

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Olomouc 2013

Zuzana Bártová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Bc. ZUZANA BÁRTOVÁ

II. ročník navazujícího magisterského studia – prezenční forma

Obor: Učitelství pedagogiky pro střední školy a vyšší odborné školy

**POSTOJ STŘEDOŠKOLSKÉ MLÁDEŽE KE ZDRAVÉMU
ŽIVOTNÍMU STYLU V OKRESE BLANSKO**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Linda Švrčinová

Olomouc 2013

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury, který je přílohou této práce.

V Olomouci dne 6. 4. 2013

.....

podpis

Na tomto místě bych chtěla poděkovat PhDr. Lindě Švrčinové za odborné vedení diplomové práce, cenné rady a připomínky k práci. Dále mé poděkování patří všem, kteří mi byli nápomocní při realizaci praktické části mé práce, ale také mojí rodině, která mě nejen psychicky podporovala při studiu.

Bc. Zuzana Bártová

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Zuzana Bártová
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	PhDr. Linda Švrčinová
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Postoj středoškolské mládeže ke zdravému životnímu stylu v okrese Blansko
Název v angličtině:	The attitude of secondary students from the district of Blansko towards a healthy lifestyle
Anotace práce:	<p>Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.</p> <p>Teoretická část obsahuje tři kapitoly. První kapitola charakterizuje středoškolskou mládež, její vývoj, postoje, hodnoty, zájmy a důležité činitele, které na jejich vývoj působí. Druhá kapitola vymezuje nejčastější rizikové faktory, které ovlivňují jejich zdraví. Třetí kapitola se zabývá zdravým životním stylem. Tato kapitola poukazuje na důležitost zásad, vymezuje zdraví a nemoc, definuje podporu zdraví a okrajově přibližuje dosavadní výzkumy.</p> <p>Praktická část se skládá ze dvou kapitol. V první kapitole je vymezen cíl, hypotézy, postupy práce a ve druhé kapitole jsou výsledky našeho šetření zpracovávány. Cílem práce je zjistit postoj středoškolské mládeže ke zdravému životnímu stylu. K dosažení cíle bylo použito metody dotazníku, případové studie a rozhovoru. Výsledky šetření jsou analyzovány a interpretovány. Na konci práce jsou k zjištěným výsledkům formulovány závěry.</p>
Klíčová slova:	Postoj, hodnoty, zájmy, zdravý životní styl, středoškolská mládež, alkohol, drogy, kouření, stres, šikana, mentální

	anorexie, rodina, prostředí, dědičnost, výchova, zdraví, stravování.
Anotace v angličtině:	<p>The thesis is divided into a theoretical and a practical part.</p> <p>The theoretical part contains three chapters. The first chapter characterizes the high school youth, their development, attitudes, values, interests and important factors that cause on their development. The second chapter describes the most common risk factors that influence their health. The third chapter occupies with healthy lifestyle. This chapter points to the importance of principles, defines health and disease, defines promotion of health and it characterizes current research marginally.</p> <p>The practical part consists of two chapters. The first chapter sets the aim, hypotheses and describes the methods used in the thesis and there are processed the results of our survey in the second chapter. The aim is to find the attitude of high school students to a healthy lifestyle. It was used the method of questionnaires, case studies and interviews to achieve the aim. The results of the research are analysed and interpreted. At the end of the work we formulate results to the observed results.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Attitudes, values, interests, healthy lifestyles, high school youth, alcohol, drugs, smoking, stress, bullying, anorexia nervosa, family, environment, heredity, education, health and food.
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Dotazník
Rozsah práce:	73 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

OBSAH

ÚVOD.....	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	
1 DIVADLO ŽIVOTA ANEB „ROLE STŘEDOŠKOLÁKA“.....	12
1.1 ZAŘAZENÍ STŘEDOŠKOLÁKA DO PERIODIZACE LIDSKÉHO VÝVOJE.....	12
1.2 SOMATICKÝ, KOGNITIVNÍ A CITOVÝ VÝVOJ ADOLESCENTA.....	14
1.3 HODNOTY, POSTOJE, ZÁJMY STŘEDOŠKOLÁKA.....	14
1.4 FAKTORY ROZVOJE OSOBNOSTI STŘEDOŠKOLÁKA.....	16
2 NEJČASTĚJŠÍ RIZIKOVÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVÍ U STŘEDOŠKOLSKÉ MLÁDEŽE	21
2.1 ALKOHOL.....	22
2.2 DROGY.....	23
2.3 TABAKISMUS.....	24
2.4 GAMBLERSTVÍ.....	25
2.5 RIZIKOVÝ SEX.....	26
2.6 ŠIKANA.....	26
2.7 PROBLEMATIKA STRAVOVÁNÍ.....	27
2.7.1 Obezita.....	28
2.7.2 Anorexie.....	29
2.7.3 Bulimie.....	31
2.8 SUICIDÁLNÍ JEDNÁNÍ.....	31
2.9 PŮSOBENÍ STRESU NA ŽIVOT STŘEDOŠKOLÁKA.....	32
3 ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL	35
3.1 ZDRAVÍ A ZÁSADY ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU.....	35
3.2 PODPORA ZDRAVÍ.....	38
3.3 DOSAVADNÍ VÝZKUMY.....	39

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4	CÍL VÝZKUMU A POSTUP PRÁCE	41
4.1	ÚVOD PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	41
4.2	CÍL PRÁCE	41
4.3	POPIS ZKOUMANÉHO SOUBORU.....	42
4.4	METODY VÝZKUMU	43
4.5	ORGANIZACE PRÁCE A ZPŮSOB ZÍSKÁNÍ INFORMACÍ	44
5	VÝSLEDKY A DISKUSE	45
5.1	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	45
5.2	PŘÍPADOVÁ STUDIE.....	58
5.3	ROZHOVOR S NUTRIČNÍ TERAPEUTKOU	61
5.4	DISKUSE A SHRNUÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	63
	ZÁVĚR	66
	SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	68
	SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK.....	72
	SEZNAM PŘÍLOH	74

ÚVOD

V dnešní moderní době je mnoho nových možností, které dříve nebyly a které nám usnadňují život a dělají ho zajímavějším a pestřejším. Nabízejí se však také nové skutečnosti, které život komplikují a činí ho nebezpečnějším. Téma zdravého životního stylu ve spojitosti se středoškolskou mládeží je samo o sobě zavádějící a lákavé. V souvislosti s tématem práce se nabízí spousta otázek, protože vývojové stádium adolescence je samo o sobě pestré a bouřlivé. My se v této práci zaměříme na postoj středoškolské mládeže ke zdravému životnímu stylu.

V teoretické části byla nutná práce s odbornou literaturou, která nám byla nápomocná pro vymezení důležitých pojmů k danému tématu. Vymezuje vývoj středoškoláka v rámci periodizace lidského jedince, zmiňujeme se o jeho somatickém, kognitivním a citovém vývoji, zmiňujeme vlivy, které působí na formování středoškolské mládeže. V práci udáváme obecný pohled na nejčastější rizikové faktory, kterými je středoškolská mládež nejvíce ohrožena, jako například alkohol, drogy, šikana, problematika stravování a jiné. Tyto patologické jevy jsou velice aktuální a společnost se je snaží všemožně medializovat nejen ve spojitosti s mládeží. Další část diplomové práce se zabývá zdravým stylem a jeho zásadami, které jsou nezbytné pro zdravé tělo i zdravého ducha člověka. Zmiňujeme také některé dosavadní výzkumy, kterými se zabývá Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy a zveřejňuje je na internetovém portále.

Cílem práce je vymezit, jaký postoj zaujímá středoškolská mládež ke zdravému životnímu stylu. V praktické části naší práce používáme metodu dotazníkového šetření, které nám umožnilo zjistit, jaký postoj má středoškolská mládež ke zdravému životnímu stylu v okrese Blansko respektive ve čtyřech školách, ve kterých výzkum probíhal. Pomocí kvalitativní metody, případové studie, se snažíme poukázat na skutečnost, jaký dopad může mít nedodržování zdravého životního stylu na život jedince.

Období mládí je ovlivněno mnoha faktory avšak tím nejdůležitějším a nejhlavnějším působením v tomto období by měli být rodiče, kteří bohužel svoji funkci mnohdy neplní. Důsledky zanedbávání výchovy ze strany rodičů si uvádíme v případové studii, která je použita jako další podpůrná metoda při našem výzkumu. Další metodou použitou v práci je rozhovor s nutriční terapeutkou, která nám objasnila své zkušenosti z praxe a poskytla nám mnoho dalších informací. Praktická část vymezuje cíl výzkumu a popisuje postupy, které

jsme si zvolily při realizaci naší práce. Výzkumná zjištění jsou zpracována v další části praktické části a k výsledkům našeho šetření jsou formulovány závěry.

Téma diplomové práce bylo zvoleno na základě zájmu o danou problematiku a také z důvodu spojitosti se studovaným oborem a možností budoucí práce se středoškolskou mládeží. Chtěla bych se stát pedagogem na střední škole a téma zdravého životního stylu je pro mnohé středoškoláky tabu. Jiní ještě nevědí jak jej uchopit a začít zdravě žít. Touto prací bych chtěla poukázat na důležitost zdravého životního stylu a v budoucnu osobně přispět svými získanými vědomostmi při práci s dětmi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DIVADLO ŽIVOTA ANEB „ROLE STŘEDOŠKOLÁKA“

Úvodní kapitola je zaměřena na popis středoškolské populace. Vymezuje zde obvyklé zájmy mladých lidí, jejich postoje, hodnoty, vývoj, vlivy které působí na formování osobnosti jedince, jelikož mládí má svá specifika. Člověk není dítětem, není však ještě přijat do profesních, rodinných a občanských rolí světa dospělých. Většina prožívá pocit, že by tyto role zastávat mohla, avšak společenské normy a skutečné nároky rolí to neumožňují. Biologická a do jisté míry psychická zralost se dostává do rozporu se sociální „nezralostí“ a s tím souvisejí veškeré tenze a konflikty adolescence a mladý člověk se dostává do kontaktu s rizikovými faktory, které působí na jeho životní styl.

V mládí jedinec pokračuje v přípravě na budoucí role dospělých, současně opouští role dětské a hraje role typické v dané kultuře pro mládež dle snatoveného harmonogramu společnosti (student, učeň, partner atd.). Dospívající se přitom snaží vyvážit ze závislosti na výchozí rodině, překonávat „nepochopení“ dospělých, stát se jim rovnocenným. Adolescent řeší problém své identity, „hledá vlastní Já“. Zatímco v dětství převládají tlaky na adaptaci, v adolescenci převažuje individualizace, snahy o autonomii, vlastní volby, interpretace hodnot a norem, vytváření na dospělých nezávislých vztahů. V mládí se uvědomování sebe mění v sebeurčení. Neustálé hledání, ustavování nových vazeb a tlaky požadavků mohou ústit do krize adolescence a ta se někdy neobejde bez nekonformních činů, rozporů a konfliktů. Pro dosažení dospělosti je klíčovým dosažení profesního statusu. (Havlík, Kořa, 2007)

V období mládí jsou některé činy adolescentů tolerovány proto, aby „prohřešky mládí“ neměly trvalé následky v jejich budoucím životě. Mladý člověk postupně zvyšuje odpovědnost za své činy a uvědomuje si svá práva a povinnosti.

1.1 Zařazení středoškoláka do periodizace lidského vývoje

„Každé vývojové období má své vlastní štěstí, naděje i vyhlídky.“ J. W. Goethe

Vývojovými teoriemi, tedy začleněním člověka do určitých úseků lidského života se zabývalo mnoho autorů. Každý autor kladl důraz na jiné aspekty a podle toho jsou též různě pojmenované vývojové etapy.

Ilona Kopecká (2011) ve své publikaci jako první jmenuje **J. Piageta**, který se věnoval hlavně období dětství a kladl důraz na rozumové poznávání. Vývojové etapy rozdělil do etapy senzomotorické inteligence, kterou vymezuje od 0 do 2 let, symbolického a předpojmového

myšlení od 2 do 4 let, názorového myšlení od 4 do 7 let, etapa konkrétních logických operací od 7 do 11 let a etapa formálních logických operací od 11 do 12 let.

Dalším neopomenutelným autorem zabývajícím se vývojovými stádii je **S. Freud**. Ten zaměřuje svoji pozornost na pudový život, city a dynamické stránky. Etapy rozdělil na etapu orální (kojenecké období), kdy jsou ústa dítěte zdrojem slasti. Etapu anální (batolecí období), kdy se utváří vztah k sobě samému, rodí se schopnost ovládnutí a kontroly. Další etapou je období falické (předškolní věk), kdy se dítě identifikuje s vlastním pohlavím, řeší vztahy k rodičům. Jako další je etapa latentní (mladší školní věk), kdy se dítě orientuje spíše na výkon. Poslední období je období genitální (puberta), kdy se osoba orientuje na druhé pohlaví.

E. Erikson posunul etapy až ke konci lidského života. Jeho teorie vnímá člověka jako cestu, na které je potřeba překonat překážky tak zvané psychosociální krize. Erikson rozčlenil vývojové etapy na období kojence od 0 do 1 roku, batolete od 1 do 3 let, předškolní věk 3 - 6 let, školní věk 6 - 12, dospívání 12 - 19, mladá dospělost 19 - 25 let, dospělost 25 - 30 let, pozdní dospělost od 30 let.

Ve výuce v českých školách se nejčastěji žáci setkají s následujícím vymezením jednotlivých období ontogeneze:

Období prenatalní, do tohoto vývojového období je jedinec zařazen od početí do narození. **Období novorozenecké**, vymezuje vývoj jedince od narození do 4 – 6 týdnů jeho života. **Období kojenecké** je do 1 roku života. **Období batolecí** se vymezuje do 3 let. Jako další období je **předškolní období** a to do 6 let - do vstupu na ZŠ. (Jedinec může vstoupit do povinné školní docházky i později). Dalším obdobím je **mladší školní věk** – do 11 let. **Starší školní věk** vymezujeme do 15 let. Z pohledu naší práce je pro nás nejdůležitějším období **DOSPÍVÁNÍ**, do kterého se řadí i zvolený výzkumný soubor středoškolské mládeže v praktické části naší práce. Dospívání dělíme na: pubescenci a adolescenci.

- Pubescence – 11 – 15 let
 - Prepuberta – 11 – 13 let
 - Puberta – 12 - 15

- **Adolescence – 15 – 22** – stěžejní vývojové období naší práce, ve které zjišťujeme postoj středoškolské mládeže, ke zdravému životnímu stylu. Dalším obdobím je **mladá dospělost**. Věkově sem patří lidé mezi 20 – 30 lety. **Střední dospělost** – 30 – 45 let. **Pozdní dospělost** – 45 – 60 let. **Stáří** od 65 let do smrti. Stáří dále dělíme na Rané stáří od 60 do 74 let, vlastní – pravé stáří – 75 – 89 let a dlouhověkost 90 a více let (Kopecká, 2011)

1.2 Somatický, kognitivní a citový vývoj adolescenta

Období plynulého pokračování puberty až k dospělosti se nazývá období adolescence. U dívek jej můžeme vymezit v období od 15 do 22 let, u chlapců 16 až 22 let. Tedy v období, kdy se většina mladých lidí připravuje na své povolání. Diplomová práce je zaměřena na výzkum středoškolské mládeže.

Somatický vývoj adolescentů v tomto období zpomaluje. Tělesný růst je již pomalejší než v předešlém období pubescence. Na konci tohoto období se růst zcela zastaví. Postava u obou pohlaví dostává definitivní tvar. Chlapcům narůstá svalovina, jejich hlas se vyrovná a zmohutní. Dívčí postava získává růstem ňader a boků definitivní ženský tvar. Nastávají první zkušenosti v oblasti sexuálního života. První sexuální zkušenosti sebou však nesou úskalí nechtěného těhotenství a pohlavně přenosných chorob. Nastávají první zkušenosti v oblasti alkoholu, nikotinu, drog.

Kognitivní vývoj myšlení a inteligence dosahuje v tomto období vrcholu. Pozorost je souměrně rozvinuta, v případě zvýšeného citového vybuzení může být úroveň záměrné pozornosti snížena. Informace, které dospívající získají si zařazují do svých hodnot, zaujímají k nim své vlastní postoje a názory.

Citový vývoj adolescenta je rozvinut v plné šíři. Výrazně se rozvíjejí zejména city etické a estetické. Pro adolescenta je stále velmi důležitá vrstevnická skupina. Touží po uznání vrstevníků, chtějí dokázat něco vyjmečného, vyniknout, vítězit. Měli by umět přijmout prohru bez výrazného poškození vlastního sebevědomí. Přesto se stává, že řeší neúspěch společensky neschvalovaným jednáním jako například suiciálním chováním, alkoholem, drogami, kouřením. Vztahy s rodiči jsou ovlivněny ekonomickou závislostí a postojem rodičů ke svým dětem. V tomto období by měly být vztahy mezi rodičem a dítětem spíše partnerské. (Kopecká, 2011)

1.3 Hodnoty, postoje, zájmy středoškoláka

„Hodnotou se rozumí vlastnost, kterou jedinec přisuzuje určitému objektu, situaci, jevu nebo činnosti ve spojitosti s uspokojováním jeho vlastních potřeb, zájmů. Hodnoty se vytvářejí a postupně diferencují v procesu socializace. (Pokorný a kol., 2003, s. 150)

Hierarchicky uspořádaný soubor hodnot si vytváříme v průběhu socializace. Jednotlivým okolnostem svého života přikládáme určitý význam, hodnotíme je z hlediska důležitosti pro nás. Nahoře jsou ty nejdůležitější, podle toho jak je nás život naučil a ty dole si

uvědomíme jen občas. A na základě socializace si aktér na základě své hierarchie hodnot vytváří své postoje. (Novotná, 2008)

*„Pod pojmem **postoj** rozumíme vztahovou kategorii, která osobnosti zaručuje to, že zpravidla ustáleným způsobem reaguje jak na sebe, tak i na realitu, která ji nějakým způsobem obklopuje. Postoje jsou obecně chápány jako součást osobnosti, souvisí se sklony a zájmy osobnosti, předurčují poznání, chápání, myšlení a cítění..“* (Pokorný a kol., 2003, s. 148)

Postoje mají 3 složky v souvislosti na kterou část osobnosti člověka působí. Postoje dělíme na složku kognitivní což je složka poznávací nebo též rozumová, dále složku emotivní, která působí na city jedince a třetí složkou je složka konativní, která udává připravenost jedince k jednání. . (Novotná, 2008)

*„Zpravidla je pojem **zájem** chápán jako zvláštní případ snahy, činitel zaměřenosti osobnosti, projevující se jako snaha dovědět se něco o objektu nebo se jedná o přikládání důležitosti něčemu.“* (Pokorný a kol., 2003, s. 151)

Výzkumy, které se zaměřují na hodnoty, postoje a zájmy adolescentů jsou velice četné a zabývá se jimi mnoho autorů. V práci uvádíme pro zajímavost výzkum P. Saka, který se zabýval proměnami české mládeže. Váha hodnot u jednotlivých věkových kategorií je zaznamenána v následující tabulce.

