

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**RIZIKOVÝ ŽIVOTNÍ STYL JAKO ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ
PROBLÉM**

Diplomová práce

Vedoucí práce:
MUDr. Bc. Libuše Čeledová, Ph.D.

Autor práce:
Bc. Monika Chytilová

ABSTRACT

Every man influences his health by his own life style. Our health is in 80% determined by the life style. Remaining 20% is determined by other influences, inheritance – above all, and health care. This thesis analyses the life style of students of South Bohemian University – Faculty of Health and Social Studies and Faculty of Economics and is focused on negative factors e.g. drug taking, alcohol consumption, smoking, obesity and stress. The thesis involves explanation of basic concepts that are the foundation stones of this work. The first part is focused on the definitions such as health and disease, life style, prevention, health support, psychology of health and health determinants that significantly influence health of a man. Great part of work deals with risks factors such as alcohol consumption, obesity, stress and other factors that can be influenced positively by a man himself. However, individuality of a man and his will play an important role.

The objective of the thesis is to survey the life style of the students of the above mentioned faculties and to compare the results. The research part of the thesis, realised in the form of a questionnaire, is focused on diet, movement, smoking, drugs and alcohol. The first hypothesis - The students of Faculty of Health and Social Studies are better informed about risk life style, than the students of Faculty of Economics – was proved. The second hypothesis – The students of Faculty of Health and Social Studies are familiar with the principles of healthy lifestyle- has been confirmed partly. The third hypothesis – There are no differences in life style between the students of Faculty of Health and Social Studies and Faculty of Economics – was proved.

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

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

V Českých Budějovicích dne 19.8. 2010

.....
podpis studenta

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí práce MUDr. Bc. Libuše Čeledové, Ph.D. za její cenné připomínky a podněty při psaní diplomové práce.

OBSAH

Úvod

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Definice základních pojmů

1.1.1 Zdraví	8
1.1.2 Nemoc	8
1.1.3 Životní styl	8
1.1.4 Determinanty zdraví	9
1.1.5 Psychologie zdraví	9
1.1.6. Podpora zdraví	10
1.1.7 Prevence	10

1.2 Nejvýznamnější negativní faktory zdravého životního stylu

1.2.1 Drogy	12
1.2.1.1 Opioidy a opiáty (<i>Heroin, Braun, Metadon</i>)	12
1.2.1.2 Stimulancia (<i>Kokain, Pervitin</i>)	14
1.2.1.3 Halucinogenní drogy (<i>LSD</i>)	17
1.2.1.4 Konopné drogy (<i>Marihuana, Hašiš</i>)	19
1.2.1.5 Analgetika a sedativa	21
1.2.1.6 Těkavé látky	22
1.2.2 Kouření	24
1.2.2.1 Historie kouření	24
1.2.2.2 Definice kouření	25
1.2.2.3 Druhy závislosti	25
1.2.2.4 Účinky a rizika nikotinu	26
1.2.3 Alkohol	27
1.2.3.1 Historie alkoholu	27
1.2.3.2 Alkohol a jeho rizika	31
1.2.3.3 Vývojová stádia závislosti	32
1.2.3.4 Účinky alkoholu	32

1.2.3.5 <i>Typy alkoholických nápojů a jejich výroba</i>	32
1.2.4 Stres	34
1.2.4.1 <i>Definice stresu</i>	34
1.2.4.2 <i>Rozdělení stresu</i>	34
1.2.4.3 <i>Reakce na stresové situace</i>	36
1.2.5 Obezita	37
1.2.5.1 <i>Historie obezity</i>	37
1.2.5.2 <i>Definice obezity</i>	38
1.2.5.3 <i>Příčiny vzniku obezity</i>	38
1.2.5.4 <i>Index tělesné hmotnosti</i>	39
1.2.5.5 <i>Komplikace obezity</i>	40
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	42
2.1 Cíl práce	42
2.2 Hypotézy	42
3. METODIKA	43
3.1 Dotazník	43
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	43
4. VÝSLEDKY	44
5. DISKUZE	67
6. ZÁVĚR	70
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	73
8. KLÍČOVÁ SLOVA	78
9. PŘÍLOHY	79

ÚVOD

Zdravý životní styl je téma, kterému v poslední době věnujeme nemalou pozornost. Na životní styl se podílí mnoho rizikových faktorů, které mohou mít nepříznivý vliv na naše zdraví. Být celkově fit je trendem v životní filozofii moderní doby. Lidé, kteří jsou fit, mají větší radost ze života a umějí nejen pracovat, ale i odpočívat intenzivněji. Za důležitou metodu se považuje výchova ke zdraví, která zahrnuje činnosti, jejichž cílem je poskytovat lidem přístupným způsobem dostatek informací o možnostech a způsobech jak předcházet nemocem, zlepšit znalosti, motivovat, ovlivnit postoje a přivést lidi k aktivnímu zájmu o své zdraví a konečně ke změně chování vedoucí k posílení zdraví. Můžeme rozumět faktorům, které ovlivňují negativně i pozitivně, a naučit se své zdraví chránit, upevňovat a rozvíjet.

Téma mé diplomové práce jsem si zvolila zejména z důvodu, že se mimo jiné domnívám, že je důležité, aby se lidé aktivně zapojovali do péče o své zdraví. Mohl by tak například klesnout počet nově diagnostikovaných civilizačních chorob, které jsou způsobeny například, nadměrnou konzumací alkoholu, kouřením, obezitou aj.,

Dále se domnívám se, že v péči o zdraví je nejdůležitější primární prevence, tedy předcházení nemocem. Toho lze docílit vyhnutím se rizikovým faktorům životního stylu. Většina lidí se však o své zdraví začne starat až v okamžiku, kdy se u nich objeví nějaký problém. Bohužel, mnohdy už bývá pozdě. Nejčastějšími příčinami úmrtí v České republice jsou kardiovaskulární choroby, na druhém místě nádorová onemocnění. Uvádí se, že životní styl ovlivňuje lidské zdraví asi z 50 %, životní a pracovní prostředí z 20 %, lékařská péče z 10 % a genetické faktory z 20 %.

Ve své práci budu zjišťovat, jaký je životní styl studentů v Českých Budějovicích. Dále se zaměřím na to, zda existují rozdíly ve stylu života mezi studenty Zdravotně sociální fakulty a Ekonomické fakulty.

1.1 Definice základních pojmů

Zdraví

Zdraví člověka je chápáno jako stav tělesné, duševní a sociální pohody. Je utvářeno a ovlivňováno mnoha aspekty, jako je styl života, kvalita mezilidských vztahů, kvalita životního prostředí, bezpečí člověka atd. Zdraví je předpokladem pro aktivní spokojený život a pro optimální pracovní výkonnost (5).

Zdraví můžeme rozdělit do třech interakčních soustav:

- 1) Individuální** – zdraví je spojeno se všemi složkami bytosti jedince, tu tvoří organismus (tělesné zdraví), struktura psychických funkcí (duševní zdraví), osobnost (sociální a duchovní zdraví).
- 2) Komunitní** – zdraví člověka je propojeno se zdravím komunity, ve které žije nebo pracuje.
- 3) Globální** – zdraví jedince, které je propojeno se zdravím společenství, ve kterých jedinci žijí a pracují, je propojeno se zdravím světa (19)

Nemoc

Choroba či onemocnění je patologický stav těla nebo mysli, který je projevem změny funkcí buněk a v důsledku i morfologickým poškozením těchto buněk, tkání a orgánů (18).

Životní styl

Životní styl je označení pro osobní formy způsobu života. Pojem životní styl má velké množství vysvětlení a je ovlivněn celou řadou faktorů. Zkoumá životní projevy, zvyklosti, formy života, chování, jednání a praktiky. Za jádro životního stylu jsou považovány činnosti a vztahy a s nimi provázané praktiky charakteristické pro určitý subjekt v jeho každodenním životě. Zahrnuje v sobě mnoho složek. Jde například o

způsob bydlení, druh práce, rodinné poměry, vzdělání, kulturu, sociální vztahy atd., včetně chování. Mnohé z těchto složek mají vztah ke zdraví (5).

Determinanty zdraví

Determinanty lze rozdělit:

1. vnitřní faktory (neovlivnitelné); do této skupiny řadíme věk, pohlaví, genetický základ, imunologický status, výživový status determinovaný metabolickými pochody, konstituční typ (13).

2. vnější faktory (ovlivnitelné); životní styl a osobní chování (úroveň výživy a výživové zvyklosti, režim trávení volného času, pohybová aktivita, požívání alkoholu, drog a kouření, úroveň bezpečnosti práce), životní prostředí, lékařská péče (preventivní a kurativní činnosti, zdravotní výchova obyvatel, dostupnost lékařské péče, organizační uspořádání zdravotnické péče), socioekonomické prostředí (ekonomická úroveň společnosti, faktory bydlení, faktory zaměstnání, reálný příjem, zaměstnanost, úroveň životního prostředí, sociální status jedince, úroveň mezilidských vztahů) (32).

Psychologie zdraví

Existuje několik definic:

- a) Psychologie zdraví je oblastí psychologie, která se věnuje porozumění psychickým vlivům, které ovlivňují to, zda člověk zůstane zdravý, proč onemocní a jak reaguje na to, když je nemocen. Soustřeďuje se na povzbuzování, posilování a udržování zdraví, na prevenci nemocí a na léčení nemocí. Spoluúčastní se etiologických studií (hledání odpovědí na otázku proč onemocní), zabývá se otázkami zdraví, nemocí a dysfunkcí. Věnuje se otázkám zlepšování systému péče o zdraví a vytváření zdravotní politiky.
- b) Podle B. Vašiny psychologie zdraví představuje specifický příspěvek psychologické disciplíny k bázi poznatků a technik reprezentovaných behaviorální medicínou jako multidisciplinárního oboru a v tomto smyslu je ovlivňován a formován celý poznatkový

system psychologie zdraví jako kompatibilní s poznatkovými systémy a technikami dalších disciplín, které mají svůj podíl v tomto relativně celistvém oboru.

- c) V. Kebza a I. Šolcová definují psychologii zdraví jako obor zkoumající zákonitosti vlivu psychických dispozic, funkcí a procesů na zdraví člověka, vznik a rozvoj nemocí a možnosti jejich terapie, rehabilitace a prevence (19).

Podpora zdraví

Podpora zdraví znamená snahu zlepšit celkovou úroveň zdraví a to jak posilováním plné tělesné, duševní a sociální pohody, tak zvyšováním odolnosti proti nemocem (včetně zvládnání nemoci). Jde o proces, který má všem lidem umožnit větší míru samostatného rozhodování o zdraví a tím zvýšit jejich schopnost posilování svého zdraví (6).

Prevence

Prevenčí se rozumí nejen zabránění vzniku nemocí, ale i předcházení vzniku a rozvoji komplikací i nepříznivých následků. Prevence je činnost, která vede k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemoci, jejímu rozvoji, šíření, komplikacím a k prodloužení pracovní neschopnosti. V současné době je považována za jeden z principů moderní medicíny (9).

