

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Hodnocení rizik životního stylu středoškolské mládeže
programem Nutrifia**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Mgr. Lenka Šedová

Andrea Vágnerová

2010

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

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

Datum

.....

Podpis studenta

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Lence Šedové za odborné vedení a ochotu ke konzultování problémů, které při vypracovávání této práce vznikly. Dále děkuji všem respondentům za ochotné vyplnění dotazníků a v neposlední řadě také celé rodině za podporu při studii.

Summary

The lifestyle quality of every person influences their health and the health of the society overall. It is known that the majority of habits that we have as adults originate in our childhood. Therefore childhood and adolescence are a suitable period for the upbringing towards health and healthy lifestyle. A large number of people affected by civilization diseases evidences a low quality of inhabitants' lifestyle. The lifestyle of young people includes lack of movement, abuse of addictives, an improper diet but also various adrenalin activities. It is necessary to motivate young people to a change and in this way decrease the number of clients with civilization diseases.

The bachelor thesis concentrates on the evaluation of secondary school students' lifestyle. The aim of the thesis was to determine the lifestyle level of secondary school youngsters in the field of diet, alcohol consumption, smoking and movement activities.

The following hypotheses were set: **H1** BMI figure in secondary school students corresponds to overweight **H2** Secondary school students perform sports activities 1-2 a week **H3** More smokers occur in grammar school students than in special secondary school students. **H4** Fruit and vegetables are represented adequately in secondary school students' diet (more than 4 portions per day). **H5** Secondary school students' diet corresponds to nutrition pyramid.

The research file was made up by 97 secondary school respondents, namely students of the fourth grade of Secondary Medical School and Medical College in České Budějovice, specialization in the field of medical assistant, laboratory assistant and dental technician assistant. Further on by the fourth grade students of Grammar School in Prachatice. The research survey was carried out in a quantitative way with the questionnaire method.

The research survey results can be used for the presentation in the frame of lectures concerning healthy lifestyle for the general public.

Obsah :

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Středoškolský student	4
1.1.1 Charakteristika	4
1.1.2 Vztah ke zdraví a nemoci	5
1.1.3 Rizikové chování v dospívání	5
1.2 Zdravý životní styl	7
1.2.1 Definice	7
1.2.2 Životní styl současné populace	7
1.2.3 Základní složky zdravého životního stylu	8
1.2.3.1 Racionální výživa	8
1.2.3.2 Pohyb	9
1.2.3.3 Kouření	11
1.3 Středoškolský student klientem komunitního ošetřovatelství	13
1.3.1 Komunita a komunitní péče	13
1.3.2 Školní sestra a její poslání	14
1.3.3 Úloha školní sestry	14
1.3.4 Středoškolský student v péči školní sestry	15
1.4 Civilizační choroby	16
1.4.1 Definice	16
1.4.2 Obezita	16
1.4.2.1 Obecně	16
1.4.2.2 Příčiny	17
1.4.2.3 Hodnocení obezity	18
1.4.2.4 Typ obezity	18
1.4.2.5 Zdravotní rizika obezity	19
1.4.2.6 Prevence obezity	19
1.4.3 Kardiovaskulární choroby	20
1.4.3.1 Rizikové faktory kardiovaskulárních nemocí	20

1.4.3.2	<i>Ateroskleróza</i>	21
1.4.3.3	<i>Hypertenze</i>	22
1.4.3.4	<i>Prevence kardiovaskulárních nemocí</i>	23
1.4.4	<i>Diabetes mellitus 2. typu</i>	23
1.4.4.1	<i>Rizikové faktory vzniku diabetu mellitu 2. typu</i>	24
1.4.4.3	<i>Chronické komplikace diabetu mellitu 2. typu</i>	24
1.4.4.3	<i>Prevence diabetu mellitu 2. typu</i>	24
1.5	Nutrifia	25
2.	Cíl práce a hypotézy	26
2.1	Cíl práce	26
2.2	Hypotézy	26
3.	Metodika	26
3.1	Metodika práce	26
3.2	Výzkumný soubor	28
4.	Výsledky výzkumu	29
5.	Diskuze	47
6.	Závěr	54
7.	Seznam použitých zdrojů	56
8.	Klíčová slova	60
9.	Přílohy	61

*Jediný způsob, jak si uchováti
zdraví, je jíst, co nechceš, pít, co
nemáš rád a dělat, co se ti nelíbí.
(anonym)*

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma *Hodnocení rizik životního stylu středoškolské mládeže programem Nutrifia*. Problematika zdravého životního stylu zatím stále nezaujímá přední místo v náplni práce zdravotnických pracovníků. Samotné sestry často nedbají na zdravý způsob života. Usuzuji tak z toho, že mnoho sester je kuřaček, pracují ve stresu a stravují se pomocí rychlých občerstvení. A právě tohle téma mi otevřelo další možnosti v práci sestry.

Myslím si, že zdravotnictví by nemělo být zaměřené jen na nemoc, ale hlavně na to, jak nemocem předcházet. Jednou z možností je výchova ke zdravému životnímu stylu u všech věkových kategorií. Největší význam v prevenci nemocí je přisuzován zdravotní osvětě dětí a mládeže. Do programů na podporu výchovy ke zdraví se zapojují i zdravotní pojišťovny, které poskytují různé příspěvky a výhody těm, kteří dbají na zdravý životní styl, navštěvují preventivní prohlídky.

Úkolem zdravotnických pracovníků je nejen léčit nemoci ale nemocem předcházet. Sestra by si měla uvědomovat, jaká rizika se skrývají v životním stylu klientů, o které pečuje a jaké jsou důsledky nevhodného životního stylu. Životní styl adolescentů zahrnuje nedostatek pohybu, zneužívání návykových látek, nevhodné stravování ale i různé adrenalinové aktivity. Je třeba motivovat mládež ke změně a tím snížit počet klientů s civilizačními chorobami.

1. Současný stav

1.1 Středoškolský student

1.1.1 Charakteristika

Středoškolský student se nachází ve vývojovém období adolescence. Toto období začíná zhruba v 15 letech a končí kolem 22 roku. Během této doby se podstatně mění postavení jedince ve společnosti. Tato věková skupina bývá nazývána také jako mladiství, dorost, teenagers či jugendalter. Dospívající se liší jak od dětí tak od dospělých. Tvoří si své zvláštní znaky a určitou subkulturu, která se projevuje v odlišném vyjadřování, oblečení a úpravě a také v různých uskupeních, hnutích mládeže (15).

V podstatě začíná adolescence tam, kde končí puberta. Charakteristické znaky dospívání jsou dokončení pohlavního zrání, dokončení tělesného vzrůstu, nutnost rozhodnout se pro budoucí povolání, potřeba osamostatnění se od rodiny, vytváření vlastního hodnotového systému, vyrovnání se s novými životními úlohami a v neposlední řadě také hledání vhodného životního partnera a zakládání funkční rodiny (9).

Rodiče se s dětmi dostávají často do konfliktu. Často požadují na svém potomkovi, aby se věnoval kariéře a jiným aktivitám, které naplňují sny a přání rodičů, ale nikoliv dětí. Proto rodinný život s adolescenty není nudný. Mají potřebu si stále důrazněji vybojovávat nezávislé postavení a rodiče postupně ztrácejí nad dětmi autoritu. Adolescenti hledají vlastní identitu. V této souvislosti čelí obavám z odmítnutí v kolektivních aktivitách, přátelských vztazích i v sexuálních zkušenostech. Starší adolescenti přemýšlejí nad budoucností a vesměs mají idealistický pohled na svět (16, 4).

Vývoj a zrání člověka je znesnadněn rychlými proměnami ve světě. Jedná se například o boření hranic mezi jednotlivými kulturami a jejich společenskými normami, nejasná perspektiva budoucnosti, dezinformovanost daná komerčními zájmy. V moderních technologických společnostech se dospívání stalo nejrizikovějším vývojovým obdobím v postupu ke zdravé dospělosti. V této souvislosti stanovila Světová zdravotnická organizace na začátku devadesátých let 20. století dospívající jako

samostatnou rizikovou populační skupinu, která si žádá samostatnou a zvýšenou preventivní péči. Největší rizika pro zdraví adolescentů je jejich samotné chování a rizika v psychosociální oblasti (17).

1.1.2 Vztah ke zdraví a nemoci

Dospívající má specifický vztah ke svému zdraví. Ten se liší jak od vztahu dítěte tak od dospělého. Důležité je zmínit, že každý jedinec je ve vnímání zdraví a nemoci jiný. Někteří adolescenti jsou v této oblasti velmi úzkostliví. Častější však je zlehčování zdravotních obtíží a pocit studu za nedostatky ve zdravotním stavu. Dospívající se obecně stydí za jakékoli nedostatky oproti vrstevníkům. Zdravotní problémy vnímají jako součást ostatních problémů tohoto období a nevěnují jim proto dostatečnou pozornost. Rodiče také méně často zaznamenají změnu zdravotního stavu svého dítěte, protože se jim již nechce svěřovat se svými problémy a velkou část času stráví mimo domov. Adolescenti jsou pozorní a citliví na jednání zdravotníků. Pokud mají negativní zkušenost s těmito pracovníky ve smyslu malé vstřícnosti, kritiky nedokonalého chování či zrady, často nespolupracují a na ošetření nepřijdou. Stává se pak, že přichází s nemocí až relativně pozdě. V této souvislosti je třeba dbát na profesionální přístup zdravotníka k dospívajícímu (17).

Před začátkem zdravotního úkonu je nutné navázat s adolescentem komunikaci a nastolit pocit pohody. Vhodné je zapojit do komunikace nějaký humorný prvek. Prvotní však je zachovat vůči dospívajícímu diskrétnost a soukromí. Pokud se zdravotník bude chovat jako adolescent, bude jeho chování hodnoceno jako přetvářka. Dospívající, který se chová nepřátelsky, ukazuje, že má snahu se osamostatnit a touží po nezávislosti (16).

1.1.3 Rizikové chování v dospívání

Dospívání je obdobím, které má pro člověka rozhodující význam. Adolescence není jen obdobím přípravy na dospělost, ale je vnímána jako samostatné období, které by měl člověk prožívat hodnotně a ne ho jen přechkávat (14).

Přesto dává mládež přednost rizikovému životnímu stylu. Důvodem může být snaha o ztotožnění se s kolektivem a tím zlepšení sebevědomí. Rodina a škola by měla dospívajícímu pomáhat s volbou životního stylu. Tato pomoc musí být konkrétní na konkrétního jedince a má být zaměřena na odstraňování rizikových faktorů v chování dospívajícího. V souvislosti s tím, jak se svět vyvíjí, vznikla nová definice pro zdraví dorostu. Zdraví u dospívajícího znamená, že dospívající je schopen plnit vývojové úkoly pro tento věk, není u něho přítomná nemoc a zároveň není přítomné rizikové chování, které se pokládá za problémové a hrozí při něm poškození dospívajícího.

Syndrom rizikového chování v dospívání je považován za novou **nemocnost mládeže**. Následky takového chování jsou u nás a v dalších rozvinutých zemích prvotní příčinou úmrtnosti 15 – 19 letých.

Syndrom rizikového chování dospívajících zahrnuje tři okruhy:

- rizikové chování v psychosociální oblasti
- zneužívání návykových látek a závislosti
- rizikové chování v sexuální oblasti

Příčiny tohoto chování musíme hledat jak v dětství, tak ve společnosti obecně. Z dětství má velký vliv zanedbávání a zneužívání dítěte. Takové dítě má většinou problémy s chováním již v tomto věku. Nelze opomenout vliv ztráty rodiče či chronické onemocnění. V dospívání se setkáváme s problémy jako je nízké sebevědomí, handicap, těhotenství či ztráta perspektivy budoucnosti. Společnost se na rozvoji rizikového chování dospívajících podílí převážně ztrátou ideálu rodiny. Rodiny jsou dnes velmi oslabené a mizí širší rodinné vazby. Velkým problémem je také příslušnost dospívajícího k menšinám jak rasovým tak náboženským. Ztráta mezilidských vztahů je zřejmá v souvislosti s výstavbou velkých a neosobních sídlišť. Určitý podíl je připisován také chudobě nebo naopak bohatství rodičů.

V prevenci rizikového chování adolescentů jsou vždy nejdůležitější kladné vztahy v rodině a možnost otevřené komunikace. Adolescenta je nutno přijímat tak jak je, snažit se podpořit jeho sebevědomí a sebeúctu. Neopomenutelná je i nutnost vytvořit možnosti pro pozitivní naplnění budoucnosti na úrovni práce a zaměstnání i v osobních vztazích (17, 4).

1.2 Zdravý životní styl

1.2.1 Definice

Pod pojmem životní styl se rozumí soubor názorů, postojů, návyků, temperamentových vlastností, které jsou trvalého rázu a jsou pro každého jedince specifické. Určitým způsobem vystihuje chování a osobitost jedince. Každý člověk má svůj konkrétní a specifický způsob života. S životním stylem jednotlivce souvisí i životní styl celé společnosti, to znamená, jaké návyky, postoje, názory a vlastnosti ve společnosti převládají. Životní styl je styl, který zahrnuje formy dobrovolného chování v určitých životních situacích. V souvislosti se zdravím populace je životní styl stěžejní determinantou zdraví. Do faktorů, které nejvíce poškozují zdraví, řadíme kouření, nesprávnou výživu, nízkou pohybovou aktivitu či psychickou zátěž. Tyto faktory jsou součástí životního stylu obyvatel. Způsob života jednotlivce se mění a přizpůsobuje životním etapám. Životní styl je založen na individualitě člověka. Každý se může rozhodnout, zda z alternativ, které se mu nabízejí, se rozhodne pro ty zdravé a odmítne ty, které zdraví poškozují. Toto rozhodování je v přímé souvislosti s rodinnými tradicemi, zvyklostmi společnosti a ekonomickou situací jedince i společnosti a též sociálním postavením jedince, jeho věku, temperamentu, vzdělání, rase či pohlaví. Aby se člověk mohl rozhodnout v otázce životního stylu, je důležité, aby měl dostatek informací o tom, co zdraví upevňuje a co zdraví škodí. Tyto informace je třeba zahrnout již do výchovy dítěte v rodině či ve škole (11, 17).

1.2.2 Životní styl současné populace

V životním stylu většiny současné populace se vyskytují negativní prvky. Do života lidí zasahuje moderní technika, která omezuje fyzickou práci obyvatel. Setkáváme se s narůstáním skupiny zaměstnanců, kteří většinu pracovní doby sedí a v této neaktivitě pokračují i doma. S tím souvisí, že velká část obyvatel Evropy má nadváhu a kolem 130 milionů Evropanů je obézních. Sedavý způsob života je dnes charakteristický i pro mládež. Děti trpí nedostatkem pohybové aktivity ve škole i ve volném čase a nahrazují aktivní život pasivním posedáváním před počítačem.

Je prokázáno, že více než 60 % onemocnění je způsobeno nevhodným životním stylem. Většina onemocnění pramení ze zanedbávání prevence, podceňování nevhodného životního stylu, stresu, přítomností genetických dispozic a špatného životního a pracovního prostředí. Úroveň životního stylu ovlivňují podmínky, které vytváří sama společnost. Uplatňuje se zde především postavení tělesné výchovy a sportování ve společnosti. Důležité je, zda je sport a pohyb ve společnosti akceptován jako prostředek pro rozvoj a upevnění zdraví a pracovního výkonu, či ne. Základní negativní složky v životním stylu jsou nepřiměřená výživa, hypokineze a také konzumace elektronických médií. Právě tato zjištění vyvolávají ve zdravotnících a pedagogických pracovnících nadšení pro osvětu v životním stylu, hlavně mladé populace. Ke změně životního stylu je nutná silná motivace a pevné rozhodnutí. Největší motivací pro změnu v životním stylu bývají zdravotní obtíže, snaha o odstranění nevhodných návyků a negativní hodnocení našeho okolí (13).

1.2.3 Základní složky zdravého životního stylu

1.2.3.1 Racionální výživa

Výživa je základní podmínka života. Dodává organismu energii potřebnou pro jeho činnost a stavební látky k výstavbě tkání a orgánů. Z hlediska kvantity má strava zahrnovat určitý energetický příjem, který má být v rovnováze s energetickým výdejem. Z pohledu kvality má být strava vyvážená a rozmanitá, aby všechny živiny byly zastoupeny v potřebné míře. Základní složky potravy jsou :

- bílkoviny (proteiny)
- cukry (sacharidy)
- tuky (lipidy)

Bílkoviny jsou základní stavební látkou organismu. Jsou součástí buněk, hormonů, enzymů, krve a protilátek. Z energetického hlediska hradí asi 10- 15 % přijaté energie. Bílkoviny jsou nezbytnou složkou potravy a nacházejí se v mase, vejcích, mléku, mléčných výrobcích, luštěninách a bramborách. Bílkoviny se v těle rozkládají na aminokyseliny. Potřeba bílkovin závisí na věku, druhu práce, laktaci,

těhotenství, stresových situacích, nemoci či horečce. Fyziologický je minimální denní příjem bílkovin 0,8 - 1 g/ kg (17, 1).

Tuky slouží jako stavební materiál nebo jsou uloženy jako zásobní látka v podkoží a kolem některých orgánů. Zásobní tuk je rezervoárem energie, která se spotřebovává při nedostatečném přívodu sacharidů. Z tuků ve stravě rozeznáváme neutrální tuky (triglyceridy), cholesterol, estery cholesterolu a fosfolipidy. Velmi jednoduché je dělení tuků na nasycené a nenasycené. Nasycené tuky jsou hlavním zdrojem energie a účastní se na syntéze vitamínů rozpustných v tucích. Tyto tuky se nacházejí především v mase, ve vejcích a mléce. Nenasycené tuky hrají významnou roli při tvorbě buněčných membrán, na funkci mozku, hormonálních funkcí a ovlivňují zrak a sluch. Tyto tuky se nacházejí v rybím tuku, lněném oleji, vlašských ořešcích, avokádu a rostlinných olejích. V souvislosti s prevencí aterosklerózy se doporučuje denní příjem energie v tucích menší než 30 % energetického příjmu v zastoupení jedné třetiny tuků živočišných a dvou třetin tuků rostlinných. Příjem cholesterolu by neměl být větší než 300- 400 mg za den (17, 3).