Obr. 1: Výsledky výzkumu P. Saka

Hodnota	15–30	15–18	19–23	24–30	31–45	46–55	56–	Průměr
Zdraví	4,83	4,77	4,80	4,90	4,93	4,93	4,97	4,87
Mír	4,59	4,62	4,54	4,63	4,77	4,78	4,84	4,67
Láska	4,57	4,53	4,63	4,55	4,37	4,25	4,17	4,47
Životní partner	4,55	4,33	4,67	4,59	4,54	4,51	4,48	4,54
Životní prostředí	4,45	4,46	4,43	4,47	4,57	4,52	4,49	4,49
Přátelství	4,44	4,52	4,43	4,37	4,26	4,28	4,17	4,36
Rodina a děti	4,43	4,25	4,47	4,56	4,77	4,75	4,76	4,57
Svoboda	4,41	4,49	4,37	4,40	4,34	4,13	4,08	4,34
Pravda, poznání	4,18	4,27	4,17	4,11	4,27	4,24	4,19	4,21
Zajímavá práce	4,13	4,07	4,19	4,13	4,21	4,15	3,90	4,14
Demokracie	4,04	4,12	4,02	4,00	4,16	3,97	3,90	4,05
Plat, příjmy	4,02	4,09	3,98	4,13	4,10	3,94	3,81	4,04
Rozvoj osobnosti	3,96	4,01	3,99	3,90	3,97	3,88	3,65	3,94
Úspěch v zaměstnání	3,95	4,06	3,88	3,95	4,05	3,88	3,62	3,95
Vzdělání	3,76	3,92	3,76	3,60	3,90	3,71	3,54	3,77
Užitečnost druhým	3,76	3,79	3,76	3,74	3,93	4,02	4,11	3,85
Zájmy a koníčky	3,73	3,89	3,68	3,65	3,51	3,48	3,33	3,63
Majetek	3,54	3,69	3,42	3,55	3,40	3,28	3,11	3,45
Prestiž	2,83	2,97	2,78	2,77	2,87	2,69	2,56	2,81
Podnikání	2,83	3,10	2,63	2,80	2,74	2,31	2,02	2,70
Veřejně prospěšná činnost	2,41	2,50	2,45	2,29	2,49	2,54	2,35	2,44
Politická angažovanost	1,52	1,65	1,44	1,50	1,76	1,75	1,97	1,63

(Havlík, Kořa, 2007, s. 62)

Z tabulky lze vyčíst, že výraznými hodnotami středoškoláků jsou láska, životní partner, životní prostředí. Dále mladí lidé přikládají velký význam majetku, podnikání, prestiži, vzdělání, zájmům a koníčkům. Nejméně přitažlivou hodnotou pro tuto věkovou kategorii je politická angažovanost a veřejně prospěšná činnost. (Havlík, 2007)

1.4 Faktory rozvoje osobnosti středoškoláka

Člověk se v průběhu života stále vyvíjí a mění, tento vývoj má určité zákonitosti. Mezi základní vlivy, které působí na vývoj osobnosti člověka řadíme **dědičnost, prostředí, výchovu, vlastní činnost jedince**. Vědci po mnoho let diskutují o tom, zda je pro vývoj člověka důležitější dědičnost, nebo zda je jedinec více ovlivněn prostředím, či výchovou.

Dědičností můžeme označit přenašení určitých znaků z rodičů na potomky. Přenos je umožněn geny obsahujícími deoxyribonukleovou kyselinu, uloženou v podobě chromozomu v buněčných jádrech všech buňek, včetně pohlavních. Splynutím rodičovských pohlavních buněk vzniká nový jedinec, který získává polovinu genetické informace od otce, polovinu od

matky. Genetická informace může obsahovat znaky, vlastnosti výhodné pro nového jedince, ale také znaky nevyhodné například některé choroby. (Průcha a kol., 2003)

Prostředí ovlivňuje člověka nezáměrně. Autoři vymezují různé vlivy prostředí, které působí na formování jedince. Rozsypalová a kol. (2003) řadí do vlivů působících na jedince přírodní, klimatické podmínky ve kterých člověk žije, dále pokládají za důležité kvalitu životního prostředí, změny v životním prostředí způsobené činností člověka. Důležitým bodem je sociální prostředí ve kterém jedinec vyrůstá. Do tohoto prostředí řadíme rodinu, dětský předškolní kolektiv, školu, rodiče, vrstevníky, spolupracovníky, celou společnost. Neopomenutelným bodem jsou kulturní a informační instituce v dané oblasti. Prostředím se také rozumí změny, které nastávají v širší společnosti jako změny politické, ekonomické, války, přírodní katastrofy, emigrace.

Vlivy, které z prostředí přicházejí v různé kvalitě a intenzitě ovlivňují člověka například v jeho zájmové orientaci, v představách, v prožívání, v postojích či projevech chování. Odlišně na člověka působí venkovské a městské prostředí, sociální a ekonomické postavení rodičů, počet sourozenců, úplná či neúplná rodina a mnoho dalších vlivů, které můžeme jmenovat v souvislosti s prostředím. (Grecmanová a kol., 2002)

„Z hlediska optimálního rozvoje člověka je vhodné zajistit příznivé působení prostředí, což je žádoucí především v raném věku, kdy se dítě učí napodobováním všeho, co kolem sebe vidí.“ (Grecmanová a kol., 2002, s. 46).

Výchovou se zabývají autoři již od nepaměti a každý autor pohlíží na výchovu z pozice svojí definice. V práci si uvádíme pro příklad následující definice.

„Výchova je proces záměrného působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jejím vývoji.“ (Průcha a kol., 2003, s. 277)

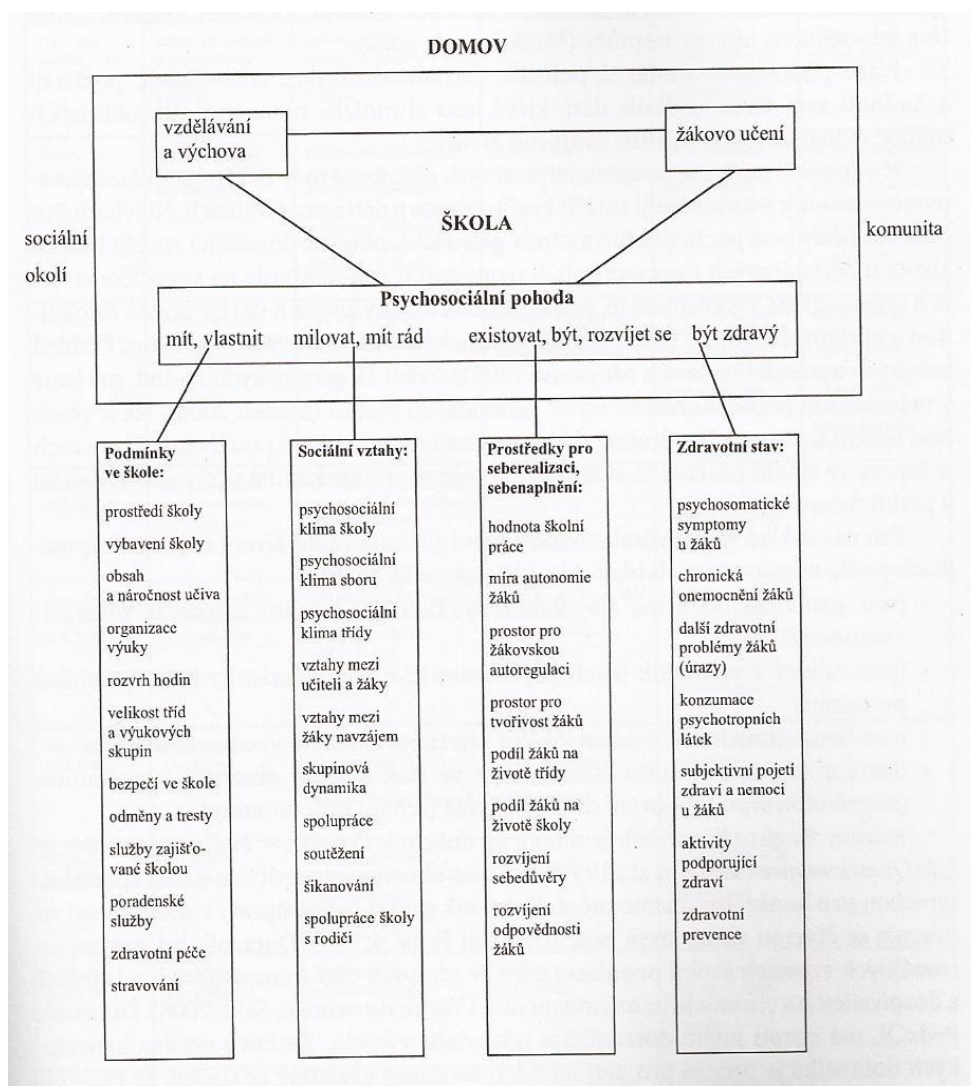
„Výchova je záměrné, cílevědomé působení, které se projevuje všestranným formováním osobnosti a má adaptační, anticipační a permanentní charakter. Je to specificky lidská činnost.“ (Grecmanová a kol., 2002, s. 50)

V souvislosti s výchovou nelze opomenout podmínky výchovy. Třídíme je na vnitřní a vnější. Vnitřní podmínky vyplývají z lidského organismu a patří sem například dědičné faktory, zdravotní stav člověka, životní potřeby, biorytmus, intelekt, schopnosti a dovednosti, temperamta a další. Vnější podmínky jsou tvořeny přírodním a sociálním prostředím. Patří sem příroda, kultura, etika, mezilidské vztahy, rodinné poměry a další. Prvními přirozenými vychovateli jsou naši rodiče. Jedinec se však s výchovným procesem setká také v prostředí školy, i mimo vyučování. (Grecmanová a kol., 2002)

K vlastní činnosti jedince můžeme zařadit učení ve škole či v širším slova smyslu, běžné činnosti denního života, hru, různé zaměstnání, zájmovou činnost, kterou jedinec z vlastní vůle provádí. Důležitou roli hraje i sebevýchova, kdy se jedinec stává sám sobě vychovatelem.

Pravdou je, že všechny vlivy, které působí na člověka se vzájemně ovlivňují, jsou propojené a pokud je jedinec ovlivňován v jakémkoliv faktoru, který na něj působí, negativní dopad se vždy objeví. Ke zdravému životnímu stylu patří psychosociální pohoda, kterou nám demonstruje následující obrázek.

Obr. 2: Vlivy působící na osobnost jedince



(Mareš, 2007, s. 85)

Současná česká rodina

V souvislosti s faktory rozvoje lidského jedince je důležité formování rodiny. Rodina je primární článkem ve společnosti. Uspokojuje důležité potřeby svých členů.

„Naše děti jsou to nejdražší, co máme. Jsou naším pokladem, naší budoucností. Jsou silou, která nás pohání v před, a nutí nás myslet pozitivně ve všech těžkých životních situacích.“ (Diamond, 1994, s. 52)

Takto smýšlet by měl každý rodič. Ne vždy tomu tak je. Současná česká rodina se neustále mění, vyvíjí a reaguje na změny společenských či ekonomických podmínek. Znaky současné české rodiny, které uvádí Gillernová a kol. (2011) ve své publikaci, nejsou nikterak přitažlivé. Nedivme se tedy, že stále více narůstá patologických jevů a středoškolská mládež je vystavovaná negativnímu vzoru rodiny. To vše se odráží na chování a postojích naší mládeže. **Přes veškeré krize, kterými současná česká rodina prochází, stále zůstává důležitým prostředím, kde jedinec prochází prvními fázemi socializace.** Mezi znaky současné české rodiny, které jsou doložitelné sociologickými či demografickými údaji, můžeme zařadit:

Měnící se očekávání trvalosti vztahu – jednotlivci nechce riskovat, nechce se obětovat v zájmu rodiny. Objevuje se řada alternativ společenského soužití, jako například manželství na zkoušku, partnerství, oddělené domácnosti, partnerství bez dětí. Dalším znakem je **nízká stabilita rodiny** - Česká republika patří mezi státy s vysokým podílem rozvodovosti. Následkem rozvodu vzniká často neúplná rodina s dětmi, domácnost jednotlivce, doplněná rodina a další. Dále **odklad uzavření prvního manželství do vyššího věku** - odklad manželství má stále se zvyšující tendenci. **Odsouvání rodičovství na pozdější období** – v důsledku tohoto rozhodnutí dochází ke snížení porodnosti, snižuje se ochota lidí měnit životní styl bez dětí, snižuje se ochota opustit kariéru nebo se vyskytnou zdravotní komplikace v souvislosti s věkem. **Předmanželská zkušenost v oblasti sexu** patří k dalším znakům současné české rodiny. **Akceptace dvoukariérové rodiny** – kdy je dítě zplozeno, avšak péče o ně je předána někomu jinému. **Rodiče se snaží výchovu předat institucím**, což je v dnešní době velice závažný problém, nad kterým je nutné se zamyslet. **Dochází k omezování kontaktů** – mezi partnery i mezi dětmi a rodiči následkem celkového životního způsobu, tempa apod. (Gillernová a kol., 2011)

Z výzkumných údajů, které uvádí Gillernová ve své publikaci, je zřejmé, že současnou českou rodinu nečeká růžová budoucnost. Podle toho si můžeme domýšlet jak bude život

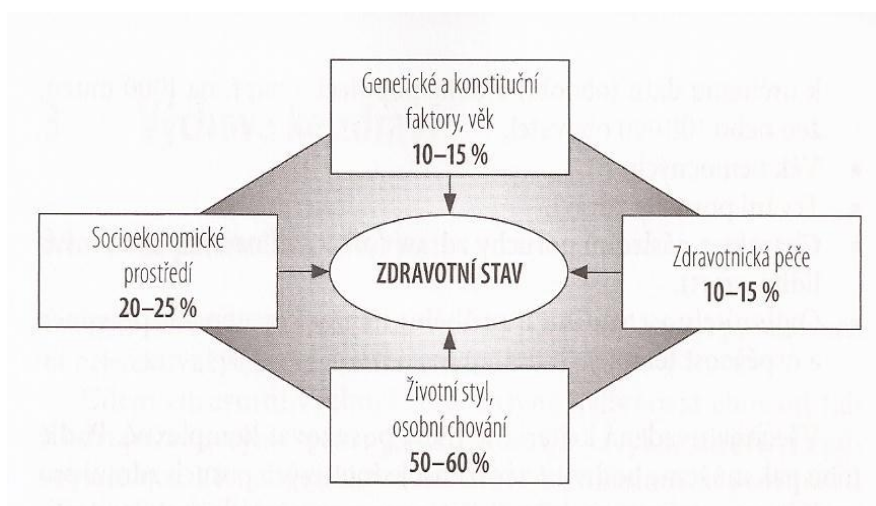
budoucích středoškoláků probíhat dále. Vždyť přece rodina je prvotním socializačním činitelem v životě člověka a měla by jít příkladem. Znaky současné české rodiny přispívají k výskytu patologických jevů, které můžeme vidět v praktické části diplomové práce.

„Rodina patří mezi významné společenské instituce. Její výchovná funkce je akceptována v odborné i laické veřejnosti jako nezastupitelná. Lze ji označit jako přirozené prostředí, do něhož se člověk rodí, aniž si mohl vybrat jiné a přejímá to, co v něm je připraveno rodiči.“ (Přadka a kol., 2002, s. 26)

2 NEJČASTĚJŠÍ RIZIKOVÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVÍ U STŘEDOŠKOLSKÉ MLÁDEŽE

Druhá kapitola pojednává o nejčastějších rizikových faktorech, které mohou působit na zdraví středoškoláka. Jednotlivé rizikové faktory jsou blíže popsány tak, aby si člověk dokázal udělat ucelený pohled na danou problematiku. Následující obrázek znázorňuje důležitost zdravého životního stylu, který působí na zdravotní stav jedince. Není jedinou složkou, která má dopad na zdraví jedince, ale její procentuální obsazení vystihuje jeho důležitost.

Obr. 3: Faktory ovlivňující zdraví jedince



(Čevela, 2009, s. 19)

Středoškolská mládež je rizikovou skupinou, která je nejvíce ohrožená sociálně patologickými jevy, které mohou mít dopad na zdraví jedince. Práce s adolescenty vyžaduje prevenci, jestliže se jedinec setká s nějakým sociálně patologickým jevem jako například cigarety, drogy, alkohol může nastat situace, kdy ji jedinec sám nezvládá, z legrace se stane povinnost a je třeba i léčby, jelikož se jedinec závislosti sám bez pomoci nedokáže zbavit. **V žádném období lidského vývoje nevystupuje zvědavost, radost z experimentů, zpochybňování norem do popředí tak jako v mládí.**

Mládí je fáze hlubokých změn. Změny nastávají v oblasti kognitivní, sociální a psychické oblasti. Tyto změny jsou doprovázeny markantní tělesnou přestavbou. Cesta

z dětství, kterou je období adolescence, je těžká. Mladý člověk se musí vypořádat s různými změnami ať již tělesnými, či sociálními. Adolescent se učí být zodpovědný, učí se brát život do vlastních rukou, uvolňuje se z rodičovského domu, připravuje se na výkon povolání, vytváří si své vlastní hodnoty a normy. (Gohlert, F., Kuhn, F., 2001)

Z toho všeho vyplývá i ústřední konflikt tohoto úseku života a s tím spojená rizika patologií.

2.1 Alkohol

Alkohol je nejrozšířenější, nejčastěji užívanou a v našem sociokulturním prostředí značně akceptovanou psychoaktivní látkou. Etanol, který je hlavní psychoaktivní složkou alkoholických nápojů, se vyrábí alkoholovým kvašením rostlinných produktů s obsahem sacharidů a případně následnou destilací. Užití probíhá perorálně a po požití se rychle vstřebává sliznicí tenkého střeva do krevního oběhu. Vstřebávání spomaluje přítomnost potravy v žaludku. Malé množství etanolu může být vylučováno v nezměněné podobě v moči, potu a dechu. Naprostá většina látky je však v játrech dehydrogenázami enzymaticky metabolizována nejprve na acetaldehyd a následně na kdyselinu octovou. (Fišer, S., Škoda, J., 2009, s. 99)

Alkohol je jednoduchá chemická látka, která snadno proniká k různým orgánům včetně mozku. Její obsah v alkoholických nápojích kolísá. Zhruba od 2 – 40 %. Alkohol je pro děti a mladistvé mnohem nebezpečnější nežli pro dospělé. Jejich játra nejsou schopna ho odbourávat v takové míře jako u dospělých a navíc mají menší tělesnou hmotnost. Již velmi malé množství alkoholu může u dětí vyvolat nebezpečné otravy. Návyk na alkohol se u dětí a mladých lidí vytváří velmi rychle. Proto bývá zvykem v civilizovaných společnostech děti a mladé před alkoholem chránit. (Nešpor, K., Scémy, L., 1992)

Podle expertů Světové zdravotnické organizace je bezpečná dávka alkoholu asi 20 g 100% lihu za den. 16 g pro ženu, 24 g pro muže, což je asi půl litru piva nebo 200 ml vína. (Nešpor, K. 1995, s. 16)

Závislost na alkoholu se nazývá alkoholismus či ethylismus. Podle vztahu lidí k pití můžeme rozdělit 4 skupiny: **Abstinenti**, což jsou lidé, kteří za žádných okolností nepožívají alkohol. **Konzumenti**, jsou lidé, kteří pijí alkoholické nápoje proto, že jim chutná a jsou na chuť zvyklí například na pivo. **Pijáci** jsou osoby, které pijí alkohol zejména kvůli alkoholu

v něm obsaženém. **Alkoholici** jsou lidé závislí na alkoholu. Alkohol se pro ně stal drogou. (Pokorný a kol., 2003)

Vliv na zdraví jedince:

Požívání alkoholu zvyšuje nebezpečí jaterních onemocnění, vysokého krevního tlaku, onemocnění trávicího ústrojí, onemocnění nervového systému i duševních chorob. Konzumace alkoholu narušuje imunitní systém, zvyšuje riziko nádorů.

2.2 Drogy

V drogové terminologii stále panuje terminologický chaos. V práci se o drogách zmíníme okrajově, jelikož se jedná o velice rozsáhlé téma a každý autor chápe drogu jinak. U žádného člověka nelze předem vyloučit ani předpovědět vznik drogové závislosti. Náchylnější jsou však lidé pasivní, bez zájmu, nevěnují se žádné činnosti.