Rozlišujeme prevenci nescifickou (zaměřenou na podporu zdravého způsobu života a vytváření příznivého životního prostředí) a specifickou, cílenou na prevenci vzniku určité choroby či jejích následků. Podle toho, ve které fázi přirozené historie nemoci se uplatňuje, rozeznáváme tři základní typy prevence – primární, sekundární a terciární (9).

Primární prevence představuje nejdůležitější preventivní postupy směřující k zamezení vzniku nemoci. Jde o působení v období prepatogeneze, před vlastním vznikem nemoci. Mezi hlavní aktivity primární prevence patří výchova ke zdraví, dodržování hygienických opatření, správná životospráva, očkování, jodizace kuchyňské soli, fluoridace pitné vody, vitaminizování potravin apod. (31).

Sekundární prevence znamená včasné vyhledávání nemoci, nejlépe v presymptomatickém stádiu nebo v době, kdy je možný návrat k normě. Cílem je zabránit zhoršování již patologicky změněného zdravotního stavu, zamezit komplikacím a smrti. Patří sem řada opatření, například vyhledávání prekanceróz. Metodami práce jsou zejména preventivní prohlídka, depistážní akce, screeningové metody, monitoring apod. (5).

Terciární prevence spočívá ve snaze o odstranění nebo alespoň zmírnění důsledků nemocí. Zahrnuje léčbu, rehabilitaci, rekonvalescenci a zabránění recidivám. Cílem je obnovení fyzických, psychických a sociálních funkcí člověka, zabránit handicapu, zlepšit kvalitu života postiženého, naučit ho žít se svojí nemocí. (5).

2. Nejvýznamnější negativní faktory zdravého životního stylu

2.1 Drogy

Drogou rozumíme přírodní nebo syntetickou látku, která má výrazný účinek na lidskou psychiku a při kontinuálním užívání vede k psychické nebo somatické závislosti a ke zdravotním i sociálním poruchám. V populaci nejrozšířenější a nejzávažnější celospolečenské důsledky působící drogy jsou alkohol a tabák (4).

Jako drogy jsou označovány téměř výlučně látky v naší společnosti zákonem zapovězené. Míra rizika vzniku závislosti slouží jako hlavní kritérium pro dělení drog na tzv. měkké a tvrdé, či lehké a těžké. Příkladem měkkých drog je např. káva, tabákové výrobky, alkohol, ale i marihuana a hašiš. Drogy tvrdé se vyznačují vznikem vysoké závislosti, např. pervitin, kokain, LSD, extáze, atd. Mnoho drog se používá nebo dříve používala jako léčiva nebo jde o látky z léčiv odvozené. Drogy, jejichž je jejich výroba, distribuce a šíření mimo oblast medicíny jsou nezákonné podle mezinárodních úmluv a národních legislativ, se označují pojmem „ilegální“. Mezi ně nepatří alkohol, tabák, některé léky a těkavé látky, které jsou naopak široce legálně dostupné (2).

Rozdělení drog

Opioidy a opiáty

Opioidy ovlivňují organismus prostřednictvím opioidních receptorů, v lékařství se používají jako nejsilnější léky proti bolesti (analgetika-anodyna), nebo jako léky proti kašli (antitusika). Opiáty jsou podskupinou opioidů, která má strukturu blízkou morfinu. Morfin je nejdůležitější účinnou látkou opia a referenční látkou, ke které se vztahuje účinek ostatních opioidů. Opioidy potlačují percepční a lokalizační i psychickou a emocionální

složku bolesti, působí euforii a zklidnění až ospalost.. Mají vysoký potenciál pro vznik závislosti somatického typu, závislost se rozvíjí již po několika týdnech nebo nejpозději několika měsících užívání. Její psychická složka se vyznačuje ztrátou kontroly nad užíváním, neovladatelným dychtěním po droze, vzestupem tolerance. Dlouhodobí uživatelé se dostávají na dávky, které jsou mnohonásobkem smrtelné dávky pro prvouživatele (7).

Heroin byl syntetizován v roce 1874, v roce 1898 jej začala německá firma Bayer prodávat pod jménem heroisch, což znamená „silný“. Po léta byl považován za účinný lék pro závislost na morfinu, zpočátku bylo dokonce přesvědčení, že na něm nevzniká závislost. Heroin patří mezi polysyntetické deriváty morfinu, obohacení chemické struktury morfinu má za následek silnější „nájezd“, čili orgastický pocit typický na začátku intoxikace. Zdrojovou látkou pro výrobu heroinu bývá morfin nebo přímo opium. Do roku 1994 se heroin v ČR vyskytoval jen sporadicky, potom jeho užívání rapidně vzrostlo, poměr mezi uživateli heroinu a pervitinu v léčebných zařízeních je v současné době až 3:1. Způsob užití je od šňupání, kouření, inhalace z aluminiové folie až po nitrožilní aplikaci, na kterou narkomani přechází právě v případě heroinu velmi rychle.

Závislost těžce poškozuje osobnost a vede k sociální degradaci včetně kriminality, prostituce apod. jako jediných možných způsobů získání finančních prostředků na drogu.

Braun je směs derivátů kodeinu, patří též mezi polysyntetické opioidy, strukturálně mezi fenantrenové alkaloidy. Braun je specificky česká droga, vyrábí se v domácích laboratořích, výsledný produkt je tinktura hnědé barvy, která se aplikuje nitrožilně. Braun má nižší potenciál pro závislost než heroin. Jinak však účinky a důsledky užívání jsou obdobné jako u heroinu a opioidů obecně. Ve 2. polovině 90. let byl braun z české drogové scény prakticky zcela vytěsněn heroinem, dostává se ke slovu jako náhradní droga při výkyvech heroinového trhu.

Metadon patří mezi syntetické opioidy, chemicky není odvozen od morfinu. Díky pomalému nástupu účinku doprovázenému jen minimálním pocitem euforiemi nižší potenciál závislosti než heroin. Aplikace je nejčastěji ústně, v cizině nitrožilně. Metadon se vyrábí pouze legálně, pro medicínské účely prosakuje však na nelegální trh, kde je vyhledáván jako náhradní nebo doplňující droga pro účely abstinčních pokusů.

Stimulancia

Psychostimulancia jsou látky s nefyziologickým budivým efektem na centrální nervový systém. Typickými zástupci jsou pervitin, amfetamin, kokain. Psychostimulancia povšechně zvyšují psychomotorické tempo a vigilitu, urychlují myšlení, zvyšují nabídku asociací a výbavnost paměti.

Zkracují spánek, zahánějí únavu, vyvolávají euforii a pocit duševní i tělesné síly a energie, v neposlední řadě pak snižují chuť k jídlu. Někdy však také mohou vyvolat úzkost, agresivitu a přecenění hranic psychosomatických možností. Somaticky způsobují vzestup tlaku krve, tepové frekvence. Po odeznění účinku látky se dostavuje tzv. dojezd, stav podobný „kocovině“. Znamená celkové vyčerpání, únava, bolest kloubů. Po častém užití po sobě není výjimečný ani několikadenní spánek přerušovaný krátkodobými epizodami bdění s „vlčím“ hladem a konzumací ohromného množství potravy.

Látky této skupiny nevyvolávají somatickou závislost, „pouze“ závislost psychickou, která se vyznačuje především cravingem (dychtěním po látce, resp. po jejím účinku). Je však důležité si uvědomit, že psychická závislost je v zásadě vážnějším následkem než závislost fyzická, protože fyzické závislosti je možno se zbavit relativně rychle krátkodobým pobytem na detoxifikační jednotce, psychická závislost je důvodem dlouhé léčby, handicapuje uživatele při jakémkoli dalším užití látky, a to i z terapeutických důvodů.

Dlouhodobé užívání psychostimulancií může vést k toxické psychóze. Může ji vyvolat i jednorázová vysoká dávka. Stav se většinou objevuje pod obrazem paranoidně-halucinatorního syndromu „stíha“. Psychóza se rozvíjí pozvolna, začíná senzitivní vztahováním, pokračují domněnky, že chce dotyčnému někdo ublížit, zrakové, sluchové a taktilní halucinace (12).

Kokain je alkaloid a jeho výchozí látkou pro syntézu je aminokyselina arginin. Chemicky byl kokain izolován roku 1859, jeho účinky pro medicínu objevil Sigmund Freud. V roce 1878 se začalo léčení morfinistů kokainem a tím se přispělo k rozšíření kokainismu. Zneužívání kokainu postihuje epidemicky především USA a Kanadu, rostoucí problém představuje ve Velké Británii, kontinentální Evropa s výjimkou Holandska není zatím příliš zasažena (7).

Známky zvýšeného užívání v ČR jsou spíše ve finančně privilegovaných skupinách.

Užívání kokainu je nejčastější šňupáním, injekční aplikace je méně častá a tradiční žvýkání kokových listů se v našich podmínkách nevyskytuje vůbec.

Mechanismus účinku je podobný jako u jiných stimulancií, rychlost nástupu závisí na formě podání. Nástup účinku se tělesně projeví vzestupem krevního tlaku, zrychlením pulsu, mydriadou, pocením, bledostí a nevolností. Pocity při prvním užití mohou být nepříjemné (srdeční slabost, třes rukou, mrazení), teprve opakovaná aplikace vede k pocitům euforie (17).

Člověk je veselý, družný, má příjemné halucinace, dostaví se touha po pohybu, zvýšený výkon. Nápadné jsou poruchy chování, zmizení zábran, vystupňovaný sexuální pud vede u žen k nymfomanickému chování a u mužů sice vzrůstá apetence, ale klesá potence. Kokain je silné anorektikum, organismus uživatele brzy trpí podvýživou. Kokain nevyvolává somatickou závislost, o to mocnější je ale závislost psychická. Užívání kokainu představuje ohromnou zátěž pro kardiovaskulární systém, stoupá riziko srdečních a mozkových příhod. Dlouhodobé šňupání vede k poškození nosní sliznic, časté jsou nekrózy v oblasti nosu, postižení či ztráta čichu je pravidlem. Postupně se objevují stavy úzkosti, panické ataky a toxické psychózy.

Pervitin patří mezi budivé aminy. Ty byly objeveny a připraveny k použití poměrně pozdě, první zástupce – amfetamin – byl syntetizován až v roce 1887. Jeho působení bylo prozkoumáno až počátkem 20. stol. A ještě v roce 1939 byl návyk považován za vyloučený. Za necelý rok však popsali zneužívání amfetaminu v USA. Skupina budivých aminů má stovky zástupců, vedle amfetaminu a metamfetaminu (pervitinu) je to např. MDMA (extáze), a také bohatou historií jako léky proti únavě, narkolepsii, nadměrné chuti k jídlu nebo také jako látky zneužívané armádou pro vyšší výkon bojových jednotek.

Ve světě nejrozšířenější droga této skupiny je amfetamin. Má obdobné, avšak o něco slabší účinky než v České republice dominující pervitin. Čistý pervitin má formu bílého prášku, bez zápachu, hořké chuti. Na černém trhu je často zabarven do žluta či fialova, protože obsahuje zbytky látek používaných při domácí výrobě neboli „varu“.

