

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Vendula Böhmová

Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy

Dodržování vybraných zásad zdravého životního stylu
a tabakismus u adolescentů

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci 12. 4. 2013

Vendula Böhmová

Děkuji MUDr. Kateřině Kikalové, Ph.D. za odborné vedení, přínosné poznatky a lidský přístup při tvorbě diplomové práce. Také bych chtěla poděkovat svému příteli Markovi a rodině za všestrannou podporu během celé doby mého studia.

OBSAH

ÚVOD	6
1 CÍLE PRÁCE	7
1.1 DÍLČÍ CÍLE PRÁCE.....	7
2 TEORETICKÉ POZNATKY	8
2.1 ZDRAVÍ A ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL.....	8
2.2 ZÁSADY ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU.....	10
2.2.1 <i>Zdravá výživa</i>	11
2.2.1.1 Bílkoviny.....	12
2.2.1.2 Tuky.....	12
2.2.1.3 Cukry.....	14
2.2.1.4 Vlákna.....	15
2.2.1.5 Vitamíny.....	16
2.2.1.6 Minerální látky.....	18
2.2.1.7 Voda.....	20
2.2.1.8 Doporučení a zásady správné výživy.....	21
2.2.2 <i>Pohybová aktivita</i>	23
2.2.2.1 Zásady pohybové aktivity.....	25
2.2.3 <i>Spánek a odpočinek</i>	26
2.2.3.1 Spánek.....	26
2.2.3.2 Odpočinek.....	28
2.3 TABAKISMUS.....	29
2.3.1 <i>Vznik závislosti na nikotinu</i>	29
2.3.2 <i>Rizikové faktory vzniku závislosti</i>	31
2.3.3 <i>Prevence kouření ve škole</i>	33
2.3.4 <i>Zdravotní rizika a nemoci způsobené kouřením</i>	37
2.4 VYMEZENÍ ADOLESCENCE.....	38
2.5 SOUČASNÉ VÝZKUMNÉ POZNATKY TABAKISMU A ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU.....	40
3 METODIKA PRÁCE	45
3.1 PŘEDVÝZKUM DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	45
3.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU.....	46

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	48
4.1 PITNÝ REŽIM A STRAVOVÁNÍ.....	48
4.2 VOLNÝ ČAS A POHYBOVÁ AKTIVITA.....	54
4.3 KOUŘENÍ A ZNALOSTI RIZIK Z NĚHO VYPLÝVAJÍCÍCH.....	56
4.4 SPÁNKOVÝ REŽIM	65
5 DISKUZE	68
ZÁVĚR	72
SOUHRN	76
SUMMARY	76
REFERENČNÍ SEZNAM.....	77
SEZNAM ZKRATEK	81
SEZNAM OBRÁZKŮ	82
SEZNAM TABULEK.....	82
SEZNAM GRAFŮ	82
SEZNAM PŘÍLOH.....	84
ANOTACE	

ÚVOD

Zdravý životní styl je v dnešní, troufám si říci mediálně řízené době, velmi diskutované téma. Všichni bychom chtěli žít zdravěji, uvědomujeme si však dostatečně, co všechno zdravý způsob života obnáší?

Životní styl si v průběhu života volí každý sám. V útlém dětství získáváme jistý vzor životního stylu od svých rodin. Ať už se tento vzorec chování týká stravovacích návyků, sportovních aktivit či postoji k návykovým látkám. S rostoucím věkem se nám však rozšiřují obzory, kromě rodičů na nás působí kamarádi, prostředí, ve kterém žijeme a ve velké míře také média. Postupem času si svůj způsob života a jeho prožívání volíme sami.

V dnešní době je publikováno mnoho rad a zaručených způsobů jak zhubnout během jednoho měsíce osm kilo, ale spousta lidí si neuvědomuje, že to tak není správné. Zdravá strava samozřejmě souvisí se zdravým životním stylem, ale nejen ta. Musíme si uvědomit, že pouze jíst zdravě, neznamená být zdravý. Naše tělo potřebuje také pohyb, spánek a blahodárny odpočinek. K faktorům ovlivňujícím životní styl patří také negativní vlivy jako je kouření, užívání alkoholu a jiných návykových látek. Pro udržení pevného zdraví je lepší se těmto návykům vyvarovat. Pokud dokážeme správně nastavit všechny tyto aspekty životního stylu, můžeme tím ve velké míře přispět svému zdraví. Také Kastnerová (2012) uvádí, že námi zvolený životní styl je determinanta, která naše zdraví ovlivňuje nejvíce. Nelze sice říci, že kdo bude žít zdravě, nebude nikdy nemocný, ale zdravý způsob života nám do velké míry přinese snížení rizika vzniku některých, zejména tzv. „civilizačních“ onemocnění.

Tato diplomová práce je zaměřena na zásady, které podporují zdravý životní styl a tabakismus, který naopak tento styl života velkou mírou ohrožuje. První část práce je věnována výživě, pohybové aktivitě, spánku a odpočinku. Druhá část práce popisuje problematiku kouření. Výzkumná část je zaměřena na studenty střední školy, tedy adolescenty, dle mého názoru nejvíce ohroženou skupinu lidí, která nejčastěji podléhá návyku kouření.

Cílem práce je zjistit, zda studenti vybrané školy znají a dodržují zásady zdravého životního stylu. Dále se práce zabývá problémem užívání tabáku u studentů, jakožto faktoru, který jejich zdravý životní styl ohrožuje. Sběr dat byl proveden dotazníkovým šetřením.

1 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem práce je zjistit znalosti a povědomí o vybraných zásadách zdravého životního stylu studentů oboru zdravotnický asistent a sociální činnost na střední odborné škole pomocí dotazníkového šetření.

1.1 Dílčí cíle práce

Pro splnění hlavního cíle práce byly vybrány dílčí cíle, které blíže specifikují záměr výzkumného šetření.

- 1) Zjistit, zda žáci znají zásad zdravého životního stylu podléhají návyku kouření.
- 2) Zjistit, zda studenti dodržují pitný režim a pravidelné stravování.
- 3) Pomocí dotazníkového šetření předloženého studentům vybraných oborů na dané škole určit, co studenty vede k užívání tabáků.
- 4) Zjistit, zda kouření rodinných příslušníků má vliv na kouření dotazovaných adolescentů.
- 5) Prozkoumat znalosti studentů o nemocech a zdravotních rizicích způsobených kouřením.
- 6) Zjistit, zda jsou studenti během výuky seznamováni s problematikou kouření, či se v rámci školy zúčastňují nějakého preventivního programu zaměřeného proti kouření.

Výzkumné předpoklady:

- 1) Většina dotázaných studentů vypije během dne 2 l tekutin a stravuje se 5 x denně.
- 2) Z největší části vede studenty ke kouření to, že kouří jejich kamarád/ka či přítel/kyně.
- 3) Minimálně 20 % dotazovaných kouřících adolescentů bude mít rodiče kuřáky.
- 4) Zdravotních rizik způsobených kouřením si je vědomo 80 % respondentů.
- 5) Předpokládáme, že jsou studenti v rámci běžné výuky ze 70 % seznamováni s problematikou kouření, ale nejsou si vědomi zúčastnění v konkrétním preventivním programu zaměřeném proti kouření.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

Kapitola teoretické poznatky seznámí čtenáře s jednotlivými složkami zdravého životního stylu, a to výživou, pitným režimem, pohybovou aktivitou, spánkem a odpočinkem. Dále čtenáře seznámí s problematikou tabakismu, vznikem závislosti na tabáku, důležitostí prevence a některými nemocemi vyplývajícími z užívání tabáku. Nakonec budou v této kapitole uvedeny současné výzkumné poznatky, zabývající se těmito jevy.

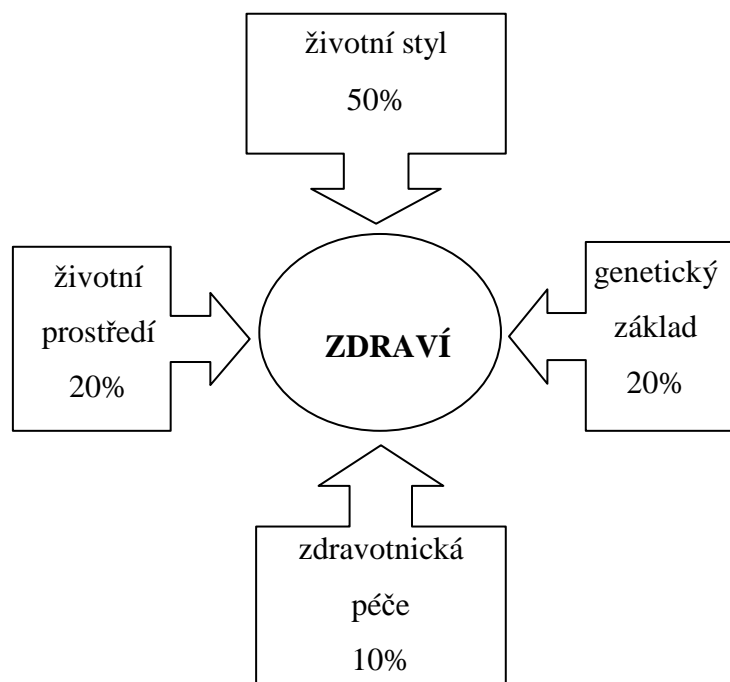
2.1 Zdraví a zdravý životní styl

Abychom mohli definovat zdravý životní styl, je důležité definovat pojem zdraví. Podle Světové zdravotnické organizace je zdraví: *„stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci či vady“*.

Definice Světové zdravotnické organizace však není jediná. V literatuře se můžeme setkat s různými definicemi. Například pro Čevelu, Čeledovou a Dolanského (2009, s. 12) je zdraví: *„optimální stav tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopnosti organismu přizpůsobovat se měnícím se podmínkám prostředí“*.

Zdraví považujeme za jednu z hlavních a nejdůležitějších hodnot našeho života. Lidé si přejí zdraví k narozeninám, do nového roku, apod. To je ukazatelem toho, že zdraví je pro nás velmi významné.

Zdraví člověka je ovlivňováno různě působícími faktory. Tyto faktory se nazývají determinanty. Životní styl je právě jedním z determinantů ovlivňujících naše zdraví.



Obrázek 1. Vztahy mezi zdravím a zdravotními faktory (Machová, 2009; Čevela, Čeladová, Dolanský 2009).

Z uvedeného obrázku je patrné, že životní styl ovlivňuje naše zdraví nejvíce a také my sami ho dokážeme nejvíce ovlivnit, na rozdíl od ostatních faktorů, jako je například naše genetická výbava.

Zdravý životní styl můžeme podporovat několika zásadami, které pozitivně ovlivňují naše zdraví. Do těchto zásad zdravého životního stylu řadíme:

1. zdravou stravu a pravidelný pitný režim,
2. pohybovou aktivitu,
3. spánek a odpočinek,
4. vyhýbání se návykovým látkám (kouření, drogy, alkohol).

V současné době dochází ke zhoršování zdraví životním prostředím, nevhodným chováním, užíváním návykových látek. Je tedy velmi důležité naše zdraví chránit a snažit se ho posilovat. Zdravotní stav tedy do jisté míry závisí na tom, jak člověk žije a jak se chová ke svému vlastnímu zdraví. Tohle cílevědomé chování můžeme nazvat zdravým životním stylem. (Marádová, 2003).

Životní styl si každý jedinec volí sám ze svého svobodného rozhodnutí. To znamená, že výběr našeho životního stylu je zcela dobrovolný. Můžeme si vybírat

ze správných způsobů života, které naše zdraví podporují nebo naopak z těch, které naše zdraví negativně ovlivňují.

Machová (2009) definuje životní styl jako vybrané formy chování, které jsou založené na našem osobitém výběru z různých možností. Životní styl je tedy dobrovolné chování v životních možnostech. Ne vždy je však toto jednání svobodné. Rozhodování do velké míry závisí na rodinných zvyklostech, tradicích, ekonomické situaci a sociálním postavení. Ve velké míře je rozhodování o životním stylu také ovlivňováno věkem, pohlavím, vzděláním, zaměstnáním, příjmem, hodnotovou orientací, individuálními postoji a hodnotami každého člověka.

Mimo tyto faktory ovlivňující životní styl, Hřivnová a kol. (2010) uvádí také působení dnešní konzumní společnosti a médií, jejichž prostřednictvím jsme dennodenně ovlivňováni.

Kapitoly práce budou o těchto zásadách pojednávat podrobněji. Již na začátku je však důležité zdůraznit, že všechny zásady zdravého životního stylu se vzájemně ovlivňují a nelze se domnívat, že při dodržování zásady jedné a porušování druhých, můžeme dosáhnout optimálního zdraví. U praktického příkladu to znamená, že pokud budeme jíst pouze zdravě, nebude to mít na náš organismus takový účinek, jako když ke zdravé stravě přidáme také přiměřený pohyb a odpočinek.

2.2 Zásady zdravého životního stylu

V minulé kapitole bylo uvedeno, že zdravý životní styl je forma chování a výběru z možností, které si jedinec může dobrovolně zvolit. Tyto vybrané možnosti chování můžeme jinak nazvat zásady. Zásady zdravého životního stylu jsou v dnešní době velmi medializované a nejvíce se věnují především zdravé výživě. V časopisech a televizi se setkáváme s mnoha doporučeními, jak zdravě jíst a hubnout. Důležité je však nejen zdravě jíst, ale také své tělo vystavit přiměřené zátěži, odpočinku a především se vyvarovat užívání návykových látek. V této kapitole se budeme věnovat vybraným zásadám zdravého životního stylu, které přispívají k udržení zdraví a pohody člověka.

2.2.1 Zdravá výživa

Už od útlého dětství se učíme, že výživa je pro náš život velmi důležitá. Způsob, kterým se stravujeme, je významným ukazatelem našeho životního stylu. Pokud si vážíme svého zdraví a chceme si ho udržet, měli bychom se snažit držet zásad zdravé výživy (Marádová, 2003).

Pro správnou činnost organismu je důležitá potrava, která zajišťuje energii. Výsledná energie přispívá k vykonávání základních životních funkcí (dýchání, srdeční činnost), ale také k fyzické a psychické práci. Výživa je základem pro správný růst a vývoj organismu, především u dětí a mládeže. Tyto činnosti zajišťují živiny, které je nutné přijímat potravou. Živiny můžeme rozdělit jako hlavní a vedlejší. Mezi hlavní živiny řadíme bílkoviny, tuky a cukry, které poskytují organismu nezbytnou energii pro jeho fungování. Jako vedlejší živiny jsou označovány ty, které si tělo neumí samo vyrobit, proto musí být přijímány potravou. K vedlejším živinám patří minerální látky, stopové prvky, vitamíny a voda (Hřivnová a kol., 2012).

Podle Fostera (1993) nemůžeme potravu, tedy jídlo, brát pouze jako biologickou potřebu našeho přežití, ale musíme si uvědomit, že jídlo je něco, co nám může přinášet potěšení. Jídlo bychom měli považovat za radost našeho života a být vděční za jeho přítomnost. Je důležité si na jídlo udělat dostatek času a vytvořit z něj příležitostně společenskou záležitost, při které se setkáme s rodinou či přáteli.

Co se týče přijímání potravin, tak i v tomto případě je velmi důležitý rodičovský vzor. Dítě se stravovací návyky učí od rodičů. Naučí se jíst potraviny, které jí rodiče a podle nich se řídí také časovým harmonogramem konzumace jídla v průběhu dne. Kromě rodičovského vzoru, je pro přijímání návyků důležitá kultura, ve které vyrůstáme. Odlišně se stravují lidé v České republice a například v arabských zemích (Foster, 1993).

V této kapitole blíže specifikujeme jednotlivé živiny důležité pro náš organismus.

2.2.1.1 Bílkoviny

Bílkoviny (proteiny) jsou důležitou složkou naší potravy, protože tvoří základní stavební látku našeho organismu. Z bílkovin jsou tvořeny všechny tkáně (svaly, kosti, zuby atd.), dále jsou důležité pro transport látek v organismu či funkci hormonů. Základní stavební jednotkou bílkovin jsou aminokyseliny. Podle druhu, poměru a množství aminokyselin se bílkoviny rozdělují na esenciální a neesenciální (Chropová, 2010).

Esenciální aminokyseliny si organismus nedokáže vytvořit sám, proto je musíme přijímat potravou. Tyto aminokyseliny jsou obsaženy v potravinách živočišného původu, jako je mléko, maso, vejce.

Neesenciální aminokyseliny si organismus dokáže vytvořit sám, tudíž není nutný jejich příjem potravou. Do této skupiny řadíme potraviny, jako jsou luštěniny (čočka, fazole, hrách), obiloviny (pšenice, oves, pohanka, rýže, amarant, kukuřice), dále také ořechy a brambory (Machová, 2009).

Krom tohoto rozdělení se můžeme setkat i s jiným. Např. Koprda (2009) rozděluje bílkoviny na živočišné a rostlinné. Z hlediska správné výživy nedoporučuje pouze konzumaci rostlinných bílkovin. Uvádí, že rostlinné i živočišné bílkoviny by měly být v naší stravě zastoupeny ve vyváženém poměru 1:1.

Denní doporučená dávka bílkovin je závislá na věku, pohlaví, fyzické aktivitě. Dospělým lidem je doporučena dávka přibližně 0,8 g na 1 kg váhy jedince. U dětí může být dávka zvýšená až 1g na 1kg váhy. Příjem bílkovin by měl pokrývat asi 15–20 % energie. Z toho vyplývá, že bílkoviny pro nás nejsou důležitým zdrojem energie, ale jejich příjem je významný pro správný růst a vývoj organismu (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

2.2.1.2 Tuky

Tuky neboli lipidy jsou další nepostradatelnou složkou výživy. Tuky jsou součástí všech buněčných membrán organismu. Jsou uloženy jako zásobní látky organismu, které pro nás představují významný zdroj záložní energie, dále zajišťují nepostradatelnou termoregulaci, tvoří ochranu některých orgánů, například ledvin a umožňují činnost vitamínů rozpustných v tucích. Díky všem těmto funkcím je nutné tuky přijímat potravou. Nemůžeme se domnívat, že pokud chceme zdravě jíst, je nutné tuky vyškrtnout

z jídelníčku. Záleží pouze na našem výběru potravin, nejlépe však tak, abychom si volili tu zdravější variantu v nich obsažených tuků (Chrpová, 2010).

Potravou můžeme přijímat tuky živočišného a rostlinného původu. Tuký mají nejen svůj původ, ale také složení a na to v rámci zdravého stravování musíme přihlížet. Lipidy obsahují mastné kyseliny, které se dělí na několik druhů. Některé druhy jsou organismu prospěšné, jiné škodlivé, protože mohou způsobovat různá onemocnění, například aterosklerózu (Chrpová, 2010).

Rozdělení mastných kyselin podle Kleschta (2008); Inlandera a Kellyho (1999):

- **Nasycené mastné kyseliny** – nejvíce nezdravé a nebezpečné. Vznikají z tuků živočišného původu. Nacházejí se v mase, másle, vepřovém sádle, hovězím loji, kravském mléce. Při pokojové teplotě mají pevnou konzistenci. Jejich nebezpečí spočívá v tom, že zvyšují hladinu LDL (low density lipoprotein – dále jen LDL) „škodlivého“ cholesterolu v krvi. Vysoké hladiny celkového cholesterolu a LDL cholesterolu se podílejí na vzniku aterosklerózy, rakoviny tlustého střeva, konečníku atd. Potraviny se zdroji nasycených mastných kyselin bychom měli do našeho jídelníčku zařazovat v co nejmenším množství.
- **Mononenasycené mastné kyseliny** – jsou zdravější než nenasycené. Vznikají štěpením rostlinných tuků. Jsou obsaženy v olivovém, řepkovém, arašídovém a slunečnicovém oleji. Mají tekutou konzistenci. V působení na hladinu cholesterolu jsou neutrální. Spíše však LDL (škodlivý) cholesterol snižují, aniž by ovlivnily hladinu HDL (high density lipoprotein – dále jen HDL) „zdravého“ cholesterolu.
- **Polynenasycené mastné kyseliny** – velmi prospěšné. Jsou obsaženy v mořských rybách, v nejrůznějších semenech a oříšcích. Znamé jako Omega – 3 a Omega – 6 mastné kyseliny. Mají velmi pozitivní vliv na náš kardiovaskulární systém a snižují hladinu LDL cholesterolu v krvi. Jejich příjem je závislý na přijímání potravy. Organismus si je neumí vyrobit sám.
- **Transmastné kyseliny** – vznikají při ztužování tuků (výroba margarínu). Ztužováním se nenasycené tuky přemění na mastné kyseliny. Přeměněné tuky jsou škodlivé. Snižují HDL cholesterol a zvyšují LDL cholesterol. Tyto kyseliny se objevují ve smažených jídlech, cukroví, sušenkách, brambůrcích,

tedy potravinách chuťově velmi oblíbených. Tak jako u mastných kyselin zvyšují riziko tvorby kardiovaskulárních onemocnění.

Doporučenou denní dávku tuků Komprda (2009) uvádí méně než 80 g. Celkový denní příjem tuků by neměl přesáhnout 30 % celkové přijímané energie potravou. Z celkového příjmu by měly polovinu tvořit mononenasycené mastné kyseliny (rostlinné oleje, mléko a mléčné výrobky, drůbež), asi čtvrtinu polynenasycené mastné kyseliny (ryby) a méně než třetinu nasycené mastné kyseliny (maso a masné výrobky).

Doporučuje se omezit příjem živočišných tuků, dávat přednost spíše libovým masům před tučnými a do našeho jídelníčku zařadit více mořských ryb (Komprda, 2009).

2.2.1.3 Cukry

Cukry tvoří největší část přijímané energie potravou. Pro člověka jsou sacharidy nejdůležitějším zdrojem energie. Příjmem sacharidů je kryto až 70 % svalové práce (Marádová, 2003).

Rozdělení sacharidů (Pit'ha, Poledne, 2009):

- **Monosacharidy** – neboli jednoduché cukry, obsahují jednu cukernou jednotku. Hlavními zástupci jsou glukóza (hroznový cukr) a fruktóza (ovocný cukr). Zdrojem monosacharidů je uváděno ovoce, hrozny a med.
- **Oligosacharidy** – obsahují dvě až deset monosacharidů. Jejich zástupci jsou maltóza (zdroj ve sladu), sacharóza (zdroj v cukrové řepě a třtině) a laktóza (cukr mléčný). Do této skupiny jsou zařazeny také sacharidy obsažené v luštěninách. Zdroje oligosacharidů jsou cukrová řepa, mléko, slad, luštěniny, slazené nápoje a potravinářské výrobky obsahující cukr.
- **Polysacharidy** – skládají se z více než deseti monosacharidů. Mezi hlavní zástupce polysacharidů uvádí škrob, celulózu, pektin a inulin. Pektin a inulin se řadí mezi tzv. rozpustnou vlákninu. Polysacharidy jsou obsaženy v bramborách, obilovinách, luštěninách, ovoci a zelenině.

Sacharidy představují základní složku potravy. Pro organismus jsou důležité především jako zdroj energie. Jejich biologický význam je nepatrný. Pokud nedojde ke spálení energie získané ze sacharidů, ukládají se ve formě tuků. Nejvíce nebezpečný je příjem tzv. jednoduchých cukrů, tedy mono a disacharidů, z důvodu rizika vzniku různých onemocnění a zubního kazu. Spotřeba cukru se odhaduje přibližně

na 40 kg na osobu za rok. Tento vysoký příjem je způsobený tím, že zdánlivě tolik cukru nejíme, jelikož většinu této spotřeby tvoří tzv. skrytý cukr, který je obsažen ve slazených nealkoholických nápojích, sladkostech a polotovarech (Piřha, Poledne, 2009).

Doporučená denní dávka sacharidů by se měla pohybovat v rozmezí 100–300 g, přičemž minimální hranice činí 50 g a maximální 500 g na den. U nízkého příjmu sacharidů dochází k odbourávání tuků. Na tomto principu jsou postaveny některé redukční diety. Při velmi nízkém příjmu cukrů dochází k úbytku svalové hmoty, překyselení organismu a špatné psychické vyrovnanosti. V opačném případě, tedy při nadměrném užívání cukrů, dochází k ukládání nevyužité energie do tukových zásob, i když tuk přijímáme potravou v malém množství. Vysoký příjem cukrů a jeho nevyužití organismem může vést až ke vzniku cukrovky (Kunová, 2011).

2.2.1.4 Vlákna

Další důležitou, dříve však opomíjenou složkou stravy, je podle Chrpové (2010) vláknina. Do vlákniny řadí několik typů látek, které po chemické stránce patří k polysacharidům. Jsou to pektin, celulóza a hemicelulóza.

Vláknina má v našem organismu několik důležitých funkcí. Udržuje v dobré kondici trávicí trakt, urychluje průchod potravy trávicím ústrojím, působí proti tvorbě zubního kazu, snižuje riziko zácpy, podporuje příznivou střevní mikroflóru a brání poškození tenkého střeva. Významná je také schopnost vlákniny odvádět z těla škodliviny přijaté potravou a omezit tak jejich vstřebávání do krevního oběhu. Proto by se ve stravě na vlákninu nemělo zapomínat, protože je pro nás důležitým pomocníkem. Doporučená dávka vlákniny je 30–40 g na den, ale současná spotřeba vlákniny na osobu denně je asi poloviční (Kopec, 2010).

Zdroje vlákniny můžeme hledat v ovoci, zelenině a celozrnných obilovinách. Obsahuje-li naše strava vlákniny málo, projevuje se to tvrdou a suchou stolicí, která znesnadňuje vylučování a tlusté střevo je nuceno k velkému úsilí. Při vylučování se objevují potíže v podobě střevních vychlípenin, hemeroidů a zvyšuje se riziko rakoviny tlustého střeva (Roger, 1998).

2.2.1.5 Vitamíny

Vitamíny neboli mikroživiny se nacházejí v rostlinné a živočišné stravě pouze v malém množství a na rozdíl od základních živin (bílkovin, tuků a cukrů) je naše tělo potřebuje v mnohem menší dávce. Organismus si je však v naprosté většině nedokáže sám vyrobit (výjimku tvoří vitamin D a K). Funkce vitamínů se vzájemně doplňují a přispívají k udržení zdraví. Vitamíny jsou důležitou složkou enzymů, které jsou organickými katalyzátory, bez kterých by nebyla možnost biologických procesů. Z toho vyplývá, že bez enzymů a vitamínů si život nelze představit, jelikož podporují metabolický proces, pomáhají přeměnit potravu na energii a regulují biologické funkce. Tvoří krev, kosti, kůži, pomáhají tělu odbourávat toxiny a uvolňují energii. Díky jejich účinku jsme schopni rozmnožování a mají zásluhu na prodlužování našeho života (Piřha, Poledne, 2009; Sharon, 1994).