Světová zdravotnická organizace definuje drogu jako jakoukoliv látku, která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí. Podle míry rizika vzniku závislosti dělíme drogy na **měkké a tvrdé**. První skupina drog je charakteristická tím, že drogy sem zařazené lze konzumovat v přijatelných intervalech a přijatelných množstvích, aniž v neúnosné míře dojde ke vzniku závislosti či k jiným negativním důsledkům. Je jasné, že v určitém procentu populace ke ztrátě kontroly a závislosti či tělesnému poškození dojde, ale toto procento není pro společnost natolik alarmující, aby zavedla přísná opatření a tím se pokusila situaci kontrolovat. Příkladem lehkých drog je třeba káva, tabákové výrobky, marihuana, hašiš. Také se sem řadí výše zmíněný alkohol. (Nožina, 1997)

Tvrdé drogy, nelegální, zákon zakazuje distribuovat a vyrábět. Nožina (1997) tvrdé drogy dělí na opiáty (morfin, kodein, heroin), stimulační drogy (kokain, pervitin, efedrin), kanabis a jeho deriváty (marihuana, hašiš), halucinogeny (Lysohlávky, LSD), těkavé látky (Chloroform, Benzin, Oxid dusný), syntetická narkotika využívaná k léčbě (petidin, metadon) a zneužívání léků.

Vliv na zdraví jedince:

Drogy ovlivňují funkce centrálního nervového systému a rovněž působí prostřednictvím nervů a nervových uzlin na orgány periferního nervového systému. Dlouhodobé užívání způsobuje fyzickou a psychickou závislost, která se projevuje abstinenčními příznaky. Některé jsou tak patrné, že je nelze přehlédnout. Například zívání, slzení, pocení, zvýšená teplota, rozšířené zorničky, třes, husí kůže, nechutenství, úzkost, zácpa, pocity horka a chladu, touha po droze, pokles krevního tlaku, epileptický záchvat.

2.3 Tabakismus

Kouření je nejrozšířenější druh závislosti nejen u dospělých ale i u dětí. Obvykle neexistuje jedna hlavní příčina proč začne člověk kouřit, většinou se jedná o několik rizikových faktorů najednou, mezi které patří například prostředí, osobnost člověka, daná situace. U středoškoláků patří k módním doplňkům, ke znaku rebelství a jak praví známé přísloví – zakázané ovoce chutná nejvíce. Proto bývá cigareta „vstupenkou“ do party vrstevníků, kde se kouření stává rituálem.

Tabák obsahuje více než tisíc různých chemických sloučenin, z nichž právě nikotin má nejvýraznější psychoaktivní účinky. Působí změny nálad, redukuje stres a zvyšuje výkon jedince. Chuť na cigaretu může být způsobena různými faktory jako je reklama v médiích, vůně kouře, nezanedbatelný je také sociální faktor například kouření přátel, kouření v rodině. (Nešpor, 2001)

Vliv na zdraví jedince:

Účinky tabáku se neprojevují rychle avšak dlouhodobé účinky jsou známé již dlouho například riziko zhoubných nádorů, srdeční onemocnění, nemoci dýchacího systému, nemoci cév či žaludku. Dlouhodobí kuřáci mohou trpět kašlem, poklesem tělesné výkonnosti, impotencí u mužů, kouřící těhotná žena ohrožuje své nenarozené dítě. Kouření má dopad na pokožku, která díky kouření rychleji stárne, kuřákům hrozí vznik astmatu. Bez rizika nejsou ani nekuřáci, kteří se zdržují v zakouřených prostorách. Hrozí jim záněty dýchacích cest, astma.

2.4 Gamblerství

Jedná se o poruchu, spočívající v častých opakovaných epizodách hráčství, které převládají na úkor sociálních, materiálních, rodinách a pracovních hodnot a závazků. Lidé trpící touto poruchou obou riskovat své zaměstnání, velmi se zadlužit a lhát nebo porušovat zákon, aby získali peníze. Postižení popisují intenzivní puzení ke hře, které lze těžko ovládnout spolu se zaujetím myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí. Toto se často zvyšuje v dobách, kdy je život stresující. (Kohout, 2000)

Od r. 1994 se v české republice gambling neboli diagnóza patologického hráčství označuje za nemoc. *„Dospělému člověku trvá zhruba 1 – 3 roky, než se stane patologickým hráčem. U dětí a dospívajících, u nichž se obecně jakákoli závislost vytváří rychleji, je tato doba daleko kratší – stačí několik týdnů až měsíců.* (Pokorný a kol., 2003, s. 130)

U každé závislosti můžeme jmenovat několik rizikových faktorů a ani u hráčství tomu není jinak. Mezi rizikové faktory patří některá povolání, která přicházejí do styku s hazardní hrou jako je to například u číšníků, více ohroženi jsou lidé s poruchou aktivity a pozornosti, nezaměstnaní lidé, lidé v těžkých životních situacích, ti, kteří trpěli v dětství deprivací.

Patologické hráčství jako závislost se vyvíjí v několika fázích. 1. Fází je **Fáze výher**, kterou doprovází fantazie o velké výhře. Hráč touží po tom, aby se jeho výhra opakovala. 2. **Fáze prohrávání**, kdy myšlení člověka je soustředěné pouze na hru. Hra se financuje z dluhů a před rodinou a známými se vše snaží skrýt. Nastupují pracovní problémy a patologičtí hráči „vytloukají“ půjčku půjčkou. Hráč se setkává s osobnostními problémy jako je neklidnost, podrážděnost, uzavřenost, zanedbává své zdraví. 3. **Fáze zoufalství** v této fázi se hráč odcizuje od své rodiny, zažívá trestní stíhání a soudní jednání vyvolávaná nemožností splácet dluhy. Důvod svých potíží spatřuje ve svém okolí a ve společnosti. Lituje se, propadá depresím, výčítkám, beznadějí, panice. Může se dopustit i závažnějších trestných činnů. Často hráč propadá dalším závislostem jako například alkoholu, drogám. (Kohout, 2000)

Vliv na zdraví jedince:

Hráčství má velký dopad na sociální a psychický stav jedince. Rizikem jsou dluhy, zanedbávání školy, práce, odzicení se druhým lidem, osamělost, výčitky svědomí, panika, myšlenky na sebevraždu, vyšší riziko rozvoje závislosti na alkoholu, drogách, riziko trestné činnosti. Se všemi těmito faktory jsou spojené somatické poruchy. (Nešpor, 1999)

„Mladí gembleři, kteří tráví u automatu čas, kdy by měli být ve škole, ho nikdy nedokáží dohnat a to nejen na vědomosti, ale především s ohledem na chybění dovedností v interpersonálních vztazích, které by získali v interakci se svými vrstevníky, či pedagogy. Zvyšuje se riziko epilepsie.“ (Pokorný a kol., 2003, s. 133)

2.5 Rizikový sex

Informace o sexuálním životě a rizikovém sexuálním chování dostává mládež převážně až na střední škole. Což je velká chyba, protože sexuální život začínají zahajovat mladí lidé již okolo 15. roku. Tedy v období adolescence, což je významný mezník mezi pubertou a dospělostí. Toto téma je velice rozsáhlé, výzkumy na podobná témata jsou velice aktuální ale otázkou je, kolik dospívajících pravdivě odpovídá v souvislosti s tímto intimním tématem.

V tomto období dochází k prvním sexuálním zkušenostem. Neinformovanost této věkové skupiny může vést díky rizikovému sexuálnímu chování k přenosu pohlavních nemocí a tímto adolescenti ohrožují své zdraví. Dospívající touží poznat nepoznané, zažít nezažité, užít si život za každou cenu, experimentovat s drogou, alkoholem, sexem a užívat si diskotéky a neřízené večírky. To vše patří mezi rizikové chování pro přenos sexuálních chorob. Pohlavní nemoci jsou nemoci infekční. Nejčastěji se u nás vyskytují kapavka, syfilis, chlamydiové infekce, HIV, HPV, herpes, žloutenka typu B. Z hlediska zdravotního, sociálního i společenského představují pohlavní nemoci velký problém, a to především mezi mládeží a mladými dospělými vstupujícími do sexuálního života.

2.6 Šikana

Pojem šikana je odvozen z francouzského slova chicane. Zahrnuje všemožné ponižování, obtěžování, zneužívání, vydírání i kruté fyzické týrání. Novinkou je majetková šikana, kdy dítě z chudší rodiny je ponižováno za to, že nemá značkové oblečení, obuv a nevlastní nejnovější typ mobilního telefonu.

Šikanu můžeme rozdělit do několika stupňů. 1. Zrod ostrakismu, 2. Fyzická agrese, 3. Vytvoření jádra, 4. Většina přijímá normy agresora, 5. Totalita neboli dokonalá šikana. (Čevela a kol., 2009)

„Šikanu lze definovat jako opakované a delší dobu přetrvávající násilně ponižující a uližující chování jednotlivce nebo skupiny vůči slabšímu jedinci, který je nijak

nevyprovokoval, nemůže ze situace uniknout a není schopen se účinně bránit. Šikanu lze chápat jako jednu z forem zneužívání, v tomto případě vrstevníky.“ (Vágnerová, 2005, s. 191)

Jednání v němž se objevují prvky skupinové šikany, lze sledovat ve větší míře již ve středním školním věku, tj. V době, kdy se třída začíná transformovat na strukturovanou skupinu, která má své normy a hierarchizované role. Mnohdy si moc dokazuje ve vztahu k odlišným a slabým členům. K šikaně může přispívat vědomí fyzické síly, která se stane prostředkem k dosažení žádoucí prestiže. Šikana je projevem zneužití postavení a moci, kterou jedinec ve skupině nějakým způsobem získal. Šikana má s věkem stoupající tendenci. (Vágnerová, 2005)

2.7 Problematika stravování

V roce 400 před naším letopočtem řekl Hippokrates „*necht' je jídlo vaší medicínou a medicína vaším jídlem*“

Dnes řada odborníků a uznávaných organizací souhlasí s tím, že výživa může hrát hlavní roli v prevenci a léčbě širokého spektra nemocí. Výživa je nedílnou součástí životního stylu lidí všech věkových kategorií nejen středoškoláků. Vitamíny, minerály a další látky obsažené v potravinách mohou mít ochranný účinek proti určitým nemocem, správné návyky stravování mohou prodloužit život o několik let. Jídlo má účinky na celé tělo a každé sousto, které se vloží do úst, podstupuje celý soubor procesů.

Vše začíná v dutině ústní, kde se potrava mísí se slinami, obsahující enzym, který ji začíná štěpit na jednoduché cukry. Rozžvýkanou potravu polknete a dále prochází jícnem do žaludku. V žaludku se štěpí enzymy a kyselina chlorovodíková. Během krátké doby se posune do tenkého střeva, kde se vstřebávají dostupné živiny. Z tenkého střeva se potrava přesune do tlustého střeva, tam se dehydratuje zbavuje vody a formuje se polotuhý zbytkový produkt. Potravě trvá přibližně 12 – 14 hodin, než se propracuje celým bludištěm trávicího traktu a její zbytek je vyloučen formou stolice. Toť ve zkratce popis složitého procesu zvaného **trávení**. Na tomto procesu můžeme vidět, že strava přijde do styku se spoustou orgánů, kterým může pomoci, ale také ublížit. (Mindel, 1996)

Rodiče by měli vědět z čeho se potrava skládá, proč jsou některé potraviny méně zdravé než jiné, proč jsou některé potraviny pro někoho zakázány a jiné doporučeny. Problematika výživy je závislá na návycích rodiny. Špatným stravovacím návykem jsme ohroženi řadou

chorob jako například zhoubnými nádory, vysokým a nízkým krevním tlakem, srdečně cévními onemocněními. Jídlo tedy můžeme pojímat jako lék, i jako nebezpečí.

Středoškolská mládež si nezatěžuje mysl pesimistickými myšlenkami v souvislosti s ohrožením špatného stravování. Proto je na jejich rodičích, k jakému životnímu stylu a zdravému či nezdravému stravování je dítě vedeno. Středoškoláci chtějí být mladí, krásní a přitažliví, proto jsou rizikovou skupinou k civilizačním nemocem jako je obezita, anorexie či bulimie.

V souvislosti s jídelníčkem, nemocemi a celkovým životním stylem navazujeme v praktické části případovou studii, která nám blíže uvádí s čím se u středoškoláka můžeme setkat. Uvádíme též rozhovor s nutriční terapeutkou na nemocničním oddělení, která se denně setkává s následky špatného zdravotního stylu lidí všech věkových kategorií i se středoškolskou mládeží.

„Naše děti si zaslouhují lásku a ochranu proti všemu, co je ohrožuje. Dětská čistota a nevinnost jsou darem od Boha, který nás naplňuje, přináší nám potěšení a hřeje nás u srdce jako nic jiného na světě. Než dospějí, jsme strážci jejich zdraví a neseme za ně zodpovědnost. Je naší povinností žít je co nejlépe.“ (Diamond, 1994, s. 52)

Zajímavým občanským združením, které se zabývá problematikou stravování a poruchami příjmu potravy je sdružení Anabell, které má též své internetové stránky, na kterých můžou najít spoustu cenných rad pedagogové i rodiče. Sdružení nabízí i publikace ke stažení a spoustu rad a příspěvků.

2.7.1 Obezita

Období dětství je kritickou vývojovou fází, během níž se utvářejí jídelní zvyklosti a postoje k jídlu, jež se mohou stát pevnou součástí osobnosti. V minulosti převažoval spíše kladný vztah k obezitě u dítěte. Představa ideálních rozměrů byla formována modely baculatých andílků, obrazy ze života vyšších společenských vrstev. Byla důležitým markerem ekonomického a sociálního postavení rodiny. Na počátku evoluce člověka se zásoby tělesného tuku mohly pozitivně uplatnit v přežití jedince při nerovnoměrném přívodu potravy. I v novější době vlivem nedostatku potravy, za válek, epidemií zvýšeného rizika infekcí, mělo dítě s větší rezervou tělesného tuku vyšší naději na přežití. Tím může být vysvětlen pohled starší generace, která má vlastní zkušenost z poslední světové války i z předávných rodinných tradic. Podle proběhlých posledních studií narůstá dětská obezita stále více. **Obezita je zjednodušeně definována jako nerovnoměrný vzhah mezi energetickými**

potřebami organismu a jejich krytím příjmem potravy. V souvislosti s obezitou je třeba brát v potaz různé faktory jako například genetiku, vlivy rodičů na vývoj dítěte, kulturní vlivy, vliv sdělovacích prostředků a reklamy na hmotnost dítěte a jiné. (Gillernová a kol., 2011)

Obezita je závažný celospolečenský problém. Je to nemoc s poruchou řízení energetiky organismu s podílem dědičné náchylnosti a působení prostředí, což vede k hromadění tukových rezerv. Obezitu řadíme do civilizačních chorob. Bývá příčinou nebo průvodním jevem chronických onemocnění především kardiovaskulárního systému, hypertenze, diabetu, onemocnění ledvin či pohybového aparátu. Obezita je spojena s výskytem celé škály dalších chorob jako nemoci nervového systému, koronárních cév, trávicího ústrojí atd. Pro určení obezity se používá veličina nazvaná tělesný hmotnostní index – BMI. Řešením obezity je nutná změna životního stylu, motivace ke snížení váhy ale také prevence vzniku a podpora zdravého životního stylu. (Čevela a kol., 2009)

Pro osobnost dítěte či adolescenta je velice důležitý vztah ke svému tělu. Ovlivňuje jeho sebehodnocení, postoj k vlastním schopnostem, promítá se do interakcí se sociálním prostředím. Už v předškolním věku dokáže dítě popsat svůj vzhled a vyjádřit své preference. Nadváha může dítě stigmatizovat a mohou se začít vyvíjet problémy s vrstevníky a okolím. V literatuře se můžeme často setkat s tím, že obézní děti a adolescenti trpí často depresemi, smutkem a pocity opuštěnosti což může vést k dalším problémům a poruchám s příjmem potravy jako je anorexie či bulimie.

2.7.2 Anorexie

Mentální anorexie je známá již delší dobu. Poprvé ji popsal v roce 1873 Gull. Mentální anorexie vešla více do podvědomí veřejnosti v průběhu posledních let kdy se image štíhlé postavy stalo jednou z věcí, po které mládež stále více rouží. Ideál štíhlosti mladí prožívají v době, kdy hledají svou osobní identitu a snaží se zvládnout úskalí dospívání. Mentální anorexie se jen zřídka kdy objeví před pubertou. Postihuje 0,1 – 0,2 % dospívajících a její výskyt je desetkrát častější u dívek než u chlapců. Zkreslené vnímání vlastního těla je nejčastějším ukazatelem pro diagnózu mentální anorexie. Postoj středoškolské mládeže ke zdravému životnímu stylu je ovlivněný všemi těžkostmi se kterými se mladý člověk v dospívání setkává.

Mladý člověk může mít různé projevy v souvislosti s mentální anorexií, drží velmi přísnou dietu a je dobře informovaný o kalorické hodnotě přijímaného jídla. Jídlo bývá většinou stálým tématem jeho konverzace. Často jsou dobří kuchaři a rádi vaří pro ostatní i

když sami zachovávají přísný dietní režim. Něterým dieta nestačí, navíc ještě cvičí. Něteří užívají projímadla nebo po jídle pravidelně zvrací. Často se mladí přestávají stýkat s přáteli nebo se neúčastní společenských akcí a více se zdají být samotářští a zamyšlení. Bývají více podráždění, mají špatnou náladu se sklonem k melancholii. U dívek vynechává menstruce. Pokud hladovění trvá déle, může dojít k poškození tělesných orgánů jako jsou játra a ledviny. Dochází k řídnutí kostí. **U mnohých jedinců lze příčiny mentální anorexie hledat v boji s těžkostmi dospívání. (Elliot, Place, 2002)**