Cukry jsou významné jako pohotovostní zdroj energie. Pokrývají až 55 % energetické potřeby organismu. Můžeme je rozdělit na monosacharidy (glukóza, fruktóza, galaktóza), disacharidy (sacharóza, maltóza, laktóza), oligosacharidy (stachyóza a vebaskóza) a polysacharidy (škrob a glykogen). To jsou sacharidy využitelné. Nevyužitelným sacharidem je vláknina. Příjem sacharidů je závislý na fyzické aktivitě a věku jedince. Vláknina podporuje střevní peristaltiku a zajišťuje pravidelné vyprazdňování. S nízkým příjmem vlákniny ve stravě se pojí vyšší riziko rakoviny tlustého střeva. Zdrojem vlákniny je ovoce, zelenina, brambory a obiloviny (celozrnné) (17, 1).

1.2.3.2 Pohyb

Pohybový aparát člověka tvoří tři systémy:

1. Nosný a opěrný systém (klouby, kosti, šlachy a vazy)
2. Výkonný systém (kosterní svaly)

3. Řídící systém (receptory kožní, vestibulární a zrakové, periferní a centrální nervový systém)

Při pohybu se uplatňuje složka pasivní a aktivní. Pasivní složka pracuje na principu páky a obstarává přenos síly. Tato složka zahrnuje kosti a klouby, které slouží jako pomyslné čepy, kolem nichž se pohyb odvíjí. Motorem pro pohyb jsou pak kosterní svaly, které se řadí do aktivní složky pohybu a jsou zdrojem síly. Řídící centrum pro kosterní svaly se nachází v centrální nervové soustavě a pracuje na principu zpětné vazby. Vedení informací pro výkon pohybu je zajištěno senzitivními a motorickými nervovými vlákny (17).

Pohyb je důležitý k zachování a upevnění zdraví. Přesto se nezakládá jen na fyzické zdatnosti, ale v souvislosti s pohybem by se měl člověk cítit svěží a v pohodě. Mimo to, že nám pohyb dodává dobrou náladu, je prospěšný pro náš cévní systém a srdce. V dnešní době sedavého způsobu života vede nedostatek pohybu k problémům s udržení hmotnosti a také ochabování svalstva včetně srdečního svalu. Výkonnost organismu se snižuje a v důsledku toho snižuje svoji práci i srdeční sval. Nejdůležitějším pozitivním účinkem pohybu na organismus je jeho působení na srdečně- cévní systém a tím snížení rizika vzniku infarktu myokardu či mrtvice. Pohyb působí pozitivně na metabolismus cholesterolu, čímž se podílí na snižování rizika vzniku aterosklerózy. Uplatňuje se také v prevenci osteoporózy, diabetu mellitu či obezity, protože pomáhá vyrovnat příjem a výdej energie. Při pohybu dochází k posilování svalstva zad a břicha, které mohou být ochablé jednostrannou činností a můžou způsobovat bolesti. Velmi důležitý je vliv pohybu na psychiku člověka. Pohyb sám je výbornou relaxací a odreagováním se od problémů (10, 1).

U pohybu platí, že důležitější než to, že se hýbete, je způsob, jakým to děláte. Aby byla pohybová aktivita optimální, je třeba splnit tyto podmínky:

- optimální frekvence- ideální je provádět méně náročnou fyzickou aktivitu 5 krát týdně po 30 – 45 minutách.

- optimální intenzita – lze ji vypočítat jednoduchým vzorcem: $0,6 \times (220 - \text{věk}) +$ klidová tepová frekvence. Výsledkem je tepová frekvence, které bychom měli cvičením dosáhnout.
- optimální trvání- při optimální intenzitě cvičíme 30 – 45 min.
- optimální typ- typ cvičení musí být přizpůsoben zdravotnímu stavu a fyzické kondici. Nejvhodnější zvláště pro začínající je chůze, nordic walking, jízda na kole a běh (28).

V současnosti se pohybové aktivitě neklade velký význam. Tomuto stavu napomáhá novodobá technika, která má lidem usnadnit život a s tím i omezit jejich pohyb. Takto nám poslouží např. osobní automobil, který nás všude doveze, eskalátory či výtahy. Existuje několik důvodů, kterými lidé omlouvají nedostatek pohybu. Jedním z nich je nedostatek času věnovat se fyzické aktivitě. Většině lidí by přitom stačilo jen svůj čas zorganizovat a vytvořit denní plán, který by obsahoval i pár minut na cvičení (26).

1.2.3.3 Kouření

Kouření tabáku je jeden z nejrizikovějších faktorů v životním stylu. Tabákový kouř se skládá z nikotinu, dehtů, oxidu uhelnatého, amoniaku, nitrosaminu, kyanidu, formaldehydu a mnohých dalších. Člověk může být vystaven cigaretovému kouři se všemi riziky i nedobrovolně. Tomuto stavu se říká pasivní kouření a znamená, že člověk je vystaven kouři, který uniká z volně hořící cigarety. Následkem takové inhalace jsou pak opakované záněty dýchacích cest, kašel, sípavost, pálení očí a zahleněnost. Říká se, že nekuřák, který pobývá jednu hodinu v zakouřeném prostředí, vdechne takové množství škodlivých látek, jako kdyby vykouřil 15 cigaret (17).

Lidé kouří proto, že vidí v kouření pozitivní hodnoty. Kuřáci se domnívají, že kouření pomáhá zvládat stres a zbavuje člověka pocitu méněcennosti. Kuřák tak překonává pocitu nejistoty a bývá přijat do společenství kuřáků. Dospívající, který kouří, získává pocit dospělosti a odstraňuje pocit závislosti na druhém člověku. Kouření má dočasně vliv také na zvýšení koncentrace, zvyšuje pozitivní pocity jako je radost a pohoda, zvyšuje kapacitu paměti, snižuje napětí a úzkost a zlepšuje výkon. Důležitým

faktorem pro rozhodnutí začít kouřit jsou vlivy ze sociálního prostředí. Většina kuřáků byla ke kouření svedena svými vrstevníky a kamarády. U dospívajících je časté, že nekuřáka vyloučí z kolektivu a vedou jeho směrem posměšné fráze. Určitý vliv na začátek kouření má image kuřáka, jak ho představuje reklama. Vždy je to silný, zdravý muž či žena, nezávislý a osobnostně zralý. Kouření se tu spojuje s ideálem sto procentního muže či ženy (12).

Nejčastější komplikací kouření je výskyt rakoviny, z toho nejvíce rakoviny plic. Říká se, že čím dříve začne člověk kouřit, tím vyšší je riziko vzniku zhoubného nádorového onemocnění plic. Další zhoubné nádory, na nichž se kouření podílí, jsou nádory jazyka, hrtanu a žaludku. Rakovina se nejčastěji projevuje únavou, nechutenstvím a hubnutím. U rakoviny plic navíc bolestmi na hrudi a dlouhodobým kašlem. Dnes kladou lékaři velký důraz na postižení srdečně-cévního systému. Škodliviny z cigaret urychlují aterosklerózu a zvyšují riziko infarktu myokardu. Z plicních komplikací se velmi rozmáhá chronická obstrukční bronchopulmonální choroba, která má nepříznivou prognózu zvláště pokud nemocný s kouřením nepřestane. U žen je velkým rizikem kouření v těhotenství. To může ohrozit zdravý vývoj plodu a průběh těhotenství. U mužů zase dochází k potížím s erekcí a neplodností. Nepříliš závažnou komplikací je změna vzhledu kuřáka. Kuřákům se zuby zabarvují dožluta, dochází rychleji k zubnímu kazu a z úst se šíří zápach. Kůže kuřáků také velmi stárne a celkově je kuřák cítit cigaretovým kouřem (31).

V prevenci kouření dospívajících se uplatňuje několik zásad. Především je důležité s dětmi a dospívajícími hovořit na téma kouření a být v nekuřáctví vzorem. Zde je žádoucí, aby rodiče, sestry, lékaři a učitelské profese nekouřili. V domácnosti kuřáků je nutné zajistit, aby děti neměly k cigaretám volný přístup. V prevenci kouření se uplatňují i nařízení legislativy. Jedná se o zákaz reklamy na tabákové výrobky a zákaz prodeje cigaret pod hranicí 18 let. Celkově je možné kouření ovlivňovat zvýšením ceny cigaret. Prodejci by měli být pravidelně kontrolováni, zda dodržují daná legislativní opatření o prodeji tabákových výrobků mladistvým. Nekuřáky je nutné chránit před pasivní inhalací cigaretového kouře zákazem kouření na zastávkách hromadné dopravy,

na pracovišti a v dopravních prostředcích. Máme k dispozici preventivní programy proti kouření a také na odvykání kouření (17).

1.3 Středoškolský student klientem komunitního ošetřovatelství

1.3.1 Komunita a komunitní péče

Komunitou označujeme souhrn osob žijících v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity a tvoří často autonomní jednotku. V podstatě se jedná o určitý typ organizace, kde chybí vztahy podřízenosti a nadřízenosti, tím se dosahuje lepší komunikace a spolupráce. Komunita má tři společné prvky:

- 1) lidé- členové komunity, obyvatelé
- 2) místo- geografické nebo časové určení
- 3) funkce- cíle a aktivity komunity

Komunitní péče je složená ze zdravotnických, sociálních a dalších služeb. Je poskytována nemocným a zdravým občanům, rodinám a určitým skupinám. Činnost komunitní péče vychází z potřeb komunity. Posláním komunitní péče je mobilizace občanské pomoci a svépomoci ve spolupráci s různými formami státních a místních programů. V našich podmínkách je prosazování komunitní péče obtížné v souvislosti s určitou degradací v období minulého režimu. Ve světě má komunitní péče už více jak šedesátiletou historii. Od osmdesátých let minulého století je komunitní práce zaměřena na seniory, fyzicky a mentálně postižené občany a dlouhodobě nemocné či nevléčitelně nemocné obyvatele.

Je několik faktorů, které ovlivnily rozvoj komunitního ošetřovatelství. Jako příklad můžeme jmenovat globální stárnutí populace a změny ve struktuře rodiny ve smyslu neúplných rodin, častého stěhování a osamocení. Potřebu komunitního ošetřovatelství podpořila postmoderní společnost. Jejími rysy jsou emancipace žen, zaměstnanost žen, vysoká rozvodovost a jednočlenné domácnosti. Velký přínos pro komunitní péči přinesla kvalitní terénní technika např. možnost peritoneální dialýzy, terénní infúzní terapie a kvalitní signalizační zařízení v domácnosti. Změna nastala také

v chování příjemců zdravotní péče. Klienti znají práva pacientů, účastní se na péči a mohou využívat postupy alternativní medicíny (8).

1.3.2 Školní sestra a její poslání

Profese školní sestry začala ve Spojených státech a její vznik je datován k 1.říjnu 1902. Jejím původním úkolem bylo omezení nepřítomnosti studentů i zaměstnanců ze zdravotních důvodů a zlepšení péče o zdraví studentů v souvislosti s přenosnými chorobami. Přestože se činnosti a úkoly školní sestry časem rozšířily, tato podstata zůstává stejná.. Dále pomáhá školní sestra řešit zdravotní potíže dětí a radí jim, jak se mají o své zdraví starat až do dospělosti.

V roli manažerky řídí školní sestra mnohé aktivity. Podporuje spolupráci s rodiči ve vyhledávání příčin problémů dítěte. O problémech diskutuje i se samotným žákem či studentem, potřebuje však k tomu získat souhlas rodičů. Zároveň je nutná spolupráce s administrativními pracovníky školy, kteří jí podávají informace o možných faktorech, jež mohou ovlivnit zdravotní stav studentů. Informuje je o charakteru zdravotních problémů, specifické léčbě a péči, kterou žáci vyžadují i v průběhu vyučování (29).

1.3.3 Úloha školní sestry

Školní sestra poskytuje přímou zdravotní péči studentům a zaměstnancům školy. Poskytuje první pomoc při úrazech, pečuje o studenty či zaměstnance akutně i chronicky nemocné. Sestra vede poskytování zdravotnických služeb, kdy hodnotí celkový systém péče a vypracovává plán pro řešení mimořádných událostí. Podporuje zdravé školní prostředí a zajišťuje screening u studentů a zaměstnanců. Sestra zastává vůdčí roli ve zdravotní politice a programech, koordinuje programy na podporu zdraví ve školách a preferuje ošetřovatelství jako kariéru. Zároveň je školní sestra prostředníkem mezi zaměstnanci, školou, rodinami, obcemi a poskytovateli zdravotní péče (29).

Školní sestra by měla být vysokoškolsky vzdělaná. Funkce školní sestry vyplývají z jejích úloh. Sestra zajišťuje integrovaný školní program na podporu zdraví ve školách. Pomáhá rodinám hledat řešení, která pomáhají k uspokojování jejích potřeb. Vytváří programy řízení služeb tak, že systém školních aktivit se vyvíjí jako integrální součást veřejného i soukromého komunitního systému zdravotní péče. Podílí se na podpoře a ochraně zdraví a vychovává k zodpovědnosti za své zdraví. Nezbytnou nutností jsou znalosti v oboru ošetrovatelství, pediatrie, výchovy ke zdraví a veřejného zdravotnictví (7).

1.3.4 Středoškolský student v péči školní sestry

Školní sestra se potýká u adolescentů s několika závažnými problémy:

- zdravotní problémy (převážně nemoci dýchacích cest)
- pohlavní choroby
- psychické potíže (suicidální, poruchy výživy, drogová závislost, sexuální problémy)

Tyto problémy často ovlivňují studentovu školní docházku. Sestra se snaží problémy identifikovat a navrhuje jejich řešení. Tak může často předejít nepřítomnosti studenta na výuce a pozitivně působit na studentův vztah ke škole. Nejčastější příčinou absence studentů ve výuce jsou akutní a chronické respirační nemoci. V současnosti se z těchto nemocí nejvíce na absenci podílí astma bronchiální a chronická bronchitida, které mohou studenta také omezovat ve školních aktivitách.

Velkým problémem u středoškolských studentů je abúzus alkoholu a drog, často v kombinaci s užíváním léků. Adolescenti mají potřebu si povídat a svěřovat se se svými problémy někomu, kdo je pochopí. Mezi často diskutovaná témata patří akné, zdravá výživa, sexuální výchova a nedorozumění s rodiči. Tyto diskuse a rozhovory vede se studenty školní sestra. Zaměřuje se na eliminaci nevhodného chování, které studenty ohrožuje nechtěným těhotenstvím, získáním pohlavní choroby a infekce HIV.

Sestra by se měla aktivně zaměřit na děti, u nichž se vyskytují tyto rizikové faktory- více jak 10 % absence na vyučování, studenti s chronickým onemocněním vyžadujícím kontrolu (diabetici, astmatici, alergici), studenti, kteří chodí „za školu“,

projevují se jako chronicky nemocné, studenti s emocionálními problémy, studenti vážně fyzicky či psychicky postižení a s genetickou predispozicí pro určitá onemocnění. Sestra sleduje i imunitní vlastnosti organismu a dohlíží na očkování. Zároveň je sestra ve škole kompetentní k podávání první pomoci a učí jí studenty i ostatní zaměstnance (7).

1.4 Civilizační choroby

1.4.1 Definice

Civilizační choroby jsou onemocnění, jejichž vznik a rozvoj je výrazně ovlivněn životním stylem obyvatel vyspělých zemí. Někdy se jim říká nemoci hromadného výskytu pro jejich značné rozšíření. Jejich rozvoj trvá až několik desítek let. Do těchto chorob řadíme aterosklerózu v oblasti srdečních cév a cév mozku, hypertenzi, cukrovku, obezitu, nádorová onemocnění a vředovou chorobu žaludku a dvanáctníku. Tyto nemoci bývají hlavními příčinami předčasných úmrtí v Evropě. Rizikové faktory, které nejčastěji vyvolávají tato onemocnění, jsou kouření, přejídání se, nevhodné složení stravy, nadměrná psychická zátěž, požívání alkoholu a nedostatek pohybu. V primární prevenci by se tedy měla věnovat pozornost odstranění rizikových návyků. Často je problémem pohodlnost a neochota nemocných změnit svůj životní styl (17).

1.4.2 Obezita

1.4.2.1 Obecně

Obezita je významným společenským problémem většiny civilizovaných zemí. V roce 1997 ji Světová zdravotnická organizace uznala za nemoc. Jedna z definic praví, že obezita zahrnuje výraznou kumulaci tuku v souvislosti s tím, že energetický příjem stravy převyšuje výdej energie. Obezita je rizikovým faktorem pro rozvoj mnoha onemocnění např. poruchy metabolismu lipidů, kardiovaskulárních potíží, diabetu, nemocí skeletu a artrózy. Výrazně může ovlivnit kvalitu života a působí složité sociální potíže. V současnosti je obezita nazývána moderní epidemií. Nejvíce ohrožená je skupina populace dětského věku. Přibývá obézních dětí v souvislosti s vlivem stravovacích chyb ze strany rodičů. Některé statistiky vypovídají, že až 80% obézních dětí zůstává obézních i v dospělosti (13, 18, 27).

V České Republice postihuje obezita asi 20 % dospělých jedinců, z čehož vyplývá, že každý pátý Čech je obézní. Výskyt obezity provází několik faktorů. Obézních lidí přibývá s věkem a vrcholí kolem 50 – 60 let. Častěji jsou obézní ženy, které se zároveň obtížně zbavují nadbytečné váhy po porodu. Výskyt obezity se snižuje v souvislosti s vyšším vzděláním a lepší ekonomickou situací. Vzestup hmotnosti souvisí s omezením fyzické aktivity. Výskyt obezity ovlivňují také rodinné zvyky ve stravování a genetická predispozice (17, 23).