Čermák (2002) upozorňuje, že čím větší je výdej energie, například u sportovců, tím větší musí být příjem vitamínů, ale také minerálů a stopových prvků. Z dnešních výzkumů však vyplývá, že jsou lidé přesyceni energií, ale přísun vitamínů a stopových prvků je nízký. Důvodem je větší přítomnost potravin bohatých na energii, především ve formě tuků, než potravin s kvalitními živinami. Kvalitní a hodnotný příjem všech potřebných živin zajistíme pestrým jídelníčkem, při kterém nemůže dojít k tzv. předávkování některé ze složek potravy a není potřeba užívat žádné doplňky stravy.

Dělení vitamínů

Vitamíny je možné rozdělit do dvou skupin podle jejich rozpustnosti na:

1. vitamíny rozpustné v tucích – A, D, E, K
2. vitamíny rozpustné ve vodě – B – komplex (B₁, B₂, B₆, B₁₂), vitamin C

ad. 1. Vitamíny rozpustné v tucích může tělo získat z trávicího ústrojí jedině tehdy, jsou-li v potravě obsaženy tuky a organismus je umí vstřebat. Jelikož neexistuje jiný způsob vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích, může dojít v případě nedostatků tuků v potravě k chorobnému stavu, který je způsoben právě nedostatkem vitamínu této skupiny. Vitamíny rozpustné v tucích jsou skladovány v játrech. Jejich vylučování z těla je složitější, proto může dojít k předávkování (Čermák, 2002).

Do skupiny vitamínu rozpustných v tucích řadíme:

Vitamín A – podporuje zrak, růst a činnost pohlavního ústrojí. Zdroje vitamínu A jsou rybí tuk, játra, vaječný žloutek, mrkev, mléko. V případě nedostatku se může objevit šeroslepost, úbytek na váze, olupování kůže. Doporučuje se asi 1 mg na den.

Vitamín D – napomáhá tvorbě kostí a chrupavek. Nedostatek způsobuje křivici, řídnutí kostí a kazivost zubů. Zdroji jsou jaterní tuk, vaječný žloutek, mléko, mléčné produkty a ryby. Doporučení dospělým 0,01 mg/den.

Vitamín E – má protizánětlivý účtenek, pomáhá proti únavě, zpomaluje proces stárnutí, chrání proti poruchám vidění. Nedostatek tohoto vitamínu je velmi řídký. Jako zdroje se uvádí kukuřičný olej, sójový olej, zelenina, především listová, mandle, vejce a játra. Doporučené množství se pohybuje mezi 12–15 mg na den.

Vitamín K – působí proti krevním sraženinám a zabraňuje vnitřnímu krvácení. Jeho nedostatek se může projevit srážlivostí krve. Vitamín K najdeme ve špenátu, kávě, jogurtech, vejcích a játrech. Doporučená denní dávka je 0,001 mg na 1 kg tělesné hmotnosti člověka (Roschinsky, 2006).

Ad. 2. Vitamíny rozpustné ve vodě jsou vylučovány močí nebo potem, proto málokdy hrozí k jejich předávkování. Pokud k tomu však dojde, mohou se objevit zdravotní problémy. Spíše se můžeme setkat s jejich nedostatkem, jelikož je organismus nedokáže dobře skladovat (Čermák, 2002; Blahušová, 2009).

Do vitamínu rozpustných ve vodě řadíme:

B – komplex – ovlivňují činnost jater, očí, mají vliv na kůži a vlasy, blahodárně působí na nervový systém, pomáhají při špatném trávení či nechutenství. Důležité je přijímat vitamíny B jako celek, jelikož je jejich působení vzájemně propojeno. Jako zdroje se uvádí vnitřnosti, především játra, pivovarské kvasnice, pšeničné klíčky, vláknina z obalu rýžového zrna. Typickými příznaky nedostatku se projevují slabostí, nervozitou, vypadáváním vlasů, vysokou hladinou cholesterolu, nechutenstvím, kožními problémy apod.

Vitamín C – známý také jako kyselina askorbová. Vitamín C ovlivňuje několik živin. Například zvyšuje schopnost absorbování vápníku a železa, pomáhá vylučovat jedovatou měď, olovo a rtuť, pomáhá snižovat hladinu cholesterolu, podporuje tvorbu kolagenu – oddaluje tvorbu vrásek, zvyšuje imunitu a odolnost proti infekcím, zrychluje hojení ran.

Nedostatek se projevuje kurdějemi, krvácením dásní, vypadáváním zubů, náchylností k nemocem, snižuje se chuť k jídlu, mohou se objevovat deprese a hysterie. Zdroje vitamínu C jsou ovoce a ovocné šťávy, paprika, brokolice, rajčata, zelí, zelená listová zelenina, melouny a brambory (Sharon, 1994).

2.2.1.6 Minerální látky

Minerální látky jsou anorganické látky, které organismu pomáhají plnit mnoho důležitých funkcí. Podílejí se například na výstavbě kostí, udržování nervosvalové dráždivosti, tvorbě krevních destiček, srážlivosti krve, růstu zubů, silného svalstva, podporují růst pevných nehtů a lesklých vlasů. Tělo si minerální látky neumí samo vyrobit, proto je jejich příjem nutný potravou. Pokud tělo nemá příjem minerálů, nemůže využívat ani vitamíny. Minerální látky se podle množství potřebného pro lidský organizmus dělí na makroelementy, mikroelementy a stopové prvky. Mezi nejdůležitější minerální látky pro náš organizmus řadíme vápník, sodík, hořčík, fosfor, draslík, železo, měď a jód (Mandelová, Hrnčířiková, 2007; Sullivanová, 1998; Soukupová, Vaníčková, 2008).

Vápník (Ca) – je důležitou stavební složkou zubů a kostí. Mezi jeho funkce řadíme snižování krevního tlaku, pomáhá snižovat riziko řídnutí kostí, ovlivňuje srážlivost krve a významně působí také na nervovou a svalovou činnost. Zdroje vápníku najdeme v mléce a mléčných výrobcích, brokolici, obilovinách a luštěninách. Nedostatek vápníků se může projevit křivicí, řídnutím kostí, kazivostí a lámavostí zubů a křečemi.

Sodík (Na) – jeho význam spočívá především v udržování osmotického tlaku a vodní rovnováhy v tkáních. Zdrojem sodíku je kuchyňská sůl, sýry, uzeniny. Jako projev nedostatku sodíku se uvádí dehydratace, pokles krevního tlaku a křeče.

Hořčík (Mg) – projevuje se doplňkovou činností při stavbě kostí a tvorbě enzymů. Je důležitý pro činnost srdce a krevního oběhu, uvolňuje svalové napětí a umožňuje nervosvalový přenos. Nedostatek se projevuje zpomaleným růstem, vypadáváním vlasů, svalovými křečemi, únavou a celkovou slabostí. Nachází se v listové zelenině, luštěninách, ořechách a semenech (Kopec, 2010; Mandelová, Hrnčířiková, 2007).

Fosfor (P) – minerál nezbytný pro strukturu a funkci organismu. Pomáhá při procesu mineralizace a tvorbě kostí, přeměňování cukru na energii a podílí se na tvorbě Deoxyribonukleové kyseliny (DNA) a Ribonukleové kyseliny (RNA). Produkty kvasnic,

obilné klíčky tvrdé sýry, ořechy, obilniny a vejce se řadí mezi zdroje fosforu. Při nízkém příjmu fosforu potravou se může objevit celková slabost, bolesti kostí a kloubů.

Draslík (K) – působí společně se sodíkem a hraje významnou roli při vedení nervových vzruchů, tvorbě energie a je důležitý při svalových stazích. Významným zdrojem draslíku je banán a další ovoce a zelenina. Dále je obsažen v mléčných výrobcích, obilovinách, luštěninách a bramborech. Ke ztrátám draslíku může docházet při nadměrném pocení, průjmu či užívání močopudných léků. Deficit se projevuje zvracením, svalovou slabostí a bolestí, nevolností a nízkým krevním tlakem.

Železo (Fe) – v našem těle je přítomno v hemoglobinu (barvivo v červených krvinkách). Je významným přenašečem kyslíku. Mezi jeho další důležité funkce patří zvyšování tělesného výkonu, působení proti nádorům, zvyšování energie. Železo v potravě nacházíme v mořských koryšících, kvasnicích, vnitřnostech, v sušeném ovoci a obilovinách. Nedostatek železa se projevuje chudokrevností, bledostí, celkovou únavou, nespavostí, bušením srdce a dušností (Sullivanová, 1998).

Měď (Cu) – potřebná k vstřebávání a využití železa. Měď je potřebná ke tvorbě kolagenu a bílkovin a je součástí mnoha enzymů. Je nezbytný prvek výživy, ale pouze v malých dávkách. Přebytek mědi v těle může mít špatné následky, jako je hypertenze, infarkty, deprese. Tímto přebytkem jsou nejvíce ohroženi lidé pijící vodu z měděných trubek, kuřáci, obyvatelé měst znečištěných výfukovými plyny a také ženy, užívající hormonální antikoncepci. Nedostatek se naopak projevuje únavou, ztrátou pigmentu a chudokrevností. Luštěniny, švestky, játra, maso a mořské plody se uvádí, jako možné zdroje mědi.

Jód (I) – je koncentrován ve štítné žláze. Jód zrychluje metabolismus, pomáhá tělu spalovat nadbytečný tuk, spaluje cholesterol, zlepšuje kvalitu nehtů, vlasů, kůže a zubů, podporuje tělesný růst. Nedostatek jódu se projevuje otokem štítné žlázy a její sníženou činností, což se projevuje únavou, suchou kůží, zimomřivostí, nadváhou, zrychleným pulsem, bušením srdce, nervozitou a zvětšením štítné žlázy. Mezi přírodní zdroje patří – mořské řasy a mořské plody, cibule a jodizovaná sůl (Sharon, 1994).

Všechny vitamíny a minerální látky se nacházejí v potravě. Pro jejich vyvážený příjem je však nutné mít pestrý jídelníček. Pokud toho neumíme nebo nechceme dosáhnout, můžeme tyto látky do organismu přijímat pomocí potravních doplňků ve formě tablet, kapslí apod.

2.2.1.7 Voda

Voda je základní a nejdůležitější živinou lidského organismu. Umožňuje růst a vývoj organismu a podporuje jeho zdraví. Je to živina, zodpovídající za všechny energetické procesy v našem těle, i když sama energii nedodává. Podporuje funkci vitamínů, minerálů, aminokyselin, glukózy, umožňuje vstřebání základních živin, jejich transport a využití. Kromě toho voda pomáhá tělu s odplavováním odpadních produktů metabolismu, udržuje stálost vnitřního prostředí a působí jako chladicí kapalina při fyzické zátěži. Tělo dospělého člověka je z 60–70 % tvořeno vodou (Kleiner, 2010).

Lidský organizmus je tvořen z velké části vodou. Proto je pro nás voda, nezbytná k životu. Neustále se řeší, kolik vody má člověk vypít, jestli je lepší voda z kohoutku či balená, zda je dobré pít ovocné šťávy apod. Kapitola přiblíží důležitost pitného režimu a rizika spojené s malým či nadbytečným užíváním vody.

Doporučené množství tekutin

Správný pitný režim je důležitý zejména pro doplňování tekutin, které naše tělo během dne fyziologicky ztrácí – močí, stolicí, pocením. Je nutné dodržovat rovnováhu mezi výdejem a příjmem, který by měl být plynulý v průběhu celého dne (Kunová, 2004).

V dnešní době se doporučuje za 24 hodin vypít přibližně 2,5 l vody. Nepočítá se však s okolnostmi, jakými jsou věk, pohlaví, fyzická aktivita, teplotní a vlhkostní podmínky (Rořt, 2005).

Nemůžeme však spoléhat na doporučení a za každých okolností vypít požadované množství vody. Ideální příjem tekutin si musí stanovit každý sám. Pokud budeme vykonávat těžkou fyzickou práci, v horkém a vlhkém prostředí, musíme příjem tekutin zvýšit. Naopak, jestliže nebudeme zatíženi jakýmkoli pohybem a budeme vystavení optimální teplotě, není třeba vypít více jak 2,5 l za den. Nesmíme také zapomenout na příjem vody potravou. Pokud během dne máme v jídelníčku zařazený dostatek zeleniny a ovoce, můžeme příjem vody v podobě tekutin snížit (Fořt, 2007).

Problémy způsobené sníženým či nadměrným příjmem tekutin

Jak již bylo uvedeno, příjem tekutin by měl být úměrný jeho výdeji. Někdy ovšem dochází k tomu, že pijeme více než je potřeba, nebo naopak nepijeme tolik, kolik si naše tělo žádá. Stav kdy naše tělo přijímá méně tekutin, než potřebuje, se nazývá dehydratace.

Opačnému stavu, kdy tělo dostává na vzdor jeho potřebě tekutin více, říkáme hyperhydratace.

Dehydratace – je stav, při kterém dochází k úbytku tekutin v lidském organismu. Stává se tak při vysokých teplotních podmínkách zevního prostředí a při velkém energetickém výdeji bez přiměřeného příjmu tekutin. Může nastat také jako projev některých onemocnění. Objevuje se při horečkách, průjmeh, zvracení, rozsáhlých popáleninách. Způsobuje ji také užívání močopudných tablet. Mezi projevy dehydratace řadíme žízeň, vysušenou sliznici, psychický neklid, halucinace, snížené napětí kůže, zvýšenou teplotu. Při vysoké dehydrataci dochází k poruchám vědomí, křečím, zrychlené srdeční činnosti, snížení krevního tlaku, může vést až k rozvoji šoku (Martiník, 2005).

Hyperhydratace – neboli převodnění, znamená zvýšený příjem tekutin, které tělo není schopné vyloučit. K tomuto stavu může dojít při vypití více než 7 litrů vody v krátkém časovém období. Mezi projevy hyperhydratace patří zvýšená vláčnost kůže, snížení hustoty krve, přibytěk hmotnosti, díky zadržování vody v těle a otoky (Martiník, 2005; Fořt, 2007).

2.2.1.8 Doporučení a zásady správné výživy

Pokud si chce člověk udržet optimální zdraví, snaží se do svého jídelníčku zařadit zdravou stravu. To ovšem není vše. V případě, že se snažíme o zdravé stravování, měli bychom vědět, že existují jistá doporučení a zásady, které nám v sestavě zdravého jídelníčku mohou pomoci.

V této kapitole budou uvedena doporučení pro výživu obyvatel České republiky vydané Společností pro výživu v roce 2007.

Společnost pro výživu uvádí tyto doporučení:

- upravit příjem celkové přijímané energie potravou v souvislosti s pohybem jedince tak, aby byl příjem energie a výdej vyrovnán pohybem,
- pokud jedinec nemá vyšší energetický výdej, měl by se snažit snížit příjem tuků tak, aby nepřekročil hranici 30 % v celkovém energetickém příjmu,
- snížit potřebu jednoduchých cukrů (monosacharidů) na maximální hranici 10 % celkového energetického příjmu potravou,
- preferovat v jídelníčku sůl obohacenou jódem, oproti užívání obyčejné kuchyňské soli, příjem kuchyňské soli by se měl pohybovat mezi 5–6 g na den,

- snažit se o zvýšení příjmu vitamínu C tím, že do jídelníčku zařadíme více potravin na tento vitamín bohatých,
- pokusit se zvýšit příjem vlákniny alespoň na hodnotu 30 g za den, jelikož má na náš organizmus velice pozitivní vliv, jak bylo uvedeno v kapitole o zdravé výživě,
- preferovat rostlinné tuky nad živočišnými, zejména pak olivový a řepkový olej, naopak významně snížit příjem potravy obsahující kokosový tuk a palmový olej,
- zařadit do našeho jídelníčku více ovoce, zeleniny a ořechů, vzhledem k jejich bohatosti na ochranné látky a vlákninu, denní příjem zeleniny a ovoce by se měl pohybovat alespoň na hranici 600 g a v poměru zeleniny a ovoce asi 2 : 1.
- pokusit se o zvýšení spotřeby ryb a rybích výrobků, především mořských,
- zvýšit spotřebu luštěnin, jakožto zdroje kvalitních rostlinných bílkovin s nízkým obsahem tuku a naopak vysokým obsahem ochranných látek,
- zajistit správný pitný režim, to znamená alespoň 1,5–2 l tekutin denně, přednost dáváme čisté vodě nebo nápojům bez obsahu cukru, nejlépe s přírodní ovocnou složkou,
- dávat si pozor na konzumaci alkoholických nápojů, denně bychom neměli překročit hranici 0,5 l piva a 300 ml vína,
- pokusit se dodržovat pravidelný stravovací režim, kdy je důležité jíst tři hlavní jídla denně – snídani, oběd a večeři, a také nesmíme zapomínat na dopolední a odpolední svačinu. Důležité je mezi jídly dodržovat rozestup minimálně tři hodin,
- strava zařazovaná do našeho jídelníčku by měla být dostatečně pestrá a samozřejmě přiměřená věku, pohlaví a především zdravotnímu stavu (<http://www.vyzivaspol.cz/rubrika-dokumenty/konecne-zneni-vyzivovych-doporuceni.html>).

Krom uvedených doporučení zdravého stravování existují také jisté zásady.

Například Roger (1998) uvádí tyto zásady správné výživy:

Zásada kvantity

Tato zásada upozorňuje na množství stravy, které denně sníme. Přijatá potrava by totiž měla dostatečně pokrývat potřeby organismu. Pokud tuto zásadu budeme dodržovat, projeví se to na růstu, reprodukci, pracovním výkonu, duševní aktivitě a udržení tělesné hmotnosti.

Zásada kvality

Upozorňuje na to, že výživa musí být kompletní a rozmanitá, aby byla schopná poskytnout organismu všechny potřebné látky. Náš jídelníček by měl obsahovat všechny živiny – cukry, tuky, bílkoviny, vlákninu, vitamíny, minerály a samozřejmě vodu.

Zásada vyváženosti

Znamená vyvážený příjem živin, které organismu poskytují energii (cukry, tuky, bílkoviny). Tyto potraviny by v našem jídelníčku měly být zastoupeny ve správném poměru.

Zásada přiměřenosti

Množství, příprava a kvalita přijímaných potravin musí být přizpůsobená naší hmotnosti, věku, zdravotnímu stavu, druhu práce či činnosti, kterou pravidelně vykonáváme.

2.2.2 Pohybová aktivita

Pohyb je přirozená součást lidského života. Každý den vykonáváme nějaký pohyb, například chůzi. Do zdravého životního stylu se však nepočítá jen přirozený pohyb vykonávaný dennodenně. Chceme-li si udržet optimální zdraví, musíme do běžného pohybu zařadit také sportovní aktivitu, která blahodárně působí na náš organizmus.

Jelikož je naše tělo tvořeno pohybovým aparátem, který má schopnost regulovat tělesný pohyb, jsme přizpůsobeni k vykonávání větší fyzické aktivity. V dnešní době máme na výběr z velkého množství pohybových aktivit. Od jednoduchých cvičení, po moderní sporty, které k vykonávání potřebují určité prostředí a vybavení. Ať už si zvolíme jakoukoli aktivitu, základem každého cvičení je vyváženě a pokud možno pravidelně zatěžovat celý pohybový aparát. Tohoto vyvážení se dá dosáhnout střídáním anaerobních a aerobních cvičení. Anaerobní pohyb představuje především silové sporty a posilování a je zaměřený především k formování postavy, tedy svalů. Na rozdíl aerobní pohyb, jakým je například běh, jízda na kole, bruslení, je zaměřený na dynamičnost, zvyšování srdeční frekvence a rytmu dýchání (Rollko, 2008).

Jak už z rozdělení pohybu na anaerobní a aerobní vyplývá, není sport jako sport. Konopka (2004) rozděluje sportovní odvětví na:
vytrvalostní sporty – dlouhé běžecké tratě, maratóny, chůze nad 20 km atd.,
vytrvalostní sporty s vysokými silovými nároky – cyklistika, horolezectví, plavání atd.,
bojové sporty – karate, box, judo atd.,

sportovní hry – fotbal, basketbal, volejbal, tenis atd.,
rychlostní sporty – běhy na krátkou vzdálenost (100 m), lyžování, aerobik atd.,
silové sporty – vzpírání, posilování ve fitness atd.,
neklasifikované sportovní disciplíny – motoristické sporty, jachting, golf, jezdeckví atd.

Jaké sportovní odvětví si vybereme, záleží pouze na nás a našich představách o pohybu. Inlander a Kelly (1999) však doporučují věnovat se sportovnímu pohybu alespoň třicet minut denně. Podle Kopeckého (2010) ale není nutné, aby daná pohybová aktivita trvala celých třicet minut. Je možné pohybové aktivity rozdělit a sečíst do tohoto časového úseku. To znamená, že můžeme například běhat třikrát denně po deseti minutách.

Pravidelný pohyb má blahodárný vliv na náš organizmus. Pokud se u cvičení zapotíte, pomůžete tělu vyloučit škodlivé odpadní látky. Pohyb také podporuje vznik nových kalaterálních cév, to znamená, že se krev dostane i do částí těla, kde byl krevní oběh minimální. Fyzická aktivita nám pomáhá zbavovat se únavy, snižuje nadváhu, stimuluje funkci vnitřních orgánů, pozitivně ovlivňuje krevní tlak a činnost srdce, odbourává stres, zvyšuje pružnost kloubů, svalů a cév, posiluje kosti a zmenšuje riziko zlomenin a poranění kloubů, má preventivní účinek proti bolesti zad, zvětšuje objemovou kapacitu plic a prohlubuje dýchání, posiluje imunitní systém, snižuje riziko nádorových onemocnění, oddaluje proces stárnutí, zklidňuje spánek a přináší pocit duševní pohody a uspokojení. Pravidelná pohybová aktivita také zvyšuje tělesnou zdatnost, to znamená, že se zvyšuje svalová síla a vytrvalost. Při dlouhodobém a pravidelném cvičení se dokonce může objevit návyk či jakási závislost na fyzickém pohybu a budeme se cítit lépe, když si zacvičíme, než když budete nečinně sedět či ležet (Haas, 2010; Hřivnová a kol., 2010).

Vztah k pohybové aktivitě nejvíce získáváme jako děti od rodičů. V první řadě jsou rodiče ti, kteří by na sebe měli vzít zodpovědnost v pohybové výchově svých dětí. Rodiče a celá rodina jsou odpovědní za vývoj dítěte. V rodině vznikají sociální, hygienické, ale také pro budoucí život velmi důležité pohybové návyky. Pokud bude mít dítě od mala pozitivní vztah k fyzické aktivitě, tak ani špatný tělocvikář dítě od sportu neodradí (Novotná, 2012). Rodiče by svému dítěti měli již od raného věku ukazovat krásu a účelnost sportu a naučit dítě brát pohyb například jako možnost relaxace a odreagování, ne pouze jako honbu za dokonalou postavou.

2.2.2.1 Zásady pohybové aktivity

Tak jako existují zásady zdravého stravování, můžeme nalézt také zásady či doporučení pohybové aktivity. Tyto zásady jsou stanoveny pro účelnost a správnost vykonávání pohybu. Například Klescht (2008) uvádí tyto zásady:

Zásada individuality

Znamená, že každý člověk je originál a proto i fyzická činnost působí na každého z nás jiným způsobem, v závislosti na genetické výbavě. Může se stát, že si zvolíme aktivitu, která pro nás díky genetickým dispozicím není vhodná a nevidíme na sobě takové výsledky jako u druhých. Nejlepší tedy je se o vhodném druhu naší fyzické aktivity poradit s odborníkem, který nám může pomoci najít takový sport, který nás bude bavit, a bude nám přinášet uspokojení z dosažených výsledků.

Zásada posloupnosti

Vychází z předpokladu, že pravidelným cvičením a postupným zvyšováním zátěže se zlepšuje fyzická zdatnost. To znamená, že je potřeba začít sportovat s malou frekvencí, nízkou intenzitou a krátkou dobou trvání a postupem času se snažit ve všech těchto bodech přidávat. To ovšem můžeme učinit až po té, co nám předchozí úroveň nedělá potíže. Nedodržení této zásady může končit bolestmi svalů, únavou a zbytečnými úrazy. V praktickém příkladě není možné, aby člověk, který celý rok nevykonával žádnou pravidelnou fyzickou aktivitu, uběhl ze dne na den 10 km.

Zásada přetížení

Pokud je již tělo připravené menšími dávkami zátěže, můžeme uplatnit zásadu přetížení. Podstata spočívá ve větším zatížení kardiovaskulárního, dýchacího a svalového systému. V případě správně zvoleného zatížení bychom druhý den neměli cítit žádné problémy. Až třetí den se ve svalech objeví pocit zvýšené síly. Tímto pocitem však nesmí být bolest. Pokud ji cítíme, došlo ke zvolení příliš vysoké zátěže nebo jsme po cvičení nedostatečně protáhli ztuhlé svaly.

Zásada průběžnosti

Chceme-li si udržet nabitou fyzickou zdatnost, musíme ji pravidelně procvičovat. Tato zásada tedy znamená pravidelné dodržování pohybové aktivity. Účinky a změny vyvolané fyzickou aktivitou se poměrně rychle ztrácejí, nejsou-li pravidelně udržovány. K tomuto úpadku dochází až přibližně po měsíční absenci cvičení.

2.2.3 Spánek a odpočinek

Kvalitní spánek a odpočinek patří k dalším důležitým aspektům zdraví, tak jako zdravá vyvážená strava a pohybová aktivita. Spánek s odpočinkem umožňují tělu regeneraci a nabytí nových sil do dalších činností či nového dne. Jeho důležitost nesmí být opomíjena a lidé by spánek a odpočinek neměli zanedbávat.

2.2.3.1 Spánek

„Spánek lze charakterizovat jako stav snížené mentální i pohybové aktivity, který slouží k obnově psychických i fyzických sil a svoji kvalitou citlivě reaguje na fyziologické i patologické změny v organismu“ (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004, s. 11).