Obr. 4: Ukázka jídelníčku při léčbě Mentální anorexie

	Snídaně	Přesníd.	Oběd	Svačina	Večeře	2.večeře	KJ/den
Po	čaj bylinkový Activia mýslí 150g (448KJ) 1 celozr.dalamán 60g (699 KJ) 1147 KJ	Jablko 120g (252 KJ)	Zeleninová polévka (zapař.)-300KJ Rybí filé 150g (400KJ) bramb. kaše 200g (560KJ) zeleninový salát 150g (150KJ) 1410 KJ	100g banán (180KJ), 50g jablko (105KJ), 80g kiwi (92KJ), kefir Danone-250g (465 KJ), 20g ořechy (540KJ) 1382 KJ	Brynzové halušky 250g (1400KJ)+250KJ -20g brynzy) mléko polot. 200ml (380KJ) 2030 KJ	rohlík 60g (600KJ) Danone žervé 50g (400KJ) 1000 KJ	7221
Út	bílá káva 250ml (300KJ) žitný chléb (1krájic- 80g) – 776 KJ másl 10g (310KJ) plátek sýra Gouda (200KJ) 1586 KJ	Mrkev 120g (174 KJ)	Čočková polévka (350KJ) Kuřecí kung- pao 150g (1425KJ) dušená rýže 180g (1460KJ), zeleninová obloha 50g (45KJ) 3280 KJ	Puding čoko (Dr.Oetker)150g (1017KJ) Grahamový rohlík 40g (400KJ) 1417 KJ	1 chléb 100g (1000KJ), tvarohová pomazánka, rajče, paprika, okurka-100g (400KJ) 1400 KJ	Activia nápoj s vlákninou 300ml (1080KJ) banán 100g (180KJ) 1260 KJ	9117
St	ovocný čaj 50g corn-flakes (807KJ) mléko polot. 100ml (190KJ); kiwi 100g (115KJ) 1112 KJ	Banán 130g (234KJ)	Vývar se zeleninou a nudlemi (300KJ) zapečené brambory (zelenina, sýr, vejce,sój.šunka)-350g (2450KJ),zelenin. obloha 80g (75KJ) 2825 KJ	Ovocný tvaroh Danone 125g (625KJ) jablko 120g (252KJ) mýslí tyčinka Fit – 522KJ 1399 KJ	Zeleninový salát 200g (180KJ) tmavé pečivo 100g (1100KJ), pomazánkové máslo 20g (274KJ) 1554 KJ	50g sýra tav. (400KJ) 50g tmavého pečiva (500KJ) 900 KJ	8024
Čt	Bylinkový čaj Milchreis (ne light) 200g (1000KJ) pečivo 80g (800KJ) 1800 KJ	Pomeranč 100g (145KJ)	Droždová polévka (asi 250KJ) Čočka na kyselo (120g-syrová)- 2000KJ; vařené vejce (250KJ) + zelenina 2500 KJ	Ovocný jogurt 150g (450KJ), banán 120g (216KJ) pečivo (nebo aspoň RACIO, knackebrot)-40g (400KJ) 1066 KJ	pohanka (100g syrové)-1175KJ; se zeleninou 100g (100KJ),sýrem 20g (220KJ)jako rizoto 1495 KJ	Grahamový rohlík 60g (600KJ) Lučina 30g (365KJ) 965 KJ	7971
Pá	Bylinkový čaj Danissimo Paradise 150g (1033 KJ) Racio 4 ks (40g- 540KJ) 1573 KJ	Jablko 120g (252KJ)	Bramborová polévka (250KJ) Svíčková om. 150g (845KJ) Housk.knedlík 3ks- 120g (1212KJ), sójový plátek (400KJ) 2707 KJ	bílý jogurt 100g (200KJ) 150g ovoce (asi 400KJ) 20g ořechů (540KJ) 1140 KJ	Brokolice 300g (255KJ) se sýrovou omáčkou (asi 400KJ) vařené brambory 200g (410KJ) 1065 KJ	Activia Danone bílý 150g (454KJ) Mýslí tyčinka Fit (563KJ) 1017 KJ	775
So	kakao 250ml (600KJ) žitný chléb Víta 80g (776 KJ) Flora 10g (150KJ) plátek sýra Eidam 30% (20g-220KJ) 1746 KJ	Jablko 120g (252KJ)	Krupicová polévka se zelenou (250KJ) špagety (210g- 1430KJ) + tofu 50g (140KJ), zelenina 50g (200KJ), kečup (63KJ), sýr Eidam 30% 30g (330KJ) 2413 KJ	250g kefiru Danone (465KJ) sušenky Vitalinea 50g (920KJ) 1385 KJ	slunečnic. chléb 100g (1000KJ), rybí pomazánka (tvaroh- 50g,cibule-10g, tuňák-20g), zelenina 100g (rajče, paprika, okurka) 320KJ 1320 KJ	Jogobella lesní ovoce 150g (620KJ) banán 120g (216KJ) 836 KJ	7952
Ne	Čaj s medem (115KJ) bílý jogurt 1%-150g (420KJ) 50g mýslí Fit meruňk. (586KJ) 1121 KJ	Mrkvový salát s jablkem (150g) 300 KJ	Porková polévka (200KJ) pečené kuře (1000KJ) brambory 250g (530KJ) rajčatový salát (155KJ) 1885 KJ	Ovocné fezy s agarem 100g (1040 KJ) Mléčný nápoj .250ml (asi 300KJ) 1340 KJ	Houbové rizoto 300g (2100KJ) 100g zeleniny (kyselá okurka, rajče, paprika)- 110KJ 2210 KJ	jablko 120g (252KJ) Danone jemný nápoj 250ml (925KJ) 1177 KJ	8003

2.7.3 Bulimie

Bulimie, podobně jako anorexie, souvisí s poruchou pudu příjmu potravy. S pojmem obezita vůbec bulimie nemusí souviset, protože ne každé přejídání ji může způsobit. Mezinárodní klasifikace nemocí definuje bulimii jako: „*Syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné váhy, které vedou pacienta k aplikaci krajních opatření, aby zmírnil tloušťku vyvolávající účinky požití potravy.*“ (Pokorný a kol., 2003, s. 144)

Lidé s mentální bulimií se neustále zabývají jídlem, mají neodolatelnou touhu po jídle, přejídají se, konzumují velké množství jídla v krátkém čase, snaží se potlačit účinky jídla vyvoláváním zvracení, zneužívají projímadel, střídají hladovění s přejídáním. Lidé mají chorobný strach z tloušťky, často si určí váhový prah, který není optimální. Často mohou mít v anamnéze poruchu mentální anorexie. Jako u většiny nemocí tak i u této lze u lidí trpících mentální bulimií delší dobu sledovat změny v somatické oblasti. U mentálních bulimiků lze sledovat změny i vizuelního rázu jako například popraskané a začervenalé hřbety rukou, což je způsobeno tím, že při navození zvracení, jsou ruce vystavovány působením žaludečních kyselin, které poškozují kůži. (Pokorný a kol., 2003)

2.8 Suicidální jednání

Suicidální chování zahrnuje vedle dokonaných sebevražd i pokusy, záměry, myšlenky či fantazie. Přání zemřít nemusí být jednoznačné. Řada osob má ambivalentní postoj k životu – chce zároveň žít i zemřít. Rozlišujeme měkčí a tvrdší způsoby suicidálního jednání. Za měkčí se považuje například požití léků, což je způsob typický pro pokusy adolescentních dívek a žen. Tvrdší způsob představuje oběšení, skok z výšky, užití střelné zbraně. Sebevražedné jednání je nejčastěji motivováno únikem ze zátěžové situace, kterou není dotyčný jedinec schopen zvládnout jiným způsobem. Zátěžová situace se mu zdá bezvýchodná, bez další perspektivy. Dotyčný ztrácí smysl života. V některých případech může být důvodem suicidálního jednání snaha na sebe upozornit. Často tehdy, když nejsou uspokojovány některé z potřeb dotyčného jedince, zejména potřeba sounáležitosti a lásky. **Sebevražda je druhou nejčastější příčinou smrti ve věkovém období 15 – 24 let.** (Fischer, Škoda, 2009)

Pokud jde o motivy sebevražedného jednání, jsou to nejčastěji rodinné konflikty, partnerské a školní problémy. Například rozpadlá rodina, alkoholismus v rodině,

psychiatrická onemocnění, poruchy vývoje osobnosti, poruchy chování, poruchy příjmu potravy, šikanování a jiné.

2.9 Působení stresu na život středoškoláka

„Stres je soubor reakcí organismu na podněty vnějšího prostředí. Je to fylogeneticky zakódovaná automatická odpověď živočicha, mající za účel zachování jedince a potažmo i druhu.“ (Čevela a kol., 2009, s. 52)

Obecně můžeme říci, že stres je stav organismu, který je odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž fyzickou či psychickou. Se stresem se setkává každý středoškolák nejen v souvislosti se školní docházkou. V období adolescence středoškolák prožívá mnoho mezních okamžiků jako je získání občanského průkazu, absolvování tanečních, dosažení zletilosti, složení závěrečné či maturitní zkoušky. Středoškolská mládež je vystavována zkoušení, testům, hodnocením ze strany učitelů, rodičů či spolužáků. Mladistvý musí zvládat nároky školy a se školou se adaptovat. V souvislosti se školní zdatností mohou nastat problémy, které na středoškoláka působí stresově. Mohou nastat problémy v oblasti práce a výkonu, v oblasti chování, v oblasti sociálního zařazení do skupiny vrstevníků, problémy v sebehodnocení a citovém prožívání.

Stres můžeme rozdělit na Eustres, což je pozitivní stres, který v přiměřené míře stimuluje jedince k vyšším anebo lepším výkonům. A distres, což je nadměrná zátěž, která může jedince poškodit a vyvolat onemocnění. Dlouhodobé působení negativního stresu může vyvolat psychosomatická onemocnění, což vystihuje fakt, že stav duše a těla se vzájemně ovlivňují. Konkrétním stresovým faktorem může být například nadměrný hluk, nízká nebo vysoká teplota v prostředí, úmrtí v rodině, rozvod rodičů, stěhování, chronické onemocnění, nedostatek materiálních prostředků, zkoušky, termíny úkolů, nesplněná očekávání středoškoláka, konflikty se spolužáky, týrání. V souvislosti s životním stylem může být důsledkem působení stresu přejídání, nezdravá strava, kouření, alkohol, nedostatek spánku. (Čevela a kol., 2009)

Stres působí na všechny složky člověka. Stres má tedy fyziologické, emocionální a behaviorální příznaky. Křivohlavý (2009) dle WHO (World Health Organization – Světové zdravotnické organizace) člení příznaky stresu na:

Fyziologické příznaky:

- Palpitace - zrychlená a nepravidelná srdeční činnost
- Sevření a bolest na hrudní kosti
- Nechutenství a plynatost v břišní oblasti
- Křečovitě a svírající se bolesti v dolní části břicha spojené s průjemem
- Časté nucení na močení
- Sexuální impotence a nedostatek sexuální touhy
- Změny v menstruačním cyklu
- Bodavé, řezavé a palčivé bolesti v rukou a nohou
- Svalové napětí v krční oblasti a v dolní části páteře, často spojené s bolestmi v těchto částech těla
- Úporné bolesti hlavy
- Migréna
- Exantém - vyrážka v obličeji
- Nepříjemné pocity v krku.
- Dvojitě vidění a obtížné soustředění pohledu na jeden bod

Emocionální příznaky:

- Prudké a výrazné změny nálad
- Nadměrné trápení se nedůležitými věcmi
- Neschopnost projevit emocionální náklonnost a sympatii
- Nadměrné starosti o své zdraví a fyzický zjev
- Nadměrné denní snění a stažení se ze sociálního styku
- Nadměrné pocity únavy, obtíže s koncentrací
- Zvýšená podrážděnost, popudlivost a úzkostnost

Behaviorální příznaky:

- Nerozhodnost a nerozumné nářky
- Zvýšená absence, nemocnost, pomalé uzdravování
- Sklon k nepozornému řízení
- Zhoršená kvalita práce, výmluvy a vyhýbání se zodpovědnosti
- Konzumace alkoholu a cigaret
- Větší závislost na drogách všeho druhu
- Ztráta chuti k jídlu či naopak přejídání se

- **Změny v denním životním stylu a rytmu** – dlouhé noční bdění a pozdní vstávání, problémy s usínáním a zaspáním po probuzení
- Snížená kvalita práce i snížené množství vykonané práce vůbec

Těžké životní situace byly, jsou a budou. Stále více autorů a lidí se zamýšlí, jak stresové situace co nejlépe zvládnout. Důležitá je snaha odstranit příčiny stresu. Každodenní stres se dá zvládat různými fyzickými a psychickými cvičeními, relaxačními technikami, které by měly být nedílnou součástí zdravého životního stylu.

3 ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL

Kapitola se zabývá zdravým životním stylem, který by měl být nedílnou součástí života každého člověka. Kapitola vymezuje zdraví, nemoc, zásady zdravého životního stylu, které by měly být součástí spokojeného života všech lidí. Udává pohled na programy podporující zdraví, dosavadní výzkumy a též navazuje na praktickou část diplomové práce.

V dnešní uspěchané době je velice důležité motivovat mládež ke zdravému způsobu života, tak aby v budoucnu mladí lidé sami věděli, co je pro jejich zdraví to nejlepší. Motivovat a působit na adolescenta by v první řadě měli rodiče. Vždyť to jsou právě rodiče, kteří zodpovídají za zdravý vývoj svého dítěte. Obzvláště v období dospívání je důležité „chytře“ působit na své dítě. Působit na zdraví v celé jeho celistvosti. Při formování zdravého životního stylu ovlivňuje jedince rodina, jako primární skupina. Nabízí vzorce chování a velice často můžeme vidět v dospělosti u jedince nápodobu životního stylu dané rodiny. V úseku dospívání se jedinec ztotožňuje s vrstevníky a na přechodné období přizpůsobuje životní styl právě jim.

„Zdravým životním stylem se rozumí individuální souhrn postojů, hodnot a dovedností, který se odráží v činnosti člověka, interpersonálních vztazích a komunikaci.“ (Pokorný a kol., 2003, s. 156)

3.1 Zdraví a zásady zdravého životního stylu

Pojetí zdraví se věnovali filozofové již v antice. Věnovali velkou pozornost tomu jak moudře žít. Dnes v 21. století se setkáváme s velice pestrým pojetím zdraví. Některá pojetí jsou zužována pouze na fyzické zdraví, jiná chápou zdraví jako nějakou tajemnou sílu. V současnosti se čím dál více objevuje pojem holistické zdraví, který zahrnuje všechny složky osobnosti člověka, ať již fyzické zdraví, sociální či psychické. Chápe zdraví jako celistvost.

Dle WHO – Světové zdravotnické organizace je zdraví chápáno jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze jako nepřítomnost nemoci nebo slabosti.

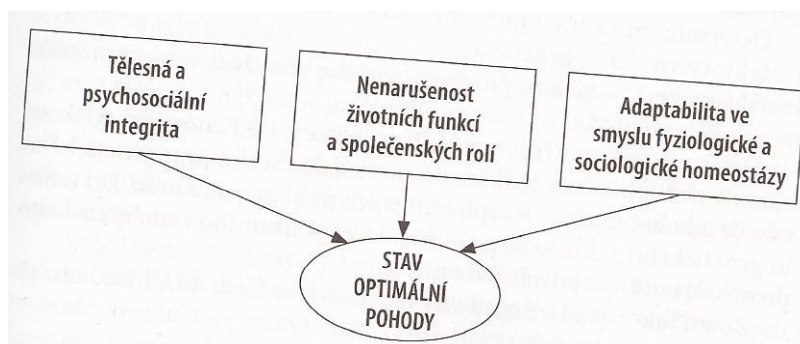
Zdraví pochází ze zdravého způsobu života. Lidé, kteří zdraví nejsou, říkají, že zdraví je darem. Proto by nás mělo zajímat co zdraví ovlivňuje ať již kladně, či záporně.

K dosažení co nejlepšího zdraví je velmi důležitá prevence, diagnostika, terapie i rehabilitace, zdravotnické služby jej samy o sobě nezajistí, a nelze jej proto chápat jako

kategorii výlučně medicínskou, ale široce humánní. Je podmíněno tím, do jaké míry dokáží ochránit a udržet své zdraví samy občané. (Čevela a kol., 2009)

Pojem zdraví obsahuje 3 složky a to tělesnou a psychosociální integritu, nenarušenost životních funkcí a společenských rolí, adaptabilitu ve smyslu fyziologické a sociologické homeostázy.

Obr. 5: Složky působící na zdraví jedince



(Čevela a kol., 2009, s. 13)

Zásady zdravého životního stylu:

Mezi základní zásady zdravého životního stylu patří zdravá výživa, pohybová aktivita, kvalitní spánek a odpočinek, životní optimismus a v neposlední řadě pravidelné preventivní prohlídky u praktických lékařů. Pokud člověk dodržuje tyto základní zásady, má v životě nakročeno správným směrem k dobrému zdraví.

K důležité zásadě zdravého životního stylu patří **pravidelné preventivní prohlídky u lékaře**. Preventivní prohlídky jsou všem pojištěncům zdravotních pojišťoven hrazeny plně z finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění. Účelem preventivní prohlídky je včasné zjištění ohrožení a poruch zdraví. Preventivní prohlídku provádí registrující – praktický lékař vždy jednou za 2 roky. Vyjimkou jsou děti do 3 let, kterým se poskytuje častější preventivní péče. U zubního lékaře se provádí preventivní prohlídka u dětí do 18 let 2 krát ročně, u těhotných žen dvakrát v průběhu těhotenství a po dovršení 18 let 1 krát ročně. (Čevela a kol., 2009)

Mezi základní zásadu zdravého životního stylu patří pohybová aktivita. **Pohybová aktivita** ovlivňuje nejen fyzickou stránku člověka, má vliv i na zlepšení řady psychických

projevů. Příkladem může být pozitivní vliv cvičení na zlepšování depresí, na snižování úzkostí, zvyšování kladného sebehodnocení a posilování psychiky v boji se stresem. Cvičení má pozitivní vliv na kardiovaskulární systém, na cholesterol, může zabránit zrodu některých druhů rakoviny. Cvičení má tlumivý faktor též na cukrovku a pomáhá bojovat člověku s nadváhou. (Křivohlavý, 2009)

„Tělesná cvičení povzbuzují dýchací systém a krevní oběh. Tímto způsobem se dostane čerstvá, na kyslík bohatá krev, do celého těla. Má-li tělo účinně fungovat, je pohyb nevyhnutelný.“ (Diamond, 1993, s. 134)

Zdravá výživa je nedílnou součástí zdravého životního stylu. Co se týče výživy i tady je velice důležitý rodičovský vzor. Děti přejímají stravovací návyky od svých rodičů a ty se potom promítají do zdravého životního stylu. Lékařská věda doporučuje cestu k ochraně zdraví, kterou je strava obsahující nehydrogenované nenasycené tuky jako hlavní formu přijímaného tuku, celozrnné obiloviny jako hlavní formu sacharyidů, dostatek ovoce a zeleniny a dostatečné množství omega-3 mastných kyselin. Tento způsob stravování by společně s pravidelnou tělesnou aktivitou, vyhýbáním se kouření a udržováním rozumné tělesné hmotnosti mohl předejít většině chorob. (Suchánek, 2003)

Dostatek kvalitního odpočinku a spánku patří mezi další zásadu zdravého životního stylu. Potřebujeme, aby náš odpočinek byl posilující. Při spánku se nervové buňky očistí od metabolických zplodin, které se v nich nahromadily během dne. Každý den potřebují všechny buňky našeho těla dostatečně dlouhý čas na odpočinek, který musí být pravidelný a u dospělých představuje minimálně sedm hodin. Kromě každodenního odpočinku potřebuje náš organismus další časy na zotavení a to minimálně jeden den v týdnu a několik týdnů v roce. (Roger, 1995)

Důležitost kvalitního spánku je spatřována i v tom, že člověk prospí celou třetinu svého života. Spánek vydatný, nerušený a osvěžující je zdrojem naší energie. Každému člověku stačí různé množství spánku. Někomu stačí méně, jinému více hodin. Spánek nelze ničím nahradit a čím je kvalitnější, tím lépe probíhá vnitřní energetická činnost. Spánek patří k vrozeným instinktům a stále více autorů a veřejnosti se zaměřuje na rady, které by jim posloužili k dobrému spánku. Jako například lehká večeře před spánkem, odpoutání se od starostí a denních problémů, uvolnit se při koupeli, četba před spánkem a další. (Gregor, 1988)

Životní optimismus, duševní pohoda, stav dobré mysli, duševní hygiena říkáme tomu jakkoliv. Ale i v definici zdraví Světové zdravotnické organizace se hovoří, že zdravý je ten, kdo je v pohodě. Jedná se o široká pojetí toho, co je pro člověka důležité. Týká se kladných i

negativních emocí, afektů, nálad, toho jak se daný člověk dívá na své plány, na svá očekávání a jejich realizaci.

„Člověku je dobře, je v pohodě-, když má pro co žít.“

(Křivohlavý, 2010, s. 185)

3.2 Podpora zdraví

Podpora zdraví se odehrává za aktivní účasti jednotlivých občanů, skupin, komunit, organizací i společnosti jako celku. Jednotlivci mohou podporovat své zdraví přijetím zdravého životního stylu a péčí o své životní prostředí. Společnost má pečovat o dobrou životní úroveň, o vytváření pracovních příležitostí a dobrých pracovních podmínek, o vytváření příležitostí pro sportovní a rekreační aktivity a podporovat vzdělávání a šíření informací, které se týkají zdraví. (Čevela a kol., 2009)

„Podpora zdraví je tedy soustava činností politických, ekonomických, technologických, výchovných, jejichž cílem je chránit zdraví, prodlužovat aktivní život a zabezpečovat zdravý vývoj nových generací.“ (Čevela a kol., 2009, s. 25)

Veřejností nejznámějším programem podporující zdraví je **WHO** – Světová zdravotnická organizace. Byla založena 7. Dubna 1948. V tento den je proto každoročně slaven Světový den zdraví a zároveň vyhlašováno úřední heslo a zaměření určitého zdravotního programu. Cílem Světové zdravotnické organizace je dosažení co největší možné úrovně zdraví pro všechny lidi na celém světě, kdy podle její ústavy je právo na péči o zdraví jedním ze základních práv každého člověka bez rozdílu rasy, náboženství, společenského přesvědčení, hospodářského či sociálního postavení. Aktuální programy, podporující zdraví si každý zájemce může prohlédnout na internetovém portále WHO. Právě probíhající programem je například Škola podporující zdraví, Zdravá města, obce, regiony, nebo například program Víš, co jíš.

