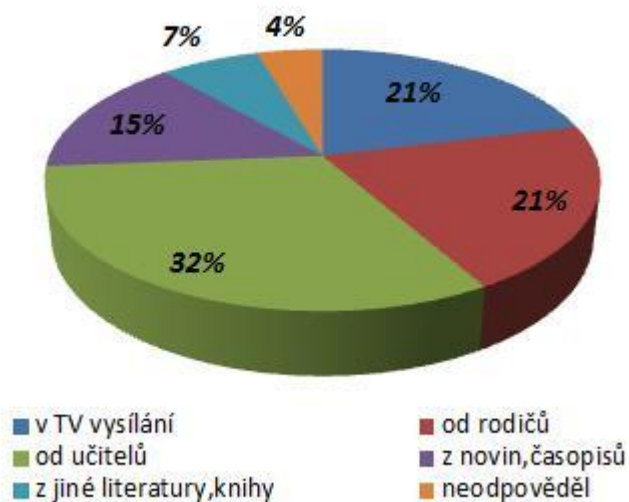


Graf 8 Místo, na kterém došlo k nabídnutí drogy.

V souvislosti s drogami byla jedna z otázek zaměřena i na informovanost respondentů o drogách viz. Graf č. 9. Tedy kde se informace dozvěděli. Nejvíce procent získala možnost – od učitelů a to 32 %. Další informace pak získali v 21% od rodičů. Stejný počet procent respondentů označilo odpověď – z TV vysílání. Odpověď z novin a časopisů, pak zaznačilo 15 % adolescentů.

V 7 % se informace dozvěděli z různých knih a časopisů. Na tuto otázku neodpovědělo 4 % respondentů.

Kde jste se informace o drogách dozvěděl/a?

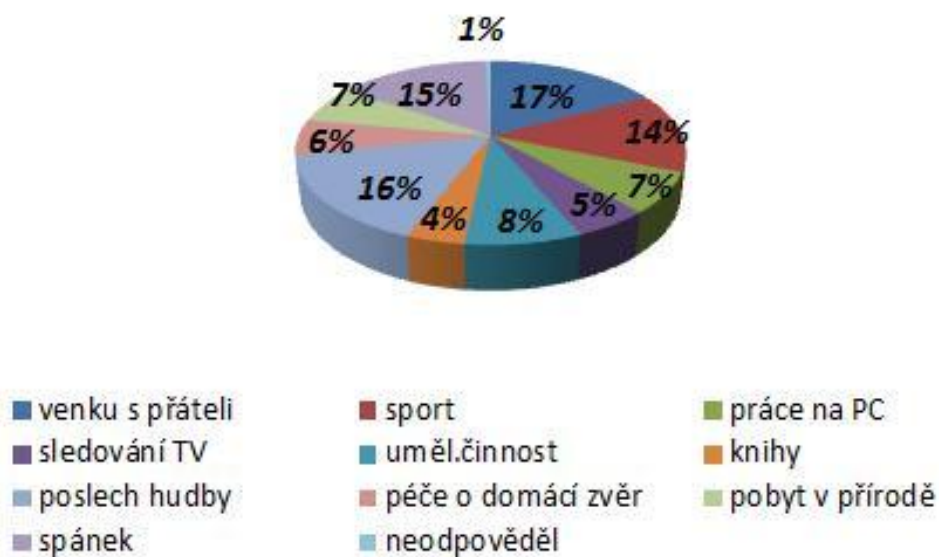


Graf 9 Získání informací o drogách.

Volný čas

Jak již bylo uvedeno výše, vhodně strávený volný čas je pro zdravý životní styl velmi prospěšný. Na Grafu č. 10 lze spatřit, že nejvíce procent a to 17 % získala možnost – venku s přáteli. V 16 % tráví adolescenti svůj volný čas poslechem hudby. Dále se jednalo v 15 % o spánek, o jedno procento méně pak získal sport. Respondenti taktéž uvedli jako další možnost uměleckou činnost a to v 8 %. Stejný počet procent a to 7 % získaly možnosti – pobyt v přírodě a práce na PC. Do svého volného času v 6 % adolescenti zahrnují také péči o domácí zvířata. V 5 % byla uvedena možnost – sledování TV. Pouze 4 % adolescentů tráví volný čas četbou. Na tuto otázku neodpovědělo 1 % respondentů.