1.4.2.2 Příčiny

Obezita je nejčastěji spojena s nadvýživou. Nadměrný příjem energie nemusí být jedinou příčinou. Nejčastěji se jedná o kombinaci několika faktorů. Na vzniku obezity se významně podílí hormonální příčiny při hypothyreóze a cushingovo syndromu. Můžou být přítomné i odchylky v regulaci příjmu stravy centrálním nervovým systémem, hyperfagie (přejídání), gravidita, stres či přerušení příjmu toxických látek. Typický je vzestup hmotnosti při přerušení kouření (18).

Na příjmu potravy se podílí rodinné zvyklosti a tradice, neomezování chuti k jídlu, dopřívání si laskomin i úmyslné přejídání dětí např. od prarodičů. Důležitou roli zde hraje také nakupování v supermarketech, kde lidé nakupují velké množství jídla, které třeba ani neměli v úmyslu kupovat. Dalším problémem dnešní doby je nedostatek pohybu. Tento stav je zřejmě způsoben přetechnizovatelností společnosti, která vede k pohodlnosti a sedavému způsobu života. Je nutné zmínit, že na vzniku obezity se podílí též dědičnost. U člověka se projevuje rozdílnou schopností spalovat základní živiny, konkrétní chuťovou rozlišovací schopností či velikostí bazálního metabolismu. Některé prameny uvádí, že se dědičnost podílí na vzniku obezity až v 50 %. Novinkou posledních let v příčinách obezity je porucha regulace bílkoviny leptinu. Leptin se řadí mezi regulátory tělesné hmotnosti tím, že působí na centrum sytosti umístěném v hypotalamu a vyvolává v něm buď pocit hladu nebo nasycení. Tím reguluje příjem potravy a výdej energie formou tepla. Předpokladem je, že obézní lidé jsou na leptin rezistentní. Centrum sytosti na něj nereaguje, což se projeví zvýšenou chutí k jídlu a

omezením výdeje energie. Takový člověk obtížně hubne, nechce se pohybovat, bývá zimomřivý a pořád něco pojídá (23, 19, 17).

1.4.2.3 Hodnocení obezity

Pro hodnocení obezity je používáno několik různých metod. Obezitu je možné identifikovat často pouhým pohledem. Nejjednodušším výpočtem pro zjištění obezity je rovnice podle Brocy. Je jednoduchá, i když není přesná. Ideální hmotnost v kg je stanovena, když se od výšky osoby v centimetrech odečte číslo 100. Pak tedy člověk, který měří 170 cm by měl mít ideální hmotnost 70 kg.

Dalším hojně využívaným výpočtem pro zjištění stavu hmotnosti je BMI (Body Mass Index). Tento výpočet koreluje s rozložením tělesného tuku a s typem postavy. Tento způsob je vhodnější pro západoevropskou civilizaci a nejsou vhodné pro jihoevropany. Největší odchylky byly zaznamenány u asijské a africké populace. Vzorec pro výpočet BMI je hmotnost v kilogramech dělená druhou mocninou výšky v metrech. Normální hodnoty BMI se pohybují v rozmezí 18,5 – 24,9. Hodnoty BMI nad 30 již svědčí o přítomnosti obezity.

Pro hodnocení stavu hmotnosti se užívá statistická veličina tzv. ideální hmotnost. Ta je posuzována pomocí váhovýškových tabulek, které hodnotí hmotnost podle věku a tělesných parametrů. Obezitu je možné určit podílem tukové tkáně na celkové hmotnosti. Ta by u mužů neměla překročit 20% a u žen 25 % (18).

1.4.2.4 Typ obezity

Obezita může mít různé typy. Rozlišujeme obezitu mužského typu a ženského typu (příloha č. 2). Mužský typ obezity (androidní) se vyznačuje postavou s výrazným břichem. Někdy bývá nazývána jako typ jablko. Je spojená s určitými riziky- diabetes mellitus a ateroskleróza. Obezita ženského typu (gynoidní) přináší nejvíce kosmetické potíže. Tvar těla připomíná hrušku. Tuk se ukládá nejvíce v oblasti břicha, hýždí a stehen. Zajímavé je, že tyto typy obezity nejsou vázané na pohlaví. Proto může mít muž obezitu gynoidního typu a zase naopak.

Psychické potíže plynoucí z obezity jsou u každého pohlaví a typu obezity rozdílné. U mužů převládá stres z omezení fyzických činností plynoucích ze zadýchávání, nemožností si zavázat boty, nestačí svým vrstevníkům. Ženy se trápí, že si nemohou obléknout hezké šaty, mají strach ze ztráty partnera a mají pocit, že se jim okolí posmívá (13).

1.4.2.5 Zdravotní rizika obezity

Obezita přináší určitá zdravotní rizika, která by měla být dostatečným motivem k úpravě hmotnosti. Má negativní vliv na většinu systémů v organismu. V kardiovaskulárním systému bývá rizikem pro vznik ischemické choroby srdce a infarktu myokardu. Dále se může podílet na selhávání srdce, poruchách srdečního rytmu, plicní hypertenzi, vysokém krevním tlaku a tromboembolické nemoci.

Obezita výrazně ovlivňuje metabolismus. Je jedním z rizikových faktorů pro vznik cukrovky a poruchy metabolismu tuků. Tato onemocnění mají své další komplikace v podobě cévních onemocnění, ztukovatění jater, rozvoje chronického selhání ledvin a poruch periferní nervové soustavy.

Obezita velmi zatěžuje opěrný aparát. Toto zatěžování se časem projeví různým onemocněním kloubů zejména nosných kloubů kolen a kyčlí. Nejčastěji jsou tyto klouby v souvislosti s hmotností postiženy artrózou. Podobně postiženy bývají i šlachy a svaly. Všechna tato onemocnění vedou ke snížení hybnosti až k úplné imobilitě.

Obezita se promítá i do ostatních pochodů v organismu. Může se podílet na rozvoji únavového syndromu, snížené obranyschopnosti, nesnášenlivosti určitých potravin a potíží se zažíváním v podobě nadýmání, zácpy či průjmu (13, 23).

1.4.2.6 Prevence obezity

Pro úspěšnou prevenci obezity je důležité znát některé informace např. o ideální hmotnosti, o příčinách obezity. Prevence spočívá v ovlivňování příčin a z toho vychází také léčba obezity. Prevence je v první řadě zaměřena na zajištění racionální výživy a sledování energetických nároků organismu. Je nutné zachovávat určitá pravidla ve stravování jako rozdělení jídla do 5 menších porcí, pravidelnost ve stravování a volba

vhodné úpravy stravy s preferováním vaření a vaření v páře s minimalizací smažení a grilování.

V prevenci obezity je nutné dbát na pravidelný pohyb. Pohybová aktivita by měla být přizpůsobena věku a schopnostem. Ideálním druhem pohybu je chůze. Ta by měla být dostatečně intenzivní a svižného tempa. Prevence se zaměřuje také na vyloučení návykových látek, hlavně alkoholu, který je vysoce kalorický a ovlivňuje funkci metabolismu.

Obezita je globálním problémem, proto i prevence by měla mít globální charakter. Informace o prevenci a léčbě obezity by měli být všem občanům dostupné např. pomocí médií (17).

Při důsledném dodržování zásad prevence obezity je možné zvládnout i dědičné sklony ke vzniku obezity. Velkou roli zde hraje, jakou životosprávu měl člověk v dětství. Zde leží většina zodpovědnosti na rodičích a vychovatelích. Při správné výchově ke zdraví si dítě osvojí určité návyky, které mu pomohou v udržení ideální hmotnosti (30).

1.4.3 Kardiovaskulární choroby

Kardiovaskulární systém zahrnuje srdce a krevní cévy (tepny, žíly a vlasečnice). Tento systém zajišťuje rozvod živin a kyslíku krví do orgánů, odvádí metabolické zplodiny z těla a zprostředkovává rozvod specifických látek jako jsou hormony. Kardiovaskulární choroby na podkladě aterosklerózy jsou dnes jednou z nejčastějších příčin úmrtí v rozvinutých zemích. Na těchto chorobách se významně podílí kvalita životního stylu obyvatel (17).

1.4.3.1 Rizikové faktory kardiovaskulárních nemocí

Rizikových faktorů pro rozvoj kardiovaskulárních chorob je mnoho. Mezi hlavní rizikové faktory se řadí hypertenze, porucha metabolismu tuků, kouření, diabetes mellitus, obezita, stres, nedostatek fyzické aktivity, pozitivní rodinná anamnéza a mužské pohlaví. Některé faktory nemůžeme ovlivnit. Jedná se především o věk (nad 45 let), pohlaví (muž), genetiku a osobní anamnézu. Jiné rizikové faktory však ovlivnit

můžeme. Pokud se nám podaří tyto faktory zmírnit nebo vyloučit, sníží se tím i riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění (21).

1.4.3.2 Ateroskleróza

Ateroskleróza je proces, který probíhá ve stěně cév. Dochází k ukládání tukových látek z krve do vnitřní části cévní stěny. Tím vzniká aterosklerotický plát, který zužuje průsvit cévy. Tento plát obsahuje tuky, vazivo a buňky. Na plát mohou nasedat krevní destičky a vzniká zde krevní sraženina, jež může cele ucpat cévu. Pokud v tomto stavu není poskytnuta včas odborná péče, dojde k odumření tkání nacházejících se za místem ucpání. Tento mechanismus se uplatňuje při vzniku chorob jako je srdeční infarkt, mozková mrtvice či jiná ischemie např. končetinových tepen (21).

Komplikace aterosklerózy jsou častou příčinou úmrtí. Ateroskleróza má časný začátek a dlouhé období bez příznaků. Bylo zjištěno, že začátky aterosklerózy pocházejí už z dětství. V souvislosti s věkem má aterosklerotický plát typický průběh. Prvním stádiem je vytvoření tukových proužků ve stěnách cév. Objevují se kolem 10. – 20. roku a často se jedná o reverzibilní stav. Některé z tukových proužků v dospívání nakumulují více tuku a dochází k tvorbě aterosklerotických výrůstků (atermů), které se později mění na fibrózní pláty v období 20. – 30. roku. Fibrózní pláty se postupně zvětšují, může docházet k jejich kalcifikaci, hemoragii či ruptuře. Z těchto informací je patrné, že rizikové faktory je třeba eliminovat již v dětském věku (17).

1.4.3.3 Hypertenze

Krevním tlakem je myšlen laterální tlak krevního sloupce na stěnu cév. Výška krevního tlaku je určena jak náplní krevního řečiště tak vlastnostmi cévní stěny. Hodnota krevního tlaku se mění v závislosti na denní době. Nejvyšší tlak máme hned po probuzení a odpoledne, zatímco nejnižší máme brzy ráno kolem 3. – 4. hodiny. Za normální tlak je u dospělého považována hodnota 110 – 139 mm Hg systolického krevního tlaku a 60 – 89 mm Hg diastolického tlaku (22).

Světová zdravotnická organizace a Mezinárodní společnost pro hypertenzi stanovila definici, která říká, že hypertenze je trvalé zvýšení krevního tlaku nad hodnoty

140/90 mm Hg. Tato hodnota musí být zaznamenána nejméně při dvou ze tří měření, které proběhnou za standardních podmínek při alespoň dvou návštěvách v ordinaci. Podle statistik je hypertenze nejčastější kardiovaskulární chorobou. V dospělé populaci postihuje asi 20 – 25 % lidí a toto množství stoupá úměrně s věkem (24).

Hypertenzi můžeme podle příčiny rozdělit na primární a sekundární. V souvislosti se životním stylem je primární hypertenze. Její příčina je neznámá. Známe však faktory, které se na jejím vzniku podílejí. Jedná se o genetické faktory, faktory v životním stylu (strava, pohyb, solení, obezita a stres) a porucha regulačních mechanismů, kdy převažují mechanismy vazokonstrikční nad vazodilatačními.

Hypertenzi je možné rozdělit do tří stádií a podle toho jsou rozděleny i příznaky. V prvním stádiu nemoci je člověk úplně bez obtíží. Pokud se nějaké obtíže vyskytnou, jedná se zpravidla o bolesti hlavy, únavu či závratě. Nedochází zatím k žádným změnám na orgánech. Ve druhém stádiu může stále přetrvávat, že subjektivně nemáme žádné obtíže. Objektivně nacházíme hypertrofii levé srdeční komory, změny na očním pozadí, nefrosklerózu a jiné aterosklerotické změny na cévách. Ve třetím stádiu dochází k závažnému postižení orgánů, převážně srdce, mozku, ledvin a očního pozadí. Zvyšuje se riziko cévní mozkové příhody, srdečního infarktu či aneurysmatu na aortě. Při hypertenzní encefalopatii dochází k bolestem hlavy, zvracení, poruchám vidění, křečím a poruchám vědomí (22).

Prevence hypertenze spočívá převážně v pravidelné životosprávě a co nejmenším počtu stresových situací. Je nutné dbát na dostatek kvalitního spánku a naučit se relaxačním technikám. Vedle pasivního odpočinku je třeba věnovat pozornost i aktivní stránce v podobě pravidelného pohybového režimu a jiného druhu aktivního odpočinku. V oblasti stravování je třeba dbát na racionální stravování s omezením soli a dostatkem zeleniny a ovoce. V rámci redukce hmotnosti se nasazuje redukční dieta. Tyto zásady prevence se uplatňují také jako první metoda léčby. Pokud úprava životního stylu výši krevního tlaku neovlivní, pak je zahájena medikamentózní terapie (17, 20).

1.4.3.4 Prevence kardiovaskulárních nemocí

Protože aterosklerotické změny na cévách mají počátek již v dětství, je toto období ideální pro zahájení preventivních opatření. Je třeba se zaměřit na formování postojů a návyků v oblasti životního stylu, protože přetrvávají u jedince často celý život.

V oblasti stravování je důležitá střídmost a pestrost. Strava by měla být bohatá na zeleninu, ovoce, celozrnné výrobky, ryby, drůbež a libové maso. Je nutné hlídat příjem tuků a jejich složení. Preferujeme tuky rostlinné, které téměř neobsahují cholesterol. Sledujeme příjem soli, který by neměl překročit 6g za den. Je dobré neučit děti na sladkosti a jejich konzumaci dovolíme jen zřídka. I v dospělosti si hlídáme energetický obsah potravin. Napomáhá to udržení ideální hmotnosti.

Z ostatních režimových opatření je dobré dbát na pravidelnou denní aktivitu. Na tom se může podílet i škola, která nabídne dětem dostatek aktivit jak během tělesné výchovy tak ve volném čase. Doma je nutné zkrátit čas strávený před televizí nebo počítačem. Pro podporu dostatečného krevního oběhu oblékáme dítěti vhodné oděvy, volné, které netísní v gumách kolem ponožek či rukávů. Velmi důležité je podporovat v dětech nekuřáctví a nevystavovat dítě ani pasivní inhalaci cigaretového kouře. Už od dětství věnujeme čas k naučení dítěte zvládat stres (17).

1.4.4 Diabetes mellitus 2. typu

Diabetes mellitus 2. typu je metabolické onemocnění, které je charakterizováno relativním nedostatkem inzulínu. To znamená, že inzulínu se tvoří dostatečné množství, ale nestačí na zvýšený příjem cukrů. Inzulínové receptory na buněčných membránách se stávají na inzulín necitlivé- inzulínová rezistence. Toto onemocnění se vyskytuje familiárně většinou u dospělých osob. Současně s diabetem 2. typu bývá přítomná zvýšená hladina tuků, hyperinzulinismus a hypertenze. Tyto faktory zvyšují riziko pro rozvoj kardiovaskulárního onemocnění (25).

1.4.4.1 Rizikové faktory vzniku diabetu mellitu 2. typu

Výskyt diabetu mellitu 2. typu provází několik rizikových faktorů. Jedním z nich je výskyt diabetu mellitu u příbuzných 1. stupně (rodiče, sourozenci, děti). Dále se na vzniku diabetu mellitu podílí nadváha a obezita (při BMI nad 27), hypertenze (krevní tlak 140/90 mm Hg), hyperlipidémie a věk nad 45 let. Velmi vysoké riziko je u žen, které měly v těhotenství gestační diabetes nebo poruchu glukózové tolerance při vyšetření (2).

1.4.4.2 Chronické komplikace diabetu mellitu 2. typu

Uvádí se, že téměř čtvrtina diabetiků obou typů má po delší době trvání nemoci nějaké chronické komplikace. Nejčastější komplikací jsou změny na vlásečnicích v sítnici oka. Tento stav nazýváme diabetickou retinopatií a může v jeho důsledku dojít až ke ztrátě zraku. Podobné změny postihují cévy v glomerulech ledvin, kdy může dojít až k ledvinnému selhání (diabetická nefropatie). Velmi závažnou komplikací je diabetická neuropatie. Dochází k poškození nervových vláken v dolních končetinách, srdečním svalu, trávicí trubici či močovém ústrojí. Při diabetické neuropatii současně s poškozením drobných cév dochází k závažnému narušení výživy tkání. Na dolních končetinách se stav projeví vznikem vředů, otoků a v případě přidružené infekce může dojít k odumření tkáně a gangréně. Tyto změny souhrnně označujeme pojmem diabetická noha. Často bývá nutné provedení amputace postiženého úseku končetiny (17).

1.4.4.3 Prevence diabetu mellitu 2. typu

Primární prevence se zaměřuje na ovlivňování rizikových faktorů. Je nutné snížit nadváhu, stravovat se racionálním způsobem s omezením tuků ve stravě. Strava má být bohatá na zeleninu a ovoce v čerstvém stavu. Z obilovin upřednostňujeme potraviny celozrnné. Důležitou součástí primární prevence je dostatek přiměřené fyzické aktivity.