Programy podporující zdraví můžeme znát též v národní či regionální podobě. Tyto programy v dnešní době mají snahu se co nejvíce promítnout do podvědomí občanů i do školního života dětí a mládeže. Projekty jsou tematicky zaměřeny na ozdravení výživy, omezování kuřáctví, prevenci nemocí a tak dále. Na úrovni středních škol můžeme v České republice najít školy podporující zdraví.

3.3 Dosavadní výzkumy

Výzkumem postojů středoškolské mládeže se zabývá mnoho autorů. Zajímavé výsledky výzkumů můžeme nalést na internetovém portále Národního registru výzkumů o dětech a mládeži. Tento registr je veřejně přístupným archivem dat určeným všem zájemcům o nejnovější informace vztahující se k výzkumným šetřením zaměřeným na nejmladší generaci. Portál provozovaný Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy prostřednictvím Národního institutu dětí a mládeže shromažďuje výzkumy realizované státními, vědecko-výzkumnými i neziskovými organizacemi a institucemi.

Velice zajímavým výzkumem souvisejícím s naší prací je **Hodnocení rodinných vztahů z pohledu dívek a mladých žen s mentální anorexií**, který zpracovala Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci v roce 2007. Z výzkumu vyplynulo, že v terapii mentální anorexie je nutné pracovat s rodinou, nebo, pokud to není možné, alespoň s rodinnými tématy. Řešení rodinných problémů totiž napomáhá k dosažení terapeutického cíle.

Dalším velice zajímavým výzkumem je výzkum zvaný **Zdravotní rizika počítačových her a videoher** (Nešpor, Scémy, 2007), tento výzkum spolupracoval s Psychiatrickou léčebnou Bohnice. Tato práce shrnuje zdravotní rizika videoher. K nim patří nezdravý životní styl s nedostatkem pohybu, onemocnění pohybového systému, obezita, virtuální nevolnost, zvýšené riziko úrazů a větší sklon riskovat, epilepsie, zhoršení interpersonálních vztahů a vyšší úzkost v sociálních vztazích, zvýšená agresivita a oslabení prosociálního chování. Z výzkumu vyplynulo že hraní počítačových her souviselo v populaci českých dospívajících s častějším konzumem alkoholických nápojů, zejména piva, destilátů nebo míchaných alkoholických nápojů, dále s častějším kouřením cigaret a kouřením marihuany. Objevila se i souvislost s rvačkami a šikanováním druhých a sníženou známkou z chování.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL VÝZKUMU A POSTUP PRÁCE

Praktická část diplomové práce navazuje na část teoretickou. V této kapitole shrnujeme výsledky a poznatky naší práce. Zabýváme se cílem výzkumu, postupem práce, popisujeme techniku sběru dat, uvádíme popis zkoumaného souboru. Dále uvádíme případovou studii, dotazníkové šetření a nestandardizovaný rozhovor. Formou diskuse hodnotíme praktickou část a vyvozujeme závěry. To vše nám bylo nápomocné při zpracování praktické části našeho výzkumu.

4.1 Úvod praktické části

Vzhledem k respektování zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů jsou údaje o účastnících, kteří se podíleli na realizaci výzkumné části diplomové práce zcela fiktivní, nebudou zveřejňovány potřebné dokumenty, které souvisejí s osobními údaji účastníků diplomové práce. Účastníci našeho výzkumu nám odhalili své soukromí a dovolili nám nahlédnout do částí svého života.

Práce se zabývá postojem stredoškolské mládeže ke zdravému životnímu stylu. Praktická část diplomové práce je zaměřena na výzkum stanoveného cíle. K dosažení stanoveného cíle byla použita metoda dotazníku, případové studie, nestandardizovaného rozhovoru. Tyto metody nám byly nápomocné při získávání potřebných údajů.

4.2 Cíl práce

Úkolem tohoto výzkumu je **zjistit, jaký postoj zaujímá středoškolská mládež ke zdravému životnímu stylu** a to pomocí výsledků použitých metod. Stěžejní metodou je dotazník a jako pomocné metody byly použity případová studie a nestandardizovaný rozhovor s nutričním terapeutem.

Hlavní výzkumný problém: Jaký je postoj žáků středních škol, ke zdravému životnímu stylu?

V rámci diplomové práce budou řešeny následující výzkumné otázky, které nám pomohou naplnit hlavní cíl práce.

1. Budou nalezeny rozdíly v postoji ke kouření v rámci pohlaví?
2. Bude nalezena souvislost zdravého životního stylu s výchovou v rodině?
3. Je pro středoškoláky zdravý životní styl důležitý?

Výzkum byl prováděn na základě předpokladu:

1. Pro středoškolskou mládež je zdravý životní styl důležitou součástí jejich života.
2. Středoškoláci považují kouření za běžnou součást jejich života.
3. Dívky mají kladnější postoj ke zdravému životnímu stylu než chlapci.

4.3 Popis zkoumaného souboru

Výzkumný soubor byl zvolen pomocí metody záměrného výběru, kdy se snažíme vybrat zkoumaný soubor s určitou stejnou strukturou. Osoby byly zvoleny na základě podobných znaků. Nejdůležitějším znakem bylo to, že se zkoumané vzorky nacházejí ve stejné životní etapě – v etapě adolescence – tedy v našem případě ve skupině středoškolské mládeže.

Výzkumný soubor je utvořen ze studentů 4 středních škol v Jihomoravském kraji, v bývalém okrese Blansko. Dotazník byl vypracován studenty 3. ročníků vybraných středních škol. Studenti jsou z gymnázia, středního odborného učiliště a 2 středních odborných škol.

Dříve, než byly studentům dotazníky rozdány, studenti byli poučeni k čemu dotazník slouží a o jeho správném vyplnění. Všechny dotazníky byly použity ke zpracování výsledků. Jelikož byly dotazníky vyplňovány ve vyučování za dozoru pedagoga, byla dána stoprocentní návratnost dotazníků. Rozdaných dotazníků bylo celkem 86 a všechny se vrátily ke zpracování.

Tabulka 1: Rozložení pohlaví respondentů

	Absolutní četnost /počet	Relativní četnost / %
Celkem	86	100 %
Dívky	32	37,2 %
Chlapci	54	62,8 %

4.4 Metody výzkumu

Jednou z použitých metod diplomové práce je případová studie. Metoda byla vybrána z důvodu dostatečného množství informací k danému případu. Jedná se o kvalitativní metodu. Průcha (2003) ji charakterizuje jako výzkumnou metodu v empirickém pedagogickém výzkumu, při níž je zkoumání podroben jednotlivý případ. Ten je detailně popsán a vysvětlován, takže se dochází k takovému tipu objasnění, jehož při zkoumání týchž objektů v hromadném souboru nelze dosáhnout.

Další metodou, která byla použita je nestandardizovaný rozhovor. *„Rozhovor (interview) patří k nejpoužívanějším metodám v pedagogickém výzkumu, stejně jako v psychologickém, sociologickém, etnografickém aj. Bývá definován jako metoda dotazování, při níž dotazovaná osoba je vedena otázkami tazatele k sdělování určitých informací“* (Průcha, 1995, s. 51). Metoda nestandardizovaného rozhovoru byla využita z důvodu toho, že se otázky mohou přizpůsobit dané situaci a informacím, které jsme se od účastníků případových studií dozvěděli. *„Nestandardizovaný rozhovor je metoda, která se vnějšími znaky podobá běžnému rozhovoru. Důraz při jejím použití bývá kladen na přirozenost konverzace, nenásilný průběh. Nemáme dopředu vytvořený plán v podobě struktury, kterou bychom se pevně řídili...jsme připraveni přizpůsobit rozhovor člověku a situaci.* (Kutnohorská, 2009, s. 39)

Jako další metodou byl zvolen dotazník (viz příloha č. 1). Tento dotazník byl anonymní a obsahoval 12 uzavřených otázek. První otázka byla zaměřena na pohlaví respondentů, dalších 11 otázek se týkalo zdravého životního stylu a názorů respondentů na něj. Dotazník byl zvolen z důvodu zjištění názorů většího počtu respondentů v poměrně krátkém čase.

Dotazník je standardizovaným souborem otázek, které jsou připraveny na určitém formuláři. Je vhodné na úvod dotazníku zařadit krátké vysvětlení a účel, proč respondent dotazník vyplňuje. Je dobré, pokud je dotazník anonymní, s tímto faktem respondenta seznámit. Konstrukce dotazníku by měla respondenta přitahovat, formulace otázek musí být jednoznačná. Mezi otázky mohou být zařazeny identifikační znaky respondenta (pohlaví, věk, bydliště atd.), jedná se o nezávislé proměnné. Závislé proměnné představují hlavní zorné pole dotazníku. Výhodou dotazníkové techniky je jednoznačná formulace otázek a možnost hromadného počítačového zpracování. Nevýhodou dotazníkové techniky může být neporozumění otázce, někdy je to nízká návratnost, důležitou roli hraje také délka dotazníku. (Kutnohorská, 2009)

4.5 Organizace práce a způsob získání informací

Před samotným výzkumem, byla prostudována potřebná literatura a ostatní zdroje, které byly potřebné pro pochopení dané problematiky. Poznatky jsou zpracovány v teoretické části diplomové práce tak aby navazovaly na část empirickou.

Empirická část se skládá z dotazníku, který je stěžejní metodou diplomové práce. Dotazník je zaměřený na postoj středoškolské mládeže ke zdravému životnímu stylu v bývalém okrese Blansko. Sestavený dotazník, byl rozdán 86 respondentům ze čtyř vybraných středních škol. Návratnost dotazníků byla stoprocentní, po celou dobu vyplňování jsme byli s vyučující přítomni ve výuce, ve které vyplňování dotazníků probíhalo. Studenti se mohli během vyplňování dotázat na jakoukoliv nejasnost při vyplňování dotazníku. Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány v následující kapitole výsledky a diskuse. Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány v tabulkách a grafech. Pro přehlednost jsme zaznamenávaly absolutní a relativní četnost. Relativní četnost je uváděna v procentech a zaokrouhlena na jedno desetinné místo. Na základě zjištěných výsledků jsou ověřovány hypotézy a vyvozené závěry z našeho šetření.

Jako další metodou byla zvolena případová studie, která se týká též zdravého životního stylu. Případová studie má za cíl poukázat na problematiku, kterou je středoškolská mládež velice ohrožená a to v souvislosti se stravováním. Případová studie je zpracována též v následující kapitole výsledky a diskuse. Informace byly získány prostřednictvím nestandardizovaného rozhovoru s nutriční terapeutkou a prostudováním dokumentů souvisejících s případem.

V neposlední řadě je součástí naší práce nestandardizovaný rozhovor s nutriční terapeutkou, která nám poskytla část informací k případové studii a zodpověděla nám otázky, které jsou součástí diplomové práce. Její bohaté zkušenosti nám byly velice nápomocné proto, abychom si mohli udělat jasnější představu v problematice stravování, která je popsána v teoretické části naší práce. Rozhovor je též zpracovaný v následující kapitole a obsahuje odpovědi na otázky, které nás zajímali v souvislosti se zdravým životním stylem.

5 VÝSLEDKY A DISKUSE

Část této práce nám udává ucelený pohled na získaná data našeho šetření. Data, získaná pomocí dotazníkové metody byla zpracována v programu Microsoft Excel a byla interpretována pomocí grafického znázornění. Každá dotazníková otázka je doplněna tabulkou s údaji o rozložení pohlaví mezi respondenty pro lepší představu. Otázky jsou jedna po druhé zpracovány a doplněny komentářem.

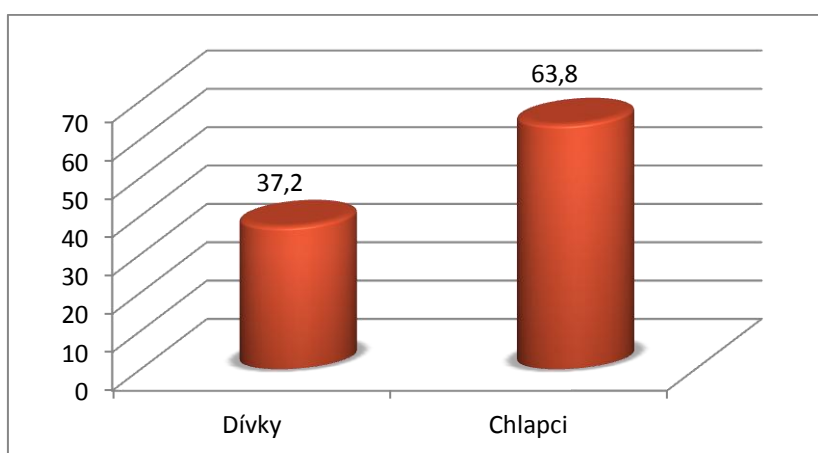
5.1 Výsledky dotazníkového šetření

První otázka dotazníkového šetření se týkala pohlaví respondentů. Z následující tabulky lze vyčíst počet dívek a chlapců, kdy z celkového počtu 86 respondentů bylo 32 dívek a 54 chlapců.

Tabulka 2: Rozložení pohlaví respondentů

	Absolutní četnost /počet	Relativní četnost / %
Celkem	86	100 %
Dívky	32	37,2 %
Chlapci	54	63,8 %

Graf 1: Rozložení pohlaví respondentů v %

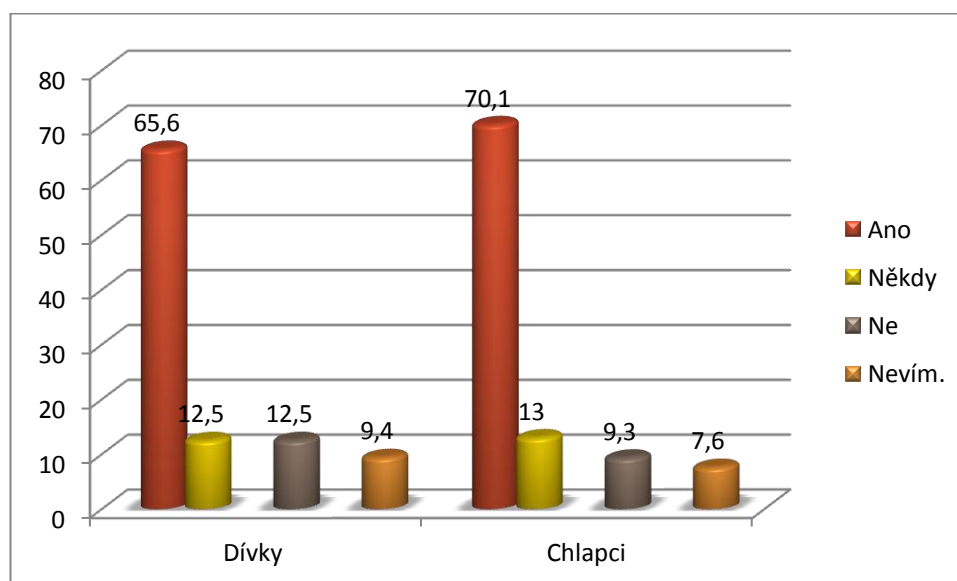


Druhá otázka se zaměřila na zjištění, zda je pro respondenty zdravý životní styl důležitý. Studenti měli na výběr ze 4 možností. Odpověď „Ano“ zvolilo celkem 61 studentů, z nichž bylo 40 chlapců a 21 dívek. Odpověď „Někdy“ zvolilo celkem 11 studentů, 7 chlapců a 4 dívky. „Ne“ zvolilo celkem 9 studentů, 5 chlapců a 4 dívky. „Nevím“ zvolilo celkem 5 respondentů a to 2 chlapci a 3 dívky. Pro přehlednost uvádíme odpovědi v tabulce i v grafickém znázornění.

Tabulka 3: Je pro tebe důležitý zdravý životní styl?

	Dívky	Dívky	Chlapci	Chlapci
	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %
Ano	21	65,6 %	40	70,1 %
Někdy	4	12,5 %	7	13 %
Ne	4	12,5 %	5	9,3 %
Nevím.	3	9,4 %	2	7,6 %

Graf 2: Je pro tebe důležitý zdravý životní styl? (v %)

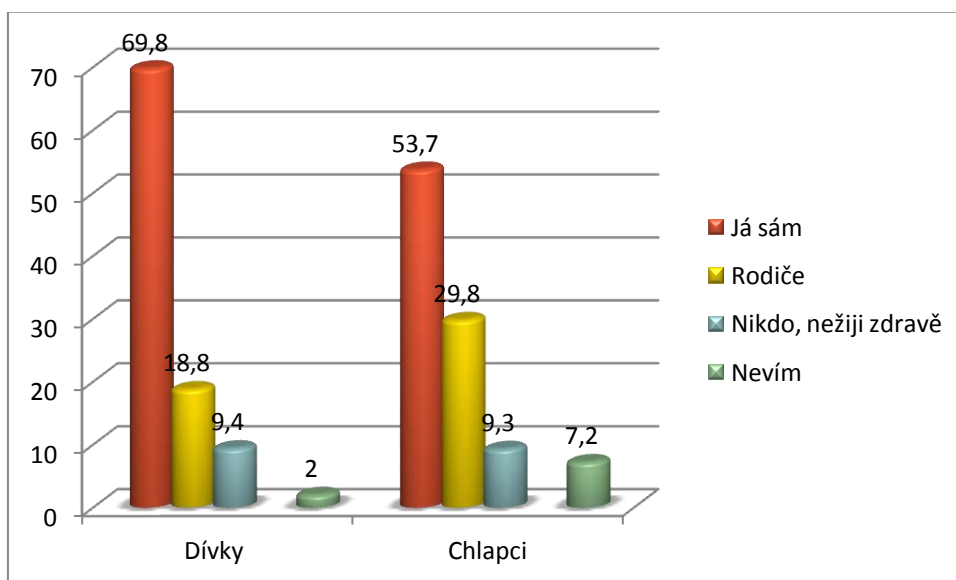


Třetí otázka zjišťovala, kdo vede studenty ke zdravému životnímu stylu. Studenti mohli vybírat ze 4 odpovědí. „Já sám“ zvolilo celkem 51 studentů, z nichž bylo 29 chlapců a 22 dívek. „Rodiče“ zvolilo celkem 21 studentů, z toho 15 chlapců a 6 dívek. Odpověď „Nikdo, nežiji zdravě“ zvolilo celkem 8 respondentů, což mě velice překvapilo. Tuto odpověď zvolilo celkem 5 chlapců a 3 dívky. Odpověď „Nevím“ zvolilo 6 studentů, z toho 5 chlapců a 1 dívka.

Tabulka 4: Kdo tě vede ke zdravému životnímu stylu?