Mlýnková (2010) charakterizuje spánek jako potřebu organismu, během které se dostáváme do změněného stavu vědomí. Spánek je aktivní děj, při kterém je snížena fyzická aktivita a snížena možnost odpovědi na vnější podněty. Opakem spánku je bdělost.

Fáze spánku

Spánek má několik fází a během noci se tyto fáze cyklicky opakují. Existují dva druhy spánku, které se v noci pravidelně střídají. Jeden se nazývá Non – REM (non rapid eye movement – dále jen Non - REM) a druhý je REM (rapid eye movement – dále jen REM).

Non – REM spánek není tak hluboký. Při probuzení v této fázi však člověk není úplně odpočatý. Cítí se ještě unavený a nevyspalý. Tento spánek má 4 stádia:

1. stadium – se vyznačuje usínáním. Zpomaluje se dýchání, tep, snižuje se vědomí, a oči se pohybují. V této fázi člověk vnímá okolní svět.
2. stadium – se projevuje lehkým spánkem. Dochází ke snížení svalového napětí, dechu, pulzu, víčka jsou uzavřena bez pohybů očí a mizí vědomí.
3. stadium – organismus se nachází v psychickém i motorickém klidu, snižuje se funkce orgánů, metabolismus. Dochází k naprostému svalovému uvolnění.
4. stadium – je hluboký spánek. Celý organismus je zpomalený a člověka v tomto stádiu lze těžko probudit. Dochází zde k celkové regeneraci fyzických sil organismu (Mlýnková, 2012).

REM spánek je hluboký a v tomto stádiu se objevují svalové záškuby, pohyby očí, zvyšuje se tep a zrychluje dech. V této fázi se objevují sny. Fáze je důležitá především pro obnovení psychických sil. Z REM fáze se probouzíme až poté, co jsme prošli jednotlivými stádii Non – REM spánku (Mlýnková, 2012).

Každý člověk má individuální potřebu spánku. Dospělý člověk spí denně v průměru 6–8 hodin. Některým lidem stačí spát pouze 4 hodiny a jiní potřebují minimálně 9–10 hodin spánku. Významnou roli v délce spánku hraje náš věk. Kojenec potřebuje více spánku než dospívající. Starší lidé zase nemají takovou potřebu spánku jako mladí lidé. Nezáleží pouze na délce spánku, ale také na jeho kvalitě. O tom, zda se dobře vyspíme a budeme se po probuzení cítit čilí, rozhoduje zastoupení hlubokého spánku a počet proběhlých spánkových cyklů. Při probuzení po ukončené REM fázi se cítíme odpočatí a nedělá nám problém vstát. V případě, že nás někdo nebo něco probudí dříve, může se stát, že se vzbudíme uprostřed cyklu. To nám činí značné potíže při vstávání, jelikož se cítíme nevyspalí (Praško, Espa – Červená, Závěšická, 2004).

Pokud máme spánku opravdu málo po delší dobu, ztrácíme schopnost úplné koncentrace a správného úsudku. Lidé dlouhodobě špatně spící jsou více ohroženi rizikem poranění při činnostech vyžadujících koncentraci. Může docházet k špatným rozhodnutím a chybám. Únava potom vede k podrážděnosti, depresi a stresu (Lavery, 1998).

Doporučení pro dobrý spánek:

- kvalitní lůžko, matrace a rošt,
- klidné prostředí bez rušivých vlivů (hlasitá hudba, hluk z ulice),
- tmavá místnost nebo místnost s možností zastříit okna proti světlu,
- vyvětraná, spíše chladnější místnost,
- v případě potřeby zvlhčený vzduch – umístit na topení mokrý ručník,
- večerní procházka a vlažná sprcha před spánkem,
- dostatek pohybové aktivity přes den,
- na večer konzumace spíše lehkých jídel v menších porcích, maximálně 2–3 hodiny před spaním,
- zakrýt ukazatele času, aby v noci nedocházelo ke sledování a zbytečnému stresování z blížící se hodiny vstávání,

- snaha o dodržování pravidelného rytmu usínání a vstávání,
- nepít kofeinové nápoje pozdě odpoledne,
- uvolnění relaxační hudbou před spánkem,
- postel slouží pouze ke spánku, nevykonávejte na ní činnosti během dne,
- nejít spát s pocitem na močení,
- jít spát pouze, když cítíme únavu, nenuťte se usnout (Bedrnová a kol. 1999; Palazzolo, 2007; Praško, Espa – Červená, Závěšická 2004).

2.2.3.2 Odpočinek

Tak jako je spánek důležitý pro načerpání a obnovení sil přes noc, je odpočinek důležitý pro dobití sil přes den. Člověk během dne vykonává spoustu aktivit. Práci nebo učení, úklid, cestování, zařizování apod. Všechny tyto aktivity mohou vést postupně k únavě, kterou je během dne potřeba zvládnout. Správně zvolený odpočinek nás této únavy může zbavit.

Mlýnková (2012) definuje odpočinek jako stav klidu, bez emočního stresu, kdy se uvolňuje napětí a případná úzkost. Ne vždy však odpočinek znamená nečinnost, tedy nic nedělání. Některé formy odpočinku mohou být pohybově aktivní a přesto uklidňující, např. rekreačně hraný sport, procházka v přírodě apod.

Pokud dlouhodobě vykonáváme nějakou činnost, objevuje se pocit únavy. Únava je jakýsi signál k tomu, že organismus má zhoršenou fyzickou i psychickou kondici a potřebuje odpočinek. Únava se projevuje zíváním, bolestí krční páteře, bolestí hlavy, ztrátou zájmu o vykonávanou činnost, podrážděností, roztržitostí atd. (Bedrnová a kol., 1999).

Každý člověk však únavu prožívá individuálně. Někoho postihne několikrát za den, někoho vůbec. Formu a dobu odpočinku si tedy musíme přizpůsobit sami sobě, jelikož každému z nás nemusí vyhovovat například rady uváděné v různých časopisech, jak si správně odpočinout.

Bedrnová a kol (1999) ale považuje za důležité, abychom si dopřáli odpočinek, jakmile pocítíme první známky únavy. Odpočívat by se mělo jinou činností, než tou, která je podobná našemu výkonu práce. Důležitost také přisuzují minimálně jednoročnímu dlouhodobému odpočinku ve formě dovolené.

2.3 Tabakismus

Tabakismus je závislost na tabáku, respektive na kouření cigaret. Závislost jako taková vzniká na chemické složce obsažené v cigaretách – nikotinu. Zdá-li se člověk na nikotinu opravdu závislý se pozná podle toho, kolik cigaret člověk za den vykouří a po jak dlouhé době po probuzení si zapaluje svou první cigaretu. O závislosti můžeme hovořit, vykouří-li jedinec denně více jak 15 cigaret a svou první si zapaluje nejpozději 60 minut po probuzení (Kalina a kol., 2003). V příloze 1. je uveden Fagerströmův test nikotinové závislosti pro dospělé, příloha 2. obsahuje Modifikovaný Fagerströmův test nikotinové závislosti pro adolescenty.

Kouření cigaret nejčastěji začíná již v dětském a dospívajícím věku, jako důsledek sociálních vlivů. Pro dětský a dospívající věk je typická imitace modelů a vzorů, kterými mohou být jejich vrstevníci (spolužáci, kamarádi), rodiče, učitelé nebo také starší sourozenci. Vznik kuřáctví u dítěte je až čtyřikrát vyšší, pokud pochází z rodiny, kde kouří oba rodiče. Dalším důležitým faktorem ovlivňujícím zahájení kouření u dětí je nabídnutí cigarety jejich nejlepším kamarádem, či přítelem a také nátlak celé skupiny (Kozák a kol., 1993).

Kozák a kol. (1993) zdůrazňuje také významnou úlohu učitelů, kteří mohou jako vzor žáků, přispět v boji proti kouření. Učitelé mohou své žáky pozitivně ovlivnit například ve výukových hodinách, které jsou zaměřené na tento jev.

2.3.1 Vznik závislosti na nikotinu

Kouření je naučené chování a závislost na kouření je vyvolána látkami obsaženými v cigaretě. Nejde tedy o zlovyk, jak se spousta lidí domnívá a jak se kouření obvykle prezentuje. Zpočátku se objevuje sociální závislost na kouření. Tato závislost vzniká převážně v období dětství a dospívání. Je spojená s ochutnáním cigarety ve formě například zapadnutí do sociální skupiny, či zalíbení se protějšku. Při prvních pokusech se objevuje pachut' v ústech, dávení, může se objevit až zvracení, kašel. Tyto první nepříjemné příznaky po čase zaniknout a jedinec začne po cigaretě toužit při opakujících se situacích. To znamená, že si jedinec zapálí cigaretu u kávy, v období stresu, po jídle nebo například při čekání na autobus. Cigareta se stává předmětem, na který vzniká závislost. V takovém případě se již jedná o psychickou závislost. Fyzická závislost

se objevuje u dlouhodobého kouření cigaret. Projevuje se při vynechání kouření po delší dobu. (Pradáčová, 2010; Göhlert, 2001).

Fyzicky závislá osoba může mít při omezení počtu cigaret nebo při omezení kouření jisté nežádoucí projevy. Tyto projevy se nazývají abstinenční příznaky. Nejsou tedy typické pouze pro uživatele tvrdých drog, jak se mnozí domnívají, ale objevují se také u silných kuřáků. Mezi abstinenční příznaky závislých na nikotinu řadíme neovladatelnou a nutkavou touhu zapálit si cigaretu, podrážděnost, nervozitu, úzkost, deprese, nesoustředěnost, netrpělivost, problémy se spánkem, pokles tepové frekvence a krevního tlaku, výrazně se objevuje zvýšená chuť k jídlu a přibývání na váze. Člověk má nutkání si kouření cigarety vynahradit, proto sahá nejčastěji po jídle, tedy něčem, co se také vkládá do úst. Tyto potíže jsou nejhůře snesitelné první 3 týdny po začátku odvykání kouření a mohou trvat až tři měsíce. Postupně však všechny příznaky vymizí (Králíková, Kozák, 1997).

Závislost na cigaretách se vyvíjí až po určité době. Děti mají však sklon k tomu, stát se závislými dříve než dospělí. Závislost u dětí se buduje několik týdnů, ale u dospělých až dva roky. Objevují se však i takový kuřáci, u kterých se závislost nikdy nevyvine (Pradáčová, 2010).

Typy kuřáků

Naumann (2002) vymezuje kuřáky do čtyř typů:

Požitekářský kuřák

Takový kuřák kouří, protože mu cigareta chutná, kouření mu připadá stylové, patří k dobrému jídlu a k popíjení alkoholu či kávy. Na kouření cigarety si dopřeje dostatek času a vychutnává každé potáhnutí kouře.

Relaxační kuřák

Kouření cigarety má spojitost s načerpáním nových sil. Chuť a vychutnání cigarety není pro něj tak důležitá. Po vykouření cigarety se u nich objeví výrazný pocit úlevy a uvolnění. Relaxační kuřák je schopný během svého kouření cigarety vytěsnit své problémy z vědomí. Kouření u něj podporuje duševní zotavení.

Stresový kuřák

Typický kuřák pracující ve stresujícím prostředí. Může se jednat také o studenty před stresující zkouškou. Vlivem stresu má zvýšený krevní tlak a aktivované svaly. Vystresovaný člověk se pokouší své napětí uvolnit pohybem – boucháním konečků prstů

do stolu, hraním s propiskou nebo právě kouřením cigarety. Jelikož nikotin taky zvyšuje krevní tlak, napětí stoupá dál a kuřák se jej snaží zahnat dalším zapálením cigarety. Z toho se po krátké době stane zvyk a stresový kuřák sahá po cigaretě vždy, když jeho ruce nemají co dělat.

Útěchový kuřák

Vznik návykového chování je často spojován s pocity nudy, hněvu, ale také ztráty či osamělosti. Každý jedinec má svůj vybraný způsob utěšování. Někdo se utěšuje jídlem, jiný sportem, další alkoholem a někdo sahá po cigaretě. Při začátcích kouření, kdy ještě není vytvořen návyk, je tato útěcha riziková, protože jedinec sáhne po cigaretě v období krize a ucítí uvolňující a povzbuzující účinek. Tato příjemná vzpomínka útěchy, donutí kuřáka, aby při každé nepříjemnosti sáhl po cigaretě.

Kozák (1993, s. 220) uvádí Klasifikaci kouření pro děti, přijatou Pracovní skupinou UICC v Lyonu 1976.

Současný kuřák

Jedná se o kuřáka, který týdně vykouří jednu či více cigaret.

Příležitostný kuřák

Dítě, které sice kouří, ale ne více než jednu cigaretu za týden.

Experimentující kuřák

Takový kuřák kouřil nebo kouří, přibližně jednu cigaretu za měsíc.

Bývalý kuřák

Dítě, které kouřilo jednu i více cigaret týdně, ale teď už nekouří.

Nekuřák

Jedná se o dítě, které nikdy nevykouřilo celou cigaretu.

2.3.2 Rizikové faktory vzniku závislosti

Riziko vzniku závislosti u mladistvých hraje roli především v jejich vlastnostech či vlastnostech jejich okolí. Pokud se v jejich okolí vyskytuje možnost rizikového chování, konkrétně užívání návykových látek, jsou k němu mladiství více náchylní. Mezi rizikové faktory můžeme řadit jedince samotného, školu, kterou navštěvuje, jeho rodinu a sociální prostředí, ve kterém vyrůstá (<http://www.ostrovzl.cz/prevence/zavislost/>).

Jednotlivé faktory budou dále více rozvedeny:

Jedinec

Na úrovni jedince hovoříme o rizikových faktorech, které mohou být spojené například s jeho poruchou chování, slabou výkoností a nízkou sociální dovedností. Jedinec, který má větší sklon k rizikovému chování, může mít handicap nebo mohl prodělat traumatickou událost, s kterou se pomocí rizikového chování vyrovnává.

Rodina

Hlavním rizikovým faktorem je závislost v rodině. Ať už se jedná o závislost rodičů či sourozenců, ve většině případů se dříve nebo později objeví závislost také u dětí. Dalším rizikovým faktorem jsou nedostatečné citové vazby mezi dítětem a rodiči. Nedostatek projevů lásky a porozumění může vést k tomu, že se dítě cítí osamocené a vyhledává útočiště například v užívání návykových látek. Také nejasná a volně stanovená pravidla v rodině mohou mít za následek rizikové chování. Dítě od útlého věku má vědět, co smí a co ne, kdy má chodit domů, jaké jsou jeho povinnosti apod. Samozřejmě i sociální postavení rodičů, jejich vzdělání a zaměstnání hraje v případě rizikových faktorů významnou roli.

Škola

V případě hlavních rizikových faktorů ve škole jsou neúčinná školní prevence. Tak jako v rodině mohou být problémem nestanovení jasných pravidel týkajících se užívání návykových látek ve škole. Například ve školním řádku není jasně vymezen zákaz a postih za kouření u školy.

Sociální prostředí (společnost)

Mezi rizikové faktory ve společnosti patří především snadná dostupnost návykových látek, dále nepříznivá ekonomická a sociální situace, náhlá změna prostředí, ve kterém se jedinec dosud nacházel (<http://www.ostrovzl.cz/prevence/zavislost/>).

Oproti tomuto rozdělení, Bruno (1996) rizikové faktory vzniku závislosti dělí do dvou skupin:

- a) biologické faktory,
- b) psychologické a společenské faktory.

Biologické faktory se objevují, když chce jedinec pokračovat v návyku kouření díky působení nikotinu na centrální nervovou soustavu a při rituálech, které jedinec při kouření vykonává, např. pití kávy (Bruno, 1996).

Mezi psychologické a společenské faktory u adolescentů patří především touha o ztotožnění se se skupinou, ve které se nacházejí kuřáci. V tomto případě se za skupinu

mohou považovat také kouřící rodiče. Ve skupině, kde je kouření považováno za normální, je rozhodnutí kouřit také většinou podporováno. Návyku všeobecně podléhají více emočně nevyzrálé osoby. Osobnost je tedy také považována za jeden z psychologických faktorů majících vliv na podléhání návyku (Bruno, 1996).

Levy, Dignan, Shirreffs (1984) mimo jiné uvádí, že spousta lidí kouří, jelikož považují cigarety za drogu, která jim pomáhá vypořádat se s jejich psychickými problémy. Závislost na cigaretách se objevuje více u lidí, kteří jsou citově nevyzrálí, mají vztahové problémy a nejsou příliš společenští. S kouřením začínají mladí lidé také proto, že kouří jejich kamarádi a partneři. Podle amerického výzkumu, bylo zjištěno, že až 68 % kuřáček mají či měli za přítele nebo manžela kuřáka. Výzkum také ukázal, že mladí lidé jako důvod svého kouření nejčastěji uvádí odpovědi, že kouří pro uklidnění, nebo že se potřebují soustředit na nějaký výkon, např. zkoušku. Krátký test, při němž si měli zapamatovat několik slov, však ukázal, že si pamatují více nekuřáci než lidé, kteří zdánlivě kouří pro navození pozornosti, protože obsah cigaretového kouře snižuje soustředěnost a schopnost hbitého myšlení člověka.

2.3.3 Prevence kouření ve škole

Jak již bylo uvedeno také školní prostředí, má velký vliv na vzniku kuřáctví u dětí. Proto je důležitá školní prevence zaměřená proti kouření, či na podchycení a monitorování kuřáků.

Časopis Prevence v článku Tabák ve školním prostředí, uvádí rady, jak správně postupovat při školní prevenci.

- Důležitou roli v prevenci hraje zmapování současné situace. To znamená, jak je kouření mezi studenty rozšířeno. V rámci šetření můžeme také zjistit jejich názory na kouření. Tyto informace je možné nejčastěji získávat za pomoci anonymních dotazníků.
- Dalším významným krokem je informování studentů o rizicích způsobených kouřením. Může být použita forma speciálního semináře, ale problematika kouření se může objevovat také v jednotlivých výukových hodinách. Např. výklad o poškozování zdraví v hodinách biologie, či zdravovědy, výdaje za cigarety mohou být počítány v hodinách matematiky, v rámci výtvarné výchovy je možné

vytvářet výtvarné projekty na téma kouření. Důležité je, zaměřit se na celý třídní či školní kolektiv, ne pouze na rizikové jedince.

- Možnost pořádání školních akcí ke Světovému dni bez tabáku (31. 5.) či k Mezinárodnímu nekuřáckému dni (vždy třetí čtvrtek v listopadu). Například se může vyhlásit literární či výtvarná soutěž na téma kouření.
- Další možností prevence je uspořádání celoškolského sportovního dne. Studenti si uvědomí důležitost fyzické kondice a škodlivosti kouření, omezující fyzickou výkonnost.
- Ve škole by měla být trvale umístěna informační nástěnka, webové stránky zaměřené na návykové látky. Informace by studentům měly být podávány zajímavou formou, jako jsou barevné letáky, fotky, videa nebo také soutěžní kvízy apod.
- Samozřejmostí prevence je nekuřácké školní prostředí, včetně pracoven učitelů. Mnozí studenti považují své učitele za vzory, proto by se s kouřením, přinejmenším ve škole, neměli u učitelů setkávat.
- Studentům by měla být poskytnuta dostupná léčba závislosti na cigaretách, pro ty, kteří si přejí s kouřením přestat. Většina kuřáků touží se svým návykem skoncovat, ale mnohdy neví jak na to. Proto by škola měla na informačních nástěnkách podávat kontakty na různá zdravotnická zařízení, specializovaná na odvykání kouření.
- V případě prevence by se studenti neměli příliš strašit například rakovinou či infarktem, ale tím, co je zajímavé. Sdělit jim, že kouření způsobuje zhoršení pleti a výskyt akné, zápach z úst, dále zhoršuje sexuální funkce a také fyzickou kondici. Studentům může být také poskytnut náhled, co všechno by si mohli koupit na místo kupování týdenní, měsíční či roční dávky tabákových výrobků.
- Správná prevence se projevuje širokou spoluprací. Na tvorbě prevence by se měli účastnit sociální pracovníci, školní metodici prevence, školní psychologové, pedagogicko-psychologické poradny, protidrogový koordinátoři a lékaři.
- Důležitým krokem prevence je také informovanost rodičů o problematice kouření mezi studenty na dané škole. Tyto informace by měli učitelé podávat v rámci třídních schůzek, kde jsou schopni s rodiči navázat spolupráci na téma kouření. Učitel má v takové situaci možnost rodičům v klidu vysvětlit, jak důležité je nekuřácké prostředí tam, kde se dítě nejvíce pohybuje, tedy doma.

- Při dobře zvolené prevenci nejdříve musíme studentovi daný problém kouření vysvětlit a teprve potom je možné dávat striktní zákazy a postihy (Budinská, 2012).

Preventivní školní programy

Odborní pedagogičtí pracovníci a škola jako taková, mají ve výchově dětí nenahraditelnou roli. Ve škole je možné na děti působit v jejich přirozeném kolektivu spolužáků prostřednictvím vyškolených pedagogů. Pro pomoc školám se vypracovávají a novelizují různé výchovně vzdělávací programy, které jsou zaměřené na prevenci kouření. Tyto programy jsou postaveny na několika tezích. Především poskytují přiměřené znalosti o zdravotních rizicích vyplývajících z kouření, také ovlivňují postoje dětí ke kouření, tak aby sami a dobrovolně byli nekuřáci, dále učí děti jak rozeznat rizikové situace a jak odmítnou nabízenou cigaretu či jinou drogu a v neposlední řadě tyto programy dětem nabízejí jiné aktivity, které podporují jejich postoj proti kouření (Žaloudíková, Hrubá a kol. 2006).

Každé věkové období má jistá úskalí, která je třeba brát v potaz při tvorbě preventivních programů. V období puberty a adolescence se objevuje odpor proti autoritám dospělých, především autoritě rodičů a učitelů. Proto se v tomto věku nejlépe osvědčují tzv. peer programy. Tyto programy spočívají v aktivní práci dětí ve skupinách, jejichž aktivní mluvčí je předem vyškolený vrstevník a odborně vyškolený učitel má roli pouze jakéhosi koordinátora. Peer programy jsou účinné především z toho důvodu, že adolescenti lépe přijímají předložené informace od přibližně stejně starého jedince (Žaloudíková, Hrubá a kol. 2006).

Hajný (2001) uvádí několik podmínek efektivnosti preventivních programů ve školách:

- dlouhodobost – minimálně několik měsíců,
- zaměření na celou problematiku – informovat o účincích drogy, zdravotních rizicích, vzniku užívání, ale také na schopnost komunikace při řešení problému, rozvoj sebevědomí a správného sebehodnocení atd.,
- zapojení samotných studentů, ale také rodičů do programu,
- propojenost s normálním děním ve škole – vyučovací předměty, sportovní akce atd.,
- odborná kvalifikace lektorů provádějících preventivní programy.

V dnešní době existuje několik preventivních programů, prováděných ve školách. Patří k nim například Nekuřátka, Já kouřit nebudu a vím proč, Kouření a já, Naše třída nekouří, Normální je nekouřit atd. (Žaloudíková, Hrubá a kol. 2006).

Doporučení Rady Evropy pro prevenci kouření u mladistvých

Podle doporučení Rady 2003/54/ES ze dne 2. prosince 2002 o prevenci kouření a iniciativách pro intenzivnější boj proti kouření, by členské státy Evropy měly více bojovat proti kouření a především se snažit o zvýšení prevence dětí a mladistvých. Evropská unie má za cíl zajistit vysoký stupeň veřejné ochrany u všech členských států. Boj proti kouření je jedním z hlavních cílů, jelikož se kouření stává nejčastější příčinou úmrtí. Ukazuje se, že až 60 % kuřáků začíná s kouřením ještě před dovršením třinácti let. Z toho důvodu se toto doporučení zaměřuje především na prevenci kouření u mladistvých (http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_lifestyle/c11574_cs.htm).

Doporučení se zaměřuje především na omezení nabídky tabákových výrobků dětem a dospívajícím, dále na omezení reklamy tabákových výrobků a také na ochranu před pasivním kouřením.

V případě omezení nabídky tabákových výrobků se jedná o povinnost prodejcům tabáku, ujistit se o věku kupujícího, dalším opatřením je stáhnutí tabákových výrobků ze samoobslužných prodejen, větší omezení přístupnosti k prodejním automatům (v praxi to může znamenat zákaz stavět prodejní tabákové automaty například do vestibulu restaurace, kde na něj obsluha nevidí), v neposlední řadě také omezení prodeje tabákových výrobků přes internetovou síť a úplný zákaz prodeje kusových cigaret.

Omezení reklamy na tabákové výrobky znamená zákaz používat propagační předměty, jako jsou popelníky, slunečníky, zapalovače atd. Jedná se také o zákaz slev či akcí vztahujících se na tabákové výrobky, přikládání dárků či různých výhod při koupi cigaret, nebo také zákaz her či soutěží o tabákové výrobky a úplný zákaz reklamní plakátů a reklam v televizi či na internetu.

Do ochrany před pasivním kouřením se řadí zákaz kouření na uzavřených veřejných místech, na pracovišti, ve zdravotnických zařízeních. Zejména by se tyto zákazy měly týkat míst, kde se vyskytují děti (http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_lifestyle/c11574_cs.htm).

2.3.4 Zdravotní rizika a nemoci způsobené kouřením

Tabákový kouř obsahuje velké množství škodlivých látek. Jmenovitě se jedná o dehet, oxid uhelnatý a uhlíčitý, amoniak, kyanovodík, nikotin, formaldehyd a spoustu dalších, už podle názvu nebezpečných látek. Proto kouření cigaret může přímo způsobovat, nebo dopomáhá k velkému množství onemocnění (Nešpor, Csémy, 1997).

V této kapitole bude stručně uvedeno několik onemocnění způsobených kouřením.