Sekundární prevence je zaměřena na udržení vnitřního prostředí diabetika, aby se podobalo co nejvíce vnitřnímu prostředí zdravého člověka. Důležité je udržet hladinu glukózy v krvi na normálních hodnotách a předcházet komplikacím. K tomu slouží

pravidelné kontroly u lékaře, selfmonitoring a dodržování režimových opatření (17).

1.5 Nutrifia

Nutrifia je program pro PC, který umožňuje rychle zhodnotit skladbu stravy během jednoho týdne a hodnotí též další parametry životního stylu jako je pohybová aktivita či užívání návykových látek. Autorem tohoto programu je doc.Mudr. Jindřich Fiala, Csc., který působí v Ústavu preventivního lékařství na Lékařské Fakultě Masarykovy univerzity. Tento software vznikl v rámci dotačního programu ministerstva zdravotnictví ČR „Národní program zdraví.“ Důvodem pro jeho vznik byla potřeba jednoduchého a dostupného programu pro zjišťování úrovně životního stylu obyvatel ČR. Program je určen pro každého, kdo má zájem zhodnotit životní styl svůj nebo někoho jiného. Je určen jak laikům, tak odborníkům (5).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1. Cíl práce

Zjistit úroveň rizik životního stylu středoškolské mládeže (v oblasti stravování, spotřeby alkoholu, kouření a pohybových aktivit)

2.2 Hypotézy

H1) Hodnota BMI u studentů středních škol odpovídá nadváze

H2) Studenti středních škol provádějí sportovní aktivity 1 – 2x týdně

H3) U studentů gymnázia se vyskytuje více kuřáků než u studentů odborných středních škol

H4) V jídelníčku středoškolských studentů je ovoce a zelenina zastoupena přiměřeně (tj. více jak 4 porce za den)

H5) Jídelníček středoškolských studentů odpovídá výživové pyramidě

3. Metodika

3.1 Metodika práce

K výzkumu na téma „, Hodnocení rizik životního stylu středoškolské mládeže programem Nutrifia“ byla použita metoda kvantitativního výzkumu technikou dotazování pomocí dotazníku. Dotazník se skládal celkově z 16 otázek, z nichž 4 otázky byly otevřené, 1 polootevřená a 11 uzavřených. Otázka č. 2 byla dále rozdělena do 18 podotázek.

Jako předloha k vytvoření dotazníku byl použit dotazník doc. MUDr. Jindřicha Fialy, CSc , který je používán v programu Nutrifia.

Otázky č. 1 a 14 se vztahují k charakteristice zkoumaného vzorku. Ostatní otázky se vztahují k daným hypotézám.

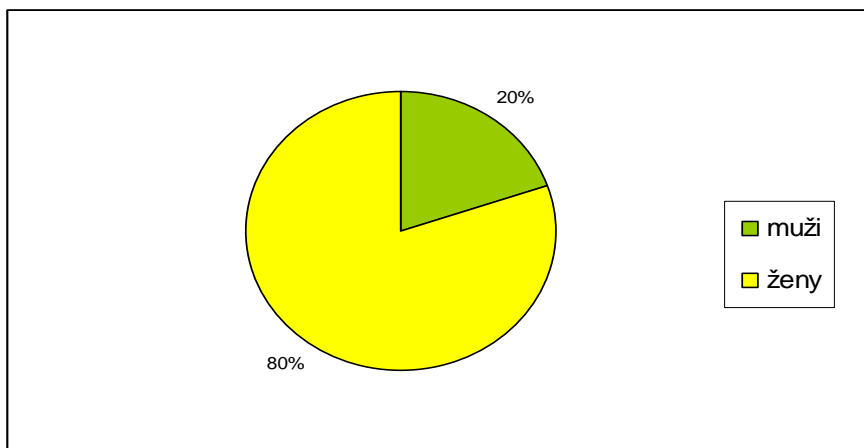
Sběr dat probíhal v průběhu března a dubna 2010. Ke zpracování výsledků byl použit program Nutrifia a ke statistickému zpracování tabulkový procesor Microsoft Office Excel 2002.

3.2 Výzkumný soubor

Cílovou skupinou byli studenti 4. ročníků Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické v Českých Budějovicích studijních oborů zdravotnický asistent, laboratorní asistent a asistent zubního technika. Dále studenti 4. ročníků Gymnázia v Prachaticích. Dohromady bylo rozdáno 110 dotazníků, 80 dotazníků bylo určeno studentům střední odborné školy a 30 dotazníků bylo určeno studentům gymnázia. Návratnost byla 88 %. Navráčeno bylo 97 dotazníků z původních 110. Celkem bylo pro zpracování použito 97 dotazníků.

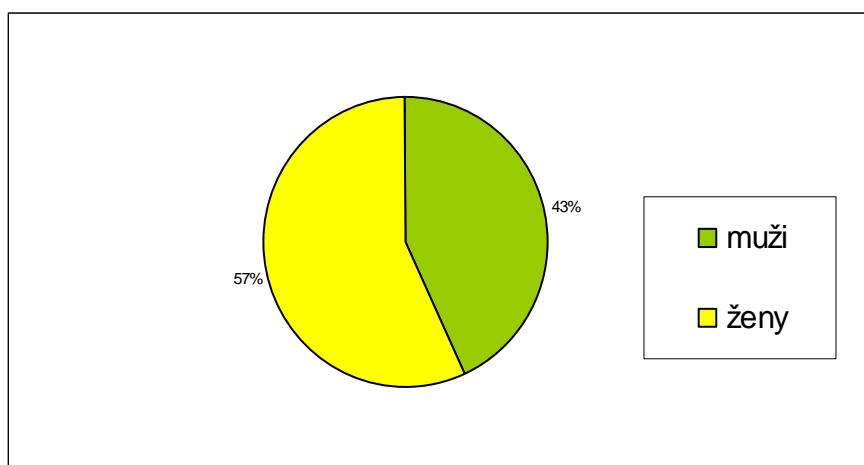
4. Výsledky výzkumu

Graf 1 Pohlaví respondentů (k otázce č. 14)



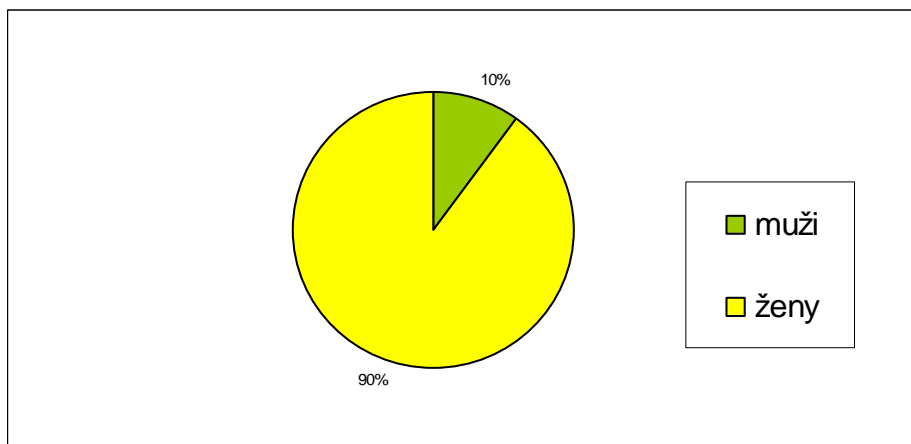
Soubor byl tvořen 97 respondenty (100%), z toho bylo 19 mužů (20 %) a 78 žen (80 %)

Graf 2 Pohlaví respondentů z Gymnázia (k otázce č. 14)



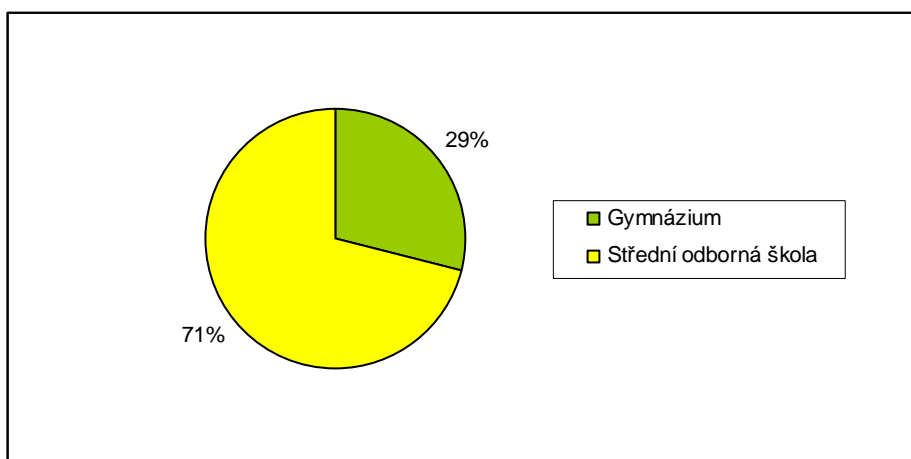
Z 28 respondentů (100 %) studujících gymnázium bylo 12 mužů (43 %) a 16 žen (57 %)

Graf 3 Pohlaví respondentů ze Střední odborné školy (k otázce č. 14)



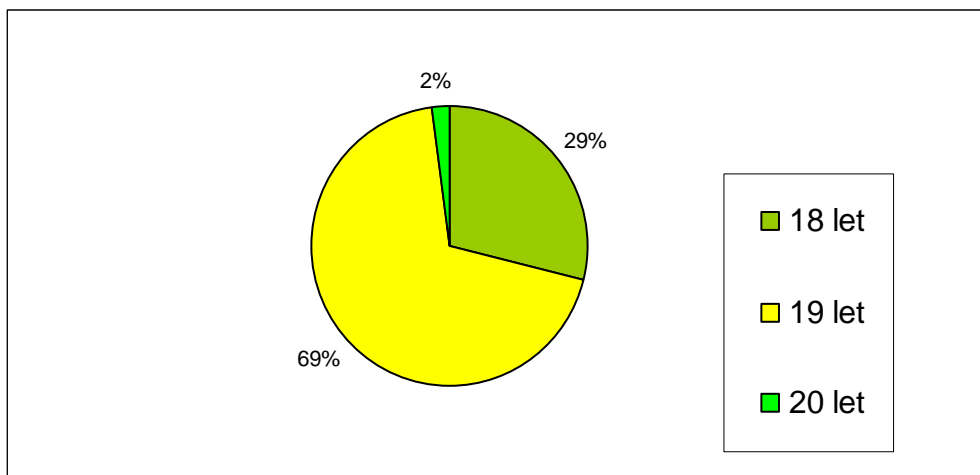
Z 69 respondentů (100 %) ze Střední odborné školy bylo 7 mužů (10 %) a 62 žen (90 %)

Graf 4 Rozdělení respondentů podle vzdělání (k otázce č. 1)



Z celkového počtu 97 respondentů bylo 69 respondentů ze Střední odborné školy (71 %) a 28 respondentů z Gymnázia (29 %)

Graf 5 Věk respondentů (k otázce č. 14)



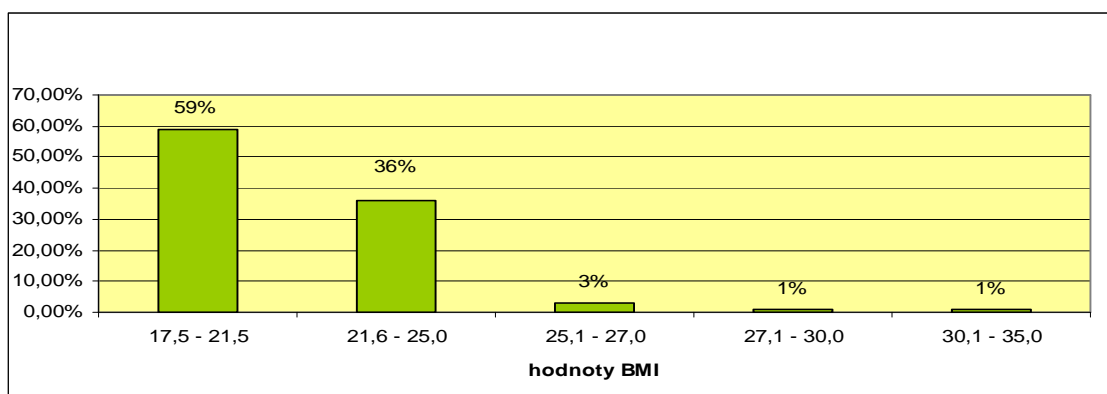
Ze všech 97 dotazovaných bylo 28 respondentů ve věku 18 let (29 %), 67 respondentů ve věku 19 let (69 %) a 2 respondenti ve věku 20 let (2 %).

Tabulka 1 Hodnoty BMI respondentů (k otázce č. 14)

	BMI			
	<i>Minimální hodnota</i>	<i>Maximální hodnota</i>	<i>Průměrná hodnota</i>	<i>Medián</i>
Gymnázium	19	29,1	22,2	21,8
Střední odborná škola	17,5	34,8	21,3	20,9

Z tabulky vyplývá, že minimální hodnota BMI u studentů Gymnázia byla 19, maximální hodnota BMI byla 29,1. V průměru byla hodnota BMI studentů Gymnázia 22,2 a medián 21,8. U studentů Střední odborné školy byla minimální hodnota BMI 17,5, maximální hodnota 34,8, průměrná hodnota 21,3 a medián 20,9.

Graf 6 Hodnoty BMI u respondentů (k otázce č. 14)



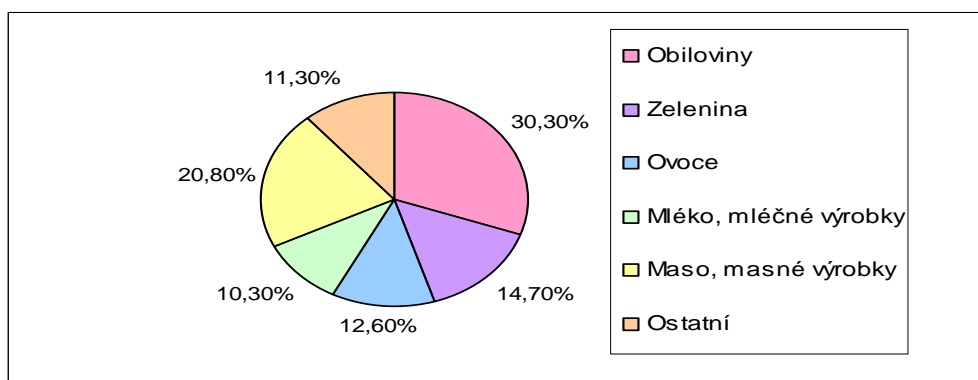
Z celkového počtu 97 respondentů jich 57 má hodnotu BMI 17,5 – 21,5 (59 %), 34 má hodnotu BMI 21 – 25 (36 %), 3 mají hodnotu BMI 25,1 – 27 (3 %), 1 má hodnotu 27,1- 30,0 (1%) a 30,1 – 35,0 má též 1 respondent (1 %).

Tabulka č. 2 Průměrné hodnoty stravování všech respondentů (k otázce č. 2)

	Průměrný počet porcí	Doporučený počet porcí	Procentuální plnění doporučených porcí
Obiloviny, obil. výrobky	2,3	5,0	45,3 %
Zelenina	1,1	4,0	28 %
Ovoce	1,0	3,0	32,6 %
Mléko, mléčné výrobky	0,8	2,0	41,0 %
Maso, ryby, vejce, luštěniny	1,7	1,5	110,3 %
Ostatní	0,9	1,0	87,2 %

Průměrný počet porcí jednotlivých potravin všech respondentů je takový: obiloviny a obilné výrobky- 2,3 porce, zelenina- 1,1 porce, ovoce- 1 porce, mléko a mléčné výrobky- 0,8 porce, maso, ryby, vejce a luštěniny- 0,9 porce. Doporučený počet porcí je u obilovin 5 porcí, u zeleniny 4 porce, u ovoce 3 porce, u mléčných výrobků 2 porce, u masa, ryb, vajec a luštěnin 1,5 porce a u ostatních potravin 1 porce. Průměrně respondenti splnili doporučené porce takto: obiloviny- 45,3 %, zelenina- 28 %, ovoce 32,6 %, mléčné výrobky 41 %, maso, ryby, vejce a luštěniny 110,3 % a ostatní potraviny 87,2 %.

**Graf č.7 Průměrné procentuální zastoupení jednotlivých složek stravy
(k otázce č. 2)**



Z grafu vyplívá, že strava všech respondentů se průměrně skládá z 30,3 % obilovin, 20,8 % masa a masných výrobků, 14,7 % zeleniny, 12,6 % ovoce, 11,3 % ostatních potravin a 10,3 % mléka a mléčných výrobků.

Tabulka č. 3 Denní konzumace obilovin (k otázce č. 2)

	Denní konzumace obilovin (porce/ den)				
	<i>Minimální počet</i>	<i>Maximální počet</i>	<i>Průměr</i>	<i>Medián</i>	<i>Doporučený počet</i>
Gymnasium	0,9	3,6	1,9	1,6	5 porcí
Střední odborná škola	0,6	11,3	2,4	1,9	
Všichni celkem	0,6	11,3	2,3	1,9	

Z tabulky je zřejmé, že minimální počet porcí obilovin za den je u studentů gymnázia 0,9 porce/ maximální počet 3,6 porce/průměrně konzumují 1,9 porce a medián je 1,6 porce. Minimální počet porcí obilovin u studentů střední odborné školy je 0,6 porce/ maximální počet 11,3 porce/ průměrně konzumují 2,4 porce a medián je 1,9 porce. Všichni studenti konzumují denně minimálně 0,6 porce obilovin, maximálně 11,3 porcí, průměrně konzumují 2,3 porce a medián je 1,9 porce. Doporučený počet porcí obilovin na den je 5 porcí.