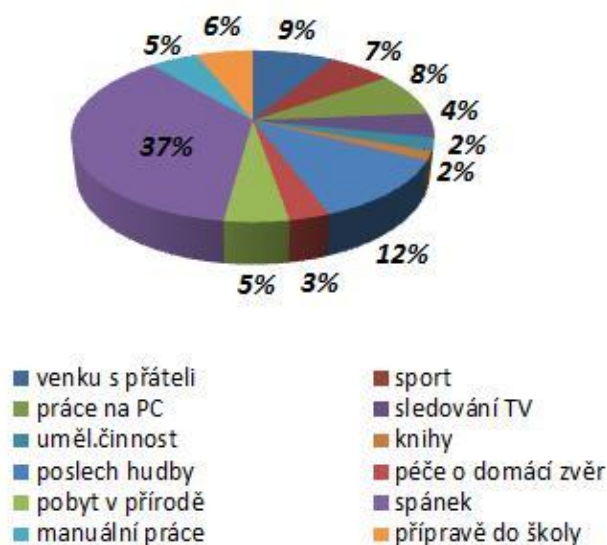
Jaká je vaše nejoblíbenější činnost ve volném čase?



Graf 10 Trávení volného času

Hodnoty v grafu č. 11, týkající se trávení volného času, uvádějí čas věnovaný příslušné aktivitě během týdne v % (základ je 168 hodin tedy 7 dní *24 hod denně). Nejvíce procent získala aktivita – spánek. Jednalo se také o poslech hudby a to v 3,4 %. Dále je v 2,5 % za týden čas věnován času s přáteli venku. Práce na počítači pak získala 2,4 %. Další aktivity v řádu od 1% do 1,9% dle grafu byly věnovány sportu, přípravě do školy, manuální práci, pobytu v přírodě a sledování TV. Pod 1 % se pak dostaly tyto činnosti – práce s domácími zvířaty – 0,9 %, umělecká činnost – 0,7 % nejméně procent lze sledovat u četby knih a to 0,5 %.

Většinu volného času v průběhu týdne věnuji (v %)



Graf 11 Čas věnovaný aktivitám ve volném čase

Dle uvedených odpovědí viz. Graf č. 12. více jak polovina respondentů – 61 % nevyužívá žádné organizace nabízející volnočasové aktivity. Pouze 35 % adolescentů využívá aktivit nabízených různými volnočasovými organizacemi. Na tuto otázku neodpovědělo 4 % respondentů.

Využíváte nabídky volnočasových aktivit od různých organizací (sport.kluby, DDM, jazykové školy atd.)?



Graf 12 Využití organizací pro volný čas

5. DISKUSE

Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na získání dat týkajících se vybraných aspektů životního stylu adolescentů ve věku 16 – 17 let v Šumperku. Zaměřeno tedy bylo na kouření, alkohol, drogy a volný čas adolescentů.

Z výsledků týkajících se oblasti kouření lze vyvodit, že více jak polovina adolescentů (tedy 62%) má již zkušenosti s kouřením. Tento výsledek se ztotožňuje s výsledky v bakalářské práci Liberdové (2013), která uvádí, že z vybrané skupiny adolescentů má již zkušenost s kouřením 70% respondentů. Z provedených výzkumů vztahujících se na tabák z roku 2014 vyplývá, že z věkového hlediska je prevalence kuřáctví nejvyšší právě ve věkovém rozmezí od 15 do 24 let. (Scémy, Sovinová, 2015) Do této skupiny spadají adolescenti. Očekávané zjištění ve vztahu ke kouření také přinesl fakt, že první cigareta byla podána kamarádem (49%), jelikož být součástí skupiny je pro adolescenta v tomto období typické. Zajímavé ovšem bylo, že 5 % dotazovaných uvedlo rodiče, jako osobu, která cigaretu nabídla. Důvodem k vykouření první cigarety byla zvědavost – 44%, ale v 6% také touha být jako ostatní, což může souviset s faktem, že vrstevnické skupiny jsou v tomto období velmi důležité.

Zkušenosti s alkoholem má opět více jak polovina respondentů – přesněji 96 % (4% bez odpovědi). Podobné výsledky a to 84 % uvádí ve své bakalářské práci Rehtík (2014), důvodem nižších hodnot však může v tomto případě být také fakt, že se zaměřoval výhradně na sportovce a to na hráče basketbalu. Z celostátního výzkumu, který byl proveden v roce 2014 vyplývá, že nejvyšší průměrnou spotřebu alkoholu má věková skupina do 25 let. (Scémy, Sovinová, 2015) Do této skupiny je také možno zařadit právě adolescenty. Alkohol většinou nabízeli nejčastěji kamarádi nebo také rodinní příslušníci. Tedy opět dvě skupiny, které mají na adolescenta značný vliv. Poměrně alarmující zjištění pak přináší fakt, že téměř u poloviny respondentů - 42% došlo v souvislosti s alkoholem ke ztrátě paměti. Účinky alkoholu na vývoj mozku se např. zabývala Technická univerzita v Austrálii, která zjistila, že při konzumaci alkoholu (zejména té nárazové) dochází k narušení přirozeného vývoje prefrontální kůry a opioidních receptorů. (Slomková, 2012)