Výchozí látkou je efedrin, k výrobě se používá louh, červený fosfor. Z nelegálních drog s vysokým potenciálem závislosti je pervitin v ČR nejrozšířenější, z českého trhu proniká pervitin na západ pod názvem „čeko“. Aplikuje se ústy, šňupáním, nitrožilně (nejčastější). Pervitin urychluje psychomotorické tempo, vede k euforii, navozuje stereotypní chování, působí nechutenství, způsobuje motorický neklid – typická je tzv. „vykroucenost“. Zvyšuje krevní tlak i tep, stoupá dechová frekvence, dalším příznakem je mydriasa, zvýšená pohotovost ke křečím, ustupuje pocit únavy, organismus pracuje s vypětím všech sil až do úplného vyčerpání. Časté je samoléčení toxických psychóz heroinem, což vede k závislosti na heroinu se všemi důsledky. Sociální konsekvence (sociální dezintegrace, kriminalita, prostituce) bývají stejné jako u heroinistů. Možnost vyléčení ze závislosti na pervitinu spočívá k vedení k abstinenci, substituční léčba prakticky neexistuje, dosavadní pokusy mají spíše rozporuplné výsledky (12).

Halucinogenní drogy

Halucinogenní drogy jsou jednou z nejvíce vědecky zkoumaných skupin drog. Pozornost vědců přitahují nejen jejich neobvyklé vlastnosti a účinky na psychiku člověka, ale především jistá nevyzpytatelnost, mystičnost spojená s těmito účinky a využívaná kulturou od nepaměti. Do skupiny halucinogenních drog patří několik stovek různých látek. Obecně je lze rozdělit do tří základních skupin:

1. přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub (např. mezkalin, durman, psilocybin atd.)
2. přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (bufetenin)
3. semisyntetické a syntetické halucinogenní drogy (např. LSD a PCP – „andělský prach“).

S halucinogenními látkami (zejména s LSD a psilocybinem) se kromě jiného experimentovalo v rámci psychoterapie v rámci usnadnění a urychlení psychoterapeutického procesu u těžších neuróz, poruch osobnosti, závislostí i u psychóz a rovněž v psychoterapii umírajících. Zákazem používání LSD počátkem 70. let 20. stol. se psychoterapie výrazně utlumila, renesanci prodělává až po roce 1997, po konání mezinárodní konference ve Švýcarsku, ta přinesla podněty k revizi hodnocení výzkumů a dala podněty k navazující výzkumné práci. Účinky halucinogenů bývají podobné, po krátkém období latence se objevují první příznaky intoxikace. Nástup bývá doprovázen pocitem chvění, neschopností ovládat pohyby, někdy závratěmi a nevolností. U nižších dávek je charakteristický výskyt iluzí a pseudohalucinací, zvýšené citlivosti k prostorovému vnímání a vnímání barev. Častý je výskyt barevných kaleidoskopických obrazců, pocitem mírné euforie a nabuzení extatického stavu.

Vyšší dávky drogy mohou nabudit intenzivní halucinace bez možnosti ovlivnění vůlí. Velmi zajímavým a zároveň rizikovým jevem je depersonalizace a derealizace. Situace navozuje stav úplného odcizení od těla (sám sebe vidí jako divák) a má dojem naprosté neúčasti na tom, co se kolem něho děje. LSD ani psilocybin u člověka nevyvolávají závislost, nevyskytuje se u nich tzv. syndrom odnětí drogy., u LSD ještě nebyl popsán případ předávkování s následkem smrti (rizikové jsou ale osoby s vrozeným srdečním onemocněním), u vysoké dávky lysohlávek hrozí především nevratná poškození jater nebo ledvin. Co se psychologických rizik týče, hlavním problémem je rozvoj paranoidního stavu, hluboké deprese a stavy úzkosti. Ty mohou při vystupňování přejít až do panického stavu, kdy hrozí nebezpečí sebepoškození až suicidia anebo agrese vůči okolí.

LSD se na našem současném černém trhu vyskytuje ve formě tzv. tripů a krystalů. V prvním případě se jedná o malé papírové čtverečky s potiskem různých symbolů (značí určitou „klasifikaci“ kvality). V druhém případě pak jde o malé granulky většinou tmavomodré či zelené barvy, připomínající umělé hnojivo. Oba přípravky se užívají perorálně, postupným rozpouštěním pod jazykem. U nelegálně vyráběné drogy zaznamenáváme velké výkyvy v obsahu psychoaktivních látek a značný podíl různých příměsí, jejichž přítomnost je ze strany výrobců záměrná, obvykle se jedná o látky ze skupiny stimulancií (relativně frekventovaná je kombinace s extází). V důsledku toho můžeme hovořit o zvýšené předvídatelnosti účinku a tím i zvýšení rizika výskytu nepříjemných reakcí u uživatelů. Užívání LSD zaznamenáváme převážně vázané na subkulturní prostředí se specifickou hudbou, oblékáním a jinými módními trendy (7).

Konopné drogy

Původním domovem konopí je zřejmě centrální část Asie, odkud se díky své pěstitelské nenáročnosti rozšířila prakticky do celého světa, především do oblastí s teplým klimatem. Pěstuje se však i v evropských podmínkách včetně České republiky. Účinné látky obsažené v konopí byly identifikovány až v roce 1964 a byly nazvány „cannabinoidy“. Nejvíce psychicky aktivní látkou obsaženou v marihuaně a hašiši je THC (delta-9-trans-tetrahydrocannabinol) (12).

Kannabinoidy mají kromě psychotropního efektu i další zajímavé využitelné vlastnosti. Analgetický vliv spolu s efektivním potlačením nevolnosti a zvracení je již od roku 1991 využíván terapeuticky při zvládnání obtíží u AIDS a chemoterapii nádorových onemocnění, jedná se o preparát Marinol, který v Kanadě mohou preskribovat i praktičtí lékaři. Tentýž lék je v klinickém zkoušení u Alzheimerovy choroby, kde mimo jiné působí na afektivitu nemocných. Perspektivní se jeví i užití v neurologii (roztroušená skleróza, migréna, Parkinsonova choroba), ve vnitřním lékařství (THC je účinný bronchodilatans) a v očním lékařství (terapie glaukomu, kdy THC snižuje nitrooční tlak).

Na černém trhu se vyskytují a jsou zneužívány dvě základní formy drogy:

marihuana a hašiš. Tyto konopné drogy jsou užívány nejčastěji kouřením, v menším měřítku perorálně, obvykle jako součást pokrmů či nápojů. Účinek drogy nastupuje u kouření během několika minut, při perorální užití

později, ale o to má delší účinek. Nikdy nelze s jistotou říci, jak bude intoxikace probíhat, kromě obsahu aktivních látek v droze záleží také na celkovém nastavení jedince „setting“ (prostředí, očekávání, únava, nálada). Mezi nejcharakterističtější účinky konopných látek patří sucho v ústech, jemný pocit chladu a hlad. Typická pro konopnou intoxikaci je deformace vnímání času, který se jakoby vleče, rovněž deformace ve vnímání prostoru a sluchové, hmatové a nejčastěji zrakové iluze, doprovázené pocitem lehké euforie a výbuchy bouřlivého a nezadržitelného smíchu .

Ne zcela ojediněle se může intoxikace projevit formou zážitku, projeví se úzkostí, depresivní náladou, nevolností až zvracením. Patrné je výrazné překrvení spojivek (tzv. „králičí oči“). Dosud nebyl popsán případ předávkování s následkem smrti. Obecně je

většinou odborníků sdílen názor, že konopné drogy nevyvolávají somatickou závislost. Psychická závislost se vyskytuje u 8 – 10 % dlouhodobých uživatelů. Není popisován ani vzestup tolerance, ani odvykací příznaky těchto drog (pouze vyjimečně se při odvykání vyskytují pocity psychomotorického neklidu, nervozity, úzkosti, bolesti hlavy).

Nebezpečí kanabinoidů, které jsou označovány jako „měkké“ drogy spočívá v tzv. „gateway drug“ možnosti, to je startovací droga pro přechod na „tvrdé“ drogy (opiáty či stimulantia). Mezi odborníky ale panuje názor, že stejným rizikem přechodu může být pití alkoholu či kouření nikotinových cigaret. Při častém, nadměrném a dlouhodobém užívání konopných drog se dostávají poruchy některých kognitivních funkcí, hlavně zhoršení paměti, schopnosti soustředění, zmatenosti, dezorientace. Dále pak „flashbacky“, při kterých se vrací negativní zážitky z minulosti, paranoidní stavy (sledování ostatními, strach ze zatčení policií apod.). Výjimečná není ani autoagrese či agrese k okolí. U disponovaných osob může dojít k provokaci latentního duševního onemocnění, konopí sehraje úlohu spouštěcího mechanismu například u schizofrenie.

Marihuana představuje název pro sušené květenství a horní lístky ze samičí rostliny konopí. Barva je podle kvality zpracování od tmavě zelené až po černo-zelené (v případě rychlého sušení, vlhkého sběru a nekvalitní přípravy). Pašovaná marihuana obvykle neobsahuje semínka, ta vypěstovaná v Čechách někdy nebývá pročištěná. Marihuana domácí produkce se dle oblastí původu pohybuje mezi 2 – 8 % obsahu aktivních látek, zahraniční pak mezi 6 – 14 %. O určité „revoluci“ na černém trhu lze hovořit ve spojitosti s rozvojem technologií pro hydroponii a pěstování při umělém osvětlení (tzv. „indoor“). Šlechtěné odrůdy dosahují značně vysokého obsahu psychoaktivních látek přesahujících někdy až hranici 20 %.

Hašiš je konopná pryskyřice, obvykle obsahující malý obsah květenství a drobných nečistot, barvu má tmavě zelenou až hnědou, obsah aktivních látek je okolo 40 %. Rozdíl oproti marihuaně v obsahu aktivních látek zároveň určuje základní rozdíl v dynamice účinku obou forem i potencionálních rizik spojených s jejich užíváním. Nové technologie pěstování marihuany však tento rozdíl téměř stírají.

Analgetika a sedativa

Ve většině případů se jedná o preparáty aplikované per os, vstřebávané ze zažívacího traktu, v praxi se uživatelů drog setkáváme i s nitrožilní aplikací nadrcené tablety rozpuštěné ve vodě. Časté zneužití léků je v kombinaci s alkoholem. Nebezpečí spočívá především v akutních otravách, dále pak v rozvinutí závislosti na lécích, poškození orgánů (gastrointestinální trakt, játra, ledviny).

Lékové závislosti jsou obecně podceňovány oproti závislosti na jiných drogách. Jsou však velmi úporné a obtížně léčitelné. Problémem je, že dlouho probíhají skrytě a často za podpory rodiny a zdravotnického systému. Detoxifikace je dlouhodobou záležitostí, i zvládnutí její akutní počáteční fáze na detoxifikačním oddělení většinou vyžaduje několikanásobně delší pobyt než je tomu u závislosti na ostatních drogách. Kauzálním postupem je postupné snižování dávek užívaných preparátů.