Tabulka č. 4 Denní konzumace zeleniny (k otázce č. 2)

	Denní konzumace zeleniny (porce/ den)				
	<i>Minimální počet</i>	<i>Maximální počet</i>	<i>Průměr</i>	<i>Medián</i>	<i>Doporučený počet</i>
Gymnasium	0,2	3,5	1,2	1	4 porce
Střední odborná škola	0,0	4,5	1,1	1	
Všichni celkem	0,0	4,5	1,1	1	

Minimální počet porcí zeleniny za den je u studentů gymnázia 0,2, maximální počet porcí je 3,5, porce, průměrně 1,2 porce a medián 1 porce. U studentů střední odborné školy je minimální počet porcí 0,0 porcí, maximální počet 4,5 porce, průměrně 1 porce a medián 1 porce. Dohromady všichni studenti konzumují minimálně 0 porcí zeleniny, maximálně 4,5 porcí , průměrně 1,1 porce a medián 1 porce. Doporučený počet porcí zeleniny denně je 4 porce.

Tabulka č. 5 Denní konzumace ovoce (k otázce č. 2)

	Denní konzumace ovoce (porce/ den)				
	<i>Minimální počet</i>	<i>Maximální počet</i>	<i>Průměr</i>	<i>Medián</i>	<i>Doporučený počet</i>
Gymnasium	0,2	3,5	1,1	0,8	3 porce
Střední odborná škola	0,0	3,5	0,9	0,5	
Všichni celkem	0,0	3,5	1,0	0,8	

Studenti gymnázia konzumují minimální počet porcí ovoce 0,2, maximální počet 3,5 porce, průměrně 1,1 porce a medián 0,8 porce. Studenti střední odborné školy konzumují minimální počet 0 porcí, maximální počet 3,5 porce, průměrně 1 porci a medián 0,8 porce. Dohromady všichni studenti konzumují minimálně 0 porcí, maximálně 3,5 porce, průměrně 1 porci a medián 0,8 porce. Doporučený počet porcí ovoce za den je 3 porce.

Tabulka č. 6 Denní konzumace mléka a mléčných výrobků (k otázce č. 2)

	Denní konzumace mléka a mléčných výrobků (porce/ den)				
	<i>Minimální počet</i>	<i>Maximální počet</i>	<i>Průměr</i>	<i>Medián</i>	<i>Doporučený počet</i>
Gymnasium	0	3,5	0,9	0,8	2 porce
Střední odborná škola	0	3,5	0,8	0,5	
Všichni celkem	0	3,5	0,8	0,5	

Studenti gymnázia konzumují denně minimální počet porcí mléka a mléčných výrobků 0, maximální počet 3,5 porce, průměrně 0,9 porce a medián 0,8 porce. Studenti středních odborných škol konzumují minimálně 0 porcí denně, maximálně 3,5 porcí, průměrně 0,8 porce a medián 0,5 porce. Všichni studenti dohromady konzumují minimálně 0 porcí , maximálně 3,5 porce, průměrně 0,8 porce a medián 0,5 porce. Doporučený počet porcí mléka a mléčných výrobků za den je 2 porce.

Tabulka č. 7 Denní konzumace masa, ryb, vajec a luštěnin (k otázce č. 2)

	Denní konzumace masa, ryb, vajec a luštěnin (porce/ den)				
	<i>Minimální počet</i>	<i>Maximální počet</i>	<i>Průměr</i>	<i>Medián</i>	<i>Doporučený počet</i>
Gymnasium	0,6	2,5	1,4	1,1	1,5 porce
Střední odborná škola	0,2	10,9	1,8	1,4	
Všichni celkem	0,2	10,9	1,7	1,3	

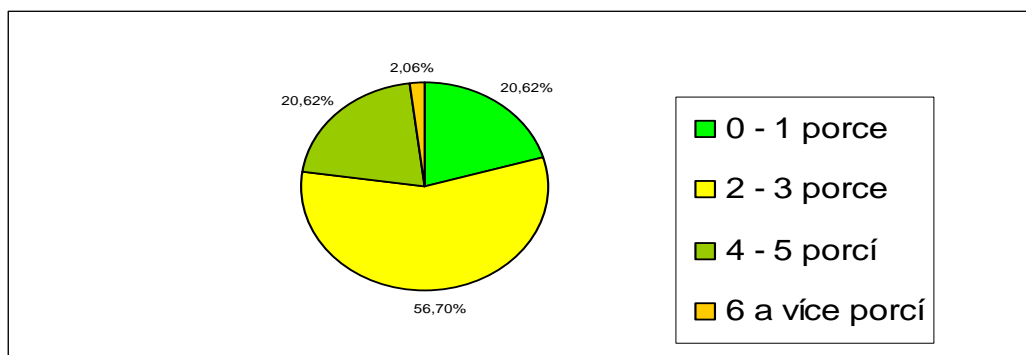
Studenti gymnázia konzumují denně minimální počet porcí masa, ryb, vajec a luštěnin 0,6 porce, maximální počet 2,5 porce, průměrně 1,4 porce a medián 1,1 porce. Studenti střední odborné školy konzumují minimálně 0,2 porce, maximálně 10,9 porce, průměrně 1,8 porce a medián 1,4 porce. Všichni studenti dohromady konzumují minimálně 0,2 porce, maximálně 10,9 porce, průměrně 1,7 porce a medián 1,3 porce. Doporučený počet porcí masa, ryb, vajec a luštěnin je 1,5 porce denně.

Tabulka č. 8 Denní konzumace ostatních potravin, sladkosti (k otázce č. 2)

	Denní konzumace ostatních potravin, sladkosti (porce/ den)				
	<i>Minimální počet</i>	<i>Maximální počet</i>	<i>Průměr</i>	<i>Medián</i>	<i>Doporučený počet</i>
Gymnasium	0	3	0,9	0,7	1 porce
Střední odborná škola	0	7	0,9	0,5	
Všichni celkem	0	7	0,9	0,5	

Studenti gymnázia konzumují denně minimálně 0 porcí ostatních potravin a sladkostí, maximálně 3 porce, průměrně 0,9 porcí a medián 0,7 porcí. Studenti střední odborné školy konzumují denně minimálně 0 porcí , maximálně 7 porcí, průměrně 0,9 porcí a medián 0,5 porce. Dohromady všichni studenti konzumují minimálně 0 porcí sladkostí a ostatních potravin, maximálně 7 porcí, průměrně 0,9 porce a medián 0,5 porcí. Doporučený počet denních porcí ostatních potravin a sladkostí je 1 porce.

Graf č. 8 Počet porcí ovoce a zeleniny dohromady za jeden den (k otázce č. 3)



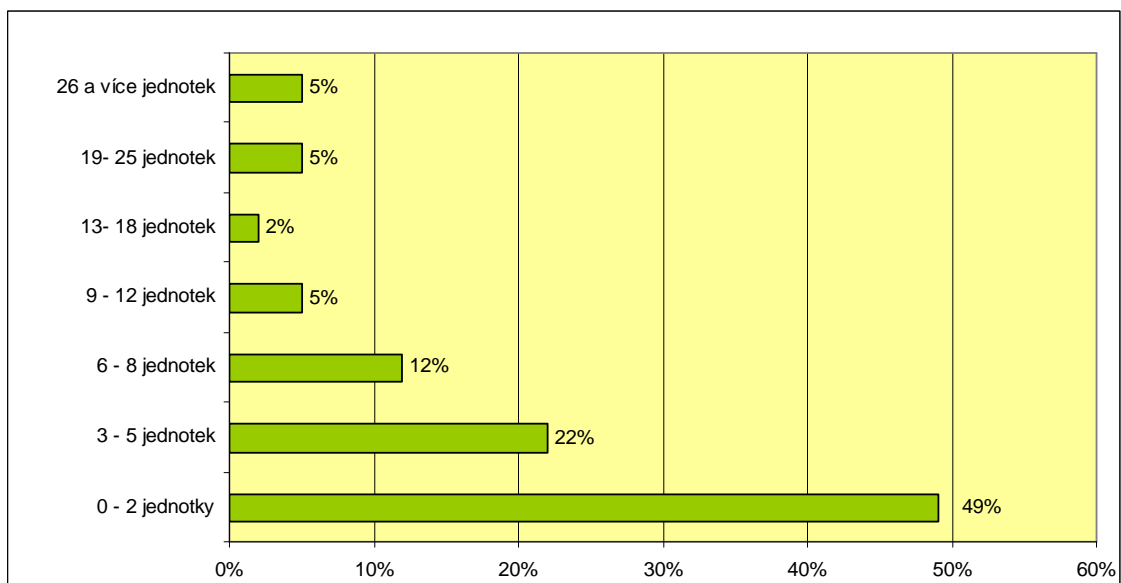
Z 97 respondentů (100%) konzumovalo 55 respondentů (56,70 %) ovoce a zeleninu dohromady v množství 2 – 3 porce denně. 20 respondentů (20,62 %) konzumovalo 4 – 5 porcí ovoce a zeleniny denně. 20 respondentů (20,62 %) přijímalo denně 0 – 1 porci ovoce a zeleniny a 2 respondenti (2,06 %) konzumovali denně 6 a více porcí ovoce a zeleniny dohromady.

Tabulka č. 9 Denní konzumace ovoce a zeleniny dohromady (porce/ den)
(k otázce č. 3)

	Denní konzumace ovoce a zeleniny (porce/ den)			
	<i>Minimální počet</i>	<i>Maximální počet</i>	<i>Průměr</i>	<i>Medián</i>
Gymnasium	1	4	2,5	2
Střední odborná škola	0	6	2,6	2
Všichni respondenti	0	6	2,6	2

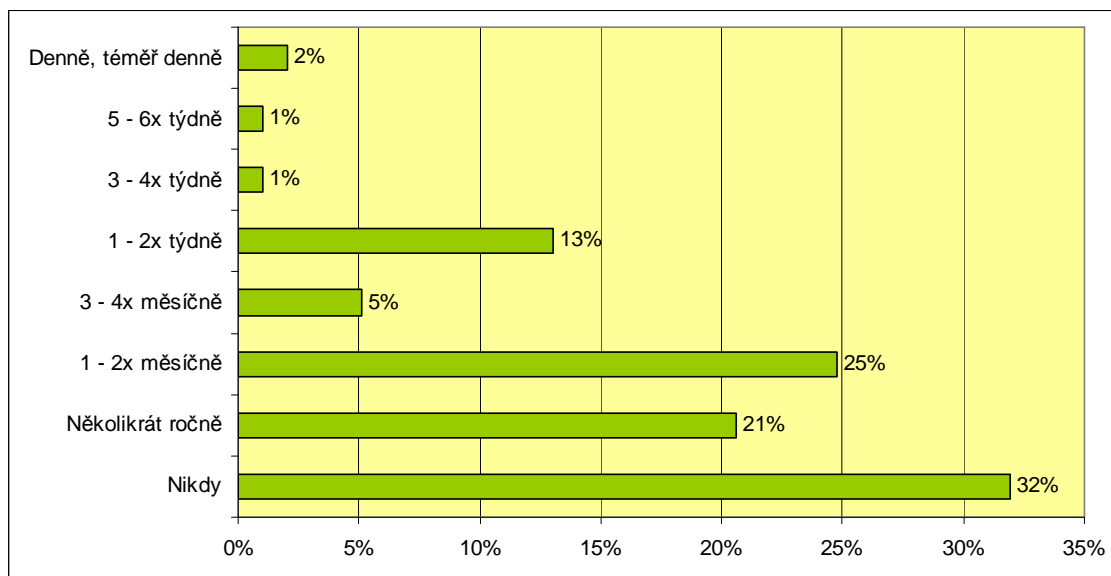
Tabulka ukazuje, že studenti gymnázia přijímají denně minimálně 1 porci ovoce a zeleniny dohromady, maximálně 4 porce, průměrně 2,5 porce a medián 2 porce. Studenti střední odborné školy konzumují denně minimálně 0 porcí ovoce a zeleniny, maximálně 6 porcí, průměrně 2,6 porce a medián 2 porce. Všichni respondenti dohromady přijímají denně minimálně 0 porcí ovoce a zeleniny, maximálně 6 porcí, průměrně 2,6 porcí a medián 2 porce.

Graf č. 9 Množství jednotek alkoholu za poslední týden (k otázce č. 4)



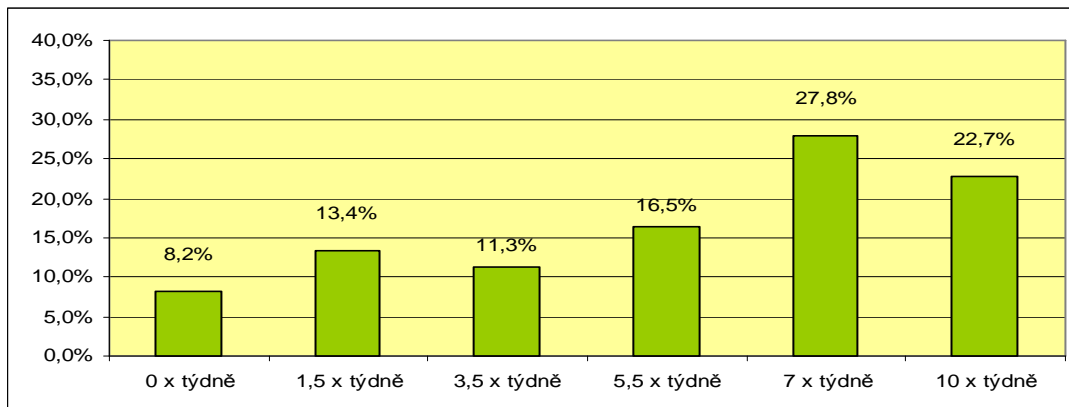
Z celkového počtu 96 respondentů (100%) zkonsumovalo 47 respondentů (49%) 0 – 2 jednotky alkoholu v posledním týdnu. 21 respondentů (22%) zkonsumovalo 3 – 5 jednotek alkoholu za týden, 11 respondentů (12%) zkonsumovalo 6 – 8 jednotek alkoholu, 5 respondentů (5 %) zkonsumovalo 9 – 12 jednotek alkoholu, 2 respondenti (2 %) zkonsumovali 13 – 18 jednotek alkoholu v posledním týdnu, 5 respondentů (5 %) zkonsumovalo 19 – 25 jednotek alkoholu a 5 respondentů (5 %) zkonsumovalo 26 a více jednotek alkoholu za poslední týden.

Graf č. 10 Četnost konzumace více jak 4 dávek alkoholu během jednoho dne (k otázce č. 5)



Na otázku zjišťující četnost konzumace více jak 4 dávek alkoholu během jednoho dne odpovědělo z celkového počtu 97 respondentů (100%) 31 respondentů (32%), že toto množství alkoholu nezkonzumují nikdy, 20 respondentů (21%) zkonsumuje toto množství několikrát za rok, 24 respondentů (25%) zkonsumuje toto množství 1 – 2x měsíčně, 5 respondentů (5%) toto množství konzumuje 3 – 4x za měsíc, 13 respondentů (13%) konzumuje toto množství alkoholu 1 – 2x týdně, 1 respondent (1%) konzumuje dané množství 3 – 4x týdně, 1 respondent (1%) konzumuje udané množství alkoholu 5 – 6x týdně a 2 respondenti (2%) konzumují toto množství alkoholu denně nebo téměř denně.

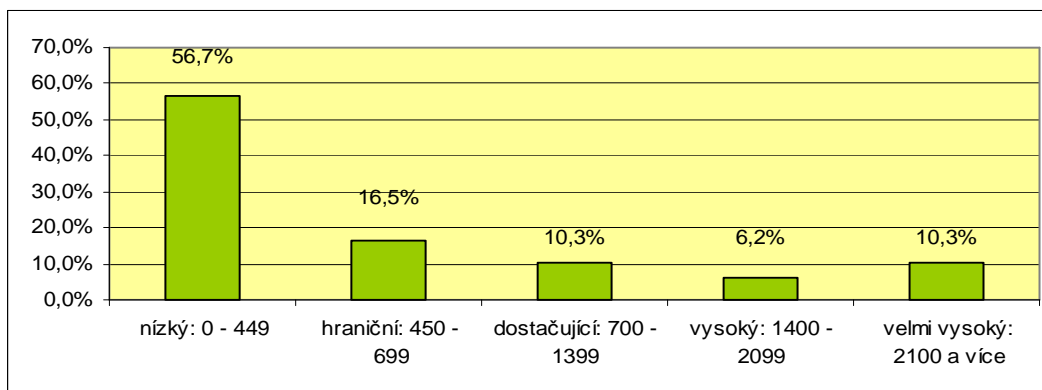
Graf č. 11 Frekvence intenzivní chůze respondentů (k otázce č. 6, 7)



Frekvence intenzivní chůze probíhající nejméně 30 min vkuse.