Zajímavým faktem vzhledem k menšímu městu, kterým je Šumperk, bylo zjištění, které se vztahovalo k nabízeným drogám. Drogy byly nabídnuty adolescentům v 53%. Jednalo se nejčastěji o marihuanu, dále také o hašiš, méně často o LSD v jednom z případů byl uveden heroin. Podobný výsledek vyplývá z Britského výzkumu kriminality (British Crime Survey) z let 2003-2004, který se zaměřil na věkovou skupinu 15-24 let. (Mcgrath, 2007). U otázek zaměřených na drogy bychom rádi upozornili, že dle studie, která byla uskutečněna v rozmezí let 2007 – 2011 došlo v České republice k poklesu užívání konopných látek u adolescentů ve věku 16 let ze 45,1 % na 42,3 %. V některých krajích došlo k poklesu, naopak v některých krajích byl zaznamenán značný nárůst a to především v Praze, Olomouckém, Karlovarském a Ústeckém kraji. Šumperk spadá pod Olomoucký kraj. (Chomynová, 2014) Za očekávanou odpověď, kde byla droga nabídnuta se dala považovat možnost – venku s přáteli, dále ulice či kulturní akce, zajímavé je však zjištění, že droga byla v 10% nabídnuta i ve škole. V souvislosti s drogami byl taktéž dotazník okrajově zaměřen na informovanost adolescentů o drogách. Stále nejvíce informací získávají adolescenti od učitelů v 32 % dále pak od rodičů – 21 %.

Poslední část dotazníkového šetření byla zaměřena na volný čas a jeho trávení u adolescentů. Dle studie ESPAD, která byla zaměřena na adolescenty ve věku 16 let, tři čtvrtiny studentů surfují na internetu (79,3%), dále čtvrtina (24,4 %) hraje denně počítačové hry. Třetina dotazovaných (31,3%) pak tráví svůj volný čas s přáteli venku. Dotazovaní také uvedli, že svůj volný čas tráví hraním na výherních automatech (9,6 %). Celkem 12% adolescentů uvedlo, že buď nesportují vůbec, nebo pouze párkrát za rok. Knihy dle odpovědí nečte 23,7 % respondentů a koníčky nemá 24,4% adolescentů. (Chomynová, 2014) V provedeném dotazníkovém šetření nejvíce procenta to 17 získala možnost – venku s přáteli. Sport volí jako volnočasovou aktivitu 14 %. O procento méně pak získala možnost – poslech hudby. Pouze 7 % respondentů tráví volný čas v přírodě, dále o procento méně pění o zvířata a pouze 4 % tráví volný čas četbou. Důvody, proč adolescenti netráví svůj volný čas smysluplněji mohou být různé např. nedostatečná motivace ze strany rodičů, jelikož první zkušenost s trávením volného času přichází právě od rodičů. Tuto myšlenku potvrzuje Hofbauer (2004), který uvádí, že právě rodina, jak pro dítě tak i pro dospívajícího vytváří vhodné podmínky, motivuje, k dosažení životních cílů. Rodina se tak má aktivně zajímat o smysluplné trávení volného času. Z rodičů se stávají inspirátoři, podporovatelé a realizátoři

volnočasových aktivit svých dětí. Dle našeho názoru v souvislosti s dnešní dobou rodiče tyto role mnohdy nepřebírají. Nejen rodiče, ale částečně i nezájem školy poskytnout vhodné možnosti pro trávení volného času může vést adolescenty k návykovým látkám. Dle výsledků provedeného výzkumu, využívá možnost volnočasových center a dalších organizací pouze 35% respondentů. Svůj podíl samozřejmě nese dnešní uspěchaná doba přinášející řadu „vymožeností“, které svádí trávit volný čas doma pasivně. To, jakým způsobem adolescenti tráví svůj volný čas se podepisuje v mnoha případech na jejich zdraví a utváří tak nevhodný životní styl.

ZÁVĚR

Diplomová práce byla zaměřena na vybrané aspekty životního stylu u adolescentů ve věku 16 až 17 let v Šumperku. Konkrétně se jednalo o kouření, alkohol, a drogy.

Teoretická část práce vyložila propojenost mezi zdravím, životním stylem a adolescencí. V práci byl podán pohled na zdraví, jeho determinanty, ale také na možnosti prevence. Dále také na životní styl spojený s návykovými látkami ať už legálního či nelegálního charakteru. Uveden byl taktéž pohled na zdravý životní styl. Jako poslední pak byla charakterizována vývojová etapa – adolescence, jako složitá etapa v procesu dospívání.