Klíčem k úspěšné léčbě lékových závislostí je souběžné řešení primární poruchy, pro kterou začal pacient původně léky užívat a na kterých se stal posléze závislým.

Analgetika jsou látky, které s dostatečnou selektivitou snižují vnímání bolesti. Bolest sama má značný biologický význam – varuje organismus před poškozením, signalizuje přítomnost nemoci, je tedy symptomem. Jsou ale případy, kdy svůj význam ztrácí a stává se vysilující, může navodit šokový stav, onemocnění zhoršuje a sama se stává nemocí. Analgetika rozdělujeme v zásadě na dvě skupiny. **Opioidní analgetika**, která působí přímo v CNS, používají se k tišení středně silné až silné bolesti – pooperační, poúrazové, u onkologicky nemocných. Naopak **nesteroidní antiflogistika** – NSA působí v místě bolesti,

kde se vytváří zánětlivá reakce. NSA slouží k tišení nižší až středně silné intenzity bolesti – bolest kloubů, svalů, nezastupitelné jsou v léčbě revmatických onemocnění.

Opomíjenou skupinou léků tišících bolest jsou psychofarmaka, především tricyklická antidepresiva, která se používají u pacientů s nádorovým onemocněním a umožní snížení dávky opioidních analgetik .

Sedativa jsou látky se všeobecně zklidňujícím účinkem. Patří sem barbituráty a brominy. V přeneseném slova smyslu můžeme za sedativa pokládat též hypnotika – „léky na spaní“, která vyvolávají ospalost a navozují spánek. Hypnotika jsou velmi často předepisovanou kategorií léčiv, mnohdy neúčelně a zbytečně (7).

Těkavé látky

Mezi těkavé látky, které označujeme také jako prchavé látky, inhalační drogy, patří některá rozpouštědla, ředidla a lepidla, ale i plynné látky, například éter a rajský plyn. Hlavní roli mezi zneužívanými těkavými látkami hraje **toluen** (methylbenzen), který je v současné době jistě nejrozšířenějším zástupcem inhalačních drog u nás. Získává se z ropy, lehkého oleje a koksových plynů, je to důležité rozpouštědlo a ředidlo, zejména laků. Dále pak **aceton** - rozpouštědlo, které bývá příležitostně předmětem zájmu lidí, kteří s ním pracují.

Éter – rozpouštědlo tuků a olejů, dříve používaný k narkózám a v souvislosti s tím i zneužívaný. **Benzin** – směs vyšších uhlovodíků – pohonná hmota. **Rajský plyn** (oxid dusný) – smíšen s kyslíkem vyvolává krátce po vdechnutí opojný bezbolestný stav, používá se ke krátkodobým narkózám. Zdá se, že se znovu objevuje jeho zneužívání, inhaluje se z tlakových lahvíček pro výrobu šlehačky nebo z nafukovacích balonků . Při vdechování z lahve může dojít ke spálení dýchacích cest mrazem, který vzniká při rychlém odpařování oxidu dusného. Jednotlivé těkavé látky se od sebe liší chemickým složením, způsobem účinku a klinickým obrazem. Společným znakem po užití je ovlivnění CNS, které se projevuje euforií, většinou útlumem, mohou se objevit zrakové či sluchové halucinace.

Cílené a předvídatelné dávkování je při obvyklém způsobu aplikace prakticky nemožné a kvalitativní porucha vědomí snadno přechází v kvantitativní, v bezvědomí až koma, ve kterém může dojít k srdeční zástavě, k zástavě dechu nebo k udušení zvratky.

V bývalém Československu byly těkavé látky známé již před druhou světovou válkou, jednalo se však jen o dospělé osoby, oblíbenou látkou byl éter. Hromadný výskyt zneužívání těkavých látek se zde objevil koncem šedesátých let u žáků a studentů základních i středních škol, zneužívanou látkou byl čisticí prostředek Čikuli, obsahující trichlorethylen, ten byl následně vytlačen toluenem.

Opakovaně se vyskytující vlny zneužívání na jednotlivých školách v České republice bagatelizují často učitelé i rodiče. Nejčastěji „čichají“ žáci vyšších ročníků základních škol a žáci odborných učilišť. Mladistvé láká touha po neobyčejném zážitku a zvědavost. Nejvíce nabízený je toluen, který zhruba třetina žáků odmítne, 1/3 zkusí inhalování, ale končí prvním pokusem a zbylá třetina pak inhalaci opakuje. Relativně brzy však tyto přecházejí na jiné návykové látky. K inhalaci dochází za různých okolností – buď individuálně, nebo třeba i během chůze p frekventované ulici, velmi často také ve skupinách s dodržováním určitého rituálu. Bohužel však při rituálu není samozřejmostí poskytnutí první pomoci spoluúčastníkovi, když ztratí vědomí, nebo přestane dýchat. Většinou všichni utečou a zanechají ho jeho osudu.

K úmrtí může dojít již při prvním experimentálním užití, většinou ale dochází k úmrtí u uživatelů až po dvacátém roce. Při delším užívání dochází k celkovému otupění, „hloupnutí“, poruchám emotivity a chování, zejména k afektivní labilitě, agresivitě, ztrátě zájmů a výkonnosti. Jde o typický organický psychosyndrom, daný toxickým působením zneužívané látky na mozkovou tkáň. Často dochází i k toxickému poškození jater a ledvin, k dalším komplikacím patří poleptání dýchacích cest, případně aspirační pneumonie. Toluén vyvolává silnou psychickou závislost, někteří pacienti inhalují denně, v důsledku toho pak dochází k degradaci osobnosti. Trvalé poškození mozkových struktur bývá dlouhou dobu utajeno a projeví se při některé nepříjemné události, která pak vyústí v agresivitu (2).

2.2 Kouření

Historie kouření

Kouření rozhodně není pro člověka přirozené a není ani tak staré jako lidstvo samo. Tabák začali pěstovat Indiáni. Kouření začalo mezi americkými Indiány spíše při obřadech, nebylo tedy nikdy součástí jejich každodenního života. Indiáni taky nešlukovali- to je až záležitost našeho století a cigaret (15).

Do Evropy tuto rostlinu přivezla Kolumbova loď roku 1492. Jean Nicot, francouzský vyslanec v Portugalsku, dal své jméno jediné návykové látce v tabáku. Byl totiž nadšeným propagátorem této rostliny, jíž se přisuzovaly zázračné léčivé schopnosti- zejména obkládání různých vředů listy tabáku prý vedlo zaručeně k úspěchu. Sám Nicot si obklady z tabákových listů léčil migrénu. Ještě několik století se kouření tabáku šířilo pomalu .

Roku 1640 vydal papež Urban VIII. bulu, zakazující kouřit v kostele. Ve středověku byly za kouření různé tresty, například v Rusku useknutí nosu nebo rozseknutí horního rtu tak, aby už nesrostl a jeho majitel už nikdy nemohl pohodlně kouřit. Tyto tresty zrušil až Petr Veliký, který byl sám náruživým kuřákem. Zlomem se stal vynález stroje na výrobu cigaret v době války Severu proti Jihu v šedesátých letech minulého století. Pak následovalo rychlé rozšíření tohoto zboží, které znamenalo především skvělý obchod. Šéf jednoho ze světových tabákových koncernů se nechal slyšet, že na tomto byznysu miluje tři věci: za první- už celkem nic nového se při výrobě cigaret nedá objevit. Za druhé- žádná nová firma už se na cigaretový trh nechystá. A konečně za třetí- má ty nejlepší obchodní partnery na světě, vlády: totiž daň z tabákových výrobků jsou důležitým zdrojem příjmů do státní pokladny (u nás tvoří daň téměř šedesát procent ceny cigaret, což je ale ve srovnání s vyspělými zeměmi málo) (16).

2.2.2 Definice kouření

Jedná se o všechny formy spotřeby tabáku, tj. kouření cigaret, doutníků, dýmky, žvýkání tabáku nebo jeho šňupání. Společně s pasivním vystavením splodinám hoření tabáku přispívají ke vzniku více než 20 různých nemocí a předčasnému úmrtí jejich důsledkem. Nejzávažnějšími nemocemi jsou nemoci srdce a cév a rakovina.

Doktorka Králíková uvádí, že kouření je naučené chování, které si kuřák fixoval mnoho měsíců, nebo spíše mnoho let. Proto také bude trvat řádově několik měsíců, než se opět stane nekuřákem. Nejedná se o zlozvyk, nýbrž o závislost. U většiny kuřáků převažuje závislost fyzická nad psychickou (15).

Kouření s sebou nese řadu zdravotních a socioekonomických následků. Bohužel kouření neovlivňuje zdraví pouze konzumentů, ale také ostatních lidí, kteří jsou produktům nedokonalého spalování vystaveni. Jedná se o pasivní kouření (14).

Pasivní kouření je proces, při kterém dochází k vdechování tabákového kouře, aniž by to daná osoba činila úmyslně. Také pasivní kouření má vliv na zdraví. Kromě subjektivního diskomfortu a krátkodobého vlivu (např. iritace sliznic, bolesti hlavy) způsobuje většinu onemocnění jako kouření aktivní. Asi polovina dětí na světě je vystavena pasivnímu kouření, většinou kvůli kouření rodičů. Tyto děti mívají častější infekce dýchacích cest, záněty středouší, snížené plicní funkce, astma. Pasivní kouření je příčinou téměř desetiny případů dětské leukémie (20).

2.2.3 Druhy závislosti

Závislost na tabáku se skládá ze dvou typů. Prvním je **psychická** závislost na kouření. Tato závislost vzniká po určité době společného života s cigaretou. Rituály spojené s kouřením se tolikrát opakují, až se nakonec stanou těžko postradatelnými. S kouřením cigarety může být spojena krátká chvíle odpočinku či příjemné posezení u ranní kávy, stejně jako zvládání stresových situací (29).

Druhým faktorem je **fyzická** závislost ovlivňující potřebu kouření. Tu způsobuje nikotin obsažený ve vdechovaném cigaretovém kouři. Probíhající chemická reakce v mozku kuřáka je podobná, jako u závislosti na jiných návykových látkách (např. heroin). Některé prameny dokonce uvádějí, že závislost na nikotinu je větší než závislost na heroinu. I v případě zanechání kouření se tak mohou projevit abstinenční příznaky jako silná nutková touha po cigaretě, deprese, špatná nálada, nespavost, podrážděnost, frustrace, zlost, úzkost, neschopnost soustředění nebo zvýšená chuť k jídlu (24).

2.2.4 Účinky a rizika nikotinu

Na nikotin reagují nikotinové receptory, na něž se naváže. Na tělo nikotin působí za několik minut, avšak cesta z plic do mozku mu trvá pouhých 7,5 sekundy. Způsobuje stažení cév, zrychluje dech, zvyšuje tlak krve, uvolňuje adrenalin z nadledvinek, ovlivňuje vegetativní ganglia, nervosvalové ploténky a centrální nervovou soustavu. Zabraňuje likvidaci patologických buněk imunitním systémem, umožňuje tak lepší prorůstání cév v nádoru. Nikotin u kuřáků zlepšuje schopnost soustředění, zlepšuje paměť a to díky aktivaci acetylcholinové kaskády. Mění vnímání chuti jídla a pocit požitku z jídla (33).