Je patrné, že ze všech 97 respondentů (100%) se 8 respondentů nevěnuje intenzivní chůzi (8,2 %), 13 respondentů se věnuje intenzivní chůzi 1,5 x týdně (13,4 %), 11 respondentů se věnuje intenzivní chůzi 3,5 x týdně (11,3%), 16 respondentů se věnuje intenzivní chůzi 5,5 x týdně (16,5 %), 27 respondentů se věnuje intenzivní chůzi 7 x týdně (27,8%) a 22 respondentů se věnuje intenzivní chůzi 10x týdně (22,7%)

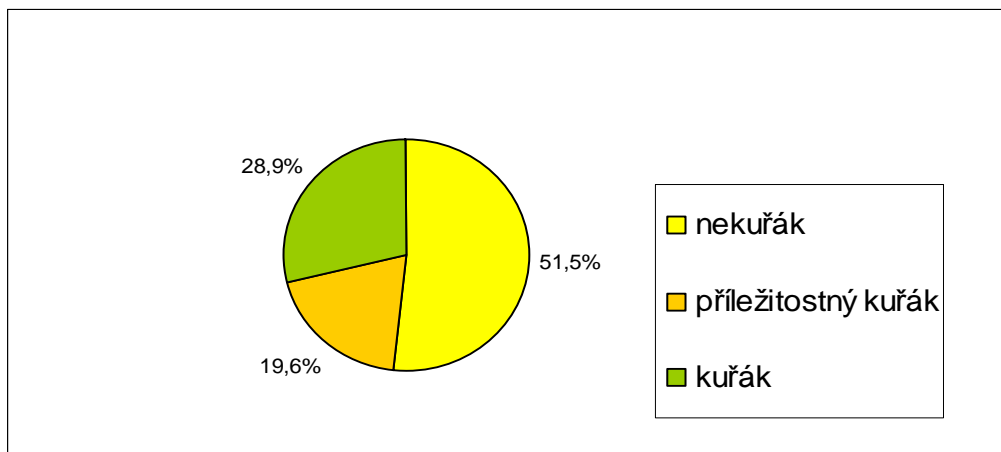
Graf č. 12 Hodnota sportindexu u respondentů (k otázce č. 8, 9, 10 a 11)



Sportindex = komplexní hodnocení sportovně- rekreačních aktivit. Jde o násobek týdenní frekvence, délky a intenzity cvičení. Dostačující jsou hodnoty vyšší než 700.

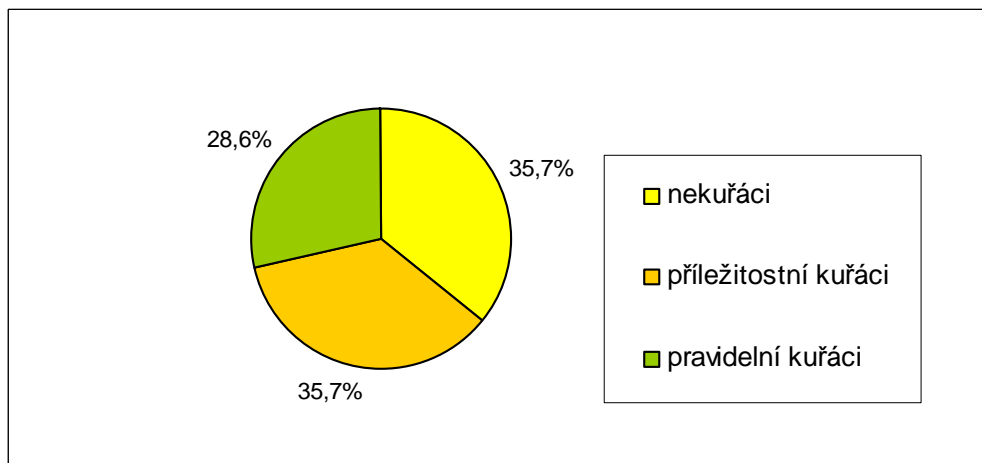
Za všech 97 respondentů (100%) má 55 respondentů sportindex 0 – 449 (56,7%), 16 respondentů má sportindex 450 – 699 (16,5%), 10 respondentů má sportindex 700 – 1399 (10,3%), 6 respondentů má sportindex 1400 – 2099 (6,2%) a 10 respondentů má sportindex 2100 a více (10,3%).

Graf č. 13 Zastoupení kuřáků (k otázce č. 12)



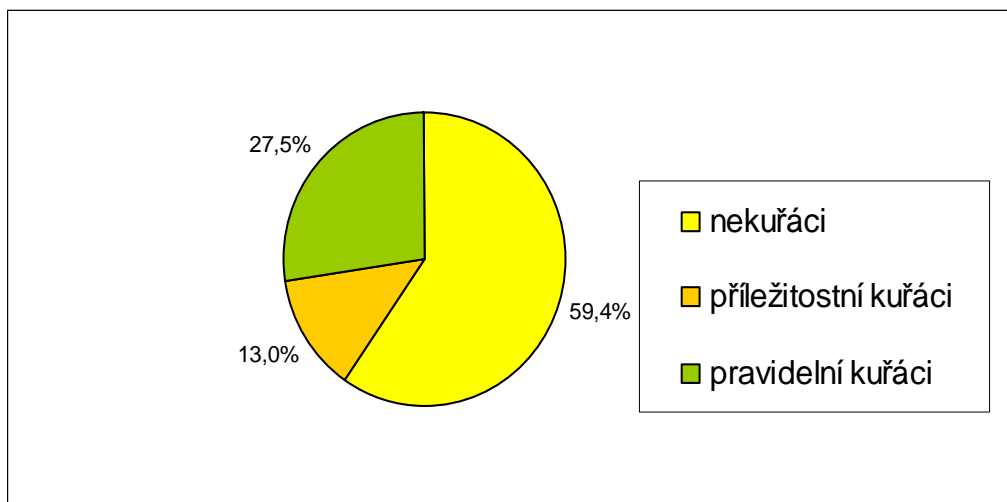
Z celkového počtu 97 respondentů (100%) označilo 50 respondentů (51,5%), že jsou nekuřáci alespoň 3 měsíce. 19 respondentů (19,6%) označilo odpověď, že jsou příležitostní kuřáci a kouří méně než 1 cigaretu denně. 28 respondentů (28,9 %) jsou pravidelní kuřáci.

Graf č. 14 Zastoupení kuřáků u studentů Gymnázia (k otázce č. 12)



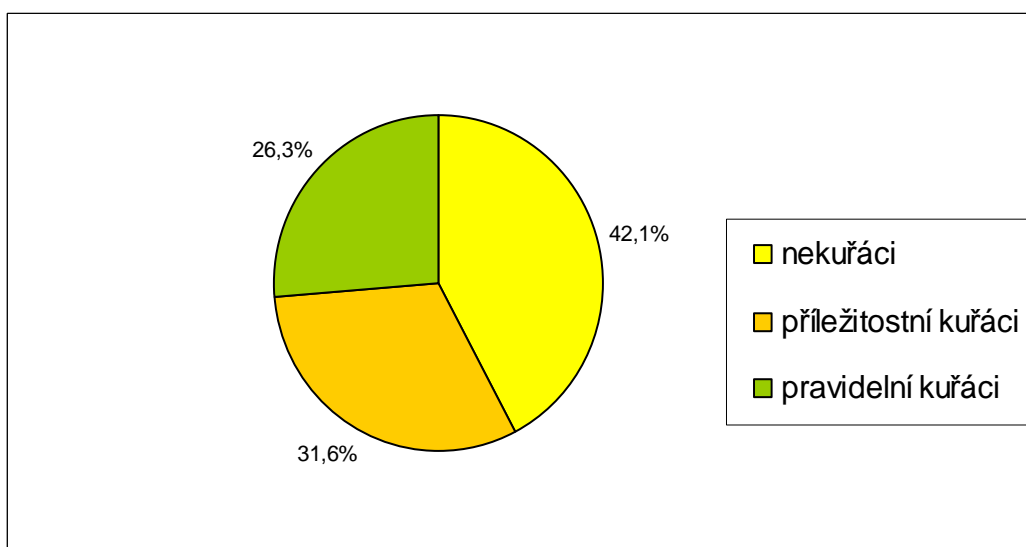
Z 28 studentů Gymnázia (100%) je 10 studentů nekuřáků (35,7%), 10 studentů je příležitostnými kuřáky (35,7%) a 8 studentů kouří pravidelně (28,6%)

Graf č. 15 Zastoupení kuřáků u studentů Střední odborné školy (k otázce č. 12)



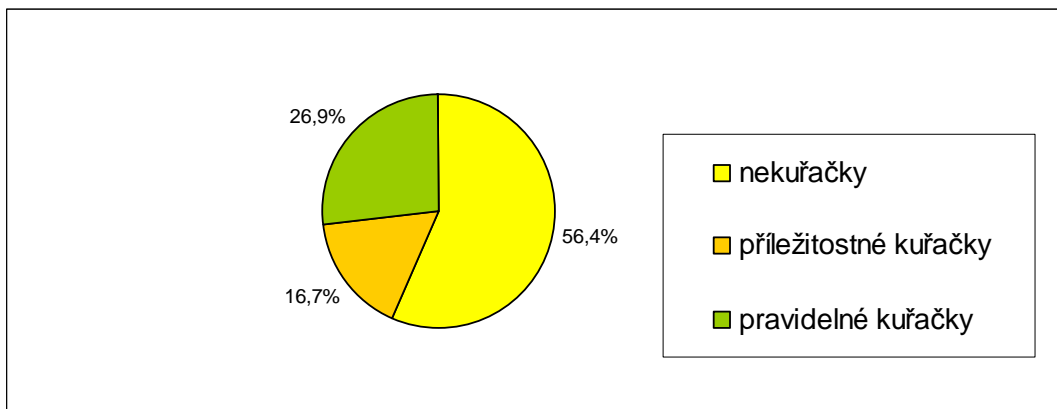
Z 69 studentů Střední odborné školy (100%) je 41 studentů nekuřáků (59,4%), 9 studentů kouří příležitostně (13 %) a 19 studentů jsou pravidelní kuřáci (27,5 %)

Graf č. 16 Zastoupení kuřáků u mužů (k otázce č. 12)



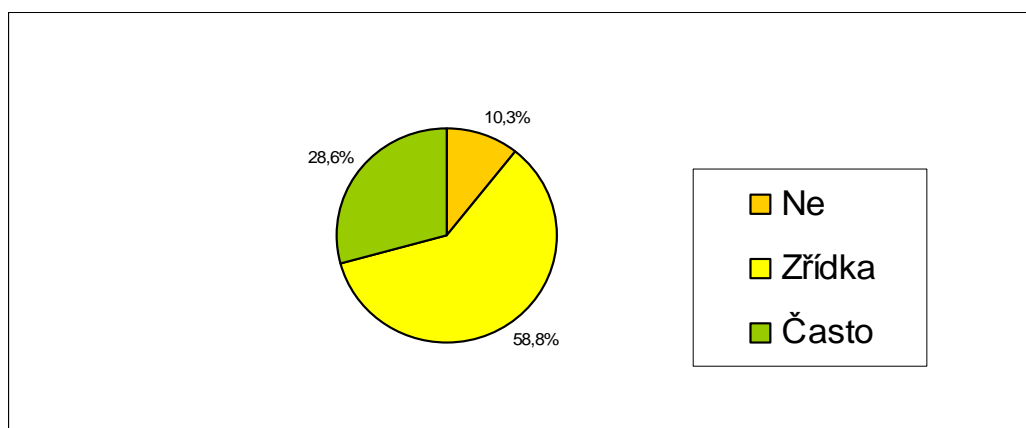
Z 19 respondentů mužského pohlaví (100%) je 8 studentů nekuřáků (42,1%), 6 studentů kouří příležitostně (31,6 %) a 5 studentů kouří pravidelně (26,3%).

Graf č. 17 Zastoupení kuřáků u žen (k otázce č. 12)



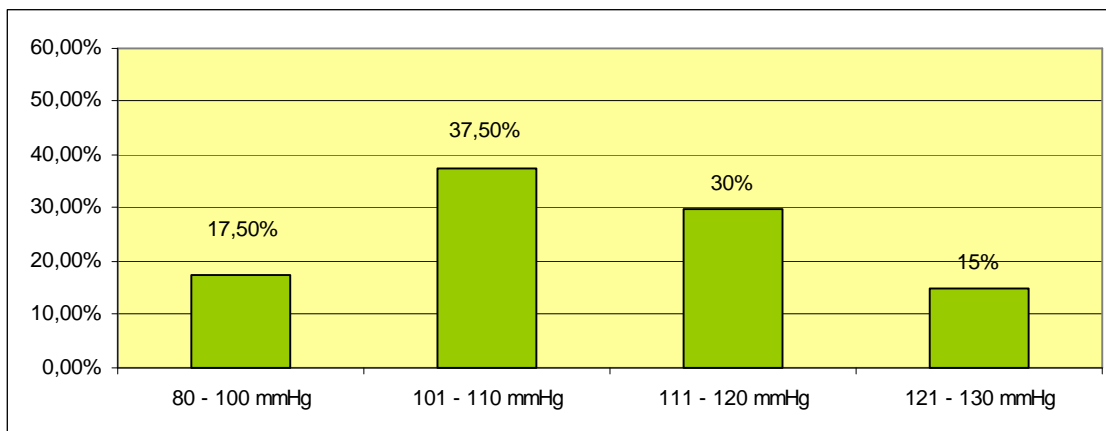
Ze 78 respondentů ženského pohlaví (100%) je 44 studentek nekuřaček (56,4%), 13 studentek kouří příležitostně (16,7%) a 21 studentek kouří pravidelně (26,9%).

Graf č. 18 Vystavení se pasivnímu kouření (k otázce č. 13)



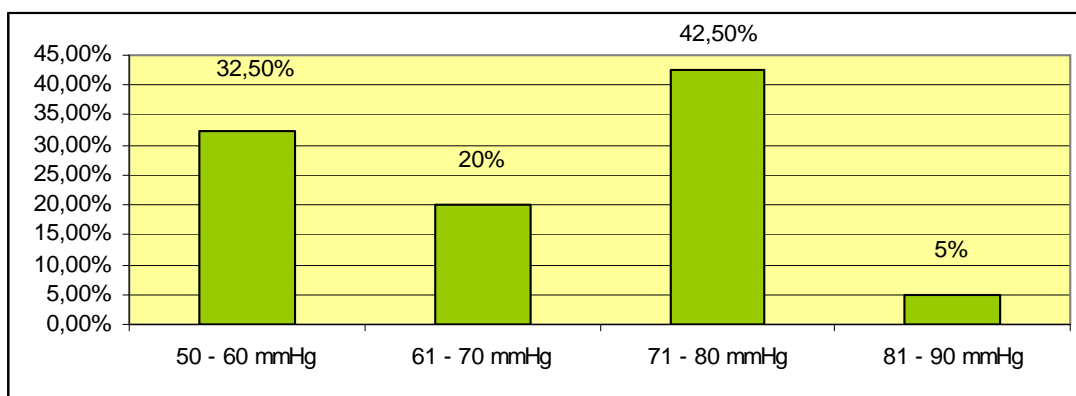
Ze všech 97 respondentů (100%) jich 10 nepobývá v zakouřeném prostředí vůbec (10,3%), 57 respondentů pobývá v zakouřeném prostředí zřídka (58,8%) a 30 respondentů pobývá v zakouřeném prostředí často (28,6 %).

Graf č. 19 Hodnoty systolického tlaku krve (k otázce č. 15)



Na otázku č. 15 odpovědělo 40 respondentů (100%), že znají hodnotu svého krevního tlaku a udalo hodnotu. 7 respondentů má hodnotu systolického tlaku 80 – 100 mmHg (17,5 %). 15 respondentů má hodnotu systolického tlaku krve 101 – 110 mmHg (37,5 %), 12 respondentů má hodnotu systolického tlaku 111 – 120 mmHg (30%) a 6 respondentů má hodnotu systolického tlaku krve 121 – 130 mmHg (15%).

Graf č. 20 Hodnoty diastolického tlaku krve (k otázce č.15)



Na otázku 15 udalo 40 respondentů hodnoty svého krevního tlaku (100%). 13 respondentů udalo hodnotu diastolického tlaku 50 – 60 mmHg (32,5%), 8 respondentů udává hodnotu diastolického tlaku 61 – 70 mmHg (20%), 17 respondentů má hodnotu diastolického tlaku 71 – 80 mmHg (42,5%) a 2 respondenti udávají hodnotu diastolického tlaku 81 – 90 mmHg (5%)

Na otázku č. 16 odpovědělo 100% respondentů, že nezná svoji hodnotu celkového krevního cholesterolu.

5. Diskuse

Tato práce měla za cíl zhodnotit životní styl u populace středoškolských studentů. Zabývala se jednotlivými složkami životního stylu a to v první řadě výživou, dále tělesnou aktivitou, zneužíváním návykových látek a konkrétními fyzickými parametry u jednotlivých respondentů jako je hmotnost, výška ale i hodnoty krevního tlaku či celkového cholesterolu. Právě tyto tělesné parametry nám mohou ukázat, nakolik náš nynější životní styl poznamenal náš organismus.

Sledovaný soubor tvořili studenti 4. ročníků Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické v Českých Budějovicích studijních oborů zdravotnický asistent, laboratorní asistent a asistent zubního technika. Dále studenti 4. ročníků Gymnázia v Prachaticích. Studenti střední odborné školy výrazně převažují nad studenty Gymnázia (Graf č. 4).

Tento výzkumný vzorek zahrnoval celkem 97 respondentů, z nichž 80% tvořily ženy a 20% muži (Graf č. 1). Zastoupení obou pohlaví u studentů Gymnázia bylo celkem vyrovnané, zatím co u studentů Střední zdravotnické školy výrazně převažuje zastoupení žen, konkrétně 90% žen, 10% mužů (Graf č. 2, 3). Dotazovaní respondenti se pohybovali ve věkovém rozmezí 18 – 20 let, s tím, že největší počet respondentů byl ve věku 19 let (Graf č. 5)

První hypotéza předpokládala, že *BMI u středoškolských studentů odpovídá nadváze*. Machová definuje nadváhu a obezitu podle poměru mezi hmotností a výškou-Body Mass Index (BMI). Nadváhu potvrzují hodnoty BMI 25 – 29,9. Hodnota BMI nad 30 svědčí již o obezitě. Podle Pánka trpí v České republice obezitou až 50% starší populace, v menším počtu ji můžeme sledovat u střední generace a u dětí. Zdravotní komplikace obezity jsou podle Machové diabetes mellitus 2. typu, vysoký krevní tlak, kardiovaskulární onemocnění, zvýšená hladina cholesterolu v krvi a další onemocnění př. žlučové kameny, rakovina prsu (17, 18). Tato hypotéza se nepotvrdila. Podle grafu

č. 6 je patrné, že největší počet respondentů se pohybuje v rozmezí BMI 17,5 – 21,5 (celkem 59%). Dalších 36% respondentů má BMI v rozmezí 21,5 – 25,0. Dohromady tedy 95% respondentů má hodnotu BMI odpovídající přiměřené hmotnosti. BMI odpovídající nadváze mají pouze 4% respondentů a pouhé 1% respondentů dosáhlo hodnoty BMI svědčící pro obezitu. Z tabulky č. 1 vyplývá, že studenti Gymnázia mají průměrně vyšší hodnoty BMI než studenti Střední odborné školy. Rozdíl průměrných hodnot je však nepatrný.