Kardiovaskulární onemocnění

Do kardiovaskulárních onemocnění řadíme například aterosklerózu a ischemickou chorobu srdeční. Kardiovaskulární onemocnění však nelze přímo spojovat s kouřením, i když na nich v případě silných kuřáků má podíl. Na těchto onemocnění se podílí spousta faktorů, kterými jsou: nedostatek pohybu, velké spotřeba živočišných tuků, obezita, vysoký krevní tlak, dědičná dispozice a u dlouholetých silných kuřáků také vdechování tabákového kouře. Faktory vzniku těchto onemocnění jsou tedy různá, ale je dokázáno, že kuřáci středního věku, kouřící více než 14 cigaret za den, jsou k těmto chorobám až třikrát náchylnější, oproti jejich nekuřáckým vrstevníkům. Podle Světové zdravotnické organizace má kouření cigaret z 25 % podíl na vzniku kardiovaskulárních onemocnění (Tyler, 2000; Kozák a kol. 1993)

Plicní onemocnění

Do těchto onemocnění můžeme řadit například nemoc bronchitidu (rozedmu plic). Bylo dokázáno, že až 90 % úmrtnosti na tuto nemoc je spojováno s kouřením, i když se počet smrtelných případů rok od roku snižuje. Můžeme zde řadit také onemocnění astma, jehož příčinou není přímo kouření, ale jeho průběh do značné míry zhoršuje. Celkově je zřejmé, že pravidelní a dlouholetí kuřáci mají větší problém s dýcháním než nekuřáci. Kuřáci se obecně při zvýšené fyzické aktivitě více zadýchávají, mívají dráždivý kašel a po ránu vykašlávají hlen (Tyler, 2000).

Nádorová onemocnění

Podle výzkumu epidemiologických studií je mezi kuřáky o 53 % více nemocných rakovinou. Nejrozšířenější je rakovina plic, vzhledem k inhalaci tabákového kouře a jeho karcinogenních složek přímo do plic. Uvádí se, že u mužů výskyt rakoviny plic v České republice relativně stagnuje, ale u žen výskyt právě rakoviny plic dále stoupá. Nejedná se však pouze o rakovinu plic, jak si mnozí myslí. Kouření se podílí také na vzniku rakoviny dutiny ústní, hrtanu, jícnu, žaludku, tlustého střeva, slinivky

břišní, ledvin, močového měchýře, u žen také na rakovině prsu, vaječníků či děložního hrdla. Z těchto příkladů tedy jasně vyplývá, že kouření se podílí v podstatě na vzniku všech druhů rakoviny. Smutný fakt je ten, že se rakovina může objevit i po několika letech, během kterých člověk přestane úplně kouřit, takže zdánlivě rakovina napadá i nekuřáky (Kozák a kol. 1993; Pradáčová, 2010).

Kouření v těhotenství

Ženy, které kouří, mohou zásadně ovlivnit život svých nenarozených dětí, pokud otěhotní a dále kouří. Tisíce amerických studií dokazují, že matky kouřící během těhotenství jsou dvakrát více ohroženy samovolnými potraty a předčasnými porody nedonošených dětí, než matky nekuřáčky. Dalším problémem u dětí narozených matkám kuřačkám je jejich nízká porodní hmotnost. Pro novorozence je jejich hmotnost velmi důležitá. Čím nižší hmotnost narozeného dítěte, tím vyšší riziko nezdravého vývoje. Předčasné porody, nízké porodní hmotnosti či předčasné odloučení placenty, jsou pravděpodobně způsobeny oxidem uhelnatým, který je obsažen v cigaretovém kouři. Ten významně snižuje množství kyslíku v červených krvinkách. Nedostatečné okysličení plodu může být také způsobeno působením nikotinu, který zužuje tepny a tím značně znesnadňuje průtok krve přes placentu k dítěti (Levy, Digman, Shirreffs, 1984).

2.4 Vymezení adolescence

Adolescence je významné vývojové období, kdy dochází k přeměně dítěte na dospělého člověka. Následuje po pubertě a stejně jako puberta se řadí k fázi dospívání. Časové vymezení tohoto období je zhruba od patnácti do dvaceti let. Období adolescence je významné zejména ze dvou důvodů. První důvod je výrazný fyzický růst, který pokračuje po pubertě. Objevuje se jak růst do výšky, tak přibývání na váze. Především u dívek se zásadně mění postava, což zapříčiňuje růst prsů a zaoblení boků. U chlapců se výrazně rozšiřují ramena. Tělo adolescentů tedy získává dospělou podobu. Druhým důvodem významnosti tohoto období je dosažení pohlavní zralosti. Jedinci se v období adolescence stávají plně reprodukceschopní (Shaffer, Kipp, 2007).

Krom fyzických změn se v období adolescence objevují také jiná specifika vývoje. Pro adolescentního jedince je velmi důležitá vlastní identita. Velmi důležitou součástí identity u adolescentů je jejich vzhled, kterým se zabývají více než v kterémkoli jiném vývojovém období. Svě tělo srovnává s ostatními vrstevníky a ideálem určeným

společností, především na začátku období. Pokud se jejich tělo shoduje s ideálem, jsou adolescenti uspokojeni v rámci své prestiže a to především ve vztahu k opačnému pohlaví. V případě, že má tělo adolescenta nějaký nedostatek, je jeho vývoj identity ohrožen nízkým sebehodnocením. Adolescent má prostě potřebu se líbit nejen sobě, ale také ostatním. Svou identitu hledají také za pomoci různých forem oblékání či životního stylu – skejt'áci, punkáči atd. (Vágnerová, 2000).

Socializace u adolescentů je typická touhou po členství ve skupině. V tomto období se dítě stává nezávislým na svých rodičích, proto hledá partnerství či citovou podporu jinde než u rodičů. Adolescenti také začínají mít silnou potřebu navázat erotický vztah s druhým pohlavím. Toto období se vyznačuje první láskou a také prvním pohlavním stykem (kolektiv autorů, 2008).

Také vztah adolescentů k dospělým prochází jistým vývojem. Tak jako v předchozím vývojovém období bojují o jakousi nezávislost na rodičích a celkově všech dospělých, tedy i na učitelích. Objevují se odmítavé postoje, mají své názory, za kterými si za každou cenu stojí, prosazují si svůj způsob života, životní styl apod. Přesto všechno však rodiče pro adolescenty představují model způsobu života a dospělosti, který je čeká v budoucnosti, alespoň jako jedna z možností. Adolescent má k rodičům kritické vystupování. Kritizuje jejich chování, hodnoty, názory a jejich životní styl, protože je porovnává s jeho vytvořeným ideálem a hledá pro sebe nejvhodnější variantu. Pokud se k těmto výtkám rodiče staví rozumně a dokáží si logicky obhájit svá stanoviska, pomáhají tak svému adolescentovi při hledání identity více, než různými radami. Adolescent zásadně respektuje normy. Musí být ale přesvědčen o jejich správnosti. Na druhou stranu adolescenti ve velké míře hledají také dospělého člověka, který jim imponuje, představuje pro ně přirozenou autoritu a bere je opravdu vážně. To znamená, že je nepovažuje za děti. Postupem času adolescenti přestanou proti dospělým autoritám vystupovat bojovně, ale spíše se u nich objevuje ignorace vůči dospělým. Konečným výsledkem těchto rozporů by měla být proměna vzájemných vztahů. Dojde k akceptaci a toleranci vzájemných názorů, osamostatnění adolescenta a pozitivními vztahu mezi rodičem a dítětem (Čáp, Mareš, 2001; Vágnerová, 2000).

2.5 Současné výzkumné poznatky tabakismu a zdravého životního stylu

Kouření neboli tabakismus je v dnešní době velmi diskutované téma. Kouří více ženy či muži, ovlivňuje kouření rodičů návyk svých dětí, má vzdělání vliv na kuřáctví? A co teprve když se mluví o zdraví. Kolikrát denně jíme, má v našem jídelníčku větší podíl ovoce nebo zelenina? Tyhle a mnoho dalších otázek si dnes a denně určitě pokládá spousta lidí po celém světě. Odpovědi na některé z nich můžeme najít v různých výzkumných publikacích. V naší republice se těmito výzkumy zabývá například Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Právě tato organizace provedla v letech 2003 a 2007 Evropskou školní studii o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Na otázky o zdraví a životním stylu nám zase může odpovědět například mezinárodní srovnávací studie Světové zdravotnické organizace The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) z roku 2005 a také Zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků z roku 2010. V této kapitole bude uvedeno několik dat o tabakismu, vyplývajících z výsledků průzkumů prováděného v České republice, právě v rámci Evropské školní studie. A také data z mezinárodního výzkumu Světové zdravotnické organizace a zprávy o zdraví a životním stylu z mezinárodního výzkumu v rámci mezinárodního projektu „Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National study (HBSC)“.

Data vyplývající z Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách z roku 2003 a 2007

Jako výzkumný vzorek studie z roku 2003 v České republice bylo 15 092 studentů z 294 středních škol ve věku 16 a 18 let. Studie z roku 2007 měla 10 187 respondentů ve věku 16 let na 351 školách. Výzkumy se zabývaly různými otázkami zaměřenými na kouření, ale také na užívání alkoholu a jiných návykových látek.

Zkušenosti s kouřením

2003: Podle výzkumu zkoušelo někdy kouřit 79,6 % dotázaných studentů. Z toho 16,0 % již v kouření nepokračovali a 38,0 % dotázaných uvedlo, že kouřili vícekrát.

Kuřáci, kteří kouří denně, jsou více zastoupeni v mužském pohlaví. Mezi šestnáctiletými chlapci je to 29,0 % kuřáků, mezi dívkami 25,3 %. U osmnáctiletých studentů je mezi chlapci 34,8 % kuřáků a mezi dívkami 29,2 %. 30,0 % šestnáctiletých kuřáků datovalo

svou první zkušenost s cigaretou na jedenáct let. Kouření s denní frekvencí se objevuje mezi čtrnáctým a patnáctým rokem.

2007: Z výzkumu vyplývá, že 78,0 % dotázaných studentů již zkoušelo kouřit. Z toho 18,0 % s kouřením nepokračovali a 34,0 % kouřilo vícekrát. Z denních kuřáků bylo 23,4 % chlapců a 26,8 %. Z toho vyplývá, že oproti roku 2003 se sice celkový počet u studentů mírně snížil, ale naopak vzrostl počet kouřících dívek. První zkušenost s kouřením se objevuje tak jako u výzkumu z roku 2003 v jedenácti letech. Stejně tak denní kouření se objevuje mezi čtrnáctým a patnáctým rokem.

Vliv studované školy na kouření cigaret

2003: Nejméně kuřáků mezi šestnáctiletými respondenty bylo mezi studenty gymnázií – 9,7 %. U studentů středních škol s maturitou byl podíl kuřáků 23,2 %. Nejvíce kuřáků bylo mezi studenty Středních odborných učilišť a to 45,2 % škol. Z výzkumu vyplývá, že vzdělání má značný podíl na kouření cigaret. Čím nižší vzdělání, tím vyšší procento kuřáků.

2007: Co se týče studované školy na vliv kouření, potvrzuje studie z roku 2007 údaje z předchozí studie. Nejvíce kuřáků se objevuje v učňovských oborech, zatímco na gymnáziích je podíl kuřáků nejmenší.

Vliv rodiny na kouření cigaret

2003: U studentů pocházejících z úplných rodin bylo zjištěno 22,4 % kuřáků. Ze studentů z rozvedených a následně znovu vzniklých rodin je 39,5 % kuřáků. U studentů, jejichž rodina je neúplná, tedy majících pouze jednoho rodiče, je 37,9 % kuřáků. Z uvedeného vyplývá, že také úplnost a s ní ruku v ruce jdoucí funkčnost rodiny, má významný vliv na kouření studentů.

2007: Kouřících studentů pocházejících z úplných rodin je 20,5 %. 39,7 % z kuřáků je tvořeno studenty pocházející z reorganizovaných rodin. Kuřáků pocházejících z neúplné rodiny je 30,8 %. Z těchto dat vyplývá, že tak jako v roce 2003 nejvíce kuřáků pochází z rozvedených a následně znovu vzniklých rodin. Oproti roku 2003 se však razantně snížil počet kuřáků z neúplných rodin.

Vliv ekonomické situace rodiny

2003: Při zjišťování vlivu ekonomické situace rodiny na kouření studentů, nebyl v rámci výzkumu zjištěn žádný závratný vztah. V případě nadprůměrné, průměrné i podprůměrné ekonomické situace rodiny, se procento kuřáků pohybovalo od 26,6 % do 29,4 %.

Přičemž nejvíce kuřáků se objevovalo v rodinách podprůměrných a nejméně v průměrných.

2007: Stejně jako ve studii z roku 2003 se neobjevil žádný významný vztah mezi kouřením studentů a ekonomickou situací rodiny. Změnila se však posloupnost. Z přibližně stejného podílu kuřáků byl nejvyšší podíl v rodinách s vysokou ekonomickou situací. Oproti roku 2003, kdy na prvním místě byli studenti z průměrných ekonomicky zabezpečených rodin.

Podíl denních kuřáků v jednotlivých krajích ČR

2003: Podle výzkumu se největší počet kuřáků mezi studenty objevuje v Plzeňském, Karlovarském, Ústeckém, Olomouckém kraji a v Praze. Naopak nejnižší počet kuřáků připadá na Vysočinu a Pardubický kraj.

2007: Oproti výzkumu prováděného v roce 2003 se snížil počet kuřáků v Plzeňském kraji, Olomouckém kraji a v Praze. Naopak se zvýšil počet kuřáků v Pardubickém kraji a na Vysočině (Csémy, Lejčková, Sadílek, Sovinová, 2006; Csémy, Chomynová, Sadílek, 2009).

Data vyplývající z výsledků mezinárodní srovnávací studie Světové zdravotnické organizace z roku 2002 a ze zprávy o zdraví a životním stylu dětí a školáků z roku 2010

Cílem těchto výzkumů bylo provést analýzy trendů z oblasti návykového chování, výživy, dietních zvyklostí, tělesné aktivity apod. Zkoumaný vzorek v roce 2002 se skládal z 5012 jedinců ve věku 11 až 15 let. Z celého počtu bylo 2412 chlapců a 2600 dívek. Výzkum byl prováděn na základních školách v měsíci květnu roku 2002. V roce 2010 se výzkumný soubor skládal ze 4425 žáků, z čehož bylo 2145 chlapců a 2280 děvčat. Sběr dat se uskutečnil v měsíci červnu v roce 2010. Představená data v této kapitole se budou týkat patnáctiletých žáků.

Hodnocení zdravotního stavu

2002: 26,4 % žáků hodnotilo svůj zdravotní stav jako velmi dobrý. Dobrým zdravotním stavem se ohodnotilo 61,5 % žáků. Jako ne moc dobrý a špatný zdravotní stav uvedlo 12,1 %. Přičemž vynikající zdravotní stav si více přisuzovala chlapci než děvčata.

2010: Vynikající zdravotní stav si přisuzuje 30,7 % chlapců a 19,0 % dívek. Dobrý zdravotní stav uvádí 60,5 % chlapců a 68,2 % dívek. 8,8 % chlapců a 12,8 % dívek hodnotí svůj zdravotní stav jako ne moc dobrý až špatný. Z toho vyplývá,

že tak jako ve výzkumu z roku 2002 hodnotí svůj zdravotní stav lépe chlapci oproti děvčatům.

Četnost konzumace ovoce a zeleniny

2002: Co se týče konzumace ovoce a zeleniny u žáků, dopadly výsledky v celku pozitivně. Více než jedenkrát denně konzumuje ovoce 9,8 % chlapců a 17,1 % dívek. Zeleninu však pouze 5,7 % chlapců a 9,1 % dívek. Každý den má ve svém jídelníčku ovoce zařazeno 19,1 % chlapců a 27,9 % dívek a zeleninu 14,6 % chlapců a 20,5 % dívek. Minimálně jedenkrát týdně si ovoce dá 65,4 % chlapců a 67,7 % dívek. Zeleninu jednou týdně konzumuje 70,0 % chlapců a 66,2 % děvčat. Zřídka kdy či nikdy si ovoce zařadí do jídelníčku 5,4 % chlapců a 3,5 % dívek a zeleninu 9,4 % chlapců a 4,2 % dívek. I když je výzkumný vzorek složen z většího počtu děvčat, je patrné že děvčata mají ovoce ve svém jídelníčku zařazené mnohem častěji než chlapci. U obou skupin je patrné, že ovoce se potýká s mnohem větší oblibou než zelenina.

2010: Také výzkum z roku 2010 potvrzuje, že děvčata celkově konzumují více ovoce a zeleniny než chlapci. Co se týče zařazení těchto potravin do svého jídelníčku, je u obou zkoumaných skupin patrné, že ovoce je mezi žáky více oblíbené, než zelenina.

Četnost pohybové aktivity

2002: Pohybová aktivita je pro naše zdraví velmi důležitá. Proto byla otázka na četnost pohybu podána také žákům v tomto výzkumu. 27,0 % chlapců uvedlo, že sportují každý den, za to dívek sportujících denně bylo pouze 17,8 %. Šestkrát týdně má pohyb 11,5 % chlapců a 7,5 % dívek. Podíl pohybu třikrát, čtyřikrát, dvakrát a jednou týdně byl mezi děvčaty a chlapci vcelku vyrovnán. Třikrát týdně však sportuje 19,4 % dívek a 13,0 % chlapců. Žádnou týdenní pohybovou aktivitu přiznalo 3,3 % děvčat a 3,0 % chlapců, což je relativně nízké číslo.

2010: V porovnání s výzkumem z roku 2002 v roce 2010 klesl počet každodenních sportovců. Každý den pohybovou aktivitu vykonává 25,0 % chlapců a 14,0 % dívek. Celkově lze říci, že se sportu věnují více chlapci než děvčata. Děvčata, stejně jako v předchozím výzkumu, více sportují třikrát týdně než chlapci.

Čas strávený na počítači

2002: Výzkum nám přinesl také odpověď na otázku, kolik času stráví běžně žáci u počítače během všedních dnů. Překvapivě největší procento a to 34,2 % žáků uvedlo, že denně nestráví na počítači ani půl hodiny. Pouze 5,5 % žáků uvedlo, že denně

na počítači stráví více než čtyři hodiny svého času. O víkendu se však toto číslo zvýšilo skoro o polovinu, a to na 10,2 % žáků.

2010: Méně než dvě hodiny denně u počítače tráví 14,7 % chlapců a 25,4 % dívek. Nejvíce žáků však uvedlo, že během všedního dne tráví na počítači dvě až čtyři hodiny. Bylo to 34,7 % chlapců a 36,4 % děvčat. Co se týče dlouhodobého sezení u počítače, jsou na tom oproti děvčatům hůře chlapci. 18,7 % chlapců totiž tráví na počítači déle než osm hodin denně. V porovnání s předchozím výzkumem z roku 2002 je patrné, že se počet žáků trávících svůj volný čas na počítači výrazně zvýšil. Dokonce se zvýšila také doba, kterou jsou žáci schopni u počítače vydržet. Varovným ukazatelem je fakt, že skoro 20 % dotázaných chlapců je schopno trávit u počítače více než osm hodin denně (Csémy a kol., 2005; Kalman a kol. 2010).

3 METODIKA PRÁCE

Jako nejvhodnější metoda pro sběr dat za účelem vyhotovení praktické části diplomové práce bylo zvoleno dotazníkové šetření. Chráska (2007) vysvětluje dotazník jako předem připravené a pečlivě sestavné otázky, na které odpovídají dotazované osoby neboli respondenti.

Dotazník této práce byl zcela anonymní, složen z 26 otázek. Otázky v dotazníku byly stanoveny po konzultaci s vedoucím práce a skládaly se z uzavřených, polouzavřených a otevřených. Samotným položkám v dotazníku předcházela písemný úvod.

Sběr dat byl uskutečněn v průběhu mé souvislé pedagogické praxe na přelomu listopadu a prosince roku 2012, kdy jsem během vyučování měla po předchozí ústní domluvě s paní ředitelkou, možnost dotazníky předložit studentům vybraných oborů, zvolených pro výzkumnou část diplomové práce. Ústní domluva byla provedena také s vyučujícími daných předmětů, ve kterých jsem působila v rámci pedagogické praxe, aby mi bylo umožněno předložit dotazníky studentům na začátku hodiny. Studentům bylo rozdáno celkem 170 dotazníků. Po navrácení a následném vyřazení nevhodných dotazníků, zůstalo 136 dotazníků vhodných ke zpracování. Jako nevhodné dotazníky byly vyřazeny ty, jež nebyly vyplněny celé, kde bylo zvoleno více odpovědí, než bylo možné, či došlo k chybnému pochopení otázky a následné chybné odpovědi.

Pro grafické znázornění získaných dat bylo využito programu Microsoft Word 2007. Získané údaje byly zaneseny do tabulek četností a z těchto údajů byly následně vytvořeny grafy. Ke každému grafickému znázornění zkoumané položky je slovní komentář.

3.1 Předvýzkum dotazníkového šetření

Před samotným výzkumem konaných ve vybraných třídách a oborech, jsem v rámci praxe využila výuky v jiné třídě pro předložení zkušebních dotazníků. Poprosila jsem 15 studentů oboru předškolní a mimoškolní pedagogiky, jakožto nezávislých respondentů pro výzkum, aby vyplnili předložený dotazník. Studenti měli možnost se v průběhu vyplňování dotazníku ptát na nejasnosti a sdělovat případné připomínky. Předvýzkum byl přínosný z toho důvodu, že bylo zjištěno, které otázky mohou dělat výzkumným respondentům problémy a na co je potřeba se zaměřit, případně doplnit.

Díky tomu, byla například u otázky, která zjišťuje vynechání jídla během dne a dávala možnost studentům vybrat si z pěti možností a to, že buď vynechávají snídani, dopolední svačinku, oběd, odpolední svačinku a večeři, doplněna také možnost, že studenti žádné jídlo během dne nevynechávají.

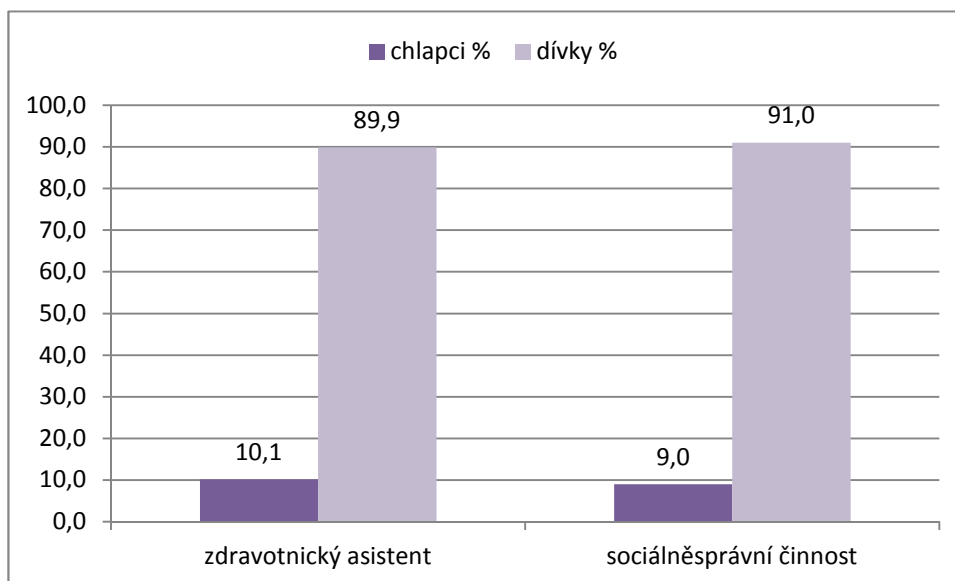
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaný vzorek tvořili studenti střední odborné školy zaměřené na vzdělávání zdravotnických asistentů, předškolních a mimoškolních pedagogů a sociálních pracovníků. Po předchozí domluvě s ředitelkou školy a vedoucí diplomové práce, nebude název a místo školy z důvodu citlivosti získaných dat uveden. Pro výzkum byli vybráni studenti z oboru zdravotnický asistent a sociálně správní činnost. Dotazníky byly rozdány studentům 1. až 4. ročníků těchto oborů. Nebyla tedy stanovena pevná věková kategorie, ale zkoumaný soubor tvořili studenti přibližně od 15–20 let, jak vyplývá z věkového zařazení adolescentů ve vývojové psychologii. Výzkumný soubor tvořilo 136 respondentů, z čehož 67 respondentů bylo tvořeno z oboru sociálně správní činnost a 69 respondentů z oboru zdravotnický asistent. Z celkového počtu 67 respondentů oboru sociálně správní činnost bylo 6 chlapců a 61 dívek. U oboru zdravotnický asistent bylo z celkového počtu 69 respondentů 7 chlapců a 62 dívek (Tabulka 1). Z toho vyplývá, že získané data obou oborů jsou v poměrně vyváženém zastoupení. Nepodařilo se však získat vyvážený poměr pohlaví z důvodu nerovnovážného zastoupení dívek a chlapců na zvolené škole, jelikož je tato škola všeobecně považována spíše za dívčí.

Rozdělení zkoumaného souboru je uvedeno v tabulce. V tabulce je počet respondentů (n) a jejich procentuální vyjádření (%).

Tabulka 1. Rozdělení zkoumaného souboru dle pohlaví a studovaného oboru

obor	chlapci		dívký		celkem
	n	%	n	%	n
zdravotnický asistent	7	10,1	62	89,9	69
sociální činnost	6	9,0	61	91,0	67
celkem	13	9,6	123	90,4	136



Graf 1. Rozdělení respondentů dle oboru a pohlaví

Z grafu 1. je patrné, jak již bylo výše uvedeno, že zastoupení respondentů z obou oborů je poměrně vyrovnané. Z toho vyplývá, že také zjištěné výsledky budou porovnatelné.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

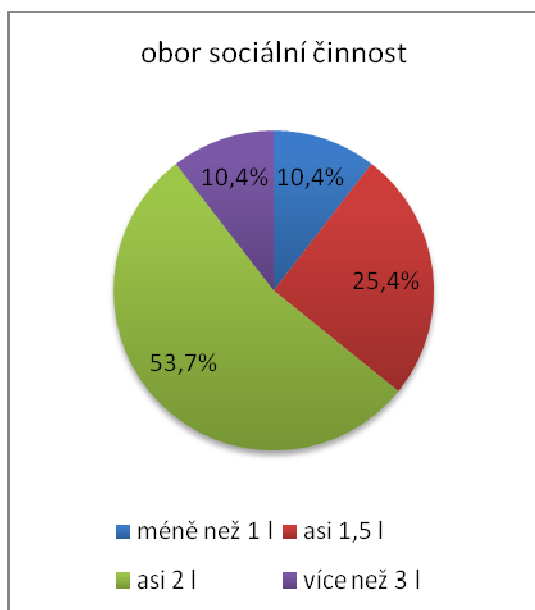
Tato část diplomové práce předkládá získané data a výsledky z výzkumného šetření. Data jsou zpracována v rámci tematických celků, vyplývajících z dotazníkového šetření. Tematické celky se týkají pitného režimu a stravování, volného času a pohybové aktivity, kouření a znalosti rizik z něho vyplývajících a spánkového režimu. Na úvod jsou znázorněny demografické údaje zkoumaného souboru, u kterých je důležité rozdělení respondentů dle oboru. Poměr zastoupení studentů v oboru znázorňuje graf 1.