Dlouhodobé kouření tabáku způsobuje mnoho zdravotních potíží. Jednou z nejzávažnějších chorob, u kterých existuje souvislost s kouřením, je rakovina plic. Z studií vyplývá, že kuřák, který vykouří čtrnáct cigaret denně, je osmkrát více ohrožen rakovinou plic než nekuřák, u kuřáka, který vykouří dvacet pět cigaret denně, je riziko pětadvacetkrát vyšší. Vzhledem k tomu, že rakovina plic může existovat v organismu již mnoho let předtím, než

se projeví její příznaky, nemůže se vyloučit riziko jejího vzniku, ani když kuřák přestane kouřit. Další z vážných onemocnění je rozedma plic, kdy se zužují plicní cévy- jsou poškozené a část plicní tkáně je zničená. Bylo prokázáno, že devadesát procent úmrtí na rozedmu plic souvisí s kouřením. Dále jsou to kardiovaskulární onemocnění, ke kterým dochází proto, že se artérie přivádějící krev do srdečního svalu ucpou nebo zúží, obvykle vinou usazenin z mastných kyselin nebo krevních sraženin. Infarkt je výsledkem úplného ucpání koronární artérie. Protože srdeční sval nedostane svou obvyklou zásobu kyslíku, jeho část odumírá (15).

2.3 Alkohol

2.3.1 Historie alkoholu

Alkohol se váže k člověku od počátku dějin. Byl využíván ve všech středověkých říších. Zprvu to byly nápoje kvašené, především víno, pivo a medovina. Člověk si jejich přípravu osvojil i přesto, že podstatu kvasného procesu a kvasinkové buňky popsal vědecky až v druhé polovině dvacátého století Louis Pasteur.

Archeologické nálezy potvrzují, že již ve staré Číně před 6–7 tisíci lety vyráběli lidé alkohol z obilí. Symptomy chronického alkoholismu popsal řecký lékař Hippokrates už 400 let před Kristem (23).

2.3.2 Alkohol a jeho rizika

Promblém alkoholismu mládeže je stále aktuální u nás i ve světě. Čistého alkoholu se u nás spotřebuje kolem deseti litrů na každého obyvatele ročně. Zvyšuje se stále nejen spotřeba alkoholu, ale snižuje se i věk pijáků. V České republice je zákaz prodeje alkoholických nápojů osobám mladším 18 roků. Přesto skutečné počátky zneužívání alkoholických nápojů sahají hluboko pod tuto hranici. Kolem 13. roku věku více jak 90% dětí ochutnalo pivo a víno a asi 25% dětí ochutnalo lihoviny (22).

Alkohol je pro děti a mladistvé mnohem nebezpečnější nežli pro dospělé. Jejich

játra nejsou schopna ho odbourávat v takové míře jako u dospělých a navíc mají menší tělesnou hmotnost. Již velmi malé množství alkoholu může vyvolat u dětí nebezpečné otravy. Návyk na alkohol se u dětí a mladistvých vytváří velmi rychle. Proto je v civilizovaných společnostech běžné děti před alkoholem chránit. Ve Spojených státech nebo v Japonsku je povoleno podávat alkoholické nápoje až od 21 let, ve Švédsku od 20 let.

Dospívající si z dětství často přinášejí vzorec událost + alkohol = pohoda (veselá uvolněná atmosféra). Většina si jich tak neuvědomuje možná rizika spojená s užíváním. Více než 70% šestnáctiletých vypovídá, že alespoň polovina jejich přátel má zkušenosti s alkoholem, kouřením a měkkými drogami.

V tomto věkovém období již výrazně přibyly možnosti pití mimo rodinu.

Příležitostí bývá mnoho. Nejrůznější oslavy, ať už s rodinou nebo přáteli, večírky, setkávání ku nejrůznějším příležitostem, čundry, letní pobyty, diskotéky, kluby a celá řada dalších. Zvyšuje se také možnost pravidelného pití. Např. při cestě ze školy, z učení, z praxe, vycházky z internátu atd. V oblíbenosti mládeže je především pivo. Častější pravidelné pití může znamenat vývoj k závislosti. Čím dříve se objeví, tím je větší nebezpečí jejího rozvoje a vlivu na osobnost (10).

2.3.3 Vývojová stádia závislosti

1. stadium – iniciální, počáteční

Během tohoto stadia se člověk pijící alkohol navenek neliší svým pitím od svého okolí a společenských norem. On sám si může, avšak nemusí uvědomovat, že pije kvůli psychotropním účinkům alkoholu, protože se pod jeho vlivem cítí mnohem lépe, než střízlivý. Pije stále častěji, tolerance na alkohol roste a s ní i nutná dávka k „vyřešení problému“. V tomto období nemívají lidé zneužívající alkohol obvykle vyšší hladinu než 0,5 ‰. Neobjevují se viditelné opilosti. Ve společnosti, kde se konzumuje alkohol mívá dotyčný pověst člověka, který „hodně snese a není to na něm vidět“. V tomto stadiu člověk obvykle pije proto, že neumí jinak řešit svůj problém, pokud najde jeho

řešení, často omezuje i své pití. Je však pravděpodobné, že další problémy bude opět řešit pitím.

2. stadium – prodromální, varovné

Rostoucí tolerance způsobuje, že k vyvolání dobré nálady je nutná stále vyšší hladina alkoholu v krvi, která je stále blíže hladině, projevující se zřetelnou opilostí a ta se zatím objevuje jen jako občasné „nedopatření“. S „hladinkou“ se dotyčný cítí fit, proto vyhledává příležitost k tomu se napít. K dosažení žádoucí hladiny musí pít rychleji než ostatní. Je si vědom, že jeho pití si mohou ostatní povšimnout, a za své jednání se začíná stydět. Svě pití dotyčný skrývá a bývá citlivý na sebemenší zmínku o alkoholu. Opilosti si maximálně kontroluje, tudíž okolí zatím nic nepozoruje. Rostoucí pocit viny vyvolává v závislém jedinci odhodlání se vypořádat s alkoholem a ovládnutí účinků alkoholu se pro něj stává primární záležitostí.

Druhé stadium je hranicí možnosti řešit situaci kontrolovaným pitím a řešením prvotních problémů. První a druhé stadium závislosti řadíme do před stadia nemoci. Ve chvíli, kdy se do druhého stadia přidávají „okénka“ je neklamnou známkou, že končí druhé stadium a začíná vlastní nemoc.

3. stadium – krucíální, rozhodné

V tomto stadiu stále roste tolerance na alkohol. Závislý člověk snese vysoké dávky alkoholu, aniž by na něm byla patrná intoxikace. Postupně však dochází k tomu, že hladina, kterou vnímá jako příjemnou, splývá s hladinou, kdy je zřetelně opilý. Dotyčný pije stále častěji, opíjí se v marné snaze se napít a přitom se neopít, přestat včas. To je již však nemožné, protože došlo k tzv. změně kontroly v pití. Alkohol se již stal součástí základních metabolických dějů a došlo ke změně reakce organismu na určitou dávku. Na prakticky zanedbatelnou částku, již organismus reaguje změnou psychických procesů a rozjíždí se nezadržitelná kaskáda dalšího pití končící opilostí. Jediným řešením situace je nenapít se vůbec, abstinovat, to však pacient neví a vědět ani nechce. Rostoucí frekvence zjevných opilstí vede ke konfliktům s okolím. Závislý

člověk na ně reaguje budováním racionalizačního systému – systému zdůvodnění, jimž svému okolí i sobě vysvětluje a omlouvá své pití. Získávání alkoholu, jeho ukrývání a zdůvodňování, proč drogu potřebuje, postupně vyžaduje stále více jeho času a schopností, stává se středem světa závislého – mluvíme o alkoholocentrickém chování. U takového člověka upadají koníčky a zájmy, přestává stačit na své povinnosti. Čím více se chování alkoholika přiči jeho původnímu systému hodnot, tím více rostou jeho pocity viny. V tomto stavu sám věří svému racionalizačnímu systému. Začíná se měnit jeho osobnostní struktura, manifestují se negativní stránky osobnosti. Dosud spolehlivý a čestný člověk začíná lhát, podvádět. Roste vztahovačnost a snaha nedat na sobě znát, jak na tom ve skutečnosti je. Tato vztahovačnost stupňuje konflikty s okolím, zejména s nejbližšími. Dotyčný na každé domnělé napadení reaguje protiútokem. Droga je tak důležitá, že závislý člověk přestává být vybíravý ve značce. V tuto dobu už řada závislých zanedbává správnou výživu, což se odráží na zhoršování zdravotního stavu. Tlak okolí donutí závislého někdy abstinovat, což se může i delší dobu dařit, obvykle však tyto pokusy o abstinenci končí, když povolí tlak okolí. V tomto stadiu se již objevují zdravotní poruchy, které jsou provázeny řadou zdravotních obtíží (3).

Původní problémy, které stály na počátku pití ustupují do pozadí za problémy způsobené alkoholem. Abúzus alkoholu je již projevem choroby s rychlým spádem, který nemůže zastavit ani pacient ani jeho okolí bez odborné pomoci. Každé otálení s vyhledáváním specializované léčby je zbytečným prodlužováním trápení pacienta i jeho okolí a může způsobit nenapravitelné škody. Většina závislých i přesto pokračuje v pití dál. Počet opilostí vzrůstá, závislý člověk bývá v tomto stadiu častěji opilý než střízlivý (10).

4. stadium: terminální, konečné

Charakteristickým znakem čtvrtého stadia je nepříjemný stav po vystřízlivění, který je nemocný nucen zahánět „ranními doušky“. Pokračuje-li od ranního doušku pít dál, vzniká tah – několikadenní období, projevující se opilostí. Nyní jsou nemocní schopní vypít i technické prostředky, jen když obsahují alkohol.

V důsledku celkového vyčerpání a poškození jater klesá ve čtvrtém stadiu tolerance na alkohol. Člověk se opije menší dávkou alkoholu než dříve. Objevují se různá orgánová postižení (jater, žaludku, jícnu, nervového systému, cév a také duševní poruchy). Nastupuje degradace osobnosti, prioritou je získání alkoholu. To už závislý člověk upřednostňuje před nejzákladnějšími životními hodnotami jako je péče o sebe, děti, zaměstnání apod. Většinou až v této fázi vyhledává postižený pomoc.

Ve třetím nebo čtvrtém stadiu může kdykoli dojít k chronifikaci choroby, kdy následkem dlouhodobého nadužívání alkoholu vzniknou trvalé následky. Vzniká chronické stadium závislosti na alkoholu (10).

2.3.4 Účinky alkoholu

Alkohol přímo ovlivňuje centrální nervový systém. Malé dávky etanolu citlivost nervstva na podněty zvyšují a velké dávky reaktivitu tlumí. Alkohol také dráždí zažívací ústrojí a při svém odbourávání zatěžuje játra (21).