Praktická část popsala na základě stanoveného cíle diplomové práce, zmapování vybraných aspektů životního stylu adolescentů ve věku 16 – 17 let v Šumperku, přípravu, realizaci, ale i výsledky výzkumného šetření. Byl zvolen výzkumný soubor, tvořený 105 studenty ze čtyř středních škol v Šumperku. Za pomoci anonymního dotazníku byly zjišťovány odpovědi adolescentů, které se týkaly vybraných aspektů jejich životního stylu – tedy kouření, alkohol, drogy a volný čas. Jak již bylo uvedeno výše, zvolenou metodou pro sběr dat se stal dotazník, jelikož umožňuje získat informace od velkého množství respondentů za krátkou dobu. Výsledky se ve většině případů shodovaly s již provedenými šetřeními př. ESPAD.

Jak již bylo několikrát zmiňováno, řadu návyků ať už dobrých nebo špatných přejímají adolescenti v průběhu jejich života od svých rodičů, či blízkého okolí. Taktéž značný podíl na životním stylu mají kamarádi. To vše v propojení s moderní dobou. Z otázek týkajících se kouření vyplývá, že již více jak polovina z respondentů vyzkoušela kouřit. Téměř v polovině případů získali svou první cigaretu od svého kamaráda. Překvapující je také fakt, že ji získali od svých rodičů, či jiných rodinných příslušníků. Nejčastějším důvodem, který je vedl k vykouření cigarety, byla hlavně zvědavost nebo také možnost vytáhnout se před kamarády.

Taktéž otázka alkoholu a jeho prvotní konzumace souvisí s rodinnými příslušníky a přáteli. Nejčastěji byl adolescentům alkohol nabídnut právě kamarády, dále pak samotnými rodiči či dalšími rodinnými příslušníky. Zkušenost se ztrátou paměti v důsledku konzumace alkoholu má méně jak polovina dotazovaných.

Pokud jde o drogy jako takové, byla respondentům nabídnuta uvedená droga (marihuana, hašiš, heroin, pervitin, opium atd.) ve více než polovině případů. K nabídnutí došlo nejčastěji na ulici, ve škole nebo také na kulturní akci. Respondenti mají nejčastěji zkušenost s marihuanou, hašišem v menší míře s LSD. V jednom z případů se objevila zkušenost s heroinem. V souvislosti s touto problematikou byla pozornost zaměřena na získávání informací o drogách. V tomto případě nejvíce informací získávali adolescenti ve školách od učitelů, dále pak od rodičů, z časopisů.

Velký vliv na způsob života má i trávení volného času. Smysluplné trávení volného času může působit, jako prevence proti návykovým látkám. I když z tohoto dotazníkového šetření lze vypožorovat, že návykové látky mohou být podávány i ve sportovním oddíle. Volný čas většinou tráví respondenti venku se svými přáteli, dále pak poslechem hudby, či spánkem. V menší míře se objevuje sport, umělecká činnost nebo pobyt v přírodě. Více jak polovina respondentů tak nevyužívá žádných organizací, které nabízejí různé volnočasové aktivit.

Na základě výsledků dotazníkového šetření lze tedy tvrdit, že na základě vlastní zvědavosti či přispění blízkého okolí jsou návykové látky (legální i nelegální) součástí životního stylu adolescentů v Šumperku a to i přes mnohdy smysluplné trávení volného času.

SOUHRN

Diplomová práce byla zaměřena na vybrané aspekty životního stylu adolescentů ve věku 16 – 17 let v Šumperku. Teoretická část propojila vnímání zdraví s životním stylem a s možnou prevencí. Taktéž byl podán pohled na vývojovou etapu – adolescenci a její charakteristiky.

Výsledky dotazníkového šetření na čtyřech středních školách v Šumperku prokázaly, že součástí životního stylu adolescentů jsou, téměř ve většině případů, návykové látky. Více jak polovina dotazovaných má zkušenosti s kouřením i alkoholem, kdy více jak u poloviny respondentů došlo v důsledku konzumace alkoholu ke ztrátě paměti. Ani zkušenosti s nelegálními návykovými látkami se adolescentům v Šumperku nevyhýbají. Nejčastěji respondenti přišli do styku s marihuanou či hašišem, v menší míře pak s LSD. Výsledky dotazníku také ukázaly, že adolescenti tráví svůj volný čas různými způsoby (s kamarády, spánek, práce na PC, sport, čtení knih, péče o zvířata, umělecká činnost), ovšem více jak polovina dotazovaných volnočasových center a organizací nevyužívá. Nedostatek smysluplného trávení volného času pak může mnohdy vést k nevhodnému životnímu stylu právě v souvislosti s návykovými látkami.