Pro přehlednost výzkumu jsou získaná data uvedena v tabulkách a znázorněna graficky. V tabulkách je uveden počet respondentů (n) a jejich procentuální vyjádření (%). Graficky je uvedeno pouze procentuální vyjádření možných odpovědí.

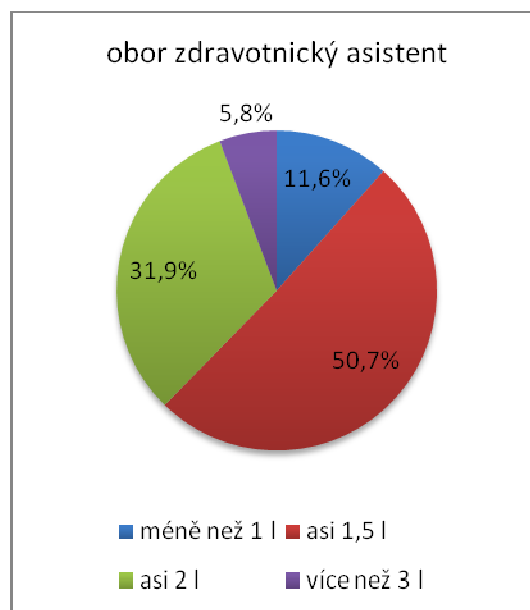
4.1 Pitný režim a stravování

K tomuto tematickému celku se řadily otázky č. 1-5. (Příloha 1. Dotazník). Výzkum byl zaměřen na stravovací návyky respondentů.

První otázka zjišťovala, kolik tekutin denně respondenti vypijí. Graf 2. a 3. znázorňuje četnost vypitých tekutin v průběhu celého dne u obou zkoumaných oborů. Z výzkumu je patrné, že největší počet studentů pije 1,5 l – 2 l nápojů denně. U studentů oboru sociální činnost je více studentů, kteří vypijí 2 l denně a to 53,7 %. 1,5 l denně vypije 25,4 % studentů. Méně než 1 l a více jak 3 l vypitých tekutin denně je, co se do počtu studentů týče vyrovnaný. U oboru zdravotnický asistent je oproti druhému oboru 50,7 % studentů, kteří vypijí 1,5 l denně. 2 l denně vypije 31,9 % studentů. Více než 3 litry vypije 5,8 % studentů a naopak méně než 1 litr denně pije 11,6 % studentů. V případě porovnání těchto dvou oborů, je patrné, že studenti oboru sociální činnost, pijí větší množství tekutin oproti studentům oboru zdravotnický asistent.



Graf 2. Pitný režim oboru sociální činnost

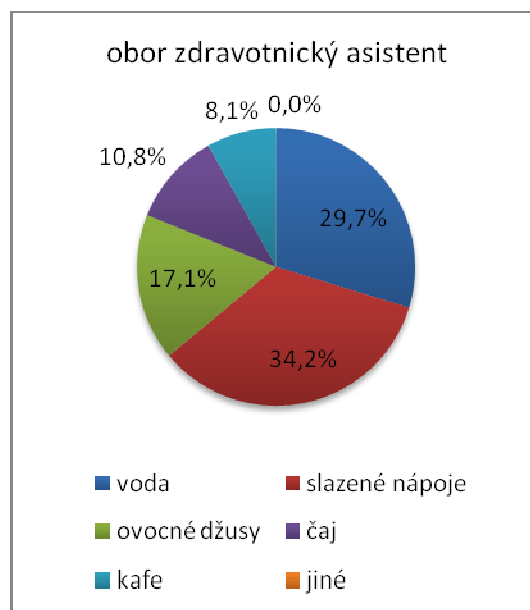


Graf 3. Pitný režim oboru zdravotnický asistent

Otázka č. 2 zjišťovala, které nápoje respondenti nejčastěji pijí. Výzkumné šetření ukázalo, že u studentů obou oborů jsou nejčastěji užívané slazené nápoje. U studentů oboru sociální činnost pije slazené nápoje 40,2 % respondentů, čistou vodu 29,0 % respondentů, čaj jako nejčastěji užívaný nápoje uvedlo 15,9 % respondentů. Za nejméně užívaný nápoj byly označeny ovocné džusy. Jeden respondent u této otázky v možnosti jiné, uvedl jako jeho nejčastěji pitý nápoj pivo. Studenti oboru zdravotnický asistent pijí slazené nápoje z 34,2 % respondentů. 29,0 % jako nejčastěji užívaný nápoj označilo čistou vodu. Oproti druhému oboru více studentů (17,1 %) uvedlo jako nejčastěji pitý nápoj ovocné džusy. Pití čaje a kávy bylo v poměrně stejném zastoupení. Grafické znázornění najdeme v grafu 4 a 5.

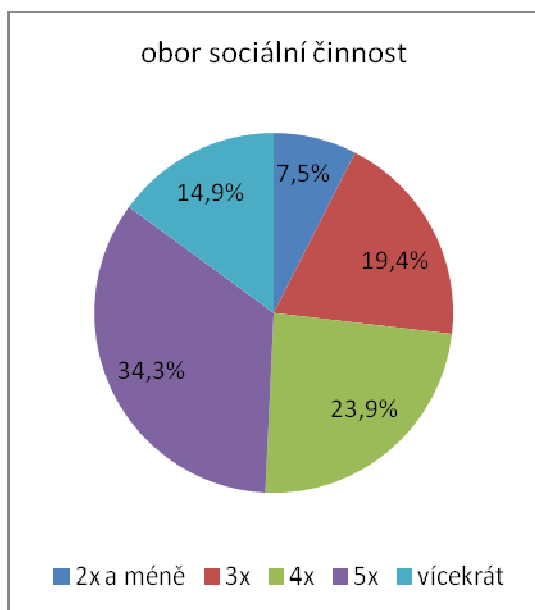


Graf 4. Nejčastěji užívané nápoje oboru sociální činnost

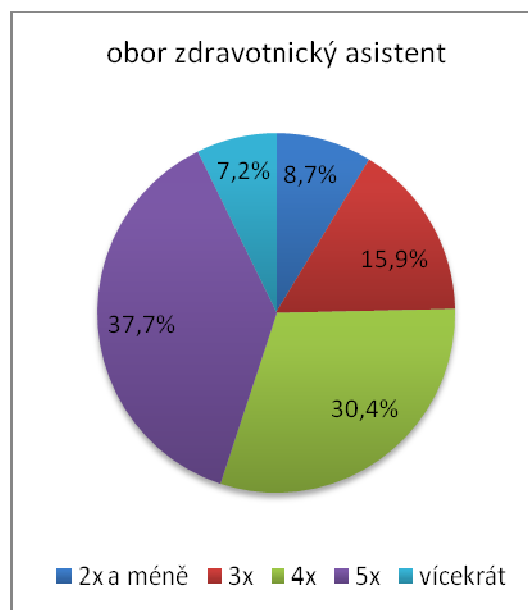


Graf 5. Nejčastěji užívané nápoje oboru zdravotnický asistent

Třetí otázka v dotazníku byla zaměřená na zjištění četnosti denního stravování. Z následujících grafů 6 a 7 je patrné, že se studenti nejčastěji stravují 5× denně. Studenti oboru sociální činnost uvedli, že se stravují 5× denně v 34,3 %. U oboru zdravotnický asistent bylo stravování 5× denně uvedeno v 37,7 %. Stravování 4× denně uvedlo 23,9 % studentů sociální činnosti a 30,4 % studentů zdravotnických asistentů. 3× denně se stravuje 19,4 % studentů sociální činnosti a 15,9 % studentů zdravotnických asistentů. 7,5 % a 8,7 % studentů uvedlo, že se stravují pouze 2× denně. Zbytek procent studentů uvedlo, že se stravuje vícekrát. Nejčastější odpovědí pak bylo min. 6× denně. Výzkum ukazuje, že větší část studentů se stravuje během dne pravidelně.

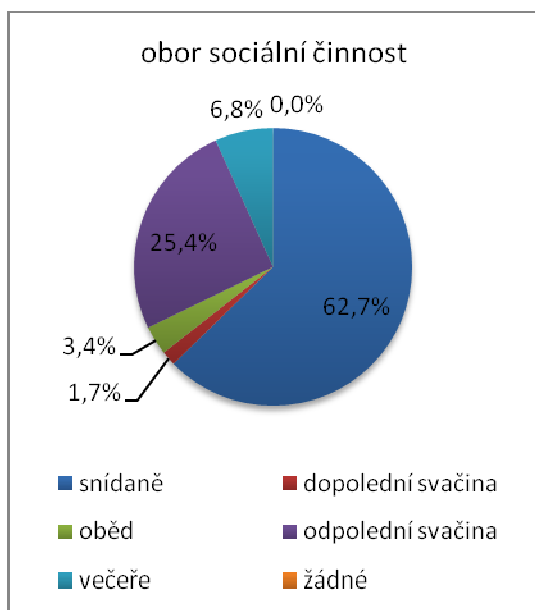


Graf 6. Četnost denního stravování oboru sociální činnost

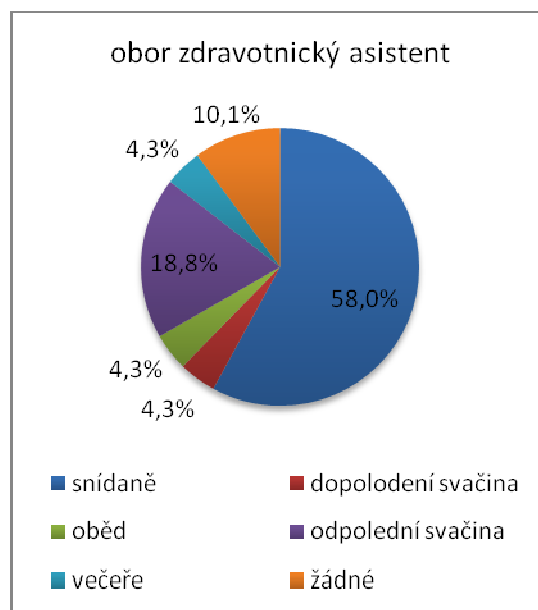


Graf 7. Četnost denního stravování oboru zdravotnický asistent

Čtvrtá otázka zjišťovala, které jídlo v průběhu dne studenti nejčastěji vynechávají. Grafy 8 a 9 ukazují výsledky obou oborů. Ze znázorněného je patrné, že jídlo, které studenti během dne nejčastěji vynechávají je snídaneň, i přesto, že se považuje za nejdůležitější jídlo dne. U oboru sociální činnosti snídani nejlépe 62,7 % studentů a u oboru zdravotnický asistent 58,0 % studentů. Jako důvod vynechávání snídaně uvádějí, ranní nechuť k jídlu a nedostatek času, protože spěchají do školy. Je patrné, že spousta studentů považuje za svou snídani teprve dopolední svačinu, protože toto jídlo je v průběhu dne nejméně vynecháváno. Kromě snídaně studenti také v hojné míře vynechávají odpolední svačinu. Studenti sociální činnosti v 25,4 % a u studentů zdravotnických asistentů v 18,8 %. V porovnání s předchozími grafy 7 a 8 znázorňujícím četnost konzumace jídel během dne, se výsledky poněkud rozcházejí.



Graf 8. Nejčastěji vynechávané jídlo oboru sociální činnost



Graf 9. Nejčastěji vynechávané jídlo oboru zdravotnický asistent

Pátá otázka zjišťovala četnost konzumace vybraných potravin. Studenti měli v nabídce několik potravin: pečivo, zeleninu, ovoce, luštěniny, ryby, maso (červené), drůbeží maso, vejce, mléčné výrobky a sladkosti. U každé potraviny zaškrtovali možnosti četnosti jejich konzumace. Grafy 10 a 11 znázorňují konzumaci pouze některých potravin z dotazníku, vzhledem k přehlednosti dat a zajímavým výsledkům.

Co se týče ovoce, pouze 26,9 % respondentů oboru sociální činnost a 36,2 % respondentů zdravotnických asistentů konzumují ovoce denně. 49,3 % studentů sociální činnosti a 44,9 % studentů zdravotnických asistentů mají ovoce ve svém jídelníčku zařazeno několikrát týdně. Možnosti alespoň jedenkrát týdně, jedenkrát měsíčně a občas uvedlo u obou oborů srovnatelné procento respondentů. Žádný dotazovaný nevyužil odpovědi, že ovoce nekonzumují nikdy.

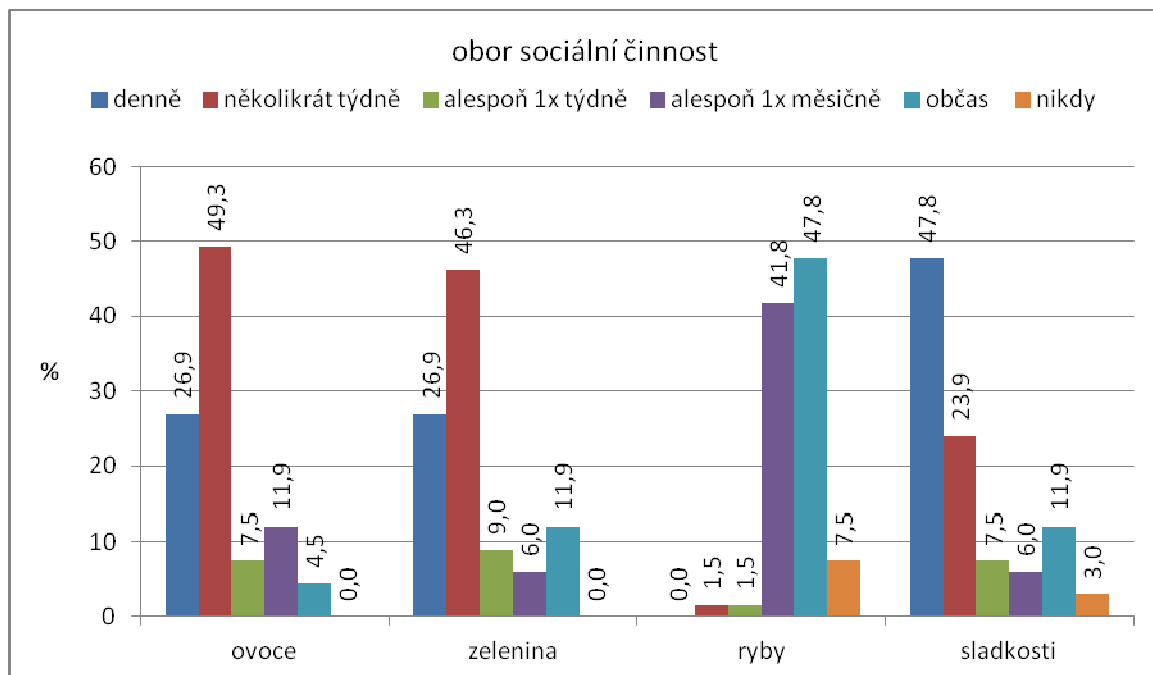
Zeleninu každý den konzumuje 26,9 % studentů sociální činnosti a 33,3 % studentů zdravotnických asistentů. Několikrát týdně ji ve svém jídelníčku má zahrnuto 46,3 % studentů sociální činnosti a 42,0 % studentů sociálních zdravotníků. Tak jako u konzumace ovoce byly možnosti jedenkrát týdně, jedenkrát měsíčně a občas na srovnatelné úrovni. Také možnost nikdy nebyla využita. Z toho vyplývá, že konzumace ovoce a zeleniny je u obou skupin studentů na poměrně dostatečné úrovni.

Konzumace ryb, jakožto důležité potraviny, která by do našeho jídelníčku měla být zařazována alespoň 3x týdně, je poměrně na špatné úrovni. Denní možnost

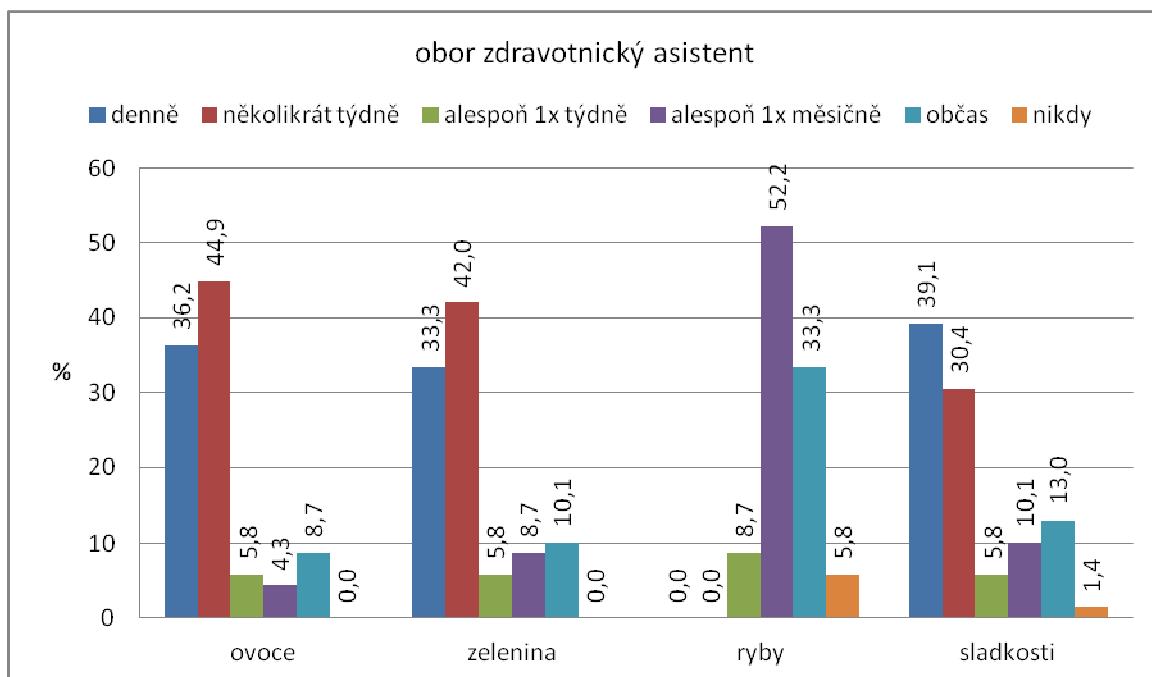
konzumace ryb si nevybral z obou oborů ani jeden student. Možnost několikrát týdně si v oboru sociální činnost vybral jeden student, tak jako u možnosti alespoň jedenkrát týdně. U oboru zdravotnický asistent možnost několikrát týdně nevyužil nikdo, ale alespoň jedenkrát týdně 8,7 % studentů. 41,8 % studentů sociální činnosti a 52,2 % studentů zdravotnických asistentů zvolilo možnost, že ryby zařazují do svého jídelníčku alespoň 1× měsíčně. Možnost občas uvedlo 47,8 % studentů sociální činnosti a 33,3 % studentů zdravotnických asistentů. Odpověď nikdy byla zastoupena v 7,5 % a 5,8 %.

Na rozdíl od všech předchozích potravin jsou denně nejvíce konzumovány sladkosti. Denní zařazení sladkostí do jídelníčku přiznalo 47,8 % studentů sociální činnosti a 39,1 % studentů zdravotnických asistentů. Několikrát týdně jí sladkosti 23,9 % studentů sociální činnosti a 30,4 % zdravotnických asistentů. Další možnosti konzumace sladkostí byly v poměrně stejném zastoupení.

Z výzkumu je patrné, že konzumace ovoce a zeleniny je na dobré úrovni, i když by se mohla zvýšit denní konzumace těchto potravin. Co se týče zařazení ryb do jídelníčku, nejsou na tom respondenti tak dobře, vzhledem k výživovým doporučením. Varovná je konzumace sladkostí, která přesahuje konzumaci ovoce, jakožto zdravější varianty sladkých potravin.



Graf 10. Přehled konzumace vybraných potravin oboru sociální činnost

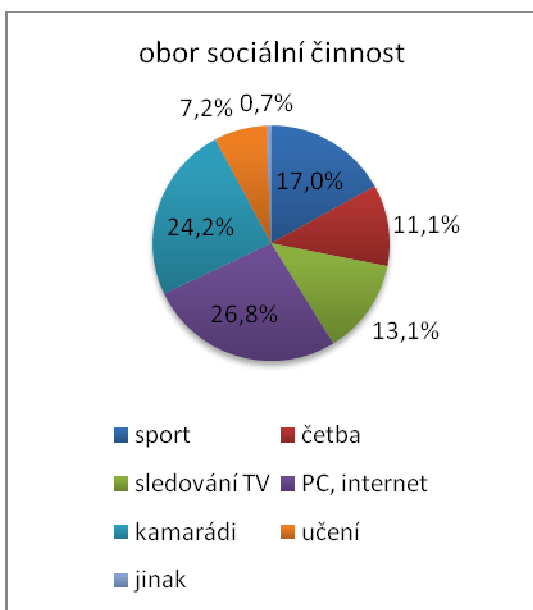


Graf 11. Přehled konzumace vybraných potravin oboru zdravotnický asistent

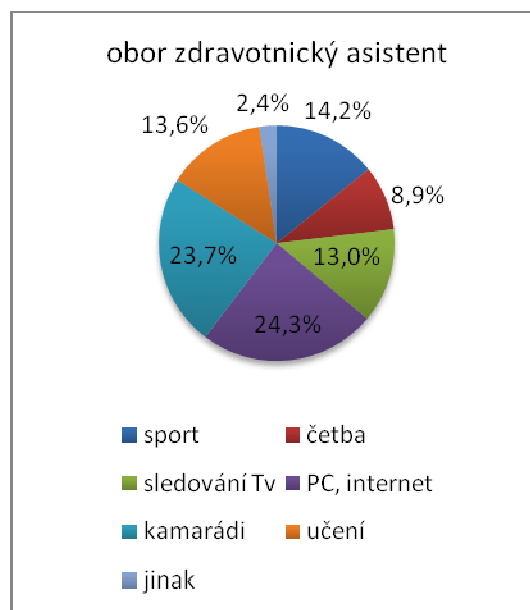
4.2 Volný čas a pohybová aktivita

Otázky tematického celku, zjišťující trávení volného času u studentů najdeme v dotazníku (Příloha 1.) pod čísly 6 a 7.

Šestá otázka zjišťuje, jak studenti nejčastěji tráví volný čas. V otázce bylo respondentům nabídnuto několik možností trávení volného času a také možnost vlastní odpovědi. Grafy 12 a 13 ukazují, jak nejčastěji tráví volný čas studenti oboru sociální činnost a zdravotnický asistent. Studenti obou oborů nejčastěji tráví volný čas na počítači a internetu. V případě studentů sociální činnosti je to 26,8 %. Studenti oboru zdravotnický asistent tráví nejčastěji čas na počítači v 24,3 %. Druhým nejčastějším způsobem bylo uváděno trávení času s kamarády či přítelem/kyní. Přibližně 13 % studentů z obou oborů uvedlo, že svůj volný čas nejčastěji tráví sportem. Co se týče trávení volného času učením, je zajímavé, že tuto možnost zvolilo pouze 7,2 % studentů sociální činnosti, oproti 13,6 % studentů zdravotnických asistentů. Vyšší procento trávení volného času učením právě u oboru zdravotnický asistent, je pravděpodobně dáno větší náročností studovaného oboru. Jako další možnost bylo trávení volného času sportem. Tuto možnost zvolilo 17,0 % studentů sociální činnosti a 14,2 % zdravotnických asistentů. Ve volné možnosti trávení možného času studenti uvedli například domácí práce, či venčení domácích mazlíčků.



Graf 12. Způsoby trávení volného času oboru sociální činnost

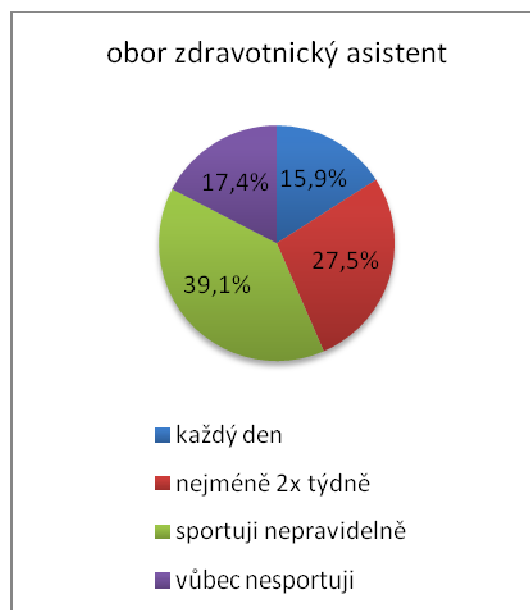


Graf 13. Způsoby trávení volného času oboru zdravotnický asistent

Sedmá otázka se táže respondentů, zda se věnují nějakému sportu a pokud ano, jak často. V následujících grafech 14 a 15 vidíme, jak často se studenti obou oborů věnují sportovní aktivitě, či zda vůbec. Výzkum ukazuje, že největší procento studentů sportuje nepravidelně. Nepravidelně sportuje 44,8 % studentů oboru sociální činnost a 39,1 % studentů oboru zdravotnický asistent. Nejméně 2x týdně sportuje 22,4 % studentů oboru sociální činnost a 27,5 % oboru zdravotnický asistent. Zajímavé je, že počet respondentů, kteří sportují každý den, je téměř stejný, jako počet studentů nesportujících vůbec. Je patrné, že pravidelná sportovní aktivita u zkoumaných respondentů je na minimální úrovni.