	Dívky		Chlapci	
	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %
Já sám	22	69,8 %	29	53,7 %
Rodiče	6	18,8 %	15	29,8 %
Nikdo, nežiji zdravě	3	9,4 %	5	9,3 %
Nevím	1	2 %	5	7,2 %

Graf 3: Kdo tě vede ke zdravému životnímu stylu? (v %)

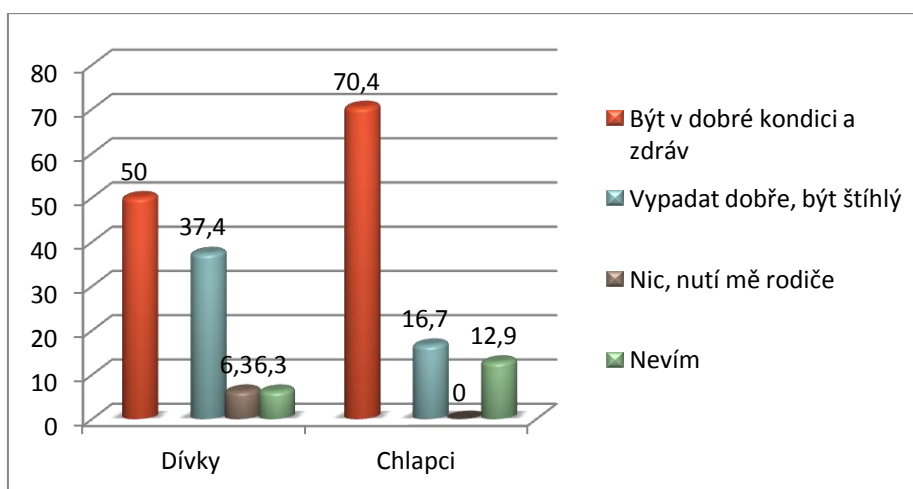


Čtvrtá otázka se dotazovala na to, co vede respondenty ke zdravému životnímu stylu. Respondenti mohli vybírat ze 4 možností. Odpověď „Být v dobré kondici a zdrav“ zvolilo celkem 54 studentů, z nichž 38 chlapců a 16 dívek. „Vypadat dobře, být štíhlý“ zvolilo celkem 21 studentů, z nichž bylo 12 dívek a 9 chlapců. „Nic nutí mě rodiče“ zvolily celkem 2 studentky a ani jeden chlapec. Odpověď „Nevím“ zvolilo celkem 9 studentů a to 7 chlapců a 2 dívky.

Tabulka 5: Co tě vede ke zdravému životnímu stylu?

	Dívky	Dívky	Chlapci	Chlapci
	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %
Být v dobré kondici a zdrav	16	50 %	38	70,4 %
Vypadat dobře, být štíhlý	12	37,4 %	9	16,7 %
Nic, nutí mě rodiče	2	6,3 %	0	0 %
Nevím	2	6,3 %	7	12,9 %

Graf 4: Kdo tě vede ke zdravému životnímu stylu? (v %)

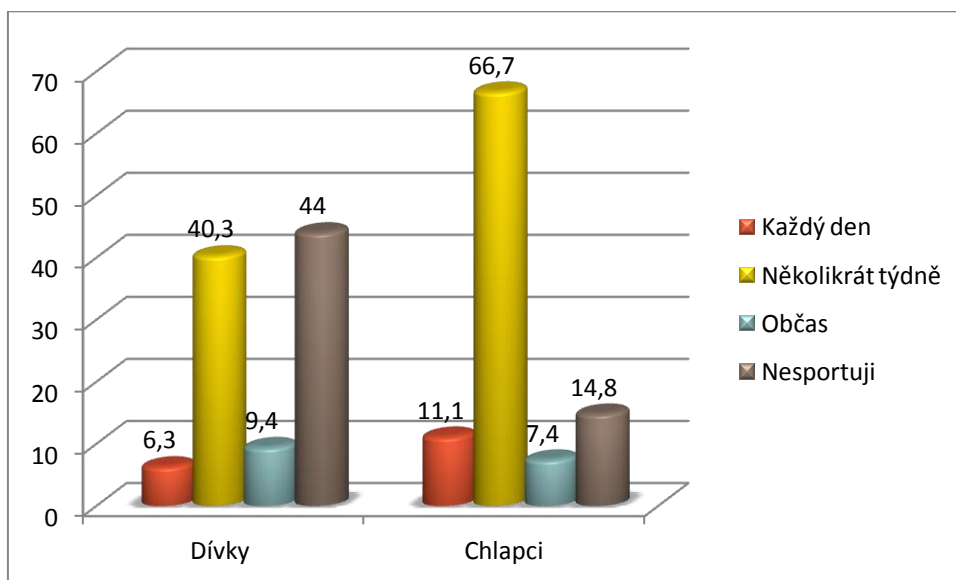


Pátá otázka se dotazovala respondentů jak často sportují. Vybrat mohli ze 4 možností. „Každý den“ sportuje celkem 8 studentů, z toho 6 chlapců a 2 dívky. „Několikrát týdně“ sportuje celkem 49 studentů, a to 36 chlapců a 13 dívek. „Občas“ sportuje celkem 7 lidí, z toho 4 chlapci a 3 dívky. „Nesportuji“ 22 respondentů z toho 8 chlapců a 14 dívek.

Tabulka 6: Jak často sportuješ?

	Dívky	Dívky	Chlapci	Chlapci
	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %
Každý den	2	6,3 %	6	11,1 %
Několikrát týdně	13	40,3 %	36	66,7 %
Občas	3	9,4 %	4	7,4 %
Nesportuji	14	44 %	8	14,8 %

Graf 5: Jak často sportuješ? (v %)

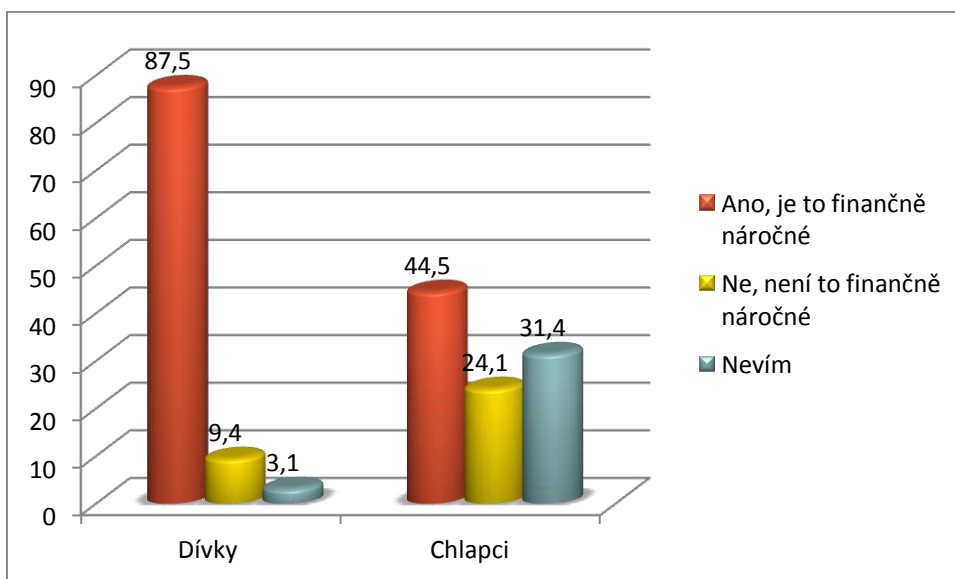


Šestá otázka se ptala respondentů, zda si myslí, že je finančně náročné vést zdravý životní styl. Mohli vybírat ze tří možností. „Ano, je to finančně náročné“ zvolilo celkem 52 účastníků, z toho 24 chlapců a 28 dívek. „Ne, není to finančně náročné“ odpovídalo celkem 16 účastníků z toho 13 chlapců a 3 dívky. „Nevím“ odpovědělo celkem 18 účastníků, z toho 17 chlapců a 1 dívka.

Tabulka 7: Myslíš, že je finančně náročné vést zdravý životní styl?

	Dívky	Dívky	Chlapci	Chlapci
	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %
Ano, je to finančně náročné	28	87,5 %	24	44,5 %
Ne, není to finančně náročné	3	9,4 %	13	24,1 %
Nevím	1	3,1 %	17	31,4 %

Graf 6: Myslíš, že je finančně náročné vést zdravý životní styl? (v %)

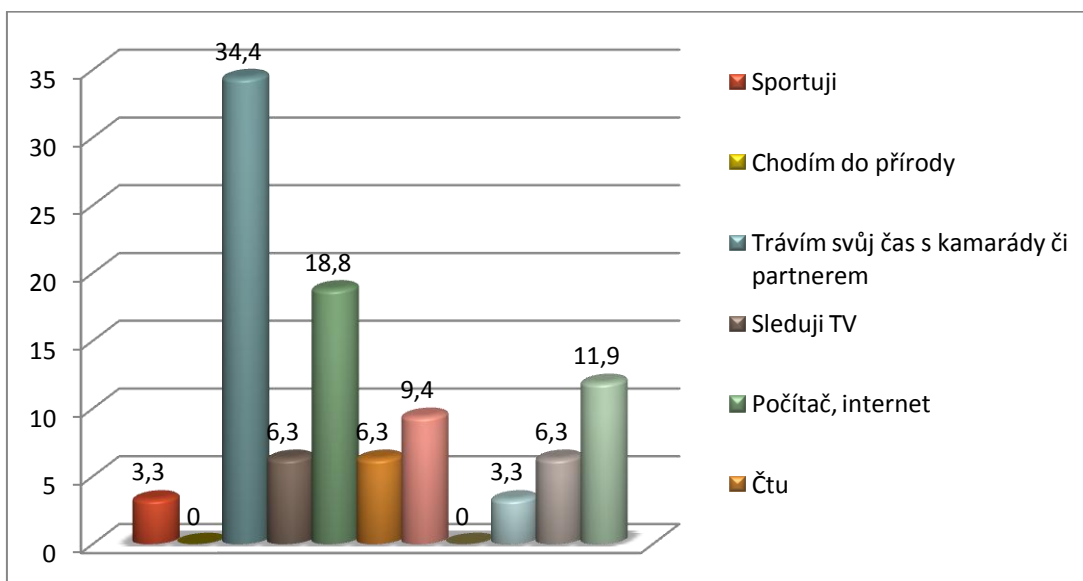


Sedmá otázka se dotazovala na to, čemu se nejčastěji studenti věnují ve svém volném čase. Studenti měli na výběr z 11 možností. Mezi nejčastější odpovědi studenti zvolili, že nejčastěji svůj volný čas tráví s kamarády či partnerem. Tuto odpověď zvolilo celkem 29 studentů, z toho 18 chlapců a 11 dívek. Jako druhou nejčastější odpověď si studenti vybrali trávení volného času u počítače. Celkem tuto odpověď zvolilo 17 studentů. Z toho 11 chlapců a 6 dívek. Třetí nejčastější odpovědí se stalo sledování televize, kdy celkem 9 studentů ve svém volném čase sleduje televizi. Z toho 7 chlapců a 2 dívky. Ostatní odpovědi byly celkem srovnatelné. Přírodu si zvolil pouze jeden student a čtení pouze 2 dívky. Přípravě do školy se věnuje pouze 5 studentů z toho 2 chlapci a 3 dívky. S rodinou tráví svůj volný čas pouze 6 studentů z toho 2 chlapci a 4 dívky. Sport zvolilo celkem 6 studentů z toho 5 chlapců a 1 dívka. Hudbu poslouchá pouze 1 chlapec, domácímu mazlíčku se věnují 3 studenti z toho 2 chlapci a 1 dívka. Na brigádu ve svém volném čase chodí celkem 7 studentů a to 5 chlapců a 2 dívky.

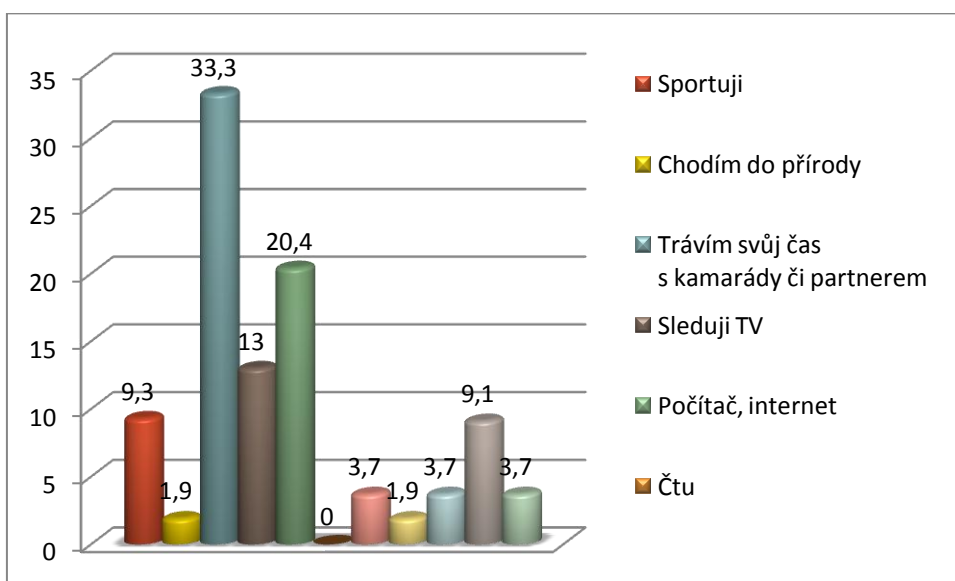
Tabulka 8: Čemu se nejčastěji věnuješ ve svém volném čase?

	Dívky	Dívky	Chlapci	Chlapci
	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %
Sportuji	1	3,3 %	5	9,3 %
Chodím do přírody	0	0 %	1	1,9 %
Trávím svůj čas s kamarády či partnerem	11	34,4 %	18	33,3 %
Sleduji TV	2	6,3 %	7	13 %
Počítač, internet	6	18,8 %	11	20,4 %
Čtu	2	6,3 %	0	0 %
Příprava do školy	3	9,4 %	2	3,7 %
Poslouchám hudbu	0	0 %	1	1,9 %
Věnuji se domácímu mazlíčkovi	1	3,3 %	2	3,7 %
Chodím na brigádu	2	6,3 %	5	9,1 %
Trávím svůj čas převážně s rodinou	4	11,9 %	2	3,7 %

Graf 7: Čemu se nejčastěji věnuješ ve svém volném čase? - dívky (v %)



Graf 8: Čemu se nejčastěji věnuješ ve svém volném čase? - chlapci (v %)

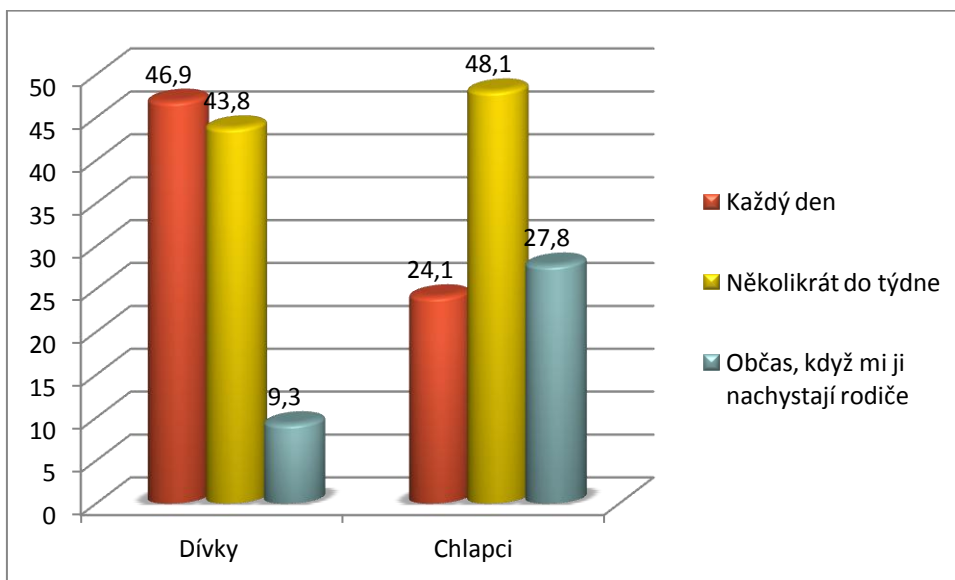


Osmá otázka se dotazovala respondentů na to, jak často jí ovoce či zeleninu. Odpověď mohli vybrat celkově ze tří možností. „Každý den“ jí zeleninu celkem 28 respondentů. Z toho 13 chlapců a 15 dívek. „Několikrát do týdne“ jí zeleninu celkem 40 respondentů, z toho 26 chlapců a 14 dívek. „Občas, když mi ji nachystají rodiče“ zvolilo celkem 18 studentů, z toho 15 chlapců a 3 dívky.

Tabulka 9: Jak často jíš ovoce, či zeleninu?

	Dívky	Dívky	Chlapci	Chlapci
	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %
Každý den	15	46,9 %	13	24,1 %
Několikrát do týdne	14	43,8 %	26	48,1 %
Občas, když mi ji nachystají rodiče	3	9,3 %	15	27,8 %

Graf 9: Jak často jíš ovoce, či zeleninu? (v %)

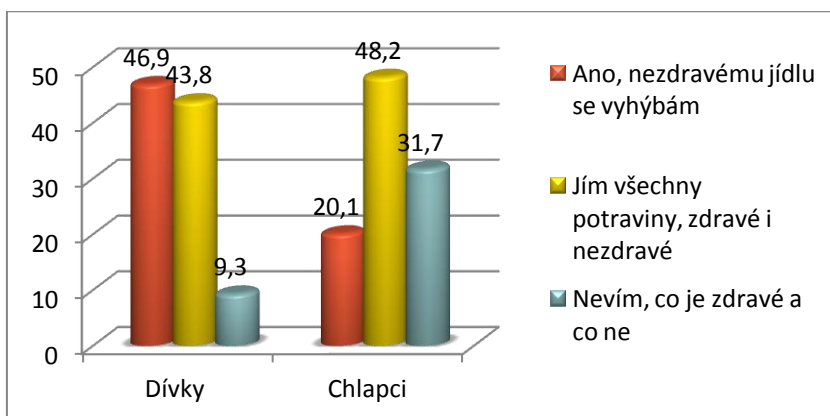


Devátá otázka se dotazovala respondentů na to, zda si vybírají zdravé potraviny. Respondenti mohli vybírat ze tří možností. Odpověď „Ano, nezdravému jídlu se vyhýbám“ zvolilo celkem 21 dotazovaných. Z toho 10 chlapců a 11 dívek. „Jím všechny potraviny, zdravé i nezdravé“ tuto odpověď zvolilo celkem 43 účastníků. Z toho 27 chlapců a 16 dívek. „Nevím, co je zdravé a co ne“ zvolilo celkem 22 účastníků z toho 17 chlapců a 5 dívek.

Tabulka 10: Vybíráš si zdravé potraviny?