SUMMARY

The diploma thesis was focused on selected aspects of the lifestyle of adolescents aged 16 to 17 years in Šumperk. The theoretical part of linking the perception of health lifestyle with possible prevention. It was also given an overview of the development phase - adolescence and its characteristics.

Results of a survey in four secondary schools in Šumperk showed that part of the lifestyle of adolescents are almost in most cases, addictive substances. More than half of the respondents have experience with smoking and alcohol, where more than half of the respondents was due to alcohol consumption to memory loss. Nor experience with illicit substances in adolescents is in Šumperk not avoid. Respondents most often come into contact with marijuana or hashish, to a lesser extent with LSD. Survey results also showed that adolescents spend their time in different ways (with friends, sleep, work on PC, sports, reading books, animal care, artistic activity), but more than half of the respondents recreational centers and organizations not used. Lack of meaningful leisure time can then often lead to inappropriate lifestyle, specifically in connection with addictive substances.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ANTOŠOVÁ, Danuše a Miloslav KODL. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014. ISBN 978-80-85047-49-3.
2. BLAHUTKOVÁ, Maria a kol. *Pohybem proti civilizačním chorobám*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5110-2
3. ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.
4. ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDOVÁ a Hynek DOLANSKÝ. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2860-5.
5. ČÍŽKOVÁ, Jitka a kol. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-0629-2.
6. DLOUHÝ, Pavel a Dana HRNČÍŘOVÁ. *Výživa ve výchově ke zdraví*. Praha: Ministerstvo zemědělství, 2012.
7. DOLANSKÝ, Hynek. *Veřejné zdravotnictví*. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, Ústav ošetřovatelství, 2008. ISBN 978-80-7248-494-2.
8. FONTANA, David. *Psychologie ve školní praxi: příručka pro učitele*. Vyd. 2. Překlad Karel Balcar. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-626-8.
9. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4., rozš. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2008. ISBN 978-80-223-2391-8.
10. GROGAN, Sarah. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-907-1.

11. HAINER, Vojtěch a kol. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 80-247-0233-9.
12. HAINEROVÁ, Irena. *Dětská obezita*. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-196-7.
13. HAMPLOVÁ, Dana a kol. *Rodina a zdraví – jejich vzájemné souvislosti*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2014. ISBN 978-80-7419-169-5.
14. HAVELKOVÁ, Marie a kol. *Výchova ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5050-1.
15. HAVLÍNOVÁ, Miluše a kol. *Program podpory zdraví ve škole: rukověť projektu Zdravá škola*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-263-7.
16. HLAĎO, Petr. *Profesní orientace adolescentů: poznatky z teorií a výzkumů*. Brno: Konvoj, 2012. ISBN 978-80-7302-165-8.
17. HOFBAUER, Břetislav. *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-927-5.
18. HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. ISBN 978-80-210-5239-0.
19. CHOMYNOVÁ, Pavla. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): výsledky průzkumu v České republice v roce 2011*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2014. Výzkumné zprávy (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-101-5.
20. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.

21. KACHLÍK, Petr. *Mapování drogové scény, aktivit a úrovně protidrogové prevence na Masarykově univerzitě: škola a zdraví pro 21. století, 2011*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2011. ISBN 978-80-210-5724-1.
22. KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.
23. KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie 1 díl*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-6896-0
24. KOHOUTEK, Rudolf. *Metoda dotazníku pro pedagogy*. Ostrava: Item, 1998. Společenské vědy (Item: CERM). ISBN 80-7204-067-7.
25. KOMÁREK, Lumír a kol. *Ochrana a podpora zdraví*. Praha: Nadace CINDI, 2011. ISBN 978-80-260-1159-0.
26. KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie 1 díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3875-8.
27. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
28. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
29. LIBA, Jozef. *Zdravie, drogy a drogová závislosť*. 1. vyd. Prešov: Metodické centrum v Prešove, 2001. ISBN 80-8068-036-1
30. LIBERDOVÁ, Gabriela. *Vybrané aspekty životního stylu hráčů u basketbalu ve věku 16 až 17 let*. Olomouc, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Katedra sportu. Vedoucí práce Mgr. Petr Reich, Ph.D.
31. MACEK, Petr. *Adolescence*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-747-7

32. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví: zdraví a prevence, životní styl - problémy a rizika, dospívání a zdravotní problémy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
33. MÁLKOVÁ, Iva a Jaroslava ŠTOCHLOVÁ. *Hubneme s rozumem v praxi: glykemická kuchařka: jídelníček a tipy na celý den*. Praha: Smart Press, 2006. ISBN 80-903642-0-9.
34. MARÁDOVÁ, Eva, STŘEDA Leoš a Tomáš ZIMA. *Vybrané kapitoly o zdraví*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2010, 111 s. ISBN 978-80-7290-480-8.
35. MCGRATH, Yuko. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: přehled dostupných informací: nejnovější výzkumné poznatky*. 1. vyd. v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, c2007. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-87041-16-1.
36. MOŽNÝ, Ivo. *Rodina a společnost*. Brno: Slon, 2006. ISBN 80-86429-58-X.
37. NEŠPOR, Karel. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-515-6.
38. PASTUCHA, Dalibor a kol. *Pohyb v terapii a prevence dětské obezity*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978 – 80-247-4065-2.
39. NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. 2. rozš. vyd. Praha: Sportpropag, 1994.
40. PEŠEK, Roman a Kateřina NEČASNÁ. *Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných drog u dospívajících*. Písek: Arkáda. 2009. ISBN 978-80-254-5971-3

41. PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Brno: Academia, 2003. ISBN 80-200-1499-3
42. Pokyny EU pro pohybovou aktivitu. *msmt.cz* [online]. [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/sport/pokyny-eu-pro-pohybovou-aktivitu>
43. PRESL, Jiří. *Drogová závislost. Může být ohroženo i vaše dítě?* 2. Vyd. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-25-X.
44. RECHTÍK, Zdeněk. *Vybrané aspekty životního stylu hráčů basketbalu*. Olomouc, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Katedra sportu. Vedoucí práce Mgr. Petr Reich, Ph.D.
45. RIESEL, Petr. *Lesk a bída drog*. 1. Vyd. Olomouc: Votobia, 1999. ISBN 80-7198-348-9.
46. ŘEHULKA, Evžen. *School and health 21,2010:Health Education: International experiences*. Brno: Masarikova Univerzita, 2010, ISBN 978-80-210-5398-4.
47. SOVINOVÁ, Hana a Ladislav SCÉMY. *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2014* [online]. [cit. 2016-04-13]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/MUDr._Kernova/Uzivani_tabaku_a_alkoholu_v_CR_2014.pdf
48. SLEPIČKOVÁ, Irena. *Sport a volný čas*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1039-6.
49. ŠEDIVÝ, Václav a Helena VÁLKOVÁ. *Lidé, alkohol, drogy*. Vyd. 1. Praha: Naše vojsko, 1988.
50. ŠEFLOVÁ, Iva. *Pohyb a zdraví*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2013.
51. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I: Dětství a dospívání*. Praha: Univerzita Karlova, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1

52. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0
53. WALKER, Ian. *Výzkumné metody a statistika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3920-5
54. WASSERBAUER, Stanislav a kol. *Výchova ke zdraví: pro vyšší zdravotnické školy a střední školy*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2001. ISBN 80 –7071-172-8
55. Zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. *Zákony pro lidi.cz* [online]. 2000 [cit. 2016-04-14]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258#cast1>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Procenta kouřících žen a mužů ve věku 15 let a více ve vybraných zemích (Holčík, 2010, s. 65)	23
Tabulka 2 Spotřeba alkoholu na osobu starší 15 let v litrech čistého lihu (Holčík, 2010, s.65).....	26
Tabulka 3 Výživa v dětském věku (Dlouhý, Hrnčířová, 2012, s. 47)	38
Tabulka 4 Energetický výdej aktivit ve vodě (Pastucha a kol., 2011, s. 72)	40

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Vývoj střední délky života v České republice a ve Švédsku (Holčík, 2010) ..	8
Obrázek 2 Stav optimální pohody (Dolanský, 2008)	9
Obrázek 3 Vztah zdraví a jeho determinantů (Machová, 2009)	11
Obrázek 4 Model podpory zdraví (Holčík, 2010, s.134)	14
Obrázek 5 Model drogové závislosti (Kachlík, 2011)	20
Obrázek 6 Srovnání užívání vybraných drog v České republice a v ostatních zemích. (Pešek, Nečasná, 2009)	22
Obrázek 7 Hierarchie potřeb dle Maslowa (Plháková, 2003)	31
Obrázek 8 Rysy a souvislosti systému volného času. (Hofbauer, 2004, s. 48)	33
Obrázek 9 Potravinová pyramida (Dlouhý, Hrnčířová, 2012)	37

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Rodiny adolescentů a jejich vztah ke kouření.	52
Graf 2 Procentuální počet adolescentů, kteří zkusili kouřit.	53
Graf 3 Kdo nabídl první cigaretu.	53
Graf 4 Důvod pro vykouření první cigarety.	54
Graf 5 Kdo nabídl alkohol.	55
Graf 6 Ztráta paměti během konzumace alkoholu.	56
Graf 7 Reakce na nabízenou návykovou látku.	56
Graf 8 Místo, na kterém došlo k nabídnutí drogy.	57
Graf 9 Získání informací o drogách.	58
Graf 10 Trávení volného času.	59
Graf 11 Čas věnovaný aktivitám ve volném čase.	60
Graf 12 Využití organizací pro volný čas.	60

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník pro zjištění postojů k návykovým látkám

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník pro zjištění postojů k návykovým látkám

Milí studenti, obracíme se na vás s prosbou o spolupráci při provádění výzkumu pro zjištění vašich postojů k návykovým látkám, se zvláštním důrazem na prevenci.