Stádia opilsti:

I. 1,5 ‰ spokojený, sdílný, veselý výraz, živá mimika, výřečnost, smích, rozpustilost, přátelskost, pocit sebejistoty – cítí se lépe, jeho starosti jsou „lehčí“.

II. 1,5-3 ‰ nekritický, netaktní, křičí, zpívá, nedbá okolí, impulsivní, nenaslouchá ostatním, erythema (zčervenání), stoupá tep (tachykardie), pohyby neuspořádané (ataxie), poráží sklenice, vrávorá, diplopie (rozdvojené vidění).

III. 3‰ a více únava, ospalost, zvracení, obličej bledne. Opilý může zemřít při zcela banálních situacích, které by za střízliva hravě zvládl - např. se může utopit v kaluži vody. Při vysokých dávkách: narkotický efekt – bezvědomí, necitlivost, inkontinence (pomočení, pokálení), tep slabý, bradypnoe (zpomalené dýchání), mydriáza (rozšíření zornic) nereagující na osvit (23).

2.3.5 Typy alkoholických nápojů a jejich výroba

Pivo

Hlavní surovina pro výrobu piva je pražený ječmen, který se po přípravě máčením a zahříváním, kdy se oddělují zrna od plev a uvolňují se přírodní cukry obsažené v rostlině, suší v sušicí peci. Vzniklý slad se rozemele na prášek, smíchá se s horkou vodou, tím získáme rmut a po čerání sladinu. Sladina se vaří s chmelem, který dodá nejen hořkost a aroma, ale také pivo konzervuje a chrání před infekcí. Takto vzniká mladina, která se zchladí, smíchá s kvasinkami a nechá kvasit. Při kvašení se cukry mění na alkohol a oxid uhličitý. U různých typů piva se pak užívá jiný typ kvasinek a různá doba kvašení. Pivo má obvykle 2-4% alkoholu.

Víno

Hlavní surovinou pro jeho výrobu je kvašená šťáva z hroznů (nebo z jiných plodin, v případě ovocných vín). Perlivé druhy, jako je šampaňské, procházejí druhotným kvašením, během kterého se vedlejší produkt, oxid uhličitý, udržuje v láhvi nápoje pod tlakem. Alkoholizovaná vína jako je sherry, portské, madeira, vermut, jsou kombinace vín s brandy nebo jinými lihovinami a s příchutěmi. Víno obsahuje obvykle asi 10 - 12% alkoholu, alkoholizovaná vína až 20 %.

Lihoviny

Základem je již zkvašená kapalina. Principem pro výrobu lihoviny je fakt, že alkohol se vaří při nižší teplotě než voda, takže když se připravená tekutina zahřeje, alkohol se uvolní dřív, než se začne vařit roztok, ve kterém je obsažen. Tento alkohol je zachycen a zchlazen. Jeho charakter závisí na způsobu, jakým byla přivedena původní kapalina přivedená k varu. Pokud se vaří rychle a nepřetržitě, výsledkem je neutrální, chuťově nijak výrazná tekutina, jako je například vodka. Do těchto neutrálních lihovin se pak mohou přidat různé příchutě (jako jsou třeba jalovcové plody v případě ginu). Pokud je třeba zachovat zvláštní kvality původního kvašeného materiálu (např. hroznový základ pro brandy, ječmen a kukuřice pro skotskou whisky), vaří se pomaleji a výsledkem je tzv. ušlechtilá lihovina, která po destilaci musí zrát několik let v sudech. Ale protože se tímto způsobem nemůže vyrobit nápoj lidové ceny, tak se obvykle „ušlechtilé“ lihoviny nastavují těmi lacinějšími, neutrálními lihovinami. Zlehčováním destilátů kombinacemi různých, zpravidla tajných receptur, příchutí a bylin, se vyrábí likéry. Obsah alkoholu je pochopitelně mnohonásobně vyšší než u piva a vína, pohybuje se od 30 % celkového objemu až po 75 % u vysoce alkoholických destilátů (10).

2.4 Stres

2.4.1 Definice stresu

Stres je reakce organismu na stresový podnět neboli stresor. Obecně je přijatá definice, že stres je soubor reakcí organismu na vnitřní nebo vnější podněty, narušující normální chod funkcí organismu.

Definice stresu může znít také tak, že stres je individuální odpověď na nadměrně zatěžující fyzické, emoční nebo intelektuální požadavky. Tělo je vybaveno k řešení krátkých zátěžových epizod, ale hladina stresu nad obvyklou normu může být pro duševní zdraví značně škodlivá. Stres ovšem nemusí mít jen negativní význam. Určitá míra stresu může člověka aktivizovat a stimulovat jej k hledání účelného řešení situací.

Stres mohou vyvolat nejrůznější krizové situace: rodinné neshody, finanční problémy, pracovní tlaky, zranění, nemoci, traumatizující události (27).

2.4.2 Rozdělení stresu

Rozeznáváme dva druhy stresu. **Eustres** - pozitivní stres, který je spojen s příjemnými a radostnými emočními procesy jako jsou radostné vzrušení, očekávání příjemné události, nebo nadšení. Na druhé straně **distres** - negativní stres. Ten je naopak spojen se špatnými, zlými emočními procesy jako může být zklamání, strach nebo leknutí.

Co si lze představit pod pojmem negativní stres. Například studenti si snadno představí kupící se sešity s učební látkou, spousty seminárních prací, ty je nutné napsat do určitého termínu, který se nezadržitelně blíží a k tomu všemu je zkouškové období za dveřmi. Už i děti na prvním stupni základní školy prožívají negativní stres. Když se jim nechce ráno do školy, protože budou muset sedět v lavici a dávat pozor, co paní učitelka říká a ony by si raději hrály. U úředníků je to stále zvonící telefony, kolegové, kteří obtěžují, šéf by byl rád, aby bylo všechno vyřízeno nejlépe už včera. Podobné dny nám připadají více, či méně známé. Když se stresové stavy změní v setrvalý jev, je následkem vysoký krevní tlak, žaludeční vředy a v nejhorším případě srdeční infarkt.

Ale na druhé straně může určitý tlak pomoci k tomu, abychom pracovali lépe. Tento pozitivní stres není nebezpečný, je dokonce životně důležitý. Určitá míra napětí je nutná a zdravá. V nebezpečných situacích je nutné, aby tělo pracovalo rychle a spolehlivě, aby vylučovalo dostatečné množství adrenalinu a zaručovalo reakční schopnost, kterou v těchto situacích potřebujeme. Stres také pomáhá rychle reagovat, například kritická situace v silničním provozu. Lekneme se, intuitivně a rychle šlápneme na brzdu a nebezpečí je pryč. Pomohla nám stresová reakce našeho těla. I v méně nebezpečných chvílích je často užitečné mít v sobě určité napětí a ostražitost, abychom mohli rychle přijímat a využívat důležité informace. Například: při zkouškách, při důležitých rozhovorech s kolegy nebo nadřízenými, v silničním provozu, při hovorech nebo telefonátech se zákazníky. U pozitivního stresu prožíváme podobné pocity jako u stresu negativního. Zrychlí se nám tep, můžeme cítit, jak nám silně tluče srdce, máme vlhké ruce, třesou se nám kolena. Ale v tomto případě jsou pro náš organismus dokonce zdravé a napomáhají nám, abychom si jasně a pořádně mohli prožít danou situaci. Podněty které vytvářejí a způsobují stresové situace a tím odčerpávají energii, se nazývají **stresory**. Každý člověk je individuální a je proto vyčerpáván jinými faktory, vše záleží na mnoha aspektech, jako je např. prostředí ve kterém žije, jeho životní styl, hodnoty a postoje, které vyznává, jeho vztahy s druhými lidmi a také jeho osobní vlastnosti (1).

1. **Chemické stresory-** Patří mezi ně užívání návykových látek, tedy jedů jako je alkohol, drogy, nikotin a kofein.
2. **Fyzikální stresory-** Nevhodné prostředí může také způsobovat stres. Sem patří např. zvýšená radiace, ultrafialové záření, znečištěné ovzduší a znečištěná voda, změny počasí, povodně, nadměrný hluk, nedostatečné osvětlení, vedro, chlad.
3. **Emocionální stresory-** Mezi tyto stresory patří strach, úzkost (anxiozitu), nevyspalost, nesoustředěnost, zármutek, nenávisť, přílišná ustaranost.
4. **Sociální stresory-** Souvisí s našimi vztahy s druhými lidmi. Jsou ovlivnění našim postoji k sociální realitě. To jsou vztahy mezi manžely, studenty, rodiči, nadřízenými, příbuznými, partnery.

2.4.3 Reakce na stresové situace

Pokud se jedinec ocitne v situaci, ve které na něj začne působit stresor, začne stresová reakce. Reakce na tuto stresovou situaci se projevuje v symptomech tzv. adaptačního syndromu, to je reakce organismu probíhající ve třech fázích a lze je popsat takto.

1. **Fáze poplachová** -Organismus začne reagovat na působení stresoru prostřednictvím aktivace sympatiku v mozku. To se projeví vyplavením glukózy do krve, která je okamžitou zásobou energie, zvýšením srdečního tepu, zrychlením dechu a snížením činnosti trávicího systému. Tělo se tak připravuje na akci. Člověk má pocit neklidu, strachu nebo úzkosti.
2. **Fáze adaptace**- Po doznění poplachové reakce si organismus na podnět zvyká. Mobilizace energie stále přetrvává, v psychické rovině setrvávají a zintenzivňují se negativní emoce spojené z působením stresoru.
3. **Fáze vyčerpání**- Jestliže se nepodařilo situaci zvládnout, hrozí selhání regulační a adaptační schopnosti organismu a dochází k psychosomatickým projevům, jako je únava, deprese a trvalá vnitřní úzkost, protože se organismus již dále nemůže adaptovat na pokračující stres (28).

Reakce na stresovou událost se může projevovat i později. Posttraumatická stresová porucha se může projevovat měsíce i roky po události, která ji vyvolala. Někdy má podobu tzv. výroční reakce, například právě rok po zdrcujícím podnětu. Projevuje se četnými změnami na fyzické, emoční i sociální rovině a problém je i to, že ne vždy bývá i samotným klientem dávana do souvislosti s traumatickou událostí a navozuje tak pocity zmatku a nepochopitelnosti (5).

2.5 Obezita

2.5.1 Historie obezity

S obezitou či nadváhou se naše společnost setkává po tisíciletí, její problematikou se, ale začala zabývat až v dnešní době. Obezita byla řadu let považována za kosmetickou záležitost a tak k ní také bylo přistupováno (8).

„Doklady o výskytu obezity u lidí máme již z prehistorické doby. Z období před více než 30 000 lety se dochovaly na různých místech světa sošky představující Venuše jako symbol hojnosti a plodnosti. Charakter obezity reprezentovaný u nás Věstonickou Venuší odpovídá gynoidně dysplastickému typu“.