Graf 14. Četnost sportovní aktivity oboru sociální činnost



Graf 15. Četnost sportovní aktivity oboru zdravotnický asistent

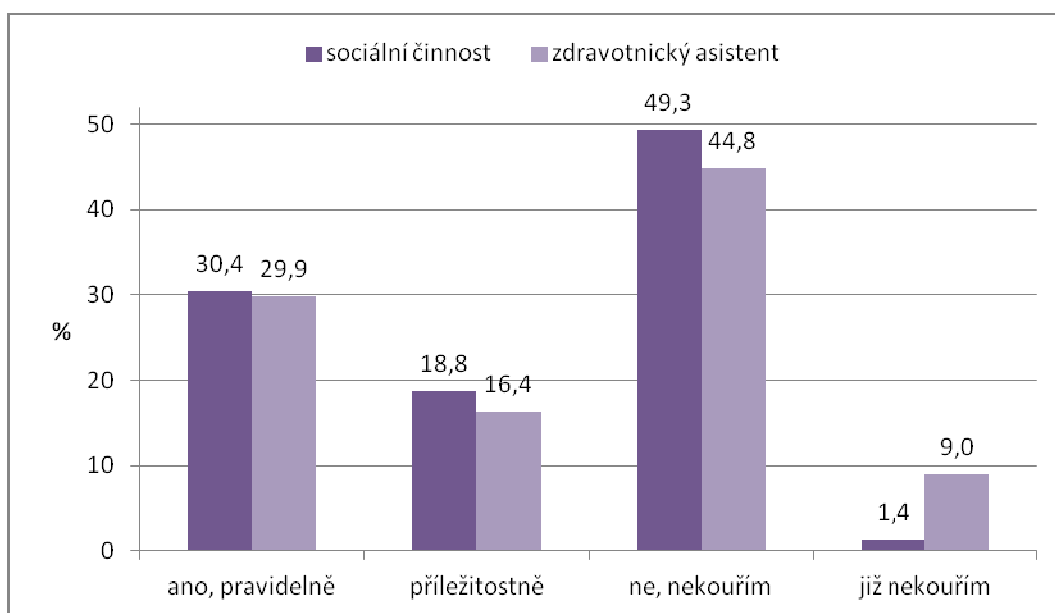
4.3 Kouření a znalosti rizik z něho vyplývajících

Další tematický celek praktické části diplomové práce se zabývá kouřením studentů. V dotazníku jsou otázky týkající se samotného kouření studentů pod čísly 8 až 14.

Otázka č. 8 se dotazuje studentů, zda kouří. Otázka byla uzavřená a studenti měli na výběr ze čtyř možností. Jestliže respondenti na otázku odpověděli záporně, tedy že nekouří, mohli přeskočit až na otázku č. 16. Z toho důvodu bude otázky zabývající se kouřením vyplňovat méně respondentů. Z tabulky 2. Vyplývá, že v oboru zdravotnický asistent je 34 kuřáků a v oboru sociální činnost je 31 kuřáků.

Tabulka 2. Rozdělení kuřáků a nekuřáků ve zkoumaném souboru

obor	ano, pravidelně		příležitostně		ne, nekouřím		již nekouřím	
	N	%	n	%	n	%	n	%
zdravotnický asistent	21	30,4	13	18,8	34	49,3	1	1,4
sociální činnost	20	29,9	11	16,4	30	44,8	6	9,0

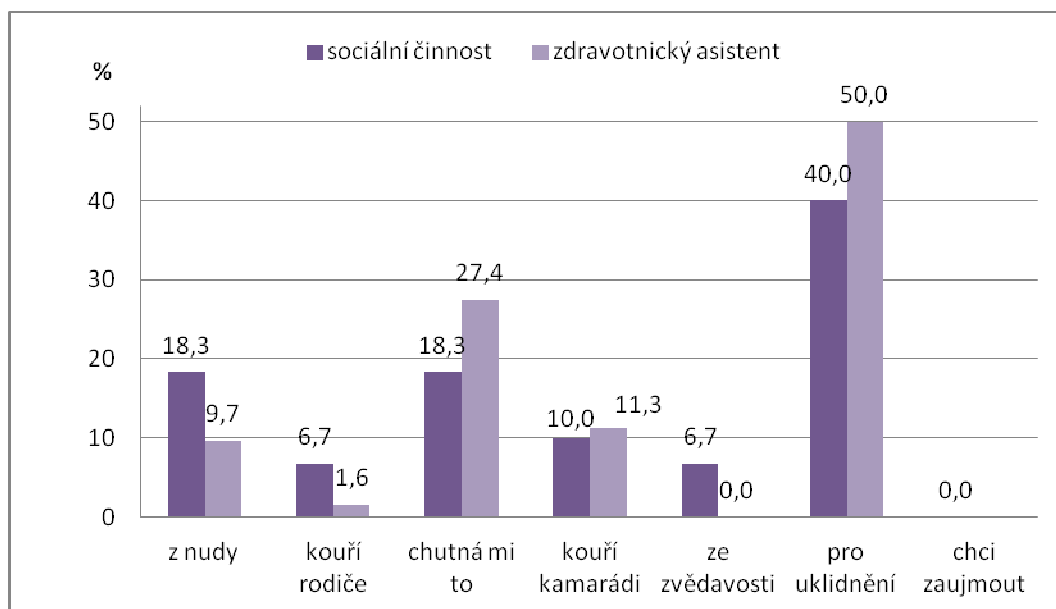


Graf 16. Poměr kuřáků a nekuřáků v oborech sociální činnost a zdravotnický asistent

Z grafu 16 vyplývá, že mezi studenty obou oborů je podíl kuřáků a nekuřáků téměř vyrovnaný, ale větší procento zastávají nekuřáci. Co se týče kuřáků, jsou více zastoupení v oboru sociální činnost (49,2 %), na rozdíl od oboru zdravotnický asistent, kde se kuřáctví objevuje v 46,3 %. Nekuřáci se v oboru sociální činnost objevují v 50,7 % a v oboru zdravotnický asistent v 53,8 %.

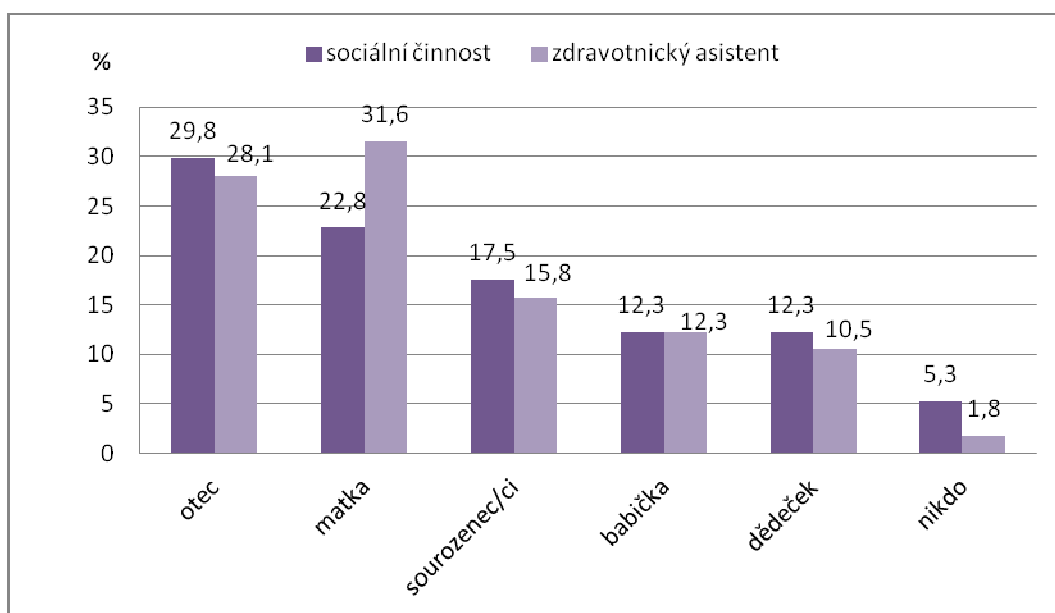
Devátá otázka v dotazníku zjišťovala, co vede studenty ke kouření, neboli z jakého důvodu kouří, či začali kouřit. Otázka nabízela studentům několik možností. Grafické znázornění procentuálního vyjádření vidíme v grafu 17. Tento graf ukazuje, že studenti obou oborů nejčastěji volili odpověď, že kouří pro uklidnění. U studentů oboru sociální činnost tuto možnost zvolilo 50,0 % dotázaných. Z oboru zdravotnický asistent tuto možnost zvolilo 40,0 % dotázaných. Dalším nejhojněji zvoleným důvodem kouření byla odpověď: „chutná mi to“. Tuto možnost zvolilo 27,4 % studentů z oboru zdravotnický asistent a 18,3 % studentů z oboru sociální činnost. Dále poměrně vysoké procento studentů, především z oboru sociální činnost, zvolili možnost, že kouří z nudy a to v 18,3 %. Naopak u studentů zdravotnických asistentů byla tato možnost volena téměř o polovinu méně a to 9,7 %. Poměrně vyrovnané procento kuřáků v obou oborech uvedlo, že kouří, protože kouří také jejich kamarádi. Zajímavé je, že pouze 6,7 % kuřáků z oboru sociální činnost a 1,6 % kuřáků z oboru zdravotnický asistent uvedlo, že kouří,

protože kouří jejich rodiče. Ale z následujícího grafu 18. je patrné, že většina studentů kuřáků, odpovědělo, že ve velké míře kouří také rodiče. Kouření ze zvědavosti přiznalo pouze 6,7 % studentů z oboru sociální činnost. Další nabízenou možností bylo také kouření ze zvědavosti, tuto odpověď však nevyužil žádný dotazovaný.



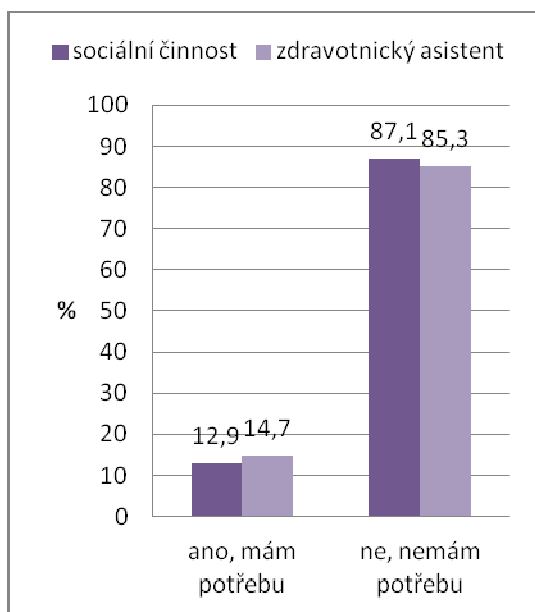
Graf 17. Důvody, které vedou studenty oboru sociální činnost a zdravotnický asistent ke kouření

Otázka desátá zjišťovala, zdali se v rodině kouřících studentů objevují kuřáci. Respondentům bylo nabídnuto z šesti možností odpovědi. Z grafu 18 je patrné, kterých možností studenti využívali. Je zřejmé, že velký podíl kouřících studentů má kuřáky v rodině. V největší míře byli v obou případech zastoupeni rodiče. Otce kuřáky má v oboru sociální činnost 29,8 % studentů a v oboru zdravotnický asistent 28,1 % studentů. Co se týče kouření matek, vybralo tuto možnost 31,6 % studentů oboru zdravotnický asistent a u oboru sociální činnost podstatně méně a to 22,8 % studentů. Ve velké míře se objevuje kouření sourozenců, kdy tuto možnost zvolilo 17,5 % studentů sociální činnosti a 15,8 % studentů zdravotnických asistentů. Kouření prarodičů je v obou oborech poměrně vyrovnané. Pouze 5,3 % studentů sociální činnosti a 1,8 % studentů zdravotnických asistentů zvolili možnost, že v jejich rodině nekouří nikdo. Zjištění tedy vypovídá o tom, že studenti kuřáci mají doma ve velké míře rodiče, kteří kouří. Rodič je obecně brán jako vzor dítěte. Otázkou tedy je, zda opravdu kouření rodičů zapříčiňuje kouření dětí.

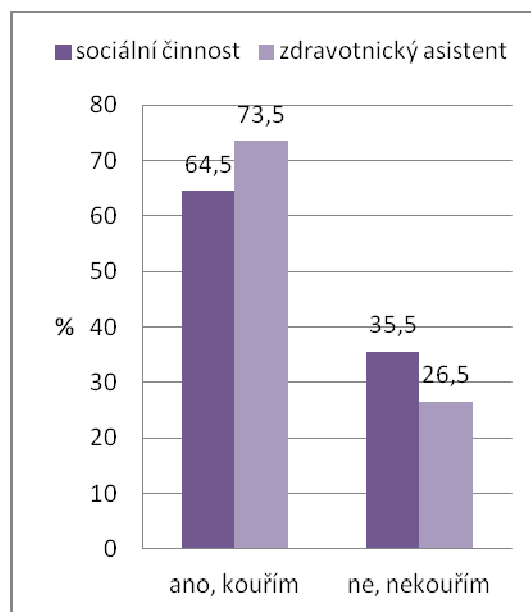


Graf 18. Výskyt kuřáků v rodinách studentů oboru sociální činnost a zdravotnický asistent

Otázka jedenáctá se dotazovala respondentů, zda je pro ně těžké nekouřit během vyučování. Třináctá otázka však zjišťovala, zda studenti během vyučování kouří. Došlo k zajímavému střetu odpovědí, který vidíme na grafech 19 a 20. Graf 19 vypovídá o tom, že 87,1 % studentů oboru sociální činnost a 85,3 % oboru zdravotnický asistent uvedlo, že během školního vyučování nezaznamenávají potřebu kouřit. Oproti tomu potřebu kouřit přiznalo v oboru sociální činnost 12,9 % dotázaných a v oboru zdravotnický asistent 14,7 % dotázaných. Když však výpovědi porovnáme s grafem 20, zjistíme, že větší procento žáků chodí během školního vyučování (o přestávkách, ve volných hodinách) kouřit, než ti co kouřit nechodí, jak bychom se naopak mohli z grafu 19 domnívat, že bude více studentů, kteří během výuky nekouří. Graf 20 tedy ukazuje, že 64,5 % studentů oboru sociální činnost během vyučování chodí kouřit a studenti oboru zdravotnický asistent chodí během výuky kouřit dokonce v 73,5 %. Z těchto grafů vyplývá, že velká část studentů, kteří kouří, si neuvědomují svou opravdivou potřebu kouřit i během výuky. Zdánlivě si myslí, že tuto potřebu nemají, avšak ke kouření během výuky se přiznají.



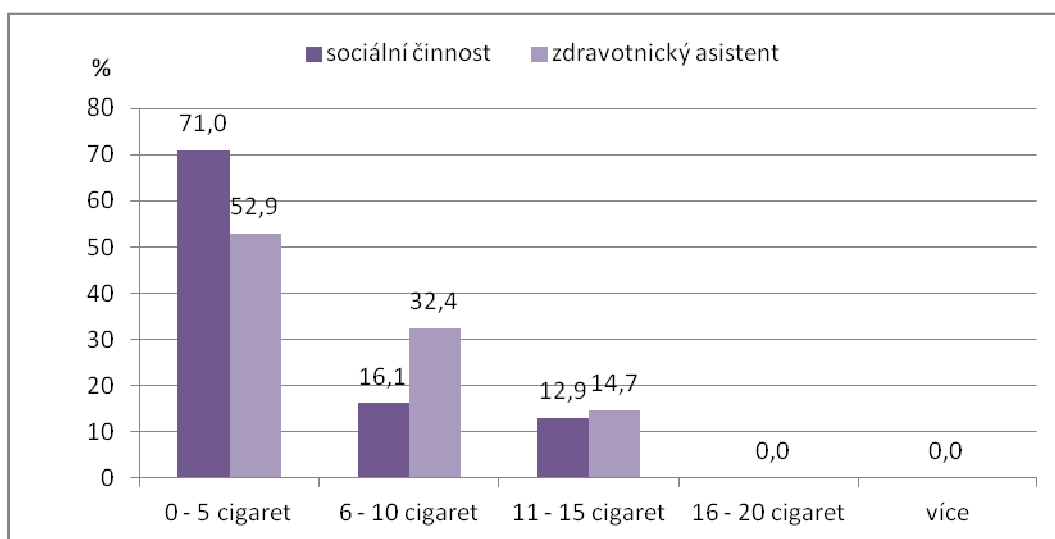
Graf 19. Potřeba kouření během výuky u oboru sociální činnost a zdravotnický asistent



Graf 20. Kouření během výuky u oboru sociální činnost a zdravotnický asistent

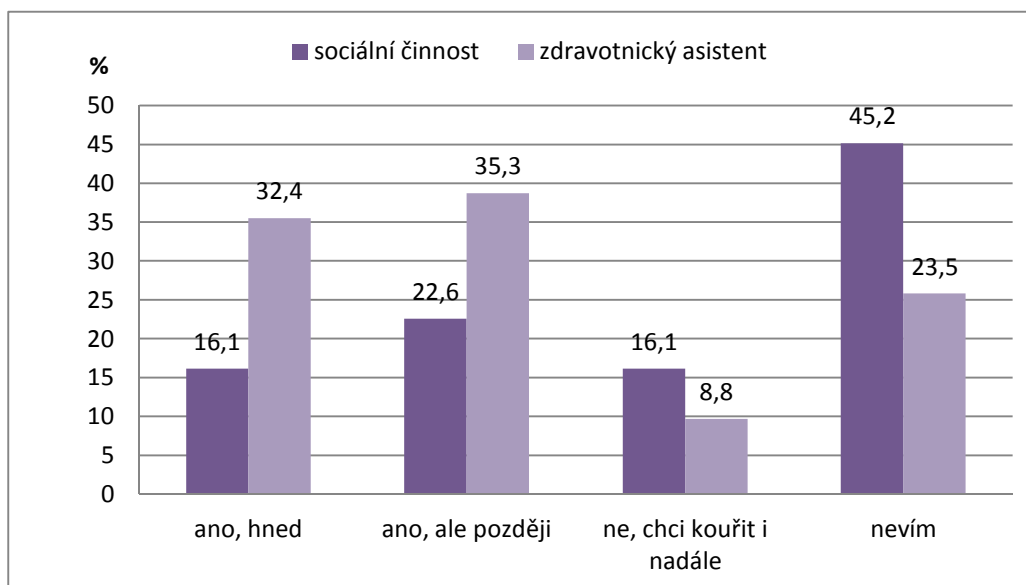
Dvanáctá otázka dotazníku se týkala zjišťování množství denně vykouřených cigaret. Otázka měla pět možností odpovědí, z čehož poslední dvě možnosti nebyly studenty využity. Z grafu 21 je tedy patrné, že největší procento studentů kouří maximálně 5 cigaret denně. Z oboru sociálně správně činnost je to 71,0 % a z oboru zdravotnický asistent 52,9 %. Větší procento kuřáků kouřících více jak 6 cigaret, ale méně než 10 cigaret denně je u oboru zdravotnický asistent a to 32,4 %, u oboru sociální činnost je to 16,1 %. Nejmenší podíl kuřáků kouří více než 11, ale méně než 15 cigaret za den. Takových kuřáků v oboru zdravotnický asistent 14,7 % a v oboru sociální činnost 12,9 %. Z výzkumu vyplývá, že i když je procento kuřáků poměrně vysoké (téměř padesát procent u obou oborů), je dobré, že i když studenti kouří, nevykouří za den tak velké množství cigaret. Jak dokazuje graf 21, největší procento kuřáků vykouří maximálně 5 cigaret denně. V oboru sociální činnost je to 71,0 % studentů a v oboru zdravotnický asistent 52,9 % studentů. Studenti oboru sociální činnost kouří méně cigaret ve větším počtu, ale studenti zdravotnických asistentů ve větším procentu kouří více než 5 cigaret denně. 6–10 cigaret denně tedy kouří 16,1 % studentů sociální činnosti a 32,4 % zdravotnických asistentů. Nejmenší podíl studentů je zastoupen u kouření 11–15 cigaret denně. V takovém množství kouří 12,9 % studentů sociální činnosti a 14,7 %

studentů zdravotnických asistentů. Je zřejmé, že studované obory studentů nehrají významnou roli na počet vykouřených cigaret.



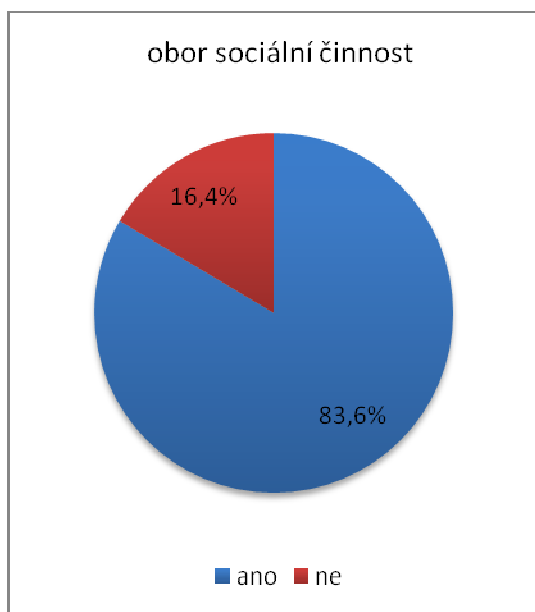
Graf 21. Podíl denně vykouřených cigaret u oboru sociální činnost a zdravotnický asistent

Další otázka dotazníku se tázala respondentů, zdali by chtěli přestat kouřit. Dotazovaným byly předloženy čtyři možnosti odpovědí, jak je z grafu 22 patrné. Hned nebo později by chtělo přestat větší procento studentů oboru zdravotnický asistent a to v 32,4 % hned a v 35,3 % později. Na rozdíl od studentů oboru sociální činnost, kteří chtějí přestat hned v 16,1 % a později v 22,6 %. Z toho vyplývá, že také větší procento studentů sociální činnosti nechtějí přestat v 16,1 %, ale u studentů zdravotnických asistentů chce kouřit i nadále pouze 8,8 %. V oboru sociální činnost je více studentů (45,2 %), kteří nad možností, zda chtějí přestat kouřit nebo chtějí kouřit i nadále zatím nepřemýšleli nebo odpověď na tuto otázku neví. Studenti oboru zdravotnických asistentů v 23,5 % případech odpověděli, že neví, zda chtějí nebo nechtějí přestat kouřit.

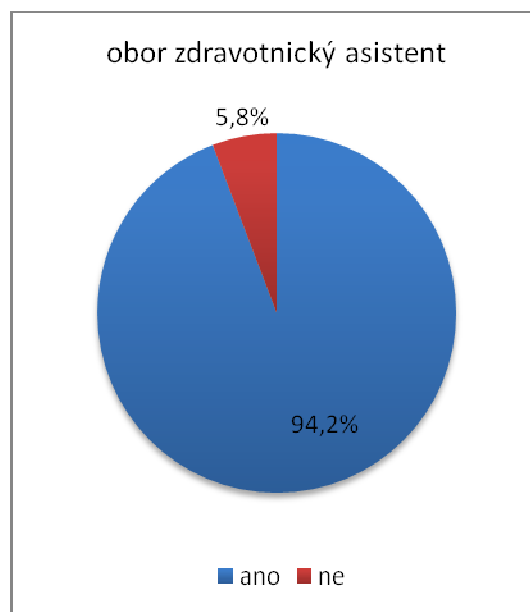


Graf 22. Poměr respondentů oboru sociální činnost a zdravotnický asistent, kteří by (ne)chtěli přestat kouřit

Patnáctá otázka zjišťuje, zda jsou studenti v rámci výuky ve škole seznamováni s problematikou kouření a rizikovými faktory s kouřením souvisejícími. Studenti oboru sociální činnost z 83,6 % případů odpověděli, že ve škole problematikou kouření probírali. 16,4 % studentů tohoto oboru však odpovědělo, že se ve škole s výukou problematiky kouření nesetkali. U oboru zdravotnických asistentů větší procento dotázaných (83,6 %) uvedlo, že problematikou kouření ve škole probírali. Tím pádem pouze 5,8 % zdravotníku uvedlo, že tato problematika ve škole probírána nebyla. Z toho zjištění vyplývá, že u zdravotnických asistentů je problematika kouření ve výuce více probírána než u oboru sociální činnost. Pravděpodobně je to způsobené odbornými zdravotními předměty vyučovanými u oboru zdravotnický asistent. Graf 23 a 24 znázorňuje odpovědi respondentů.