Tento dotazník je anonymní a údaje budou použity pouze pro výzkumné účely. Proto vás žádáme, abyste si pečlivě přečetli všechny otázky a odpovědi v souladu s vašimi názory a přesvědčením.

Při vyplňování dotazníku, prosíme, dodržujte toto pravidlo: *Pokud není uvedeno jinak v návodu k vyplnění odpovědi, odpovězte na každou otázku tak, že označíte správnou možnost:*

Příklad: Myslíte si, že

Ano Ne

I. Základní údaje:

Rok narození: **Věk:** (v rocích) **Pohlaví:** muž žena

Umístění školy: ve městě v obci

Vzdělání matky:

základní středoškolské vyšší odborné vysokoškolské

Povolání matky: duševní práce fyzická práce

Vzdělání otce:

základní středoškolské vyšší odborné vysokoškolské

Povolání otce: duševní práce fyzická práce

Počet osob v rodině:

II. Kouření

1. Je rodič nebo prarodič kuřák? (Označ i v případě, že alespoň jedna osoba z nich je kuřák.)

rodič prarodič není nikdo

2. Pokusili jste se kouřit? (I když třeba jen jednu cigaretu.)

ano ne

3. Kdo vám nabídl první cigaretu?

nikdo, vzal jsem si ji sám rodiče kamarád, přítel

jiný, kdo?

4. Co vás vedlo k tomu, že jste vykouřil svoji první cigaretu?

chtěl/a jsem být jako ostatní kamarádi/kamarádky

zvědavost

chtěl/a jsem se vytáhnout před ostatními

nuda

měl/a jsem osobní problémy

chtěl/a jsem se podobat dospělým

osamělost

jiné

5. Kouříte?

ano ne

4. Pokud kouříte, jak často?

1 x týdně 2 x týdně 3 nebo více krát týdně

5. Pokud kouříte, kolik cigaret denně?

1 2 3 4 5 a více

6. Vědí Vaši rodiče, že kouříte?

ano ne

7. Myslíš, že až budeš dospělý, budeš kuřákem?

ano ne

8. Myslíte si, že kouření je zdraví škodlivé?

ano ne nevím

III. Alkohol

9. Co rozumíte pod slovem alkohol? (Můžete označit více odpovědí.)

pivo víno tvrdý alkohol (vodka, gin, slivovice ...)

10. Pokud jste již pili alkohol, kdo vám ho nabídl?

kamarád/přítel příbuzný rodič sourozenec osoba, se kterou sportuji
 jiný, kdo?

11. Kdy jste v poslední době pili alkohol?

včera tento týden minulý týden před měsícem více než před měsícem

12. Pokud pijete alkohol, jak často?

1 x týdně 2 x týdně 3 krát týdně 4 nebo vícekrát

13. Jdete po vyučování s kamarády na pivo nebo na víno?

ano ne

14. Pokud ano, jak často?

1 x týdně 2 x týdně 3 krát týdně 4 nebo vícekrát

15. Už jste někdy měli ztrátu paměti během pití (tzv. "okno")?

ano ne

16. Víte, že alkohol je návyková látka?

ano ne nejsem si jistý

17. Myslíte si, že sport může být vhodným prostředkem prevence proti užívání alkoholu?

ano ne nevím

IV. Drogy

18. Nabídl Vám někdo některý z následujících látek : marihuana , hašiš , kokain, heroin, pervitin , opium, atd. ?

ano ne nejsem si jistý, zda to nebyl lék

19. Pokud ano, kterou? (Napište.)

20. Pokud ano, kde k tomu došlo?

- na ulici
- v domě (u vchodu, na schodech ve sklepě, apod.)
- ve škole (na WC, na chodbě apod.)
- ve sportovním oddíle (před tréninkem, v průběhu tréninku, po tréninku apod.)
- při setkání s přáteli
- na veřejném místě (v zábavním podniku, herna apod.)
- na společenské akci (koncert, kino, diskotéka apod.)