Ve středověku bohatí feudálové holdovali jídlu a pití, což spolu s omezováním pohybu napomáhá k rozvoji obezity a jejím komplikacím. To potvrzují i antropologické studie koster panovníků. Hojnost jídla a pití vedla k častějšímu výskytu otylosti a dny. U žen v období baroka jednoznačně převládal důraz na části těla, které symbolizovaly reprodukční úlohu ženy. Tedy na plodnost v oblasti břicha a pánve spojenou s velkým množstvím podkožního tuku (11).

S novými pohledy na obezitu přichází medicína 18. a 19. století. V této době se Thomas Short začíná zamýšlet nad příčinami vzniku obezity. Stejným tématem se zabývá i Thomas Beddoes a T.L. Chambers, který už hovoří o pozitivní energetické bilanci. Definují se zákony termodynamiky, poukazuje se na význam spalování živin a pokládají se základy moderního pojetí energetické rovnováhy v organismech. Definuje se index tělesné hmotnosti a vznikají kritéria pro hodnocení nadváhy srovnáním s normou získanou vyšetřením zdravých lidí. Při léčbě obezity se doporučuje strava o nízkém obsahu tuku a procházky. Je vyroben sacharin jako první náhražka cukru. Ve 20. století vzniká mnoho redukčních diet, mnohé jsou však jednostranné a nevyrovnané.

Vyšší výskyt obezity ve 2. polovině 20. století je způsoben civilizačními jevy jako snížení fyzické práce, obecně snížení pohybové aktivity a zvýšení přívodu energeticky bohatých potravin.

Na sklonku 20. století se do rukou lékařů dostávají moderní farmaka pro léčbu obezity, nová generace léků proti obezitě má minimální nežádoucí účinky a je určena i k dlouhodobému užívání. Převratem je moderní chirurgická léčba obezity těžkých stupňů, již lze docílit dlouhodobého úspěchu (25).

2.5.2 Definice obezity

Obezita je charakterizovaná jako zmnožení tukové tkáně v organismu. Obezita vzniká jako následek energetické nerovnováhy, tedy nepoměrem mezi příjmem a výdejem energie. Je to nemoc se somatickými i psychickými rysy. Téměř tři čtvrtiny dospělé populace má vyšší než normální hmotnost a jako každé onemocnění, také přináší řadu komplikací a výrazně zkracuje život.

2.5.3 Příčiny vzniku obezity

Růst výskytu nadváhy a obezity je v převážné většině případů důsledkem působení současného životního stylu. Životní styl se mění ve smyslu snižování fyzické aktivity, tedy nedostatečným energetickým výdejem. Dále se na vzniku obezity výrazně podílí vliv výživy, a to zejména v prvních letech života. V poslední době je věnována pozornost i genetickým příčinám obezity (26).

Obezita vzniká spolupůsobením zevních faktorů a genetických faktorů. Nemusí být vždy zcela dědičná, protože děti dědí jenom určité geny svých rodičů. Většina genů neovlivňuje tělesnou hmotnost přímo, ale jedinci, kteří jsou exponováni „obezitogennímu“ prostředí, mají větší náchylnost k hromadění tukové tkáně a ke vzniku obezity. To, že se dědí obezita jako taková, nelze v dnešní době dokázat. Můžeme ale tvrdit, že se dědí pravděpodobnost ke vzniku obezity. Velkou roli zde ale hrají návyky životního stylu obou rodičů.

2.5.4 Index tělesné hmotnosti

Stupeň obezity je určován podle BMI neboli Indexu tělesné hmotnosti. Body mass index je hodnota vypočtená podle vzorce: váha v kg dělená výškou v metrech na druhou. Normální váhu přitom určují hodnoty BMI mezi 18,5 a 25. Osoby, jejichž BMI má hodnotu pod 18,5, trpí pravděpodobně podvýživou. Hodnota BMI nad 25 ukazuje na nadváhu, nad 30 pak na obezitu (26).

$$\text{BMI} = \frac{\text{tělesná hmotnost v kilogramech}}{\text{druhá mocnina tělesné výšky v metrech}}$$

Tabulka BMI a obezity

Kategorie	Rozsah BMI
těžká podvýživa	$\text{BMI} \leq 16,5$
podváha	16,5 – 18,5
ideální váha	18,5 – 25
nadváha	25 – 30
mírná obezita	30 – 35
střední obezita	35 – 40
morbidní obezita	$\text{BMI} > 40$

2.5.5 Komplikace obezity

Zdravotní komplikace obezity významně ovlivňují nemocnost i kvalitu a délku života, proto by snížení prevalence obezity vedlo k významnému poklesu morbidit (nemocnosti) i mortality (úmrtosti) v populaci.

1. Kardiovaskulární komplikace obezity

Patří mezi nemoci „moderního světa“. Na jejich vzniku se podílí řada jiných onemocnění a rizikových faktorů, jako je vysoká hladina cholesterolu, vysoký krevní tlak, cukrovka, obezita a mnoho dalších. Mezi srdečně cévní onemocnění řadíme např. anginu pectoris, ischemickou chorobu srdeční, které mohou vyústit například v infarkt myokardu nebo mozkovou mrtvici. Kardiovaskulární onemocnění bohužel představují nejčastější příčinu onemocnění, v nejvyšších věkových kategoriích jsou příčinou 60 % úmrtí.

Vysoký krevní tlak (hypertenze)- Na zvýšený krevní tlak trpí v Evropě a USA 10 – 15 % dospělého obyvatelstva. V České republice byl zjištěn vysoký krevní tlak u 11 % osob starších 15 let. Na rozvoji vysokého krevního tlaku se podílí obezita, stres, nedostatek fyzické aktivity, konzumace alkoholu a nadměrný příjem kuchyňské soli. Krevní tlak se fyziologicky zvyšuje s věkem, takže i jeho hodnoty je potřeba hodnotit s přihlédnutím k věku. Vysoký krevní tlak je základním předpokladem vzniku srdečně cévních onemocnění. Krevní tlak se měří ve dvou hodnotách: a to tlak systolický (vyšší hodnota) a tlak diastolický (nižší hodnota). Za závažnější se považuje zvýšení diastolického krevního tlaku. Normální hodnota diastolického krevního tlaku je menší než 85 mm Hg; za mírnou hypertenzi pak považujeme diastolický krevní tlak vyšší než 90 – 104 mm Hg, střední hypertenzi 105 – 114 mm Hg, a závažná hypertenze nad 115 mm Hg. Obecně je vysoký krevní tlak určen hodnotami 160 / 95 mm Hg a vyššími (tzn. systolický tlak 160 mm Hg; diastolický tlak 95 mm Hg) (17).

2. Metabolické komplikace obezity

Diabetes mellitus (cukrovka)

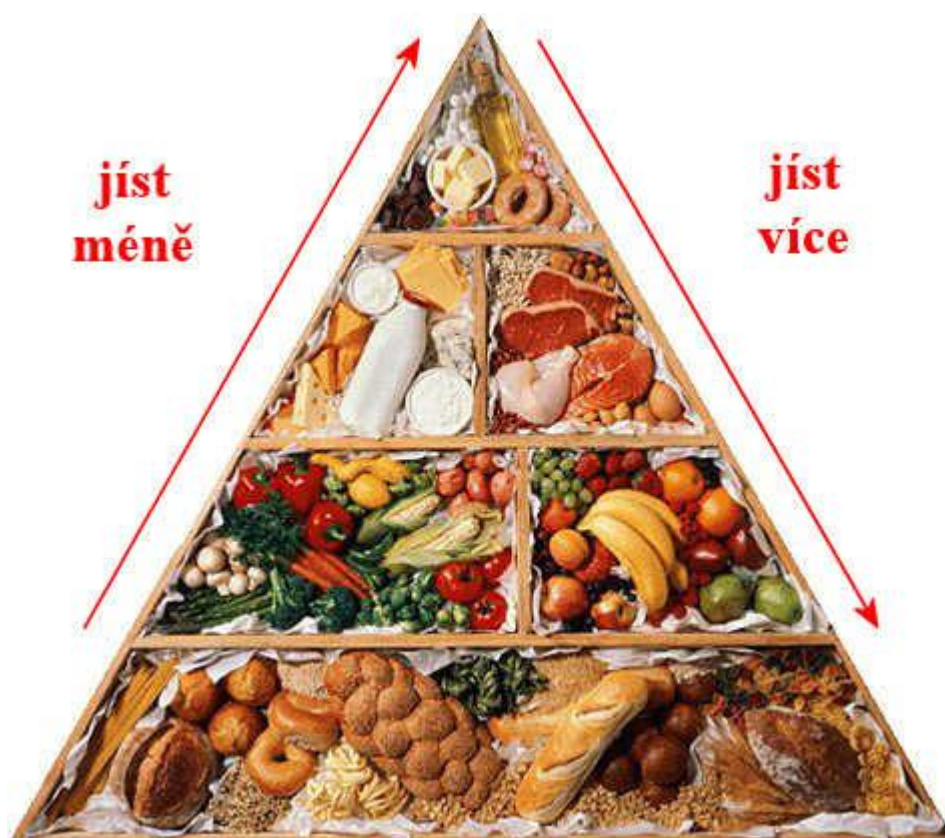
Cukrovka je onemocnění, při kterém organismus není schopen dodávat dostatečné množství inzulínu. Většina jídla, které zkonzumujeme, je v těle rozložena na jednoduchý cukr – glukózu. Lidské tělo glukózu využívá jako zdroj energie. Glukóza je v těle

transportována krví. Aby buňky mohly glukózu z krve využít, potřebují k tomu hormon inzulín. Bez inzulínu tedy buňky nemohou získat energii z potravy. Lidé s cukrovkou tak nemohou využívat svou krevní glukózu. To vede k vzestupu hladiny cukru v krvi (hyperglykémii) a dalším závažným důsledkům. Inzulín produkuje velká žláza slinivka břišní, umístěná za žaludkem (8).

3. Nádory

Byl prokázán vztah mezi zvýšenou tělesnou hmotností spolu s energeticky příliš bohatou stravou a vznikem rakoviny tlustého střeva, prsu, ledvin, děložního čípku a jiných orgánů. Například rakovina tlustého střeva, jinde vzácná, je v průmyslových zemích po rakovině plic nejběžnějším případem zhoubných nádorů. V České republice má incidence nádorů tlustého střeva a konečníku již řadu let stoupající tendenci a zaujímáme v ní přední místo ve světě.

„Správná dieta je taková, která je přiměřená energetickému výdeji a je vyvážená. Její složení a energetický obsah odráží věk, pohlaví, stádium vývoje, chuťové preference, jídelní zvyklosti a další individuální charakteristiky“.



2. Cíl a hypotézy

2.1 Cíl práce

V diplomové práci jsem si zvolila tento cíl:

Zmapovat životní styl studentů zdravotně sociální fakulty a ekonomické fakulty a vzájemně je porovnat.

2.2 Hypotézy

Pro výzkum byly stanoveny tyto hypotézy:

H1: Studenti ZSF jsou informovanější o rizikovém životním stylu, než studenti FEK.