K hypotéze č. 2, *studenti středních škol provádějí sportovní aktivity 1 – 2x týdně*, se vážou otázky č. 5 – 11. Tyto otázky byly zaměřeny na zjištění běžné denní aktivity ve formě chůze i na pohybově náročnější sportovně- rekreační aktivity. U těchto aktivit respondenti udávali frekvenci cvičení během týdne, dobu, po kterou je tato aktivita vykonávána a intenzitu namáhavosti. Tato hypotéza se nepotvrdila. Na základě grafu č. 11 bylo zjištěno, že až 8,2 % respondentů se věnuje intenzivní chůzi více jak 30 minut v kuse méně jak 1x týdně a dalších 13,4% respondentů se věnuje intenzivní chůzi jen 1 – 2x týdně. Přesto se 78,3% respondentů věnuje intenzivní chůzi více jak 2x týdně. Co se týče náročnějších sportovních aktivit, zde bylo z grafu č. 12 zjištěno, že 56,7% respondentů má hodnotu sportindexu nízkou tzn. 0- 449 a 16,5% respondentů má hodnoty sportindexu hraniční tzn. 450 – 699. Z těchto výsledků je patrné, že 73,2% respondentů má výrazný nedostatek pohybové aktivity. Machová píše, že sport má v životě adolescenta velký význam. Zvláště jeho socializační funkce. Při sportu je oceňována fyzická síla, obratnost a kondice. Při výborném sportovním výkonu dochází k vyplavování dopaminu v mozku a adolescent může mít až euforické pocity. V psychice dospívajícího převládá pocit radosti, štěstí, dobré nálady a vyrovnanosti. Pohybové aktivity tak vhodně vyplňují volný čas dospívající mládeže a účinně přitom působí jako prevence nežádoucích sociálních jevů jako je drogová závislost či patologické hráčství (17). Při pohybu dochází ke ztrátě energie. Ztráty energie u jednotlivých sportovních aktivit ukazuje příloha č. 3.

Hypotézou č. 3 *u studentů Gymnázia se vyskytuje více kuřáků než u studentů Střední odborné školy* se zabývají otázky č. 12 a 13. Otázka 12 se zaměřuje na hodnocení aktivního kouření, zatímco otázka 13 zjišťuje problematiku pasivní inhalace

cigaretového kouře, která je mnohdy nebezpečnější, než inhalace aktivní. Tato hypotéza se potvrdila. Legislativa České republiky zakazuje prodej tabákových výrobků občanům, kteří nedosáhli 18 let věku. Všichni dotazovaní respondenti jsou starší 18 let a tak jsou jim tabákové výrobky běžně dostupné. Jak ukazuje graf č. 13, je pravidelných kuřáků ze všech dotazovaných 28,9% respondentů. Naproti tomu nekuřáků je mezi respondenty 51,5%. 19,6% respondentů se považuje za příležitostné kuřáky, to znamená, že kouří méně než 1 cigaretu denně. Z výsledků grafů č. 14 a 15 je zřejmé, že více pravidelných kuřáků je u studentů Gymnázia, avšak rozdíl mezi počtem kuřáků u studentů Střední odborné školy je pouhé 1%. Mnohem markantnější rozdíl je naopak v počtu nekuřáků. Zde převažuje Střední odborná škola, kde se nachází 59,4% nekuřáků, zatímco u studentů Gymnázia se jedná o 35,7 % nekuřáků. Zde je rozdíl větší než 20%. Protože u studentů Střední odborné školy převažuje ženské pohlaví, zabývají se grafy č. 16 a 17 výskytem kouření podle pohlaví. Mezi respondenty mužského pohlaví se nachází 26,3% pravidelných kuřáků a 42,1% nekuřáků. U respondentů ženského pohlaví se vyskytuje 26,9% pravidelných kuřáček a 56,4% nekuřáček. U mužů také výrazně převažují příležitostní kuřáci v počtu 31,6%, zatímco u žen se jedná o 16,7% příležitostných kuřáček. Na základě těchto výsledků je možné říci, že ženy kouří celkově méně než muži.

Co se týče pasivní inhalace, nepobývá v zakouřeném prostředí vůbec pouze 10,3% respondentů. 58,8% respondentů pobývá v zakouřeném prostředí zřídka a 28,6% respondentů pobývá v zakouřeném prostředí často.

Machová zmiňuje, že kuřáctví se stále posunuje do nižších věkových skupin. Pravidelní kuřáci se vyskytují už v posledním ročníku základní školy, kde pravidelně kouří až 20 % dětí (17). Podnětem pro zamyšlení je otázka, jaké důvody se podílí na tak vysokém výskytu kouření u mladistvých. Je možné, že jedním z důvodů kuřáctví u mladistvých by mohla být snadná dostupnost cigaret. Přestože prodej cigaret je upraven zákonem 379/ 2005 sb., nebývá problém s jejich opatřováním v běžných trafikách. Svoji práci zde konají i atraktivní reklamy na tabákové výrobky. I když naproti této reklamě stojí černobílé nápisy- Ministerstvo zdravotnictví varuje..., můžeme se stát svědky, že u mládežníků jsou zdrojem posměchu, byť obsahují hesla o smrti a rakovině. Křivohlavý

píše, že s vysokým počtem kuřáků mezi mladistvými souvisí důvody sociální. Uvádí, že většina mladistvých začala kouřit na základě svádění a naléhání kamarádů a kamarádek. Tento jev označuje jako „sociální nakažlivost“ (12). Hlavním motivem, proč dospívající chtějí kouřit, je snaha vypadat dospěle, nezávisle a přizpůsobovat své chování obdivovaným vrstevníkům. Kouření jim nepřináší žádné potěšení. Kouří proto, že jim to pomáhá vytvářet si úspěšné postavení ve skupině vrstevníků. Pravidelné kouření v dospívání je však významným faktorem pro vznik závislého pravidelného kuřáka (17).

Stravovacími návyky studentů se zabývají hypotézy č. 4 a 5. Tyto hypotézy předpokládají, že jídelníček středoškolských studentů odpovídá výživové pyramidě (příloha č. 1). Skupiny potravin, které zahrnuje výživová pyramida jsou obiloviny, zelenina, ovoce, mléko a mléčné výrobky, maso a výrobky z masa, sladkosti a cukrovinky. Na úplné bázi pyramidy však nesmí chybět pravidelný a dostatečný pitný režim a dostatek fyzické aktivity. Tato hypotéza se nepotvrdila. Na základě grafu č. 7 je patrné, jaká je průměrná skladba potravin u dotazovaných studentů. Ideální strava by se měla skládat ze 40 % z obilovin, 18 % zeleniny, 17% ovoce, 10% mléka a mléčných výrobků, 10% masa, ryb, vajec a luštěnin a z 5% ostatních potravin včetně sladkostí. Naproti tomu strava dotazovaných respondentů trpí nedostatkem obilovin, ovoce a zeleniny, zatímco masa, vajec, luštěnin a sladkostí obsahuje nadbytek (Graf č. 7).

V oblasti konzumace obilovin je doporučený počet porcí denně 5. Počet porcí, které průměrně konzumují respondenti je 2,3 porce, s tím, že více konzumují obiloviny studenti Střední odborné školy než studenti Gymnázia (Tabulka č. 3). Z obilovin je nejčastěji konzumováno pečivo a chléb. Pánek píše, že z výživového hlediska jsou nejvíce ceněny výrobky z výševymílaných a celozrnných mouk, které obsahují více bílkovin, tuku, vitamínů, minerálů a vlákniny (18). Na celozrnné potraviny je nutné si vytvořit návyk. Mají úplně jinou chuť než nadýchaný křupavý rohlík z bílé mouky. Je zvláštní, že v zařízeních, jako je nemocnice, se podává výhradně bílé pečivo.

Důležitou součástí stravování je určitý poměr potravin v syrovém stavu. Jedná se zpravidla o ovoce a zeleninu. Čerstvá zelenina a ovoce jsou velmi bohaté na vitamíny a minerální látky, navíc obsahují i jiné látky, které posilují imunitu a pomáhají

tělo zbavovat škodlivých volných radikálů a zplodin metabolismu. Neopomenutelný je i význam vlákniny na organismus, která je v ovoci i zelenině obsažena. Doporučuje se denně sníst zhruba 4 porce zeleniny a 3 porce ovoce. Nejvíce respondentů však konzumuje 2 – 3 porce ovoce a zeleniny denně. Doporučený počet porcí dodržuje pouze necelých 23 % respondentů. (Graf č. 8)

Další potravinovou skupinu tvoří mléko a mléčné výrobky. Dnes máme velký výběr v těchto potravinách. Přednost by však měli mít potraviny s nižším obsahem tuku označené jako nízkotučné, odstředěné mléko a smetana o méně procentech tuku. Kukačka ve své publikaci o životním stylu zmiňuje, že konzumace mléka může být riziková. V první řadě uvádí možnost potravinové alergie na mléčnou bílkovinu - kasein. Dále píše, že mléko z velkých chovů dnes obsahuje některé cizorodé látky ve formě antibiotik, růstových hormonů nebo těžkých kovů. Pro zdravou konzumaci mléka doporučuje upřednostňování výrobků kysaných s pozitivním vlivem probiotických kultur (13). Machová uvádí v doporučeních ke spotřebě potravin, že je nutné snížit spotřebu živočišných potravin s vysokým obsahem tuku. K těmto potravinám řadí i mléko a mléčné výrobky v plnotučné kvalitě (17). Je doporučeno konzumovat denně 2 porce mléčných výrobků. Dotazovaní respondenti denně konzumují v průměru 0,8 porcí mléčných výrobků (tabulka č. 6). Tyto výsledky ukazují, že dotazovaní respondenti nemají problém s nadbytečnou konzumací mléka a mléčných výrobků.

Zajímavých výsledků bylo dosaženo v otázkách konzumace masa, vajec, ryb a luštěnin. Tato skupina potravin by měla v našem jídelníčku tvořit zhruba 10 %. Tyto potraviny bývají bohaté na cholesterol a jiné tuky. Obsahují však také vitamíny řady B a železo, které jsou potřebné pro zajištění krevtvorby. Dotazovaní respondenti konzumují průměrně více jak 20% těchto potravin. Denní konzumace by neměla překročit 1,5 porce. Průměrný počet porcí u respondentů byl 1,7 porce. Z výsledků šetření vyplývá, že konzumace masa, vajec, ryb a luštěnin je u dotazovaných respondentů vyšší než se doporučuje.

Na vrcholu výživové pyramidy se nachází sladkosti a jiné pochutiny. Na těchto potravinách by si měl člověk pochutnávat co nejméně. Maximální množství za jeden den by nemělo překročit jednu porci. Průměrně respondenti tuto hranici nepřekročili,

ovšem někteří respondenti konzumovali pochutin i 7 porcí za den. Tyto potraviny mají jen minimální výživovou hodnotu na vysoký počet kalorií. Většinou obsahují velké množství cukru, tuku, soli a chemických dochucovadel. Podobné charakteristiky jsou také sladké nápoje typu coca cola. Machová píše, že konzumace sladkostí mezi hlavními jídly a pití slazených nápojů, bývá příčinou nejen obezity, ale i tvorby zubních kazů (17).

Další oblast životního stylu, která ovlivňuje zdraví, je konzumace alkoholických nápojů. V dotazníku podávaném respondentům se zkoumá, kolik dávek alkoholu vypijí respondenti za určitý čas. Pro snadnější výpočet bylo stanoveno množství nápoje, které obsahuje jednu dávku alkoholu. U piva tvořila 1 dávku alkoholu sklenice 250 ml. 1 dávka alkoholu ve víně je obsažena ve 100 ml tohoto nápoje a u lihovin je jedna dávka obsažena již v malém štamprleti 25 ml. Dotazovaní respondenti měli odpovědět, kolik dávek alkoholu zkonsumovali za poslední týden. Za mírnou konzumaci lze považovat počet jednotek v rozmezí 0 – 10, za vyšší je považována spotřeba 10 – 20 dávek alkoholu a nad 20 dávek se jedná o vysokou konzumaci alkoholu s tím, že více jak 35 dávek se považuje za velmi vysokou spotřebu alkoholu. Nejvíce respondentů (49%) zkonsumovalo za poslední týden 0 – 2 jednotky alkoholu, tedy jejich konzumace alkoholu je označena jako mírná. Celkem 83 % respondentů spadá do skupiny s mírnou konzumací alkoholu. Je překvapující, že až 10% respondentů spadá do skupiny s velmi vysokou konzumací alkoholu. Je známo, že alkoholu je ve světě nejvíce zneužívanou návykovou látkou. Machová uvádí, že alkohol je běžně užíván pro jeho snadnou dostupnost s rychlým nástupem účinku v podobě příjemné nálady, lidé se cítí dobře, zahání nudu, stres a dospívajícím napomáhá k tomu, aby byli akceptováni jako dospělí (17). Z tohoto názoru je patrné, že dospívající mají ve skutečnosti problémy s trávením volného času, nudou a stresem. Naskýtá se otázka, zda by vyplnění volného času vhodnými aktivitami ovlivnilo konzumaci alkoholu? Konzumace alkoholu je v lidech hluboko zakořeněná. Je možné, že by dospívající mládež v otázce konzumace alkoholu ovlivnila populace dospělých, kteří by alkohol konzumovali nadále a možná by ani neměli pochopení pro abstinenci svých potomků.

Další otázka byla zaměřena na jednorázovou konzumaci 4 nebo více jak 4 dávek alkoholu za den. Doporučuje se, že by jednorázová konzumace alkoholu neměla překročit 4 dávky nikdy. 53% respondentů toto množství alkoholu nespotřebuje nikdy nebo jen několikrát za rok. 25% respondentů toto množství alkoholu zkonsumuje 1 – 2x do měsíce a 13% dokonce 1 – 2x týdně. Z tohoto šetření je patrné, že skoro polovina respondentů konzumuje velké množství alkoholu najednou. (Graf č.10)

Pro zhodnocení dopadů životního stylu na lidské zdraví je důležité zjistit některé hodnoty, které vypovídají o stavu organismu. Dotazník se zaměřil na tělesné parametry výšky a váhy ze kterých je možné vypočítat hodnotu BMI. Dále byla věnována pozornost hodnotám krevního tlaku. Bylo zajímavé, že hodnotu svého tlaku znalo jen 40 respondentů z 97, to je méně než polovina. Z toho převažovali studenti Střední zdravotnické školy nad studenty Gymnázia. Studenti tuto hodnotu neznají možná proto, že dosud neměli vážnější zdravotní problémy. Nejvíce respondentů udávalo hodnotu systolického krevního tlaku 101 – 110 mm Hg (celkem 37,5 %) a dalších 30% respondentů má hodnotu systolického tlaku 111- 120 mm Hg. Nejvyšší udaná hodnota systolického tlaku byla 130 mm Hg (Graf č. 19)

V oblasti diastolického tlaku krve se nejvíce respondentů nachází ve skupině 71 – 80 mm Hg (42,5%) Je zajímavé, že třetina dotazovaných (32,5%) udává hodnotu diastolického tlaku dosti nízkou- 50 - 60 mm Hg. Nejvyšší udávanou hodnotou diastolického tlaku bylo 90 mm Hg. Hodnoty krevního tlaku se tudíž nacházejí v normě, někdy mají sklon spíše k hypotenzi.

6. Závěr

Výzkumná část bakalářské práce byla provedena kvantitativně pomocí metody dotazníku. Dotazník byl distribuován studentům Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické v Českých Budějovicích a studentům Gymnázia v Prachaticích.

Cílem této práce bylo zjištění úrovně rizik životního stylu středoškolských studentů. Rizika se vztahovala na oblast stravování, spotřebu alkoholu, kouření a na pohybové aktivity. Výzkum byl zaměřen na hodnocení životního stylu středoškolských studentů v souvislosti s vývojem civilizačních chorob.

V souvislosti s cílem práce bylo stanoveno několik hypotéz. Hypotéza 1 *Hodnota BMI u studentů středních škol odpovídá nadváze*. Tato hypotéza se nepotvrdila. Nejvíce respondentů mělo hodnotu BMI v rozmezí 17,5 – 21,5 odpovídající přiměřené hmotnosti (59 %).

Hypotéza č. 2 *Studenti středních škol provádějí sportovní aktivity 1 – 2x týdně*. Tato hypotéza se nepotvrdila. Po zavedení příslušných dat do softwaru byla stanovena hodnota sportindexu. Největší počet respondentů má hodnotu sportindexu 0 – 449, která je považována za nízkou (56,7 %).

Hypotéza č. 3 *U studentů Gymnázia se vyskytuje více kuřáků než u studentů středních odborných škol*. Tato hypotéza byla potvrzena. Je patrné, že u studentů Gymnázia je více kuřáků než u studentů střední odborné školy. Rozdíl je však minimální. U studentů Gymnázia je pravidelných kuřáků 28,6 %, u studentů střední odborné školy pravidelně kouří 27,5 %. Rozdíl je tedy 1,1 %.

Hypotéza č. 4 *V jídelníčku středoškolských studentů je ovoce a zelenina zastoupena přiměřeně (to je více jak 4 porce za den)*. Tato hypotéza potvrzena nebyla. Průměrně studenti zkonzumují pouze 1 porci ovoce a 1,1 porce zeleniny za den. Všichni respondenti pak průměrně konzumují 2,6 porcí ovoce a zeleniny dohromady za den.