- při sportovních akcích
- jinde, kde

21. Jak jste při této nabídce zareagoval/a?

- výslovně jsem odmítl/a
- nereagoval/a jsem
- pokud mě přemlouval, vzal/a jsem si ji

22. Pokud jste přijal/a nabízenou látku, napište její název:

23. Pokud jste opakovaně užil/a drogy, kolikrát to dosud bylo?

24. Myslíte si, že dostáváte dostatek informací o drogách?

- ano
- ne

25. Kde jste se informace o drogách dověděl/a?

- v TV vysílání
- od rodičů
- od učitelů
- z novin, časopisů
- z jiné literatury, z knihy

26. Myslíte si, že sport může být dobrým nástrojem prevence proti užívání drog?

- ano
- ne
- nevím

V. Volný čas a pohybové aktivity

27. Jaká je vaše nejoblíbenější činnost ve volném čase?

- pobyt venku s přáteli
- sport a pohybové aktivity
- práce na počítači, videohry
- sledování televize
- umělecká činnost - hudba, tanec, malování, atd.
- čtení knih
- poslech hudby
- péče o domácí zvíře
- pobyt v přírodě
- spánek

28. Většinu volného času v průběhu týdne věnuji (označte křížkem a současně uveďte přibližný čas v hodinách a minutách. Příklad: ...0 hod....40min nebo1 hod....15min)

- pobytu venku s přátelihod amin
- sportu a pohybové aktivitě hod amin
- práci na počítači, videohrám hod amin
- sledování televize hod amin
- umělecké činnosti (hudba, tanec, výtvarné kroužky apod.) hod amin
- čtení knih hod amin
- poslechu hudby hod amin
- péči o domácí zvířátko hod amin

- pobytu v přírodě hod amin
- spánku hodmin
- manuální/fyzická práce hodmin
- přípravě do školy hodmin

29. Využíváte nabídky volnočasových aktivit od různých organizací (sportovní kluby, domy dětí a mládeže, jazykové školy apod.)?

- ano
- ne

30. Pokud ano, kterých organizací?

- zájmové kroužky ve škole mládežnické organizace - Sokol , Scout ...
 jazykové kurzy, jazykové školy jiné , uveďte , že

31. Uspokojuje Vás Váš způsob trávení volného času?

- ano ne je mi to jedno

32. Věnujete se pravidelně pohybové aktivitě?

- ano ne

33. Pokud ano, účastníte se sportovních soutěží?

- ano ne

34. V jakém sportu?

- fotbal basketbal volejbal gymnastika házená hokej jiné

35. Pokud v současné době nesportujete, sportoval/a byste rád/a ?

- ano nemám vůbec zájem o sport a pohybovou aktivitu nepřemýšlím o tom

36. Pokud nemáte zájem o sport a pohybovou aktivitu, uveďte hlavní důvody (Můžete označit více odpovědí.)

- nemám vztah ke sportu
 myslím, že není třeba sportovat/dělat pohybové aktivity
 raději se věnuji jiné činnosti
 nemám kam jít sportovat
 nemám vhodného partnera/kamaráda/kamarádku
 nemám sportovní vybavení
 nemám peníze na sport/pohybové aktivity
 nikdo by mě nepozval nebo nepobízel ke sportování
 myslím, že profesionální sport je zdraví škodlivý
 nejsem fyzicky zdatný/á
 nevidím v tom smysl

37. Před sportem dávám přednost (Můžete uvést více než jednu odpověď):

- hrám na PC posedávání sledování televize poslech hudby
 zájmové aktivity v jakémkoli jiném oboru sběratelství
 tvůrčí činnosti (malba, řezbářství, šití, fotografování, modelování apod.) učení se
 hře na hudební nástroj jiné

38. Myslíte si, že rodiče jsou dostatečně informováni o tom, jak trávíte volný čas?

- ano ne

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Jaroslava Fialová
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	Mgr. Petr Reich, Ph.D.
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Vybrané aspekty životního stylu adolescentů (16-17 let)
Název v angličtině:	Selected aspects of the lifestyles of adolescents (16-17 years)
Anotace práce:	Práce je zaměřena na vybrané aspekty životního stylu u adolescentů ve věku 16 – 17 let. Teoretická část vysvětluje základní pojmy spojené se zdravím, životním stylem a adolescencí. Cílem praktické části je zmapovat vybrané aspekty životního stylu adolescentů ve věku 16 - 17 let v Šumperku.
Klíčová slova:	adolescent, životní styl, návykové látky, zdraví, drogy, alkohol, kouření, prevence
Anotace v angličtině:	The thesis is focused on selected aspects of lifestyle among adolescents aged 16-17 years. The theoretical part explains the basic concepts related to health, lifestyle and adolescence. The practical part is to explore some aspects of the lifestyle of adolescents aged 16 to 17 years in Šumperk.
Klíčová slova v angličtině:	adolescent , lifestyle , addictive substances , health , drugs, alcohol, smoking , prevention
Přílohy vázané v práci:	Dotazník
Rozsah práce:	77
Jazyk práce:	Český