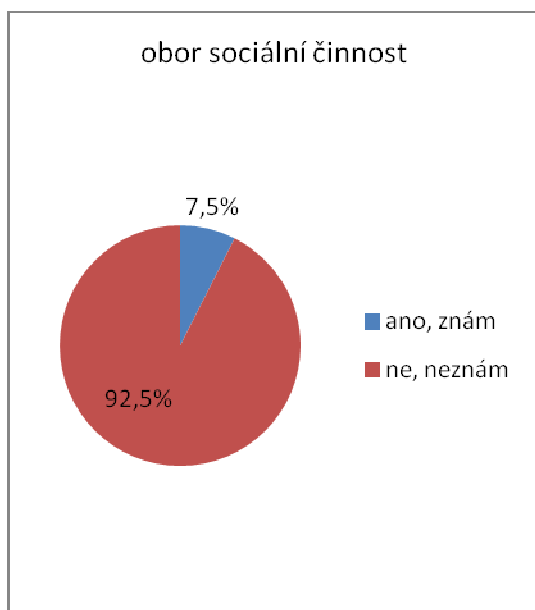


Graf 23. Probírání problematiky kouření ve škole u oboru sociální činnost

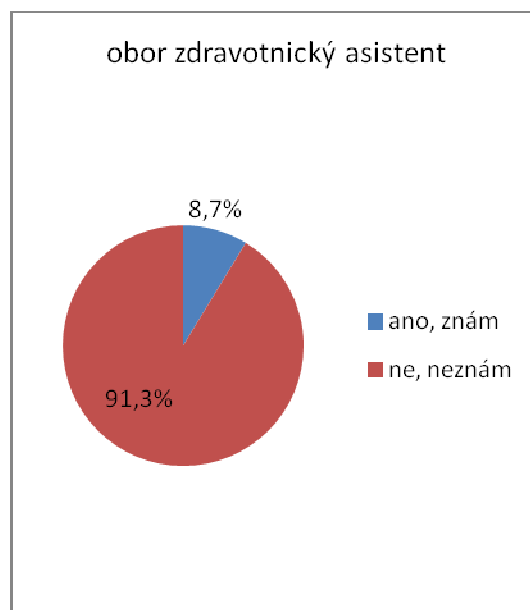


Graf 24. Probírání problematiky kouření ve škole u oboru zdravotnický asistent

Šestnáctá otázka dotazníku zjišťovala, zda studenti oboru sociální činnost a zdravotnický asistent, znají nějaké preventivní programy zaměřené proti kouření. Graf 25 a 26 znázorňuje odpovědi respondentů. U obou oborů je patrné, že většina respondentů žádný preventivní program zaměřený proti kouření cigaret nezná, patrně z důvodu, že se s takovýmto programem nikdy nesetkali. Pouze 7,5 % respondentů oboru sociální činnost a 8,7 % respondentů oboru zdravotnický asistent uvedli, že nějaký preventivní program zaměřený proti kouření znají. Pouze jeden dotázaný uvedl, že za preventivní program považuje různé přednášky a besedy zaměřené proti kouření. Tato odpověď však nebyla cílem zjištění. Zbytek respondentů, kteří odpověděli, že preventivní program zaměřený na kouření znají, však neuvedlo žádný konkrétní název. Je zřejmé, že se škola nezapojila do žádného konkrétního preventivního programu proti kouření, které jsou uvedeny například v kapitole Prevence kouření ve škole

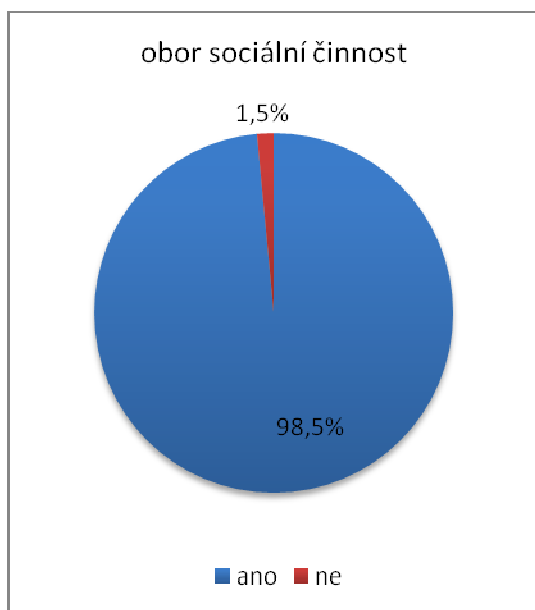


Graf 25. Znalost preventivních programů u oboru sociální činnost



Graf 26. Znalost preventivních programů u oboru zdravotnický asistent

Otázka č. 17 zjišťovala, zda jsou si studenti vědomi zdravotních rizik vyplývajících z kouření. Jak grafy 27 a 28 znázorňují, u obou oborů je patrné, že si studenti ve velké míře rizika vyplývající z kouření uvědomují. Pouze 1,5 % studentů sociální činnosti a 1,4 % zdravotnických asistentů uvedlo, že si nejsou vědomi zdravotních rizik z kouření vyplývajících. Po této otázce v dotazníku následovala položka, aby studenti uvedli zdravotní rizika vyplývající z kouření. Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří si tyto rizika uvědomují. Nejčastější odpovědí byla rakovina plic, jazyka a dutiny ústní. V největší míře se tyto odpovědi objevovali u zdravotnických asistentů. Dále se objevila také rakovina hrtanu, jícnu a žaludku. K dalším závažným onemocněním, která mohou spolu s ostatními faktory vyplývat z kouření, studenti uváděli infarkt myokardu a cévní mozkovou příhodu. V několika případech studenti uvedli také zvýšení krevního tlaku a uvědomovali si rizika kouření během těhotenství, kdy kouření matky má vliv na zdraví nenarozeného dítěte. Několik studentů odpovědělo, že kuřáci zapáchají a tento zápach je nepříjemný pro ostatní. V neposlední řadě jako riziko studenti viděli žloutnutí zubů a nehtů.



Graf 27. Znalosti zdravotních rizik vyplývajících z kouření u oboru sociální činnost

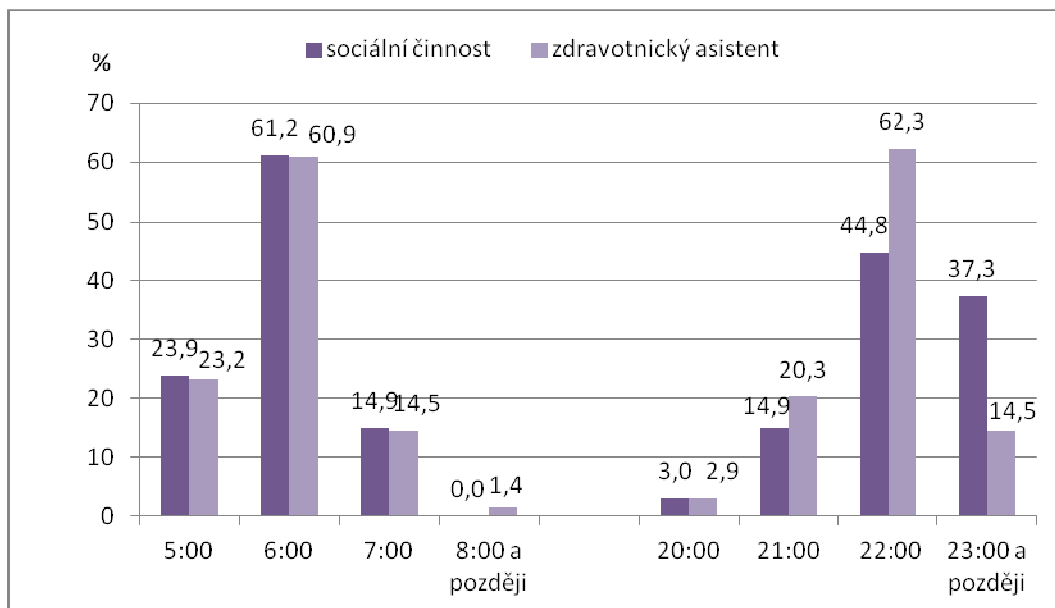


Graf 28. Znalosti zdravotních rizik vyplývajících z kouření u oboru zdravotnický asistent

4.4 Spánkový režim

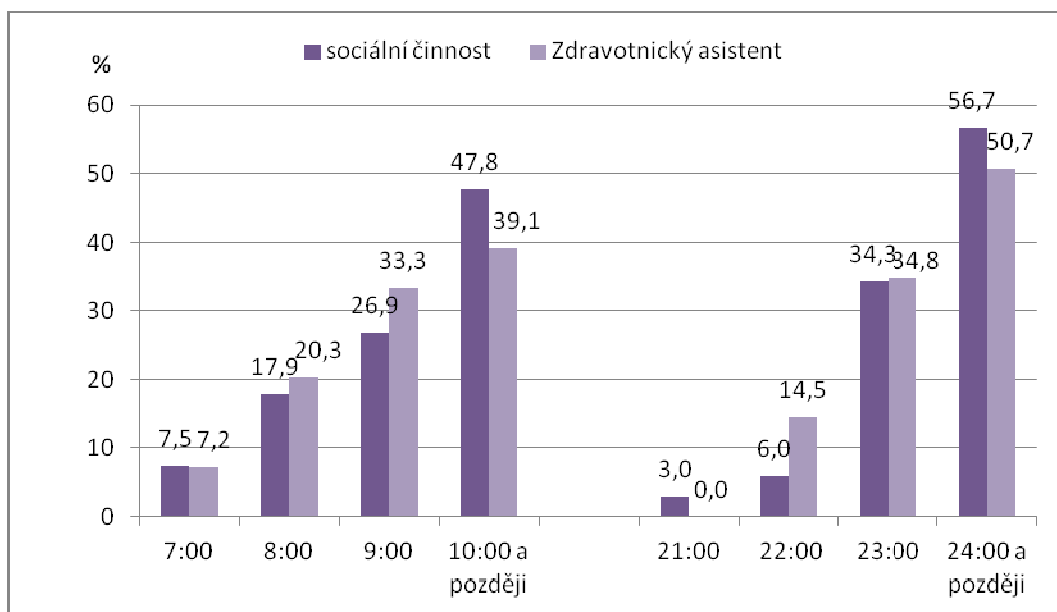
Tomuto tematickému celku praktické části diplomové práce byly v dotazníku věnovány otázky č. 19 – 22. Otázky zjišťovaly, v kterou hodinu studenti vstávají a chodí spát ve všední dny, ale také o víkendech a prázdninách. Graf 29 znázorňuje hodiny usínání a vstávání obou oborů ve všední dny. Co se týče hodiny vstávání, je z grafu patrné, že ve všech možnostech hodin vstávání je procento studentů vysoce vyrovnané. Nejčastěji studenti obou oborů ve všední den vstávají v 6 hodin ráno. Studenti oboru sociální činnost v 61,2 % a studenti oboru zdravotnický asistent v 60,9 %. Taková shoda v hodině vstávání, je dána patrně z důvodu vstávání do školy. Zvolená doba ulehání ke spánku se však u respondentů rozcházela, s výjimkou možnosti doby ulehání spánku ve 20 hodin. Ve 21 hodin chodí spát 14,9 % studentů oboru sociální činnost a 20,3 % zdravotnických asistentů. Největší procento studentů ulehá ke spánku ve 22 hodin. U studentů oboru sociální činnost je to 44,8 % a u zdravotnických asistentů 62,3 %. Možnost ulehání ke spánku ve 23 hodin a později zvolilo 37,3 % respondentů oboru sociální činnost a 14,5 % respondentů oboru zdravotnický asistent. Ze zjištěných

informací o době ulehání ke spánku a době vstávání vyplývá, že největší podíl studentů spí 8 hodin denně.



Graf 29. Doba vstávání a doba ulehání ke spánku ve všední dny u oboru sociální činnost a zdravotnický asistent

Doba vstávání a ulehání ke spánku se u studentů logicky mění o víkendech a prázdninách, kdy nemají povinnost vstávat do školy. Graf 30 ukazuje, největší procento dotazovaných o víkendech a prázdninách vstává v 10 hodin a později. Tuto možnost si zvolilo 47,8 % studentů sociální činnosti a 39,1 % zdravotnických asistentů. Ostatní doby vstávání jsou u obou oborů poměrně vyrovnané. Nejmenší počet studentů vstává v 7 hodin ráno, poté následuje 8 hodina a následně 9 hodina. Čím pozdější doba vstávání, tím větší procento dotazovaných. Jako dobu ulehání ke spánku studenti obou oborů, volili nejčastěji ve 24 hodin a později. Poté studenti volili nejvíce dobu ulehání ke spánku ve 23 hodin. Pouze 6,0 % studentů sociální činnosti a 14,5 % zdravotnických asistentů volilo možnost ulehání ke spánku ve 22 hodin a 3,0 % studentů sociální činnosti ve 21 hodin. Z těchto informací vyplývá, že největší část studentů spí o víkendech a prázdninách až 10 hodin.



Graf 30. Doba vstávání a doba ulehání ke spánku o víkendech a prázdninách u oboru sociální činnost a zdravotnický asistent

5 DISKUZE

Hlavním cílem praktické části této diplomové práce bylo zjistit znalosti o vybraných zásadách zdravého životního stylu. Tyto znalosti byly zjištěny pomocí anonymních dotazníků u studentů nejmenované střední odborné školy. V práci jsou porovnávány výsledky dvou oborů dané školy a to oboru sociální činnost a zdravotnický asistent. V podvědomí studentů i pracovníků školy je totiž obor sociální činnost brán více jako problémový (prospěch, chování) oproti oboru zdravotnický asistent. Jelikož jsem sama absolventkou této střední školy, na vlastní kůži jsem tento přístup zažila. Proto bylo cílem práce zjistit znalosti studentů obou oborů a vzájemně je porovnat.

Vyhodnocení výzkumných předpokladů

Pro vyhodnocení praktické části, bylo stanoveno pět výzkumných předpokladů. V této kapitole budou tyto výzkumné předpoklady porovnány s výsledky výzkumu.

První předpokladem bylo, že většina studentů vypije v průběhu dne 2 l tekutin a stravuje se 5× denně. Z výzkumu je patrné, že 53,7 % studentů sociální činnosti vypije během dne 2 l tekutin. U oboru zdravotnický asistent však 2 l tekutin denně vypije pouze 31,9 % studentů. Co se týče denní konzumace potravin, tak se studenti nejčastěji stravují 4–5× denně. 5x denně se stravuje 34,3 % a 4x denně 23,9 % studentů oboru sociální činnost. Oproti tomu studenti oboru zdravotnický asistent uvedli stravování 5× denně v 37,7 % případů a 4× denně v 30,4 % případů. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že studenti oboru sociální činnost mají sice lepší pitný režim, ale pokulhávají v pravidelném stravování, kde pravidelněji stravují studenti oboru zdravotnický asistent. Výzkumný předpoklad se tedy potvrdil pouze u pitného režimu oboru sociální činnost. 2 l tekutin ve většině případů totiž vypijí pouze studenti právě oboru sociální činnost. U oboru zdravotnický asistent nebyl předpoklad potvrzen, protože 2 l tekutin denně vypije pouze asi třetina studentů. Také u stravování studentů nebyl výzkumný předpoklad potvrzen, jelikož ani jeden obor nedosáhl většiny studentů stravujících se 5x denně.

Druhý výzkumný předpoklad uváděl, že studenti z největší části kouří z toho důvodu, že kouří jejich kamarádi. Tento předpoklad byl však vyvrácen, protože tuto možnost z nabídky proč studenti kouří, si vybralo pouze 10,3 % studentů oboru sociální činnost a 11,3 % studentů oboru zdravotnický asistent. Jako nejčastější důvod kouření studenti vybírali, že kouří pro uklidnění a to ve 40,0 % oboru sociální činnost

a 50,0 % oboru zdravotnický asistent. Toto zjištění pro mě bylo velmi zarážející. Je podivuhodné, že tak vysoké procento mladých kuřáků sahá po cigaretě právě z důvodu uklidňujícího účinku. Tento zvolený důvod kouření, může znamenat již vybudovanou fyzickou závislost na cigaretách. Co se týče srovnání oborů, byly výsledky důvodů kouření srovnatelné.

Dalším výzkumným předpokladem bylo, že minimálně 20 % dotázaných kouřících adolescentů bude mít rodiče kuřáky. Tento výzkumný předpoklad byl potvrzen. 29,8 % studentů oboru sociální činnost uvedlo, že kouří jejich otec a 22,8 % studentů toho stejného oboru uvedlo jako kuřáka v rodině matku. U oboru zdravotnický asistent zvolilo otce jako kuřáka v rodině 28,1 % studentů a matku dokonce 31,6 % studentů. Pouze 5,3 % studentů oboru sociální činnost a 1,8 % studentů oboru zdravotnický asistent uvedlo, že v jejich rodině není nikdo kuřákem. Toto zjištění potvrzuje, že dospělý člověk je z velké části vzorem dítěte. Rodiče, kteří kouří, by se měli zamyslet nad budoucností svých dětí. Jedno z možností učení, kterým se jako děti učíme seznamovat se světem je učení nápodobou. Není divu, že děti, které vidí doma kouřit své rodiče, začínají ve starším věku kouřit také. To, co vidí dítě doma, považuje za normální a může takové chování provozovat také. Myslím si, že spousta kouřících rodičů nechce, aby jejich děti také kouřili, přesto své návyky kvůli dítěti neomezí.

Předposledním výzkumným předpokladem bylo, že 80 % dotázaných studentů si bude vědomo zdravotních rizik vyplývajících z kouření. Tento předpoklad byl plně potvrzen. Studenti oboru sociální činnost si zdravotní rizika vyplývající z kouření uvědomují z 98,5 % dotázaných a studenti oboru zdravotnický asistent z 98,6 % dotázaných. Ani u toho výzkumného předpokladu nelze určit rozdíl mezi studenty oboru sociální činnost a zdravotnický asistent. Právě z pohledu studovaného oboru mě překvapilo, že i studenti sociální činnosti jsou tak dobře informováni o zdravotních rizicích vyplývajících z kouření. U studentů oboru zdravotnický asistent jsem vysoké procento znalostí zdravotních rizik očekávala vzhledem k odborným zdravotnickým předmětům, kde se nemoci, které mohou být způsobeny právě kouřením, probírají.

Poslední výzkumný předpoklad stanovoval, že 70 % studentů je v rámci výuky seznamováno s problematikou kouření, ale nejsou si vědomi zúčastnění nějakého preventivního programu v rámci celé školy. Tento výzkumný předpoklad byl potvrzen, jelikož 83,6 % studentů oboru sociální činnost a 94,2 % studentů oboru zdravotnický asistent uvedlo, že jsou během výuky seznamováni s problematikou kouření. Vyšší

procento zdravotnických asistentů je vysoké patrně z důvodu profilu studovaného oboru. Znalost preventivních programů však u studentů výrazně pokulhá, což je pravděpodobně způsobeno nezúčastnění se školy v žádném takovémto programu. Přes 90 % studentů obou oborů uvedlo, že žádný preventivní program neznají. Zbylí studenti sice uvedli, že preventivní program znají, nebyli však schopni žádný konkrétní program jmenovat. Pouze jeden dotázaný student uvedl jako preventivní program besedy či přednášky na různou problematiku, kterých se v rámci výuky zúčastnil. I v tomto případě nemá studovaný obor vliv na zařazení problematiky kouření do výuky. Učitelé jednotlivých předmětů u obou oborů pravděpodobně do obsahu učiva komponují také problematiku kouření, což považují za pozitivní způsob výuky.

Porovnání zjištěných výsledků této práce s výsledky jiných výzkumů

V roce 2007 byl Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti proveden výzkum s názvem Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách – ESPAD (Csémy, Chomynová, Sadílek, 2009). Tento výzkum, tak jako výzkum této práce, mimo jiné zaměřen také na tabakismus právě u cílové skupiny adolescentů. ESPAD rozděloval respondenty výzkumu na chlapce a dívky. Vzhledem k podstatně většímu zastoupení děvčat coby respondentů praktické části této práce, budou výsledky porovnávány pouze s výsledky děvčat Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách.

Ze zjištěných údajů praktické části diplomové práce vyplývá, že více než 11 cigaret denně vykouří 12,9 % studentek oboru sociální činnost a 14,7 % studentek oboru zdravotnický asistent. Studie ESPAD z roku 2007 uvádí, že více než 11 cigaret denně vykouří 26,8 % dotazovaných děvčat. Z výzkumu praktické části diplomové práce, je patrné, že více než 11 cigaret denně vykouří méně dívek. Jako nejčastější odpověď bylo uváděno kouření maximálně 5 cigaret denně. Tuto možnost si vybralo celých 71,0 % respondentů oboru sociální činnost a 52,9 % respondentů oboru zdravotnický asistent. Procento kuřáků na vybrané škole je tedy vysoké, ale jako polehčující lze brát okolnost, že alespoň nevykouří za den tolik cigaret, jak uvádí výzkum ESPAD z roku 2007.

Dalším výsledkem srovnávaným se studií ESPAD bude četnost pohybové aktivity. V praktické části mé diplomové práce bylo zjištěno, že každý den sportovní činnost vykonává pouze 16,4 % studentek oboru sociální činnost a 15,9 % studentek oboru zdravotnický asistent. Vysoké procento se však objevuje u možnosti, že respondenti

nesportují vůbec. Tuto možnost si vybralo 44,8 % studentek oboru sociální činnost a 39,1 % studentek oboru zdravotnický asistent. Ve srovnání s výsledky Evropské školní studie je denní četnost pohybové aktivity na srovnatelné úrovni s výzkumem praktické části této diplomové práce. Ve studii uvedlo 20,4 % dívek, že sportují každý den. K velkému rozdílu však dochází u možnosti, kdy dívky ze souboru výzkumu ESPADU uvedly, že žádnou pohybovou aktivitu neuvádějí. Tuto možnost si podle výzkumu Evropské školní studie vybralo pouze 5,5 % dotazovaných dívek, což je v porovnání s výzkumem této práce zanedbatelné číslo. Je patrné, že zkoumaný vzorek této práce má velmi nízkou pohybovou aktivitu.

Jako nejčastější způsob trávení volného času, uvedli respondenti výzkumu této praktické části, čas trávený na počítači. U studentů oboru sociální činnost, si tuto možnost trávení volného času zvolilo 26,8 % respondentů a u oboru zdravotnický asistent zvolilo tuto možnost 24,3 % respondentů. Kalman a kol. (2011) ve Zprávě o zdraví a životním stylu dětí a školáků z roku 2010 také uvádí vysokou četnost respondentů trávících svůj čas na počítači. V rámci výzkumu Zprávy o zdraví a životním stylu bylo zjištěno, že denně tráví až 4 hodiny na počítači 36,4 % děvčat. Tenhle zjištěný údaj by měl být pro mnohé pracovníky pracující s dětmi a hlavně pro jejich rodiče velmi varovný. Vzhledem k tomu, že až 40 % respondentů v praktické části této práce uvedlo, že ve svém volném čase nevykonávají žádnou pohybovou činnost, ale ve vysoké míře tráví svůj volný čas na počítači. Pravděpodobně je to způsobeno dnešní dobou, kdy za pomoci internetu studenti tráví čas konverzací se svými kamarády přes různé sociální sítě (Facebook, Twitter), aniž by museli jít za někým pěšky a trávit tak volný čas alespoň nějakým pohybem a hlavně na čerstvém vzduchu.

ZÁVĚR

Diplomová práce zkoumala dodržování námi vybraných zásad zdravého životního stylu a užívání tabáku u studentů na vybrané škole. Ze zásad zdravého životního stylu byl u studentů zjišťován jejich pitný režim, denní stravování, četnost konzumace vybraných potravin, sportovní aktivita a také spánkový režim. Dále jsme zjišťovali počet kouřících studentů, důvody, které je vedou ke kouření, zda je ve škole probírána problematika kouření a také znalosti rizik z kouření vyplývajících.

Výzkumná část diplomové práce byla zajištěna sběrem dat pomocí dotazníkového šetření. Pro sběr dat bylo osloveno 170 respondentů na vybrané střední odborné škole. Vyplněných dotazníků vhodných ke zpracování praktické části této práce bylo 136. Praktická část je zaměřená na srovnání dvou oborů na dané škole a to oboru sociální činnost a zdravotnický asistent. Z oboru sociální činnost bylo ke zpracování zprostředkováno 67 dotazníků a z oboru zdravotnický asistent 69 dotazníků.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaké mají studenti znalosti o vybraných zásadách zdravého životního stylu. K tomuto hlavnímu cíli byly stanoveny dílčí cíle.

Hlavní cíl práce zjistil, že studenti znají a poměrně v uspokojivé míře dodržují zásady zdravého stravování, pitného a spánkového režimu. Co se však týče zásad pohybové aktivity, nejsou na tom studenti dané školy příliš dobře, jelikož pouze 16,4 % respondentů oboru sociální činnost a 15,9 % respondentů oboru zdravotnický asistent vykonává sportovní aktivitu každý den. Přitom mezi doporučení pohybové aktivity patří vykonávat sportovní činnost alespoň 30 minut každý den. Největší procento respondentů uvedlo, že jejich pohybová aktivita je nepravidelná. S ohledem na četnost pohybové aktivity u studentů, je nejčastější volená odpověď, jak studenti tráví svůj volný čas, trávení času na počítači a internetu. Tuto možnost si zvolilo 26,8 % studentů oboru sociální činnost a 24,3 % studentů oboru zdravotnický asistent. Tento zjištěný fakt byl pro mě velmi smutný, ale víceméně potvrdil očekávání. Studenti dnešní doby opravdu tráví více času doma u počítače než například venku, kde mají spoustu možností vykonávání jakékoli sportovní aktivity.

Překvapením pro nás bylo zjištění, že se mezi respondenty objevují více nekuřáci než kuřáci. Počet nekuřáků mezi dotazovanými respondenty byl 74, kuřáků bylo 65. I když to není markantní rozdíl, bereme jako pozitivní fakt, že se mezi mladými lidmi pořád objevuje více nekuřáků. Dílčí cíl jedna zjišťoval, zda studenti znali zásad zdravého

životního stylu podléhají návyku kouření. Bylo zjištěno, že i když studenti znají jisté zásady zdravého životního stylu, přesto se uchylují ke kouření. Myslíme si, že tento fakt je způsobený nevyzrálou osobností dotazovaných respondentů. Takto mladí lidé si teprve musí uvědomit, že kouření je škodlivé a není to nejlepší způsob, jak zacházet se svým zdravím.

Druhý dílčí cíl zjišťoval pitný režim a pravidelné stravování studentů. Nejčastěji volenou odpovědí bylo 1,5 l a 2 l denně. Objevily se rozdíly mezi odpověďmi studentů obou oborů. Studenti oboru sociální činnost více volili možnost, že pijí 2 l denně (53,7 % studentů). U studentů zdravotnických asistentů byla častější udávaná odpověď, že vypijí 1,5 l denně. Tuto možnost vybralo 50,7 % studentů tohoto oboru. Volené možnosti obou oborů se sice liší, ale pokládáme za pozitivní, že si studenti uvědomují množství vypitých tekutin za den a důležitost pitného režimu pro organizmus. Pokud studenti nevykonávají během dne žádnou výrazně namáhavou fyzickou aktivitu v nepříznivých klimatických podmínkách, můžeme jejich pitný režim považovat za optimální. Stravovací návyky mají studenti také dobré. Největší procento studentů uvedlo, že se stravuje 5× denně, což považujeme za velmi pozitivní odpověď. 5× denně se stravuje 34,3 % studentů oboru sociální činnosti a 37,7 % studentů oboru zdravotnický asistent. Druhou nejčastější odpovědí bylo voleno, že se studenti stravují 4× denně. Tuto možnost zvolilo 23,9 % studentů oboru sociální činnost a 30,4 % studentů oboru zdravotnický asistent. Lze tedy říci, že stravovací a pitné návyky u studentů obou oborů jsou na dobré úrovni. V porovnání obou oborů se mezi jejich stravováním a pitným režimem nevyskytují velké rozdíly.

Třetí dílčí cíl zjišťoval, co vede kouřící studenty k užívání tabáku. Výsledky získané dotazníkovým šetřením byly velmi překvapivé. 40 % studentů oboru sociální činnost a 50 % studentů oboru zdravotnický asistent uvedlo, že kouří, z důvodu navození klidu. Z těchto výsledků je patrné, že studenti již na kouření cigaret mají vzniklý návyk a pravděpodobně i vyvinutou fyzickou závislost. Jelikož se fyzická závislost projevuje abstinenčními příznaky, kterými může být nervozita, podrážděnost atd., snaží se je kuřáci potlačit právě vykouřením cigarety, která je uklidní. Tento zjištěný výsledek je pro nás tedy velmi varovný. Vyplývá z něj, že studenti již nejsou závislí na kouření cigaret pouze psychicky, tedy že kouří, když kouří kamarádi, nebo z nudy, ale kouří, aby potlačili abstinenční příznaky fyzické závislosti.