	Dívky	Dívky	Chlapci	Chlapci
	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %
Ano, nezdravému jídlu se vyhýbám	15	46,9 %	13	20,1 %
Jím všechny potraviny, zdravé i nezdravé	14	43,8 %	26	48,2 %
Nevím, co je zdravé a co ne	3	9,3 %	15	31,7 %

Graf 10: Vybíráš si zdravé potraviny? (v %)

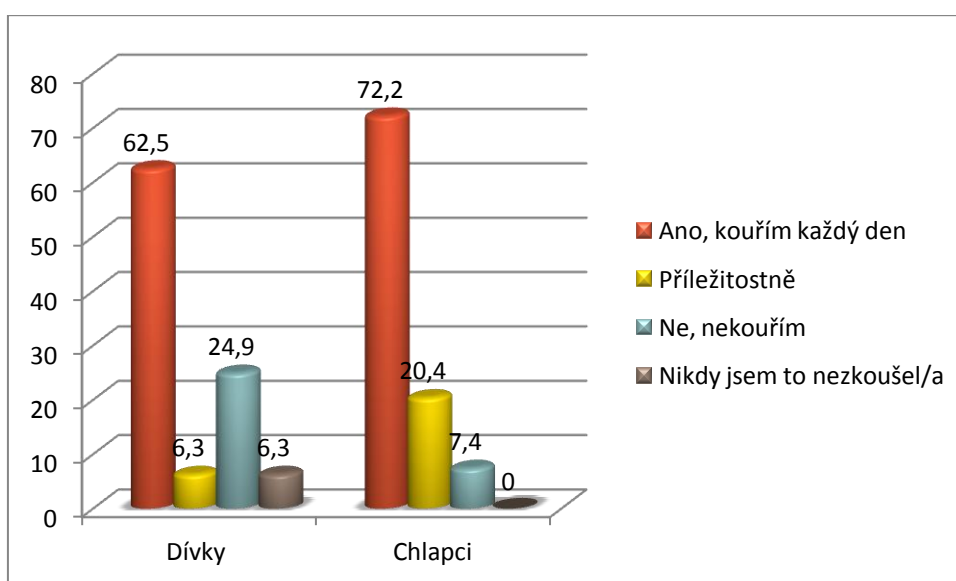


Desátá otázka se dotazovala účastníků zda kouří. Vybírat mohli ze 4 možností. „Ano, kouřím každý den“ odpovědělo celkem 59 respondentů a to 39 chlapců a 20 dívek. Což mě velice překvapilo a sice jsem předpokládala, že vývojové období, ve kterém se účastníci nachází je bouřlivé, ale čekala jsem menší počet studentů s touto odpovědí. „Příležitostně“ odpovídalo celkem 13 účastníků a to 11 chlapců a 2 dívky. „Ne, nekouřím“ zvolilo celkem 12 lidí, z toho 4 chlapci a 8 dívek. „Nikdy jsem to nezkoušel/a“ zvolily celkem 2 ženy.

Tabulka 11: Kouříš?

	Dívky	Dívky	Chlapci	Chlapci
	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %
Ano, kouřím každý den	20	62,5 %	39	72,2 %
Příležitostně	2	6,3 %	11	20,4 %
Ne, nekouřím	8	24,9 %	4	7,4 %
Nikdy jsem to nezkoušel/a	2	6,3 %	0	0 %

Graf 11: Kouříš? (v %)

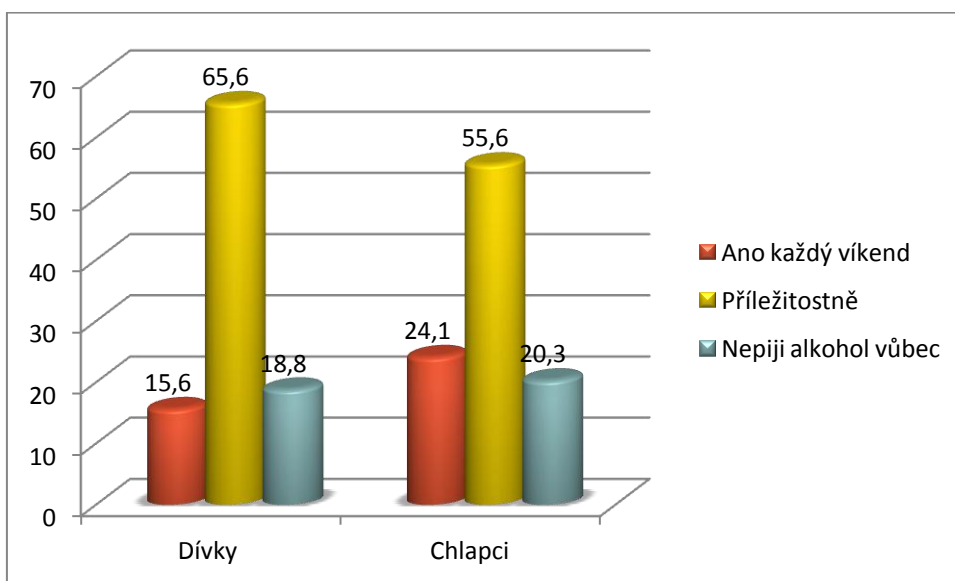


Jedenáctá otázka se dotazovala respondentů zda pijí alkoholické nápoje. Vybrat mohli ze tří odpovědí. „Ano, každý víkend“ zvolilo celkem 18 účastníků. Z toho 13 chlapců a 5 dívek. „Příležitostně“ tuto odpověď zvolilo celkem 51 respondentů z toho 30 chlapců a 21 dívek. „Nepiji alkohol vůbec“ zvolilo celkem 17 respondentů z toho 11 chlapců a 6 dívek.

Tabulka 12: Piješ alkoholické nápoje?

	Dívky		Chlapci	
	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %
Ano, každý víkend	5	15,6 %	13	24,1 %
Příležitostně	21	65,6 %	30	55,6 %
Nepiji alkohol vůbec	6	18,8 %	11	20,3 %

Graf 12: Piješ alkoholické nápoje? (v %)

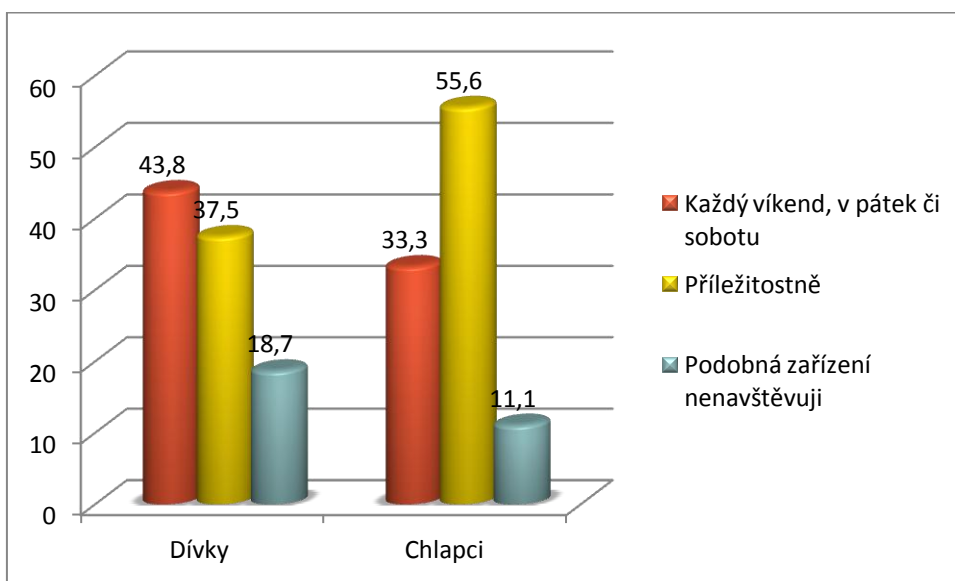


Dvanáctá otázka zjišťovala, jak často navštěvují respondenti bary, restaurace, diskotéky. Účastníci mohli vybírat ze tří odpovědí. „Každý víkend“ navštěvuje tato zařízení 32 respondentů. Z toho 18 chlapců a 14 dívek. „Příležitostně“ odpovídalo celkem 42 studentů z toho 30 chlapců a 12 dívek. „Podobná zařízení nenavštěvuji“ odpovídalo celkem 12 studentů z toho 6 chlapců a 6 dívek.

Tabulka 13: Jak často navštěvuješ bary, restaurace, diskotéky?

	Dívky	Dívky	Chlapci	Chlapci
	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %	Absolutní četnost / počet	Relativní četnost/ %
Každý víkend, v pátek či sobotu	14	43,8 %	18	33,3 %
Příležitostně	12	37,5 %	30	55,6 %
Podobná zařízení nenavštěvuji	6	18,7 %	6	11,1 %

Graf 13: Jak často navštěvuješ bary, restaurace, diskotéky (v %)



5.2 Případová studie

Osobní údaje respondentky:	Sofie 16 let, studentka SŠ
Údaje o rodičích:	Otec: Pavel Novák, 45 let, dělník Matka: Lenka Nováková 44 let, účetní
Sourozenci:	Bratr: Ondřej Novák 22 let, student VŠ
Bydliště:	Rodina žije v rodinném domku, ve středu malého města v Jihomoravském kraji

Podklady pro sepsání tohoto případu byly získány na základě nestandardizovaného rozhovoru s nutriční terapeutkou na nemocničním oddělení, která nám informace zprostředkovala.

Cílem bylo zjistit co největší počet informací o tomto případě a poukázat na podoby negativního životního stylu.

Sofii je nyní 16 let, narozena v roce 1997, měří 168 cm, váží 37 kg. Je studentkou 1. ročníku střední odborné školy. Narodila se do úplné rodiny spolu s o 6 let starším bratrem. Rodinné vztahy jsou nyní na nízké úrovni i přes to, že je rodina úplná. Rodina žije ve městě v rodinném domě. Sofie se svým bratrem mají každý svůj pokoj, tudíž prostor na vlastní soukromí.

Sofie ve škole patřila k výborným žačkám od základní školy. Domů nosila vždy samé jedničky. Škola jí šla sama, nemusela se připravovat tak jako ostatní průměrní žáci. Její chování je bezproblémové, vzorné. Sofie je spíše tišší povahy, bez výrazných projevů chování. Ve třídě více kamarádí jen se 3 spolužačkami. Její povaha je introvertní, tišší, klidná, bezproblémová, bez výrazných známek adolescentních projevů.

Mentální anorexie byla diagnostikována v 9. ročníku střední školy v 15 letech. Spouštěcím momentem se stal fakt, že matka o dceru přestala projevovat zájem. Našla si nového přítele a založila s ním novou rodinu. Děti zpočátku za matkou jezdily na víkendy, ale matka se o ně začala zajímat čím dál méně. To samozřejmě v tomto věku dívka špatně snášela, začalo se to projevovat vzdorovitým chováním a následně trucovitým odmítáním jídla, což dívka časem přestala zvládat.

Dívka byla poprvé hospitalizována na doporučení obvodního dětského lékaře po vzájemné dohodě a souhlasu s otcem, matka se stále příliš neangažuje. Sofie si své onemocnění uvědomuje a chce jej řešit. V souvislosti s jejím onemocněním je zapojen celý tým lékařů a personálu. Sofie spolupracuje s dětským lékařem, psychologem, veškerým

zdravotnickým personálem na nemocničním oddělení a nutriční terapeutkou. Ta Sofii poskytuje odborné konzultace ohledně stravování a sestavuje jí jídelníček přímo na míru. Nutriční terapeutka nám poskytla rozhovor, který uvádíme v další části naší práce. Sofie při konzultaci s nutriční terapeutkou popsala své stravovací návyky před nemocí mentální anorexie tak, že se nedělo před nemocí celkem nic neobvyklého, relativně brzy cca od 10 let si téměř všechnu stravu (kromě teplých jídel) připravovala sama. Postupně stravu omezovala, na dotazy rodičů kolik toho jídla snědla, odpovídala negativně, očekávala hlavně od matky iniciativu v přípravě stravy, či projevem větší náklonosti a zájmu, což se nestalo. Příjem stravy Sofie se postupně omezil na minimum. Z rozhovoru s nutriční terapeutkou vyplynulo, že z počátku hospitalizace pacientka stravu odmítala a chtěla se stravovat ve svých zaběhlých kolejí. Jako důvod Sofie uváděla, že má mimo jiné strach z nevolností, kterými trpěla v době, kdy se snažila nemoc zvládnout svépomocí.

S nutriční terapeutkou je sestavován jídelníček, který neodpovídá nutričním potřebám jídelníčku pro dívku jejího věku. Nutriční terapeutka musí brát ohledy při sestavování jídelníčku na přání pacientky, jelikož je důležité začít alespoň s nějakým stravováním. V praxi to znamená asi to, že pokud dostane Sofie chuť na čokoládu, má k obědu čokoládu. Jídelníček pro zajímavost uvádíme níže. Poškrtaný je z technických a provozních důvodů, jak se jídlo objednává a konzultuje s pacientkou.

Sofie spolupracuje s lékařem, který hlídá doplňování vitamínů, minerálních látek, stopových prvků. Nutriční terapeutka nám objasnila fakt, že pokud by se začala hned bez předchozí regenerační výživy podávat pacientce běžná strava (a ona ji přijímala) s největší pravděpodobností by se vyskytly zažívací poruchy, těžký šok s vážným tělesným poškozením a z této nepříjemné zkušenosti by mohla pacientka usoudit, že pro ni není normální výživa vhodná, neboť tělo nemocné bylo po několik měsíců přivyklé silně omezenému příjmu potravy a tomu se přizpůsobily zažívací orgány, látková přeměna a rovněž ostatní tělesné funkce. Sofie by trpěla opět nevolnostmi a to by léčbu dosti znepráhnilo, především z hlediska psychiky Sofie.

Nyní Sofie pokračuje v léčbě a jen čas ukáže, jaký dopad měla na její tělo i mysl tato choroba. Mentální anorexie může zanechat následky, ale také nemusí. Odborníci odhadují, že 10 % nemocných končí až smrtí nejčastěji z důvodu toho, že pacient nastoupí léčbu pozdě, kdy jsou již trvale poškozeny důležité orgány. Velice často bývají poškozeny orgány trávicího ústrojí jako je žaludek, střeva a další. Sofie však měla „štěstí“ a to v tom, že její choroba byla podchycena v počátečním stádiu a hlavním pozitivním bodem je fakt, že Sofie o své chorobě ví a chce se léčit.

Stále více mladých lidí je zasaženo mentální anorexií. Navést dospívajícího člověka na správný hodnotový systém a uchránit ho před nebezpečím nejen mentální anorexie tak spočívá převážně na rodičích. Když rodiče neplní svoji funkci tak jak by měli, může to mít fatální dopad na jejich děti.

Obr. 6: Ukázka týdenního jídelníčku Sofie při hospitalizaci:

①

ODDĚLENÍ	JMÉNO	PŘÍJMENÍ
POZNÁMKY: NE JÁTKA, NE SÚŠ. YELLEN. / UOZAS KEZ BEZ TUDU, NE NASKO U SITOANI, MIECNE VY ROZNY LIBHT		
DEN 07	DATUM 15.1.	
Snídaně:		
Oběd: (SU) OVO. JOG., NANTOANINA		
Večeře: KEVLEJ KOPR. O. 13, BRANBOBY		
DEN 08	DATUM 16.1.	
Snídaně: 2x E. ROZNY, MASLO, PRESNYS. (SU) JOG. JOG., JABKO		
Oběd: 1x P. POL. 3, SUNNY, ETENO, CESTI, KAS. DUTEK		
Večeře: BRANBOBY		
DEN 09	DATUM 17.1.	
Snídaně: 2x E. ROZNY, MASLO, BIV JOG. KAPR (SU) BALKY, PRESNYS.		
Oběd: 1x P. POL. 3, HAS. QUES, BRANBOBY		
Večeře: KUR. N. SE SUN. APR. 15, BR. HAS, KOMPOT BROSKV		
DEN 10	DATUM 18.1.	
Snídaně: 2x E. ROZNY, MASLO, BIV JOG, KAPR (SU) NANTOANINA, PRESNYS.		
Oběd: 1x P. POL. 3, KUR. N. SE SUN. APR. 15, BR. HAS, KOMPOT BROSKV		
Večeře: 1x ROZNY, MASLO, PATINA		
DEN 11	DATUM 19.1.	
Snídaně: 2x E. ROZNY, MASLO, BIV JOG (SU) PRESNYS.		
Oběd: 1x P. POL. 3, MASO, K. 13, SUC. HASO U 3, BRANBOBY		
Večeře: BROSKV, MASO		
DEN 12	DATUM 20.1.	
Snídaně: 2x E. ROZNY, MASLO, KAPR (SU) NANTOANINA		
Oběd: 1x P. POL. 3, KUR. N. SE SUN. APR. 15, BR. HAS, KOMPOT BROSKV		
Večeře: BROSKV, MASO, WETLA		
DEN 13	DATUM 21.1.	
Snídaně: 2x E. ROZNY, MASLO, BIV JOG ANTYME (SU) BALKY		
Oběd: 1x P. POL. 3, KUR. N. SE SUN. APR. 15, NANTOANINA, BRANBOBY		
Večeře:		

(zdroj: nutriční terapeutka)

5.3 Rozhovor s nutriční terapeutkou

Jak dlouho vykonáváte svoji profesi?

„22 let.“

Jak často se setkáváte s hospitalizací mladých lidí v souvislosti s nezdravým životním stylem?

„S následky alkoholových a jiných návykových látek, různých dýchánek což jsou traumatologické diagnózy, s těmi se setkávám minimálně 1x za týden, s pacienty s poruchou příjmu potravy (PPP) – mentální anorexie, bulimie s těmi se setkávám v průměru 1 za měsíc. Což vzhledem k tomu, že pracuji v krajském nemocničním zařízení a ne ve specializovaném zařízení je myslím opravdu hodně.“

Zaznamenala jste nějaký rozdíl za dobu vaší praxe v práci se středoškolskou mládeží? (nárůst hospitalizovaných, úbytek, rozdíl v počátečních projevech)

„Rozdíl je jistě znatelný. Na počátku mé praxe jsem se s těmito diagnózami setkávala opravdu zřídka. Co se týče počátečních projevů, tak i jejich zastírání „se vyvíjí“, a pacienti jsou v tomto čím dál vynalézavější. (Předstírají zájem o stravu, ale tu pak při požívání ukrývají na čím dál rafinovanější místa.)“

Je nějaký rozdíl v hospitalizace mezi pohlavími?

„Dá se říct, že hlavní rozdíl je v diagnózách. U dívek se většinou jedná o PPP, u chlapců jsou to zase traumatologické diagnózy, jako následek bouřlivějšího trávení volného času.“

Jak dlouho v průměru bývá hospitalizace dlouhá?

„Samozřejmě záleží na diagnóze a na spolupráci pacienta (aktivní – pasivní). Při PPP se jedná max. o 3 týdny, při evidentním nezájmu, a tím při ne až tak úspěšné léčbě, ze strany pacienta se překládá na specializovaná pracoviště. U neplnoletých je to jednodušší, není třeba souhlasu pacienta, ale zákonného zástupce.“

Setkáváte se s recidivou u mladých lidí?

„Pokud se jedná o onemocnění PPP je tato léčba běh na dlouhou trať, takže zde je možné, že se s mladými pacienty setkám opakovaně. U ostatních diagnóz se to většinou nestává. Může to být tím, že se následně tyto rizikové pacienti dostanou už do specializovaných zařízení.“

Jaký je postup při sestavování nutriční anamnézy s hospitalizovaným?

„Je nutné mít znalosti z psychologie a postupovat velice citlivě, abychom si získali u pacienta důvěru. Základem je zjistit stravovací návyky před onemocněním. Je dobré zjistit jak docházelo ke změnám ve stravování. Lépe se s pacientem pracuje, když ho k ničemu nepřemlouváme.“

Myslíte si, že je zdravý životní styl v dnešní době podceňovaný?

„Zdravý životní styl je určitě velice diskutované téma a rychle se začíná dostávat do škol mezi mládež. I naše nemocnice organizuje přednášky a diskuse na středních školách i na místní univerzitě v rámci některých předmětů. Sama jsem jedna z přednášejících a tudíž sama vidím ze strany posluchačů velký zájem o toto téma.“

Kdo dle Vás, nejvíce ovlivňuje středoškolskou mládež v postoji ke zdravému životnímu stylu?

„Co se týká stravování jsou to určitě rodiče a stravovací návyky v jejich rodině.“

5.4 Diskuse a shrnutí praktické části

Diplomová práce má za cíl zjistit postoj středoškolské mládeže ke zdravému životnímu stylu v okrese Blansko. Ke zjištění stanoveného cíle byly použity metody dotazníku, případové studie a rozhovoru.