Hypotéza č. 5 *Jídelníček středoškolských studentů odpovídá výživové pyramidě*. Tato hypotéza se nepotvrdila. Podle výživové pyramidy by se strava měla skládat ze 40 % z obilovin, 18 % zeleniny, 17% ovoce, 10% mléka a mléčných výrobků, 10% masa,

ryb, vajec a luštěnin a z 5% ostatních potravin včetně sladkostí. Strava dotazovaných respondentů trpí nedostatkem obilovin, ovoce a zeleniny, zatímco masa, vajec, luštěnin a sladkostí obsahuje nadbytek.

V současnosti je kladen na zdravý životní styl velký zřetel. I pro mládež jsou velmi atraktivní některé aktivity ve stylu wellness. Výsledky této práce mě překvapily. V první řadě tak nízkým výskytem obezity a dále obrovským počtem mládeže požívající alkohol a tabák. Navzdory mnohým opatřením je tato situace alarmující a je důležité, jak se situace bude vyvíjet nadále.

Výsledky této práce mohou být použity k prezentaci v rámci přednášek o zdravém životním stylu určených pro širokou veřejnost.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ASTL, J; ASTLOVÁ, A; MARKOVÁ, E. *Jak jíst a udržet si zdraví aneb vyvážený zdravý životní styl pro každý den*. 1. Praha : Maxdorf, 2009. 328 s. ISBN 978-80-7345-175-2.
2. BĚLOBRÁDKOVÁ, J; BRÁZDOVÁ, L. *Diabetes mellitus*. 1. Brno : NCO NZO, 2006. 161 s. ISBN 80-7013-446-1.
3. BIFFOVÁ, M. *Výživa a civilizační choroby*. *Pacientské listy*. 1.5.2009, roč. 58, č. 5, s. 26-27.
4. CARR- GREGG, M; SHALE, E. *Pubertáči a adolescenti*. 1. Praha : Portál, 2010. 197 s. ISBN 978-80-7367-662-9.
5. FIALA, Jindřich: *Nutriční software pro rychlé hodnocení Nutrifia- manuál* : Brno: Ústav preventivního lékařství. LF Masarykovy univerzity. 2006
6. FIALA, Jindřich: *Nutriční software pro rychlé hodnocení Nutrifia*: Brno: Ústav preventivního lékařství. LF Masarykovy univerzity. 2006
7. HANZALÍKOVÁ, A., et al. *Komunitní ošetřovatelství* 1. vyd. Martin : Osveta, 2007. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1
8. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
9. KLÍMA, J., et al. *Pediatric pro SZŠ a VZŠ*. 1. vyd. Praha : Eurolex bohemia, 2003. 320 s. ISBN 80-86432-38-6.
10. KRÁLOVÁ, V. *Pohyb jako součást zdravého životního stylu*. *Pacientské listy*. 1.3.2009, roč. 58, č. 3, s. 15-16.

11. KRAUS, B, POLÁČKOVÁ, V. *Člověk- prostředí- výchova*. 1. vyd. Brno : Paido, 2001. 200 s. ISBN 80-7315-004-2.
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha : Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
13. KUKAČKA, V. *Zdravý životní styl*. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2008. 176 s. ISBN 978-80-7394-105-5.
14. LABÁTH, V., et al. *Riziková mládež*. 1. vyd. Praha : SLON, 2001. 160 s. ISBN 80-85850-66-4.
15. LANGMEIER, J, KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha : Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
16. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
17. MACHOVÁ, J., et al. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha : Grada, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
18. PÁNEK, J, et al. *Základy výživy*. 1. Praha : Svoboda servis, 2002. 207 s. ISBN 80-86320-23-5.
19. PÍŤHA, J; POLEDNE, R. *Zdravá výživa pro každý den*. 1. Praha : Grada, 2009. 143 s. ISBN 978-80-247-2488-1.
20. SOVOVÁ, E. *100 + 1 otázek a odpovědí o krevním tlaku*. 1. Praha : Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2281-8.

21. SOVOVÁ, E; LUKL, J. *100 + 1 otázek a odpovědí pro kardiaky*. 1. Praha : Grada, 2005. 120 s. ISBN 80-247-1166-4.
22. SOVOVÁ, E; ŘEHOŘOVÁ, J. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. Praha : Grada, 2004. 156 s. ISBN 80-247-1009-9.
23. SVAČINA, Š; BRETŠNAJDROVÁ, A. *Jak na obezitu a její komplikace*. 1. Praha : Grada, 2008. 144 s. ISBN 978-80-247-2395-2.
24. ŠAFRÁNKOVÁ, A; NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství 1*. 1. Praha : Grada, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.
25. ŠAFRÁNKOVÁ, A; NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství 2*. 1. Praha : Grada, ISBN 80-247-1777-8.
26. ŠAMBERGER, J. *Www.zmenazivotnihostylu.cz* [online]. 2009 , 15.12.2009 [cit. 2009-12-27]. Dostupný z WWW: <<http://www.zmenazivotnihostylu.cz/clanek-pohyb-na-ustupu>>
27. VÍTEK, L. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. 1. Praha : Grada, 2008. 148 s. ISBN 978-80-247-2247-4.
28. www.flora.cz [online]. 2010 [cit. 2010-04-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.flora.cz/zdravy-zivotni-styl/pohybem-ke-zdravemu-srdci/pohyb-jako-soucast-zivotospravy/hybame-se-spravne.html>>
29. www.nasn.org [online]. 2010 [cit. 2010-02-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.nasn.org?tabid=279>>.
30. www.vzp.cz [online]. 2010 [cit. 2010-07-15]. Dostupné z WWW: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/Prevence/Cteniprozdravi/VZP_Obezita.pdf>

31. Zdravotní rizika kouření. Jak přestat [online]. 2009 [cit. 2009-12-29]. Dostupný z WWW: <<http://jakprestat.cz/zdravotni-rizika>

8. Klíčová slova

- Životní styl (Lifestyle)
- Mládež (Youth)
- Nutrifia (Nutrifia)
- Civilizační choroby (Civilization diseases)
- Zdraví (Health)
- Sestra (Nurse)

9. Přílohy

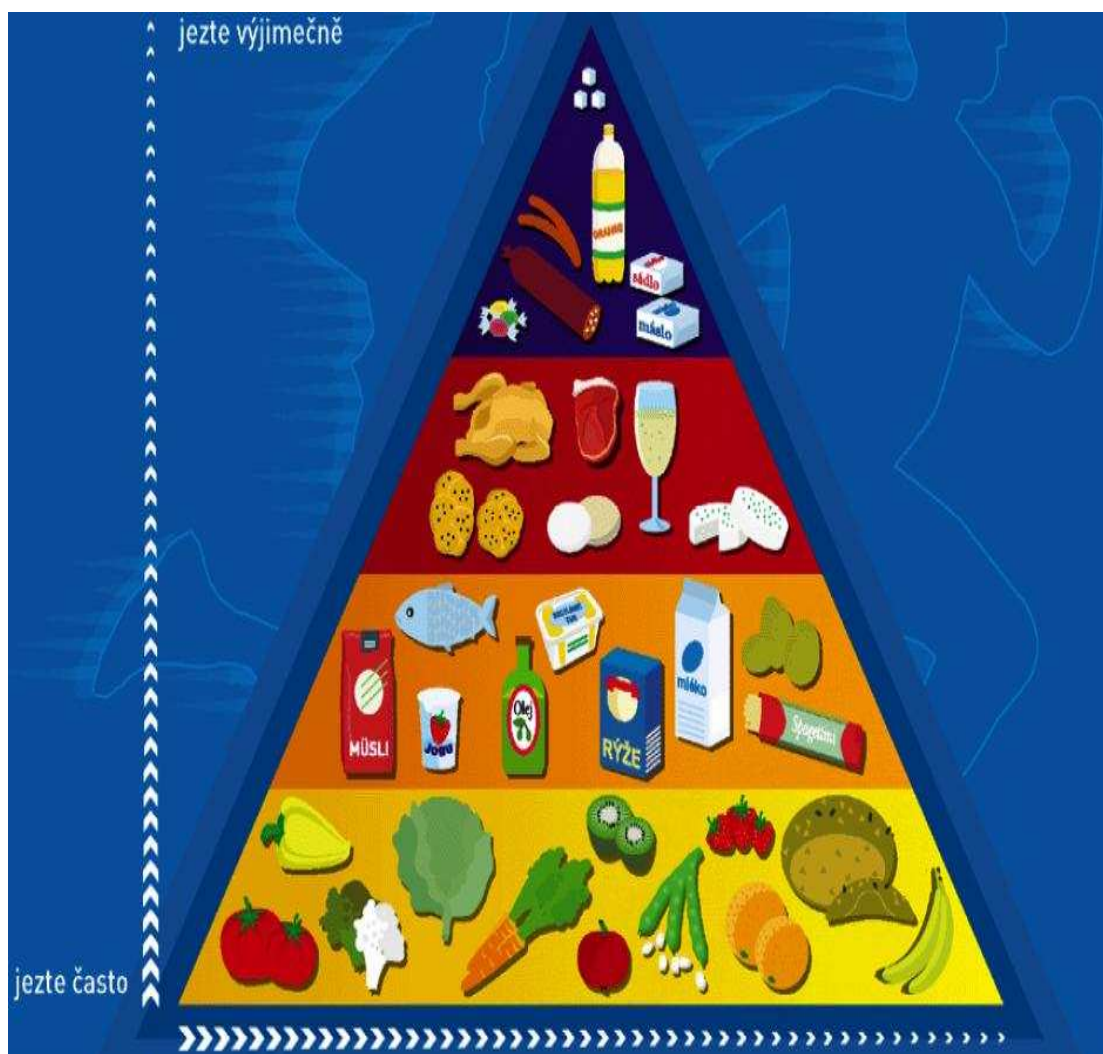
1/ Výživová pyramida

2/ Typy obezity

3/ Tabulka výdeje energie při jednotlivých sportech

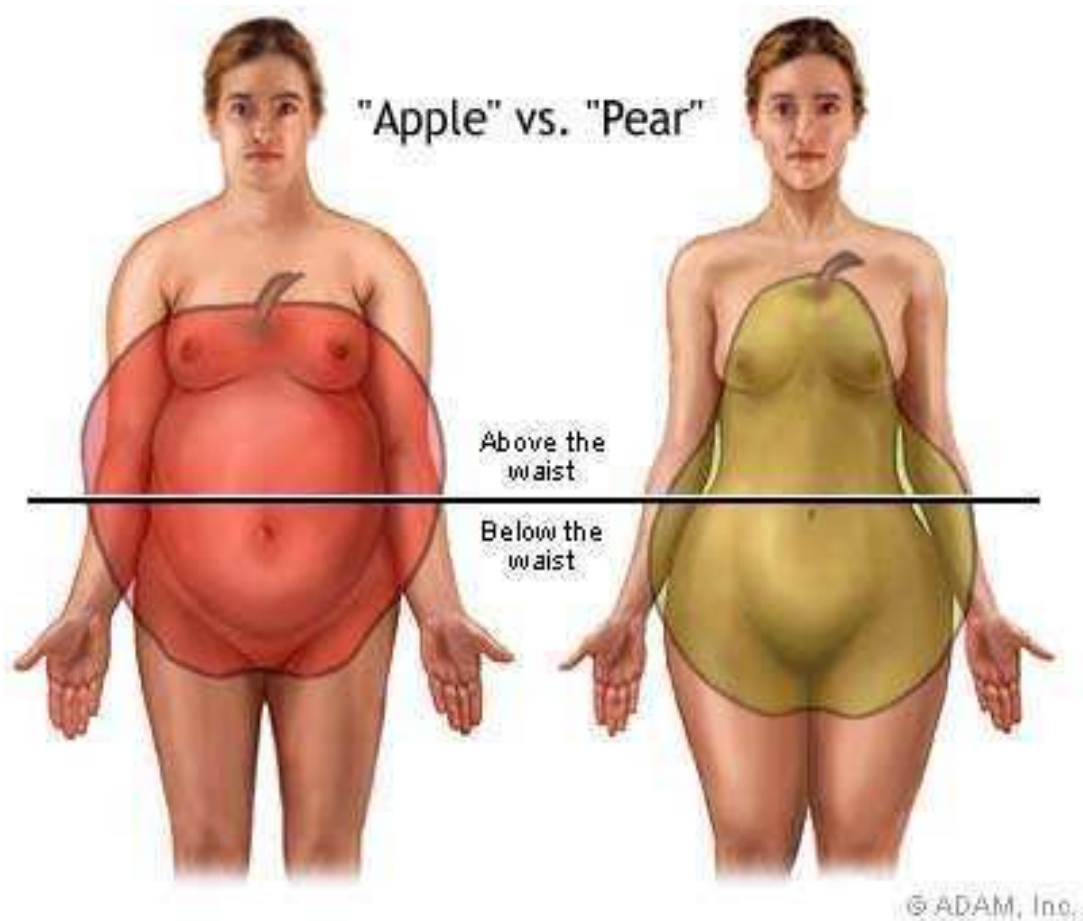
4/ Dotazník

Příloha 1 Výživová pyramida



Zdroj: <http://prozivot-bmoney-eu.blogger.cz/Potraviny/Potraviny-na-hubnuti>

Příloha 2 Typy obezity



Mužský typ obezity

Ženský typ obezity

Zdroj: http://is.muni.cz/th/176816/lf_b/BAKALARKA.pdf

Příloha 3 Tabulka výdeje energie při jednotlivých sportech

Výdej energie a úbytek tuku pro 70 kg osobu za 1 hodinu				
Aktivita	rychlost (km/h)	výdej energie (kJ)	výdej energie (kcal)	úbytek tuku (g)
chůze	3	740	175	25
	5	850	200	28
	6	1100	260	37
běh	9	2800	665	95
	12	3350	800	114
jízda na kole	9	1100	260	37
	15	1600	380	55
	21	2550	600	86
kondiční gymnastika		2000	475	68
plavání	1,2	1300	310	44
běh na lyžích	9	2700	640	91
	12	3200	760	108
	15	3800	905	130
veslování	3	1100	260	37
	6	2750	650	93
stolní tenis		1350	320	45
tenis		1600	380	54

Zdroj: <http://www.postavaprokazdeho.cz/users/kulturistika/text.asp?sysID=973>

Dobrý den,

Jmenuji se Andrea Vágnerová a jsem studentkou zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je anonymní a bude použit pro výzkumnou část mé bakalářské práce. Děkuji Vám za čas, který strávíte vyplněním dotazníku. Vhodné odpovědi prosím zakroužkujte nebo vypište.

Andrea Vágnerová

1) Jakou školu studujete?

- a) střední odbornou
- b) gymnázium
- c) střední odborné učiliště
- d) jiné.....

2) Jak často jste v týdnu konzumoval/a (vypište vhodné písmeno podle legendy pod otázkou)

celozrnné pečivo

rohlíky, housky a nesladké bílé pečivo.....

cereálie, müsli či corn flakes.....

sladké pečivo, koblihy, vánočku.....

rýži.....

těstoviny.....

knedlíky.....

brambory.....

čerstvou zeleninu.....

čerstvé ovoce.....

mléko či mléčné výrobky.....

hovězí a vepřové maso.....

masné výrobky.....

drůbež.....

ryby.....

vejce.....

luštěniny.....

cukrovinky(čokoláda, zákusky).....

- A) Vůbec ne
- B) 1-2 x
- C) 3-4 x
- D) 5-6 x
- E) 7x , to je jednou denně
- F) každý den 2-3x
- G) každý den více než 3x

3) Kolik porcí ovoce a zeleniny sníte obvykle za jeden den (dohromady)?.....

4) Kolik dávek alkoholu jste zkonsumoval/a za posledních 7 dní?

Pivo (jednotka= jedna sklenice 250 ml).....

Víno (jednotka= sklenice 100ml).....

Lihoviny (jednotka= malé štamprle 25 ml).....

5) Jak často vypijete 4 a více dávek alkoholu v průběhu jednoho dne?

- a) nikdy
- b) několikrát ročně
- c) 1-2x měsíčně
- d) 3-4x měsíčně
- e) 1-2x týdně
- f) 3-4x týdně
- g) 5-6x týdně
- h) denně nebo téměř denně

6) Věnujete se chůzi nejméně 30 min. denně po většinu dní v týdnu, nebo alespoň 3 hod. za celý týden?

- a) Ano
- b) Ne

7) Kolikrát týdně se věnujete intenzivnější chůzi (min. 10 minut v kuse)?

- a) méně jak 1x
- b) 1-2x
- c) 3-4x
- d) 5-6x
- e) 7x (1x denně)
- f) více než jednou denně

8) Věnujete se pravidelně i nějakým pohybově náročnějším sportovní- rekreačním pohybovým aktivitám (kromě chůze)?

- a) Ano
- b) Ne

9) Kolikrát týdně?

- a) méně než 1x
- b) 1-2x
- c) 3-4x
- d) 5-6x
- e) 7x (1x denně)

f) více než jednou denně

10) Kolik minut trvá obvykle jedno takové cvičení?.....

11) Jaká je obvykle intenzita namáhavosti? (odhadněte číselným rozmezím 2-10 pomocí této tabulky)

.....

Klid	Velmi mírná		Mírná		Střední		Vysoká		Velmi vysoká
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

12) Kouříte?

- a) NE (alespoň tři měsíce)
- b) Příležitostně (méně než 1 cigareta denně)
- c) ANO (pravidelně)
Cigaret denně:.....

13) Pobýváte často v zakouřeném prostředí?

- a) ne, vůbec
- b) jen velmi zřídka
- c) často

14) Pohlaví.....

Výška.....

Hmotnost.....

Věk.....

15) Znáte hodnotu svého krevního tlaku?

- a) ANO
- b) NE
Uveďte tuto hodnotu/.....(první číslo je vyšší)

16) Znáte hodnotu svého celkového krevního cholesterolu?

- a) ANO
- b) NE
Uveďte.....mmol/l