Čtvrtý dílčí cíl měl za úkol zjistit, zda kouří rodinní příslušníci studentů, kteří sami kouří. Tento dílčí cíl měl také překvapivý výsledek. Bylo zjištěno, že pouze 5,3 % studentů oboru sociální činnost a 1,8 % studentů oboru zdravotnický asistent nemá rodinné příslušníky kuřáky. Zbytek respondentů nejvíce uvádělo kouřící rodiče. Kouření otce uvedlo 29,8 % studentů oboru sociální činnost a 28,1 % studentů oboru zdravotnický asistent. Matku kuřáčku má 22,8 % studentů oboru sociální činnost a dokonce 31,6 % studentů zdravotnický asistent. Zbytek studentů uvedlo, že kouří jejich sourozenci či prarodiče. Je patrné, že převážná část studentů, kteří kouří, má rodinné příslušníky také kuřáky. Otázkou zůstává, jestli studenti, kteří kouří, začali kouřit proto, že takové chování viděli doma. Tato možnost je velice pravděpodobná, vzhledem k vysokému působení rodičovského vzoru na dítě.

Pátý dílčí cíl prozkoumával znalosti studentů o možných zdravotních rizicích vyplývajících z kouření. Výsledky ukazují, že studenti jsou velmi dobře znalí zdravotních rizik z kouření vyplývajících. Téměř 99 % studentů si je těchto rizik vědomo. Studenti byli schopní také uvést příklady některých takových rizik. Nejčastěji uváděli rakovinu plic, dutiny ústní a jazyka. Objevovali se však i kardiovaskulární onemocnění nebo rizika týkající se vzhledu člověka (žloutnutí zubů, nehtů, prstů, zápach). Studenti jsou si velmi dobře vědomi možných rizik a onemocnění vyplývajících z užívání tabáku.

Poslední dílčí cíl se zabýval tím, zda je ve škole probírána problematika kouření a zda se studenti účastnili nějakého preventivního programu. Co se týče probírání problematiky kouření v rámci školní výuky, uvedlo 83,6 % studentů sociální činnosti a 94,2 % studentů zdravotnických asistentů, že ve škole tuto problematiku s vyučujícími probírají. O tomto faktu svědčí vysoká znalost možných nemocí a rizik z kouření vyplývajících. Preventivní programy zaměřené proti užívání tabáku však nezná většina studentů. V oboru sociální činnost jich je 92,5 % a v oboru zdravotnický asistent 91,3 %. Studenti, kteří odpověděli, že preventivní program znají, však nedokázali žádný jmenovat. Pouze jeden student se zmínil o přednáškách a besedách, kterých se v rámci výuky účastnil a ve kterých pravděpodobně byla probírána problematika kouření.

Lze tedy říci, že studenti obou oborů mají poměrně dobré znalosti zásad zdravého životního stylu. Ani tyto zásady a také znalosti nemocí a rizik vyplývajících z kouření však nedokážou studenty, kteří kouří od užívání tabáku odradit. Vzhledem k pravděpodobné neúčasti školy v preventivním programu zaměřeném proti kouření, by se podíl kuřáků možná mohl snížit po absolvování takového programu.

Při porovnávání získaných informací studentů obou oborů, nedošlo k žádnému velkému rozdílu v jejich odpovědích. Je patrné, že studovaný obor studentů nemá vliv na znalosti zásad zdravého životního stylu a ani na podíl kuřáků v daném oboru.

SOUHRN

Diplomová práce se zabývá zásadami zdravého životního stylu a kouřením u adolescentů. Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na jednotlivá vymezení zásad zdravého životního stylu a definování tabakismu. V praktické části jsou vyhodnoceny výsledky dotazníkového šetření provedeného u studentů dvou studijních oborů na vybrané střední škole. Cílem práce bylo zjistit znalosti a povědomí studentů o zásadách zdravého životního stylu. Získané výsledky byly rozčleněny do dvou skupin dle studijního oboru respondentů a vzájemně porovnány.

Klíčová slova:

zdravý životní styl, zásady zdravého životního stylu, tabakismus, prevence kouření, adolescence

SUMMARY

This thesis deals with the principles of a healthy lifestyle and smoking among adolescents. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part is focused on the individual definition of healthy lifestyle principles and defining tabaccism. The practical part analyzes the questionnaire survey results conducted among students of two study programs at selected high school. The aim is to identify the knowledge and awareness of students about the principles of a healthy lifestyle. The results are divided into two groups according to study program respondents and compared with each other.

Key words:

healthy lifestyle, principles of healthy lifestyle, tabaccism, smoking prevention, adolescence

REFERENČNÍ SEZNAM

Knižní publikace:

1. BEDRNOVÁ, E. a kol. 1999. *Duševní hygiena a sebeřízení*. Praha: Fortuna. 160 s. ISBN 80-7168-681-6.
2. BLAHUŠOVÁ, E. 2009. *Wellness: Jak si udržet zdraví a pohodu*. Velké Bílovice: TeMi CZ. 152 s. ISBN 978-80-87516-33-9.
3. BRUNO, F. a kol. 1996. *Drogy – drogová závislost*. Olomouc: Univerzita Palackého. 119 s. Bez ISBN.
4. CSÉMY, L., F. KRCH, H. PROVAZNÍKOVÁ, J. RÁŽOVÁ a H. SOVINOVÁ. 2005. *Životní styl a zdraví českých školáků*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. 140 s. ISBN 80-85121-94-8.
5. CSÉMY, L., P. CHOMYNOVÁ a P. SADÍLEK. 2009. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády v České republice. 170 s. ISBN 978-80-87041-94-9.
6. CSÉMY, L., P. LEJČKOVÁ., P. SADÍLEK a H. SOVINOVÁ. 2006. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003*. Praha: Úřad vlády České republiky. 120 s. ISBN 80-86734-94-3.
7. ČÁP, J. a J. MAREŠ. 2001. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál. 655 s. ISBN 80-7178-463-X.
8. ČERMÁK, B. a kol. 2002. *Výživa člověka*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 224 s. ISBN 80-7040-576-7.
9. ČEVELA, R., L. ČELADOVÁ a H. DOLANSKÝ. 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80 -247-2860-5.
10. FOŘT, P. 2005. *Výživa pro dokonalou kondici a zdraví*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 80-247-1057-9.
11. FOŘT, P. 2007. *Tak co mám jíst?* Praha: Grada. 424 s. ISBN 978-80-247-1459-2.
12. FOSTER, W.V. 1993. *Nový začátek*. Praha: Advent – Orion. ISBN 80-7172-00-3.
13. GÖHLERT, F. 2001. *Od návyku k závislosti*. Praha: Euromedia Group. 143 s. ISBN 80-7202-950-9.
14. HAAS, E. M. 2010. *Jak zůstat zdravý v každém ročním období*. Praha: Volvox Globator. 273 s. ISBN 978-80-7207-763-2.

15. HAJNÝ, M. 2001. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada. 133 s. ISBN 80-247-0135-9.
16. HŘIVNOVÁ, M. a kol. 2010. *Stěžejní aspekty výchovy ke zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého. 147 s. ISBN 978-80-244-2503-0.
17. CHROPOVÁ, D. 2010. *S výživou zdravě po celý rok*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-2512-3.
18. INLANDER, CH. B., a CH. K. KELLY. 1999. *100 způsobů jak se dožít 100*. Praha: Pragma. 188 s. ISBN 80-7349-008-0.
19. KALINA, K. a kol. 2003. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
20. KALMAN, M., E. SIGMUND, D. SIGMUNDOVÁ, Z. HAMŘÍK, L. BENEŠ, D. BENEŠOVÁ a L. CSÉMY. 2011. *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků*. Olomouc: Univerzita Palackého. 104 s. ISBN 978-80-244-2985-4.
21. KASTNEROVÁ, M. 2012. *Poradce zdravého životního stylu*. České Budějovice: Nová Forma. 378 s. ISBN 978-80-7453-250-4.
22. KLEINER, S. 2010. *Fitness výživa*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3253-4.
23. KLESCHT, V. 2008. *Pět pilířů zdravého života*. Brno: Computer Press, a.s. 176 s. ISBN 978-80-251-2149-8.
24. KOMPRDA, T. 2009. *Výživou ke zdraví*. Velké Bílovice: TeMi CZ. 112 s. ISBN 978-80-87156-41-4.
25. KONOPKA, P. 2004. *Sportovní výživa*. České Budějovice: Kopp. 125 s. ISBN 80-7232-228-1.
26. KOPEC, K. 2010. *Zelenina ve výživě člověka*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2845-2.
27. KOZÁK, J. a kol. 1993. *Rizikový faktor kouření*. Praha: KPK. 242 s. ISBN 80-85267-42-X.
28. KRÁLÍKOVÁ, E. a J. T. KOZÁK. 1997. *Jak přestat kouřit*. Praha: Maxdorf. 92 s. ISBN 80-85800-62-4.
29. KUNOVÁ, V. 2004. *Zdravá výživa*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 80-247-0736-5.
30. KUNOVÁ, V. 2011. *Zdravá výživa*. 2. vyd. Praha: Grada. 140 s. ISBN 978-80-247-3433-0.

31. LAVERY, S. 1998. *Léčivá síla spánku*. Praha: Knižní klub. 160 s. ISBN 80-7176-656-9.
32. LEVY, M. R., M. DIGNAN a J. H. SHIRREFFS. 1984. *Essentials of Life & Health*. 4. vyd. New York: Random House, Inc. 481 s. ISBN 0-394-33262-8.
33. MACHOVÁ, J., D. KUBÁTOVÁ a kol. 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
34. MANDELOVÁ, L. a I. HRNČIŘÍKOVÁ. 2007. *Základy výživy ve sportu*. Brno: Masarykova univerzita. 72 s. ISBN 978-80-210-4281-0.
35. MARÁDOVÁ, E. 2003. *Rodinná výchova: zdravý životní styl I*. Praha: Fortuna. 144 s. ISBN 80-7168-712-X.
36. MARTINÍK, K. 2005. *Výživa: kapitoly o metabolismu*. Hradec Králové: Gaudeamus. 238 s. ISBN 80-7041-354-9.
37. MLÝNKOVÁ, J. 2010. *Pečovatelsví I. díl*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
38. NAUMANN, F. 2002. *Kouřit a zůstat zdravý*. Brno: Moba. 221 s. ISBN 80-243-0743-X.
39. NEŠPOR, K. a L. CSÉMY. 1997. *Alkohol, drogy a vaše děti*. 4. vyd. Praha: Besip. 128 s. Bez ISBN.
40. NOVOTNÁ, J. 2012. Pohyb ve výchově, umění a sportu. In D. RŮŽIČKOVÁ (Ed.). *Užitečná zdravotní témata ve školství*. Olomouc: Univerzita Palackého. s. 102 - 109. ISBN 978-80-244-3176-5.
41. PALAZZOLO, J. 2007. *Nespavost – zbavte se jí navždy!* Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-2286-3.
42. PÍTHA, J. a R. POLEDNE. 2009. *Zdravá výživa pro každý den*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-2488-1.
43. PRADÁČOVÁ, J. 2010. *Kouření a zdraví*. Praha: Liga proti rakovině. 16 s. Bez ISBN.
44. PRAŠKO, J., K. ESPA – ČERVENÁ a L. ZÁVĚŠICKÁ. 2004. *Nespavost*. Praha: Portál. 102 s. ISBN 80-7178-919-4.
45. ROGER, J. D. P. 1998. *Vychutnej život*. Praha: Advent-Orion. 215 s. ISBN 80-7172-144-1.
46. ROLLKO, N. A. 2008. *Krásná, zdravá a fit v každém věku*. Brno: Computer Press. 166 s. ISBN 978-80-251-1746-0.

47. ROSCHINSKY, J. 2006. *Hubneme cvičením a správnou výživou*. Praha: Grada. 140 s. ISBN 80-247-1747-6.
48. SHAFFER, D., R. a K. KIPP. 2007. *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence*. Canada: Thomson learning. 7. vyd. 661 s. ISBN 0-495-18679-1.
49. SHARON, M. *Komplexní výživa*. Praha: Pragma. 193 s. ISBN 80-85213-54-0.
50. SOUKUPOVÁ, J. a M. VANÍČKOVÁ. 2008. *Člověk a výživa: Manuál pro vedení přírodovědného kroužku*. Olomouc: Univerzita Palackého. 86. ISBN 978-80-244-2244-2.
51. SULLIVANOVÁ, K. 1998. *Vitamíny a minerály v kostce*. Praha: Slovart. 58 s. ISBN 80-7209-068-2.
52. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., I. BINAROVÁ, K. HOLÁSKOVÁ, A. PETROVÁ, I. PLEVOVÁ, a M. PUGNEROVÁ. 2008. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého. 2. vyd. 175 s. ISBN 978-80-244-2141-4.
53. TYLER, A. 2000. *Drogy v ulicích: mýty, fakta, rady*. Praha: Ivo Železný. 426 s. ISBN 80-237-3606-X.
54. VÁGNEROVÁ, M. 2000. *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
55. ŽALOUĐÍKOVÁ, I., D. HRUBÁ a kol. 2006. *Normální je nekouřit 1. díl*. 3. vyd. Brno: MSD, s.r.o. 80 s. ISBN 978-80-7329-067-8.
56. CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

Periodikum:

57. BUDINSKÁ, M. 2012. Tabák ve školním prostředí. *Prevence*, roč. 9, č. 11. S. 4–5. ISSN 1214-8717.

Internetové zdroje:

58. DOSTÁLOVÁ, J., P. DLOUHÝ a P. TLÁSKAL. Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky. *Společnost pro výživu* [online]. 16.4.2012 [cit. 2013-03-09]. Dostupné z: <http://www.vyzivaspol.cz/rubrika-dokumenty/konecne-zneni-vyzivovych-doporuceni.html>
59. Prevence kouření. *Přehledy právních předpisů EU* [online]. 30.5.2006 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_lifestyle/c11574_cs.htm
60. Závislost. *Ostrov radosti* [online]. [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://www.ostrovzl.cz/prevence/zavislost/>

SEZNAM ZKRATEK

LDL – low density lipoprotein

HDL – high density lipoprotein

DNA – Deoxyribonukleová kyselina, z anglického originálu deoxyribonucleic acid

RNA – Ribonukleová kyselina, z anglického originálu ribonucleic acid

Non – REM – non rapid eye movement

REM – rapid eye movement

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Vztahy mezi zdravím a zdravotními faktory

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Rozdělení zkoumaného souboru dle pohlaví a studovaného oboru

Tabulka 2. Rozdělení kuřáků a nekuřáků ve zkoumaném souboru

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Rozdělení respondentů dle oboru a pohlaví

Graf 2. Pitný režim oboru sociální činnost

Graf 3. Pitný režim oboru zdravotnický asistent

Graf 4. Nejčastěji užívané nápoje oboru sociální činnost

Graf 5. Nejčastěji užívané nápoje oboru zdravotnický asistent

Graf 6. Četnost denního stravování oboru sociální činnost

Graf 7. Četnost denního stravování oboru zdravotnický asistent

Graf 8. Nejčastěji vynechávané jídlo oboru sociální činnost

Graf 9. Nejčastěji vynechávané jídlo oboru zdravotnický asistent

Graf 10. Přehled konzumace vybraných potravin oboru sociální činnost

Graf 11. Přehled konzumace vybraných potravin oboru zdravotnický asistent

Graf 12. Způsoby trávení volného času oboru sociální činnost

Graf 13. Způsoby trávení volného času oboru zdravotnický asistent

Graf 14. Četnost sportovní aktivity oboru sociální činnost

Graf 15. Četnost sportovní aktivity oboru zdravotnický asistent

Graf 16. Poměr kuřáků a nekuřáků v oborech sociální činnost a zdravotnický asistent

Graf 17. Důvody, které vedou studenty oboru sociální činnost a zdravotnický asistent ke kouření

Graf 18. Výskyt kuřáků v rodinách studentů oboru sociální činnost a zdravotnický asistent

Graf 19. Potřeba kouření během výuky u oboru sociální činnost a zdravotnický asistent

Graf 20. Kouření během výuky u oboru sociální činnost a zdravotnický asistent

Graf 21. Podíl denně vykouřených cigaret u oboru sociální činnost a zdravotnický asistent

- Graf 22. Poměr respondentů oboru sociální činnost a zdravotnický asistent, kteří by (ne)chtěli přestat kouřit
- Graf 23. Probírání problematiky kouření ve škole u oboru sociální činnost
- Graf 24. Probírání problematiky kouření ve škole u oboru zdravotnický asistent
- Graf 25. Znalost preventivních programů u oboru sociální činnost
- Graf 26. Znalost preventivních programů u oboru zdravotnický asistent
- Graf 27. Znalosti zdravotních rizik vyplývajících z kouření u oboru sociální činnost
- Graf 28. Znalosti zdravotních rizik vyplývajících z kouření u oboru zdravotnický asistent
- Graf 29. Doba vstávání a doba ulehání ke spánku ve všední dny u oboru sociální činnost a zdravotnický asistent
- Graf 30. Doba vstávání a doba ulehání ke spánku o víkendech a prázdninách u oboru sociální činnost a zdravotnický asistent

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. – Test nikotinové závislosti

Příloha 2. – Test nikotinové závislosti pro adolescenty

Příloha 3. – Dotazník

PŘÍLOHA 1. Test nikotinové závislosti

Kastnerová (2012) uvádí Fagerströmův test nikotinové závislosti – FTND (Fagerstöm Test of Nicotine Dependence)

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?
 - a) do 5 minut 3 body
 - b) za 6–30 minut 2 body
 - c) za 31–60 minut 1 bod
 - d) po 60 minutách 0 bodů

2. Je pro vás obtížné nekouřit, tam, kde to není dovoleno?
 - a) ano 1 bod
 - b) ne 0 bodů

3. Které cigarety byste se nejméně rád vzdal/a?
 - a) té první ráno 1 bod
 - b) kterékoli jiné 0 bod

4. Kolik cigaret denně vykouříte?
 - a) 10 nebo méně 0 bodů
 - b) 11–20 1 bod
 - c) 21–30 2 body
 - d) 31 a více 3 body

5. Kouříte více v prvních hodinách dne po probuzení než ve zbytku dne?
 - a) ano 1 bod
 - b) ne 0 bodů

6. Kouříte, i když jste nemocný/á tak, že strávíte většinu dne na lůžku?
 - a) ano 1 bod
 - b) ne 0 bodů

po sečtení získaných bodů hodnotíme závislost na nikotinu takto:

0–2 body	žádná nebo velmi nízká
2–4 body	nízká
5 bodů	střední
6–7 bodů	vysoká
8–10 bodů	velmi vysoká

PŘÍLOHA 2. Test nikotinové závislosti pro adolescenty

Kastnerová (2012) uvádí Modifikovaný Fagerströmův test nikotinové závislosti pro adolescenty (Modified Fagerström Tolerance Questionnaire)

1. Kolik cigaret denně kouříš?
 - a) více než 25 3 body
 - b) 6 – 25 2 body
 - c) 1 – 15 1 bod
 - d) méně než 1 0 bodů

2. Kouříš víc během prvních dvou hodin po probuzení než pak ve zbytku dne?
 - a) ano 1 bod
 - b) ne 0 bodů

3. Jak brzo po probuzení si zapaluješ svou první cigaretu?
 - a) do 30 minut 2 body
 - b) za déle než 30 minut, ale před polednem 1 bod
 - c) odpoledne nebo večer 0 bodů

4. Které cigarety by ses nejméně rád vzdal/a (která je nejdůležitější, nejvíc si ji vychutnáš)?
 - a) první ranní 2 body
 - b) kterákoli před polednem 1 bod
 - c) kterákoli odpoledne nebo večer 0 bodů

5. Je pro tebe těžké nekouřit tam, kde to nejde?
 - a) ano 1 bod
 - b) ne 0 bodů

6. Kouříš, i když jsi nemocný/á a trávíš většinu dne v posteli?
 - a) ano 1 bod
 - b) ne 0 bodů

po sečtení získaných bodů hodnotíme závislost na nikotinu takto:

- | | |
|------------|----------------------------|
| 0 – 1 bod | žádná nebo slabá závislost |
| 2 – 4 body | střední závislost |
| 5 -10 bodů | silná závislost |

PŘÍLOHA 3. Dotazník

Dobrý den vážení studenti,
jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci a prosím vás zodpovězení tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a vámi vyplněné údaje budou sloužit pouze pro výzkumnou část mé diplomové práce.

Děkuji vám za pravdivé vyplnění.

Vendula Böhmová.

1. Kolik tekutin vypijete v průběhu 24hodin?
 - a) méně než 1l
 - b) asi 1,5 l
 - c) asi 2 l
 - d) více než 3 l

2. Jaké nápoje pijete nejčastěji? (můžete vybrat 2 možnosti)
 - a) vodu
 - b) slezené nápoje (minerálky)
 - e) ovocné džusy, nektary
 - c) čaj
 - d) kafe
 - e) jiné. Jaké?
 -

3. Kolikrát denně jíte?
 - a) 2x a méně
 - b) 3x
 - c) 4x
 - d) 5x
 - e) vícekrát. Kolikrát?
 -

4. Které jídlo většinou vynecháváte a proč?
 - a) snídani
důvod:.....
 - b) dopolední svačinu
důvod:.....
 - c) oběd
důvod:.....
 - d) odpolední svačinu
důvod:.....
 - e) večeři
důvod:.....
 - f) žádné

5. Jak často jíte tyto potraviny?

V následující tabulce označte křížkem svou odpověď.

	A.	B.	C.	D.	E.	F.
potraviny	denně	několikrát týdně	alespoň 1× týdně	alespoň 1× měsíčně	občas	nikdy
pečivo, těstoviny, rýže						
zelenina – syrová						
ovoce – syrové						
luštěniny (čočka, hrách ...)						
ryby						
maso (vepřové, hovězí)						
drůbež						
vejce						
mléko, mléčné výrobky						
sladkosti						

6. Jakým způsobem nejčastěji trávíte volný čas? (můžete zakroužkovat 3 odpovědi)
- a) sport
 - b) četba
 - c) sledování TV
 - d) trávení času na počítači, internetu
 - e) s kamarády, s přítelem/kyní
 - f) učením
 - g) jinak. Jak?

.....
.....
....

7. Jak často se věnujete sportu?
- a) každý den
 - b) nejméně 2x týdně
 - c) sportuji nepravidelně
 - d) vůbec nesportuji

8. Kouříte?
- a) ano, pravidelně
 - b) příležitostně
 - c) ne, nekouřím
 - d) již nekouřím

Pokud jste na tuto otázku č. 8 odpověděl/a **c) ne**, nebo za **d) již ne**, přeskočte na otázku **č. 15**.

9. Důvody, které Vás vedou ke kouření. (můžete zakroužkovat 3 odpovědi)
- a) z nudy
 - b) kouří rodiče
 - c) chutná mi to
 - d) kouří kamarád/ka (přítel/kyně)
 - e) zvědavost
 - f) pro uklidnění
 - g) chci se někomu zalíbit, zaujmout

10. Pokud z Vaší rodiny někdo kouří, zakroužkujte kdo. (můžete vybrat více odpovědí)
- a) otec
 - b) matka
 - c) sourozenec/ci
 - d) babička
 - e) dědeček
 - f) nikdo

11. Je pro Vás těžké nekouřit během výuky?

- a) ano
- b) ne

12. Kolik cigaret denně vykouříte?

- a) 0–5
- b) 6–10
- c) 11–15
- d) 16–20
- e) více. Kolik?

.....

13. Kouříte během školního vyučování (o přestávkách, ve volných hodinách)?

- a) ano
- b) ne

14. Chtěl/a byste přestat kouřit?

- a) ano, hned
- b) ano, ale později
- c) ne, chci kouřit i nadále
- d) nevím, zatím jsem nad tím nepřemýšlel/la

15. Probíráte (probírali jste) ve škole problematiku kouření?

- a) ano
- b) ne

16. Znáte nějaký preventivní program zaměřený na problematiku kouření?

- a) ne znám
- b) ano znám. Jaký?

.....

.....

.....

17. Jste si vědom zdravotních rizik způsobených kouřením?

- a) ano
- b) ne

18. Pokud ano, uveďte rizika vyplývající z kouření, které znáte?

19. V kolik hodin přibližně chodíte spát ve všední den (během školy)?

- a) 20:00
- b) 21:00
- c) 22:00
- d) 23:00 a později

20. V kolik hodin přibližně chodíte spát o víkendu (prázdninách)?

- a) 21:00
- b) 22:00
- c) 23:00
- d) 24:00 a později

21. V kolik hodin přibližně vstáváte ve všední den (během školy)?

- a) 5:00
- b) 6:00
- c) 7:00
- d) 8:00 a později

22. V kolik hodin přibližně vstáváte o víkendu (prázdninách)?

- a) 7:00
- b) 8:00
- c) 9:00
- d) 10:00 a později

23. Pohlaví

- a) dívka
- b) chlapec

24. Obor, který studujete:

.....

25. Ročník:.....

.....

26. Bydlíte:

- a) ve městě
- b) na vesnici

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Vendula Böhmová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Dodržování vybraných zásad zdravého životního stylu a tabakismus u adolescentů.
Název v angličtině:	Following the chosen principles of healthy lifestyle by adolescents and tabacism in adolescence.
Anotace práce:	Diplomová práce je zaměřená na zdravý životní styl a kouření studentů na střední škole. Práce se dělí na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá zdravým životním stylem a jeho zásadami jako je zdravá výživa, pohyb, spánek, a problematikou tabakismu. Praktická část vychází ze zpracování výsledků dotazníkového šetření, provedeného u studentů střední školy.
Klíčová slova:	zdravý životní styl, zásady zdravého životního stylu, tabakismus, prevence kouření, adolescence
Anotace v angličtině:	This thesis is focused on a healthy lifestyle and smoking high school students. The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part is focused on healthy lifestyle and his principles such as healthy nutrition, exercise, sleep, and problems of tabaccism. The practical part is based on the processing results of a questionnaire survey conducted among high school students.
Klíčová slova v angličtině:	healthy lifestyle, principles of healthy lifestyle, tabaccism, smoking prevention, adolescence

Přílohy vázané v práci:	Příloha 1. – Test nikotinové závislosti Příloha 2. – Test nikotinové závislosti pro adolescenty Příloha 3. – Dotazník
Rozsah práce:	84 s.
Jazyk práce:	český