Výsledky dotazníkového šetření byly interpretovány pomocí tabulek a grafů. Dotazník obsahoval celkem 12 uzavřených otázek a obsahoval různé otázky vztahující se ke zdravému životnímu stylu. Dotazník byl rozdán 86 respondentům – středoškolákům. Tento výběr zkoumaného souboru byl záměrný, a to z důvodu toho, že všichni účastníci se nacházejí ve stejné věkové skupině a ve stejném vývojovém období. Při vyplňování dotazníků se nevyskytly žádné problémy a to díky skvělé spolupráci s učiteli. Návratnost dotazníků byla 100 %. Na základě námi zjištěných dat musíme brát v potaz charakteristiku výzkumného souboru. Dotazník byl rozdán studentům jedné věkové skupiny, což mohlo výsledky výzkumu zkreslit. Pokud by byl dotazník rozdán studentům mladším, lze předpokládat jiný výsledek dotazníkového šetření, což je předpoklad k zamyšlení a nastoluje nám otázku dalšího výzkumného šetření.

Případová studie popisuje příklad nezdravého životního stylu dívky, která z důvodu disfunkční rodiny, začala balancovat nad propastí se svým vlastním zdravím. Díky matce, která o svoji dceru přestala mít zájem, dívka onemocněla mentální anorexií, která ovlivnila její zdraví natolik, že musela být hospitalizována v nemocničním zařízení. Tato případová studie poukazuje na důležitost rodiny, respektive rodičů, kteří by se měli o své děti zajímat a starat se o ně do jejich dospělosti. V období adolescence jak jde vidět z našeho výzkumu děti dávají přednost svým vrstevníkům a s rodiči nechtějí trávit příliš času, ale potřeba výchovy je i v tomto období nepostradatelná. Lékařská Fakulta Univerzity Palackého v Olomouci v roce 2007 zveřejnila výzkum, ze kterého vyplynulo, že v terapii mentální anorexie je nutné pracovat s rodinou, nebo, pokud to není možné, alespoň s rodinnými tématy, což se nám potvrdilo i v našem výzkumu.

Rozhovor s nutriční terapeutkou nám poskytl informace k případové studii a také nám nutriční terapeutka potvrdila fakt, že rodina hraje nezastupitelnou roli v ovlivňování středoškolské mládeže k jejich postojům ke zdravému životnímu stylu, i když o rodiče adolescenti zrovna zájem v tomto období neprojevují.

Výzkum byl prováděn na základě předpokladů:

1. Pro středoškolskou mládež je zdravý životní styl důležitou součástí jejich života.

Z našeho výzkumu lze předpokládat částečné potvrzení tohoto předpokladu. Pro většinu studentů je zdravý životní styl důležitý, avšak studenti se nacházejí v bouřlivé etapě mládí – adolescenci. Tato etapa sebou nese znaky rebelství, experimentů a nerozvážnosti a hlavně ústřední konflikt tohoto úseku života a s tím spojená rizika patologií. Studenti sice v převážné většině odpovídali, že je pro ně důležitý zdravý životní styl, ale také převážná většina kouří a pije alkoholické nápoje. Rozdíl tedy spatřujeme v tom co si středoškoláci myslí a v tom co skutečně dělají. Nejsou ještě natolik vyzářlí, aby se jejich skutky shodovaly s jejich názory.

2. Středoškoláci považují kouření za běžnou součást jejich života.

Tento předpoklad se nám zcela potvrdil a to s alarmujícím výsledkem. Z našeho výzkumu vyplývá, že kouření se oddává každý den více než 70 % chlapců a více než 60 % dívek. Na začátku výzkumu jsem předpokládala, že kouření nebudou brát středoškoláci tragicky, ale velice mě překvapilo takto vysoké procento účastníků, kteří odpověděli, že kouří každý den. Potěšil mě však výsledek u dívek a to ten, že z 32 respondentek 2 dívky nikdy kouřit nezkoušely. V souvislosti s tímto výsledkem by bylo velice zajímavé se zaměřit na další výzkumy.

3. Dívky mají kladnější postoj ke zdravému životnímu stylu než chlapci.

Tento předpoklad se nám v našem výzkumu potvrdil pouze z části. Z odpovědí našich respondentů lze vyčíst, že větší procento chlapců odpovídalo kladně na otázku, zda je pro ně zdravý životní styl důležitý. Odpověď ano si zvolilo celkem 70 % chlapců, kdežto dívek 65 %. Na čtvrtou otázku „Co tě vede ke zdravému životnímu stylu“ odpovídalo více chlapců na odpověď „Být v dobré kondici a zdrav“ kdežto dívky častěji odpovídaly „Vypadat dobře, být štíhlý“. Z výsledku dotazníkového šetření v páté otázce lze vyčíst že chlapci častěji sportují každý den a několikrát do týdne než dívky a také tráví více svého volného času sportem či v přírodě což souhlasí i s postojem co chlapce vede ke zdravému životnímu stylu. Kdežto na otázku o kouření jsou na tom výrazně lépe dívky, které se také častěji vyhýbají nezdravému jídlu jak lze vyčíst z otázky osum a devět. Dívky také častěji jedí zeleninu a ovoce, kdežto chlapci si nechají jídlo připravovat od rodičů a také se nechají více rodiči vést ke zdravému životnímu stylu. Z našich výsledků usuzujeme, že dívky jsou zodpovědnější než chlapci a

nejsou u nich tak velké rozdíly v myšlení a skutečích jako u chlapců, což vyplynulo i s rozhovoru s nutriční terapeutkou, která nám na otázku „Je nějaký rozdíl v hospitalizace mezi pohlavími?“ odpověděla „*Dá se říct, že hlavní rozdíl je v diagnózách. U dívek se většinou jedná o PPP, u chlapců jsou to zase traumatologické diagnózy, jako následek bouřlivějšího trávení volného času.*“ Tato odpověď nutriční terapeutky potvrdila i fakt, že chlapci pijí častěji alkoholické nápoje každý víkend, kdežto dívky v dotazníkovém šetření uváděli jako častější odpověď „příležitostně“.

Na základě námi zjištěných dat vyvozujeme doporučení větší osvěty v souvislosti se zdravým životním stylem. Toto téma by se mělo dotýkat nejen žáků a studentů, ale také jejich rodičů, kteří za ně nesou odpovědnost a jsou hlavními aktéry, kteří určují jakou cestu životního stylu si děti vyberou. Bohužel se vše dotýká finanční stránky, ale bylo by dobré kdyby školy ať již základní nebo střední pořádaly besedy pro rodiče na toto téma.

ZÁVĚR

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Zabývá se postojem středoškolské mládeže ke zdravému životnímu stylu.

Teoretická část se skládá ze tří kapitol, které měly za úkol shrnout základní poznatky související s postojem středoškolské mládeže ke zdravému životnímu stylu. První kapitola nese název Divadlo života aneb „role středoškoláka“ a to z toho důvodu, že člověk ve svém životě hraje několik rolí, které se každým okamžikem mění a osud životem lidí je schopný zamávat tak, že to mnohdy vypadá jako bychom hráli divadlo od narození do konce života. V této kapitole uvádíme periodizaci lidského vývoje a zařazujeme do ní středoškolskou mládež, která se nachází ve vývojovém období adolescence. Vymezuje jejich somatický, kognitivní a citový vývoj, který taktéž prochází vývojem. V kapitole udáváme obecný pohled na hodnoty, postoje a zájmy středoškoláků, které jsou ovlivněné mnoha faktory, které si také obecně rozebíráme. V práci bereme v potaz důležitost rodiny, která je základním stavebním kamenem v budoucím životě všech dětí, což se nám potvrdilo i v našem výzkumu. Druhou samostatnou kapitolu věnujeme nejčastějším rizikovým faktorům, které ovlivňují zdraví u středoškolské mládeže a to z důvodu toho, že každý rodič či pedagog by měl znát to, s čím se může jeho dítě v tomto bouřlivém období setkat ať to jsou cigarety, alkohol, šikana či stres. Poslední kapitola v teoretické části naší práce se zabývá obecně zdravým životním stylem, vymezuje zdraví a nemoc, poukazuje na důležitost dodržování zásad k tomu, aby tělo člověka nezradilo a také atakuje na podporu zdraví, které je schopen individuálně každý z nás. V kapitole se stručně zmiňujeme o výzkumech na související témata.

Praktická část diplomové práce je členěna na dvě kapitoly, z nichž v první kapitole zmiňujeme cíl výzkumu, stanovené hypotézy, metody, postupy práce. Dále v této kapitole popisujeme výzkumný vzorek a způsob získání informací. Druhá kapitola interpretuje získané výsledky našeho šetření pomocí metody dotazníku, rozhovoru a případové studie. V této kapitole též uvádíme diskusi a shrnutí naší práce.

Z výsledků použitých metod vyplývá, že postoj středoškolské mládeže ke zdravému životnímu stylu je kladný, avšak jejich vývojové období jim dovoluje, se zdravým životním stylem neřídít a experimentovat s lákadly života. Středoškolská mládež nepokládá rodiče za hlavní aktéry v jejich životě, adolescenti se chtějí přátelit, seznamovat a milovat a proto je pro ně nejdůležitějším článkem kamarád či partner, což odpovídalo největší procento našich účastníků. Pokud však rodiče selžou ve své roli a neplní výchovnou a citovou úlohu ke svým dětem, může to mít následky do konce jejich života, na což upozorňuje případová studie.

Nedořešeným problémem je dle našeho výzkumu narůstající počet patologických jevů a to v oblasti kouření a alkoholu. Podnětem pro další výzkumy by se mohla stát též otázka vzájemných rodinných vztahů adolescentů s jejich rodiči a to z důvodu fatálních důsledků při zanedbávání citového i výchovného působení i v tomto relativně „dospělém“ období.

SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

Literární zdroje

ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., DOLANSKÝ, H. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada, 2009. 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.

DIAMOND, H., DIAMOND, M. *Fit pro život*. Olomouc: Fin, 1993. 283 s. ISBN 80-855572-21-4.

DIAMOND, H., DIAMOND, M. *Fit pro život II*. Olomouc: Fin, 1994. 221 s. ISBN 80-85213-51-6.

ELLIOT J., PLACE, M. *Dítě v nesnázích*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 208 s. ISBN 80-247-0182-0.

FIŠER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie*. Praha: Grada, 2009. 224 s. ISBN 978-80247-2781-3.

GILLERNOVÁ, I. a kol. *Psychologické aspekty změn v české společnosti*. Praha: Grada, 2011. 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1.

GRECMANOVÁ, H., HOLOUŠOVÁ, D. URBANOVSKÁ, E. *Obecná pedagogika I*. Olomouc : Hanex, 2002. 231 s. ISBN 80-85783-20-7.

GÖHLERT, CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. Praha: Ikar, 2001. 143 s. 80-7202-950-9.

HAVLÍK, R., KOŤA, J. *Sociologie výchovy a školy*. Praha: Portál, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-327-7.

JANDOUREK, J. *Úvod do sociologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 232 s. ISBN 978-0-7367-644-5.

KOHOUT, P. *Jsem hazardní hráč aneb zpověď gamblera*. Praha: Grada, 2000. 80 s. ISBN 80-7169-958-6.

KOPECKÁ, I. *Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. 192. ISBN 978-80-247-3875-8.

KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. *Zlo na každý den*. Praha: Galén, 2001. 390 s. ISBN 80-7262-088-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 200 s. ISBN 978-80-7367-726-8.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdravý*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367568-4.

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. Brno: MSD, 2007. 258 s. ISBN 978-80-7392-008-1.

MINDELL, E. *Jídlo jako lék*. Frýdek-Místek: Alpress, 1996. 364 s. ISBN 80-85975-55-6.

NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 160 s. ISBN 80-7178-515-6.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: Portál, 1992. 144 s.

NEŠPOR, Karel. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech*. Praha: Portál, 1995, 126 s. ISBN 80-7178-086-3.

NEŠPOR, K., PERNICOVÁ, H., CSÉMY, L. *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. Praha: Portál, 1999, 120 s. ISBN 80-7178-299-8.

- NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. Praha: KLP, 1997. 348 s. ISBN 80-85917-36-X.
- NOVOTNÁ, E. *Základy sociologie*. Praha: Grada, 2009. 192 s. ISBN 978-80-247-2396-9.
- POKORNÝ, V. a kol. *Prevence sociálně patologických jevů*. Brno: UPPD, 2003. 186 s. ISBN 80-86568-04-0.
- PRŮCHA, J. *Pedagogický výzkum: uvedení do teorie a praxe*. Praha: Univerzita Karlova, 1995. ISBN 80-7184-132-3.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8.
- PŘADKA, M., KNOTOVÁ, D., FALTÝSKOVÁ, J. *Kapitoly ze sociální pedagogiky*. Brno: MU, 2002. 45 s. ISBN 80-210-1946-8.
- ROGER, J. D.P. *Vychutnej život*. Praha: Advent-Orion s.r.o., 1995. 215 s. ISBN 80-7172-144-1.
- ROZSYPALOVÁ, M., ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A. *Psychologie a pedagogika I*. Praha: Informatorium, 2003. 186 s. ISBN 80-7333-014-8.
- ROZSYPALOVÁ, M., ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A. *Psychologie a pedagogika II*. Praha: Informatorium, 2003. 160 s. ISBN 80-7333-028-8.
- SUCHÁNEK, P. *Víte co máte na talíři?* Český Těšín: Víkend, 2003. 96 s. ISBN 80-7222-310-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinium, 2005. 430 s. ISBN 80-246-1074-4.

Ingernetové zdroje

Národní registr výzkumů o dětech a mládeži. [online]. [cit. 2013-4-11]. Dostupné z:

<http://www.vyzkummladez.cz/cs/registr/hledat?q=zdrav%C3%BD+%C5%BEivotn%C3%AD+styl>

Projekty WHO. [online]. [cit. 2013- 3-8]. Dostupné z: <http://www.who.cz/index.php/projekty-v-cr>

Občanské sdružení Anabell. [online]. [cit. 2013- 4-8]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/>

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

Seznam obrázků

Obr. 1: Výsledky výzkumu P. Saka	16
Obr. 2: Vlivy působící na osobnost jedince	18
Obr. 3: Faktory ovlivňující zdraví jedince	21
Obr. 4: Ukázka jídelníčku při léčbě Mentální anorexie	30
Obr. 5: Složky působící na zdraví jedince.....	36
Obr. 6: Ukázka týdenního jídelníčku Sofie při hospitalizaci:	60

Seznam grafů

Graf 1: Rozložení pohlaví respondentů v %	45
Graf 2: Je pro tebe důležitý zdravý životní styl? (v %)	46
Graf 3: Kdo tě vede ke zdravému životnímu stylu? (v %).....	47
Graf 4: Kdo tě vede ke zdravému životnímu stylu? (v %).....	48
Graf 5: Jak často sportuješ? (v %)	49
Graf 6: Myslíš, že je finančně náročné vést zdravý životní styl? (v %)	50
Graf 7: Čemu se nejčastěji věnuješ ve svém volném čase? - dívky (v %).....	52
Graf 8: Čemu se nejčastěji věnuješ ve svém volném čase? - chlapci (v %)	52
Graf 9: Jak často jíš ovoce, či zeleninu? (v %).....	53
Graf 10: Vybíráš si zdravé potraviny? (v %)	54
Graf 11: Kouříš? (v %).....	55
Graf 12: Piješ alkoholické nápoje? (v %).....	56
Graf 13: Jak často navštěvuješ bary, restaurace, diskotéky (v %).....	57

Seznam tabulek

Tabulka 1: Rozložení pohlaví respondentů	42
Tabulka 2: Rozložení pohlaví respondentů	45
Tabulka 3: Je pro tebe důležitý zdravý životní styl?.....	46
Tabulka 4: Kdo tě vede ke zdravému životnímu stylu?.....	47
Tabulka 5: Co tě vede ke zdravému životnímu stylu?	48
Tabulka 6: Jak často sportuješ?	49
Tabulka 7: Myslíš, že je finančně náročné vést zdravý životní styl?.....	50
Tabulka 8: Čemu se nejčastěji věnuješ ve svém volném čase?.....	51

Tabulka 9: Jak často jíš ovoce, či zeleninu?.....	53
Tabulka 10: Vybíráš si zdravé potraviny?.....	54
Tabulka 11: Kouříš?.....	55
Tabulka 12: Piješ alkoholické nápoje?.....	56
Tabulka 13: Jak často navštěvuješ bary, restaurace, diskotéky?	57

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Dotazník pro žáky středních škol

Vážení studenti, dovoluji Vám, abych Vás poprosila o vyplnění krátkého dotazníku, který má za úkol zjistit postoj středoškolské mládeže ke zdravému životnímu stylu. Dotazník je zcela anonymní, výsledky budou použity pouze pro výzkumnou část závěrečné vysokoškolské práce.

Výsledky dotazníkového šetření Vám budou po zpracování k dispozici. Při vyplňování dotazníku správnou odpověď zaškrtněte křížkem.

Velice Vám děkuji za Váš čas a spolupráci.

1. Jsi.....	
<i>Zaškrtni křížkem</i>	
	Muž.
	Žena.

2. Je pro tebe důležitý zdravý životní styl?

Vyber jednu odpověď a zaškrtni křížkem

Ano	<input type="checkbox"/>
Někdy	<input type="checkbox"/>
Ne	<input type="checkbox"/>
Nevím	<input type="checkbox"/>

3. Kdo tě vede ke zdravému životnímu stylu?

Vyber jednu odpověď a zaškrtni křížkem

Já sám	<input type="checkbox"/>
Rodiče	<input type="checkbox"/>
Nikdo, nežiji zdravě	<input type="checkbox"/>
Nevím	<input type="checkbox"/>

4. Co tě vede ke zdravému životnímu stylu?

Vyber jednu odpověď a zaškrtni křížkem

Být v dobré kondici a zdrav	<input type="checkbox"/>
Vypadat dobře, být štíhlý	<input type="checkbox"/>
Nic, nutí mě rodiče	<input type="checkbox"/>
Nevím	<input type="checkbox"/>

5. Jak často sportuješ?

Vyber jednu odpověď a zaškrtni křížkem

Každý den	<input type="checkbox"/>
Několikrát týdně	<input type="checkbox"/>
Občas	<input type="checkbox"/>
Nesportuji	<input type="checkbox"/>

6. Myslíš, že je finančně náročné vést zdravý životní styl?

Vyber jednu odpověď a zaškrtni křížkem

Ano, je to finančně náročné	<input type="checkbox"/>
Ne není to finančně náročné	<input type="checkbox"/>

Nevím	
-------	--

7. Čemu se nejčastěji věnuješ ve svém volném čase?

Vyber jednu odpověď a zaškrtni křížkem

Sportuji	
Chodím do přírody	
Trávím svůj čas převážně s kamarády, či partnerem	
Trávím svůj čas převážně s rodinou	
Sleduji TV	
Věnuji se počítači (hry, internet)	
Čtu	
Připravuji se do školy	
Poslouchám hudbu	
Věnuji se domácímu mazlíčkovi	
Chodím na brigádu	

8. Jak často jíš ovoce či zeleninu?

Vyber jednu odpověď a zaškrtni křížkem

Každý den	
Několikrát do týdne	
Občas, když mi ji nachystají rodiče	

9. Vybíráš si zdravé potraviny?

Vyber jednu odpověď a zaškrtni křížkem

Ano, nezdravému jídlu se vyhýbám	
Jím všechny potraviny, zdravé i nezdravé	

Nevím co je zdravé a co ne	
----------------------------	--

10. Kouříš?

Vyber jednu odpověď a zaškrtni křížkem

Ano, kouřím	
Příležitostně	
Ne, nekouřím	
Nikdy jsem kouřit nezkoušel/	

11. Piješ alkoholické nápoje?

Vyber jednu odpověď a zaškrtni křížkem

Ano, každý víkend	
Příležitostně	
Nepiji alkohol vůbec	

12. Jak často navštěvuješ bary, restaurace, diskotéky?

Vyber jednu odpověď a zaškrtni křížkem

Každý víkend, v pátek či sobotu	
Příležitostně	
Podobná zařízení nenavštěvuji	

Děkuji za spolupráci a Váš čas ☺