H2: Studenti ZSF a studenti FEK znají zásady zdravého životního stylu.

H3: Mezi studenty ZSF a studenty FEK nejsou rozdíly v životním stylu.

3. Metodika

Výzkumná data potřebná k vypracování diplomové práce byla získávána metodou kvantitativního výzkumu - dotazováním.

3.1 Dotazník

Dotazník, který je anonymní obsahuje celkem 23 otázek. První část dotazníku je zaměřena na identifikační údaje, kde studenti uvádí věk a pohlaví. Další část je zaměřena na problematiku kouření, alkoholu a drog. Otázky 15, 16 a 17 se ptají na sportovní aktivitu. Poslední část dotazníku se věnuje oblasti stravování- kolikrát denně a kde se studenti stravují a jaké jí nejčastěji přílohy k hlavním jídlům.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Dotazníkové šetření proběhlo ve skupinách studentů 4. a 5. ročníku na Zdravotně sociální fakultě a 4. a 5. ročníku na Ekonomické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Celkové množství rozdaných dotazníků činilo 120 a použito jich bylo pro výzkum 117. 3 dotazníky nešlo použít z důvodu nesprávného vyplnění. Veškerý sběr dat probíhal anonymně.

Grafy byly zpracovány v programu Microsoft Excel a jsou udávány v absolutních číslech.

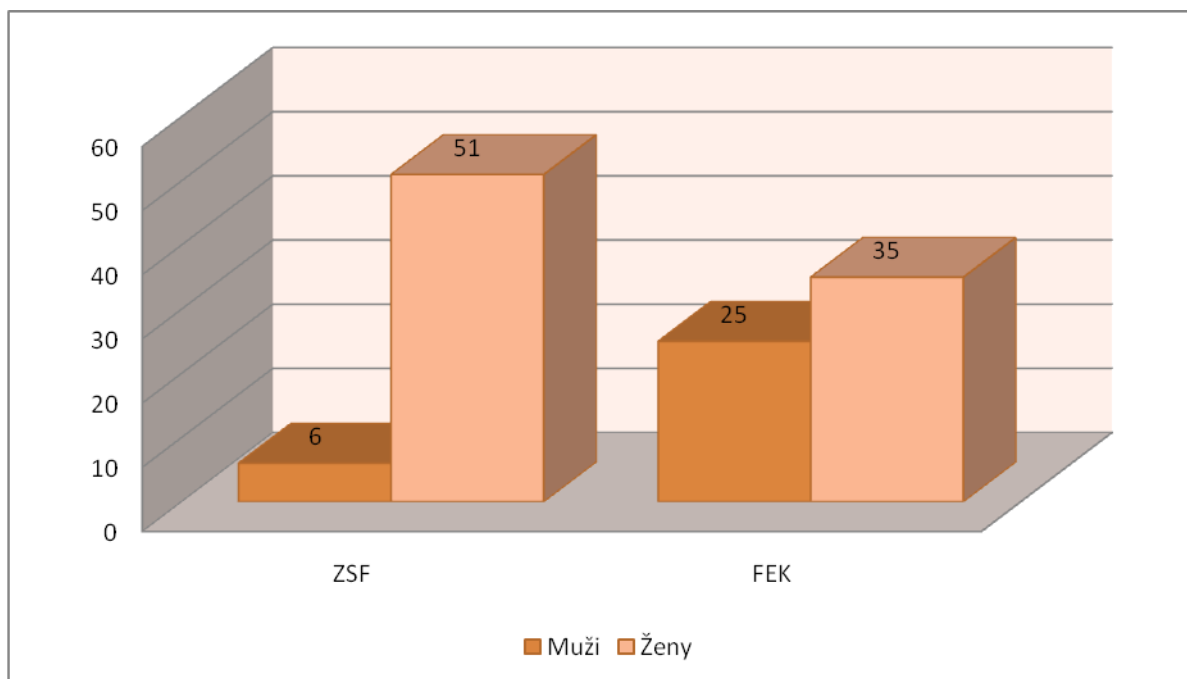
4. Výsledky

Otázka č. 1 Pohlaví

	muži	ženy
ZSF	6	51
FEK	25	35

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 1



Zdroj: vlastní výzkum

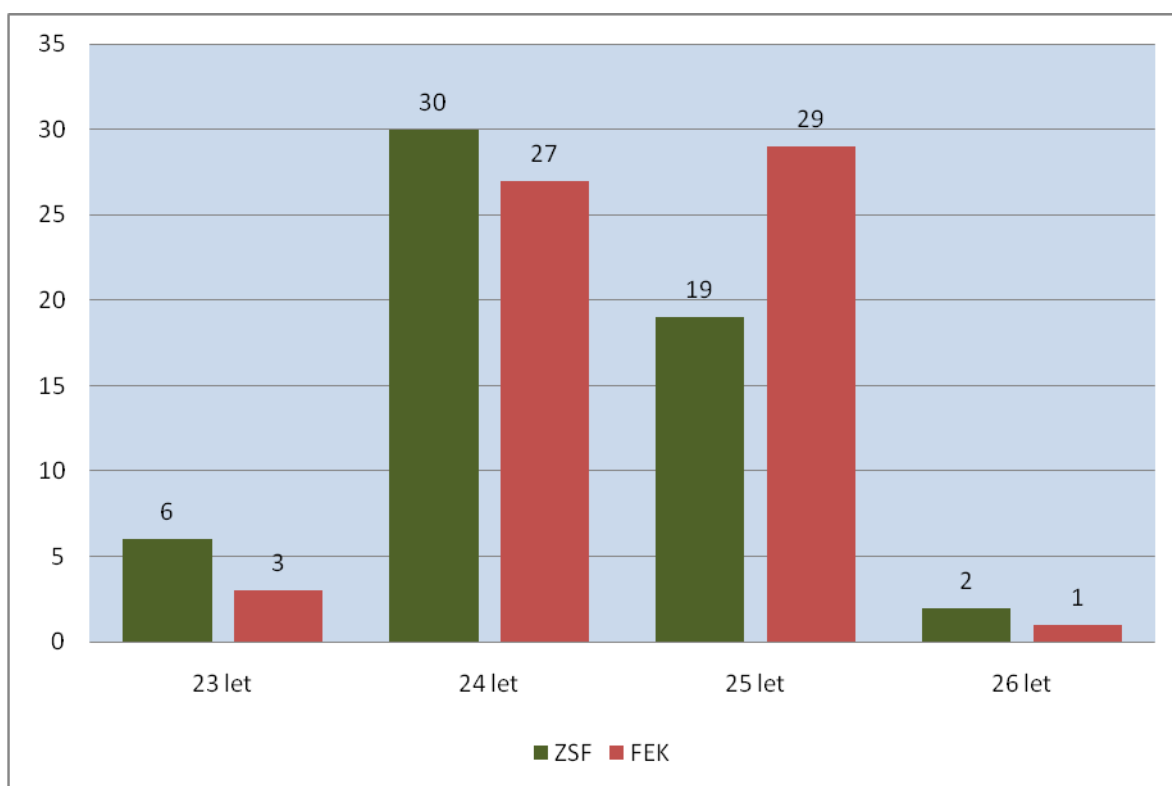
Celkový soubor tvořilo 117 respondentů, z toho 57 studentů na ZSF a 60 studentů na FEK. Dle pohlaví, více respondentů bylo z řád dívek a to jak na ZSF s počtem 51 tak i na FEK s počtem 35. 25 mužů respondentů na FEK a 6 na ZSF.

Otázka č. 2: Věk respondentů

	23 let	24 let	25 let	26 let
ZSF	6	30	19	2
FEK	3	27	29	1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 2



Zdroj: vlastní výzkum

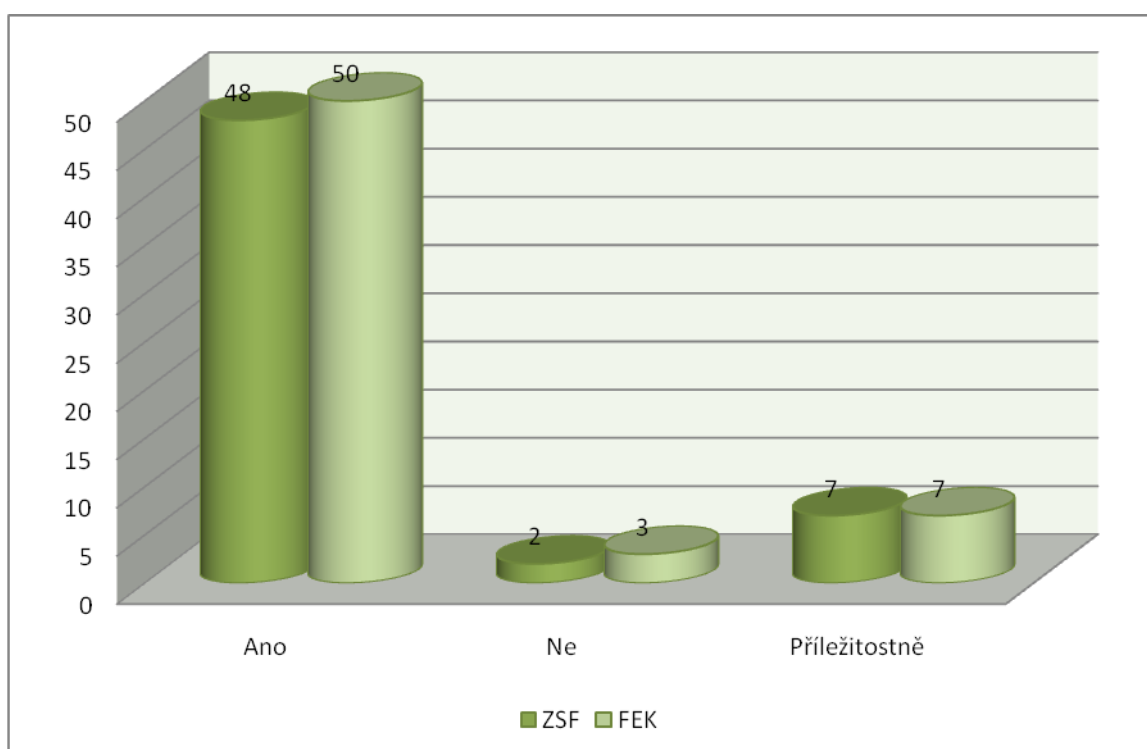
V následujícím výzkumném souboru byl zjišťován věk respondentů. Ve věkové kategorii 23 let odpovídalo 6 studentů ze ZSF a 3 respondenti studující na FEK. Ve věku 24 let studuje na ZSF 30 respondentů a 27 na FEK. 19 studentům na ZSF je 25 let a ve stejném věku studuje na FEK 29 studentů. V poslední věkové kategorii 26 let studují pouze 2 na ZSF a jen 1 student na FEK.

Otázka č. 3: Zajímáte se o zdravý životní styl?

	ano	ne	příležitostně
ZSF	48	2	7
FEK	50	3	7

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 3



Zdroj: vlastní výzkum

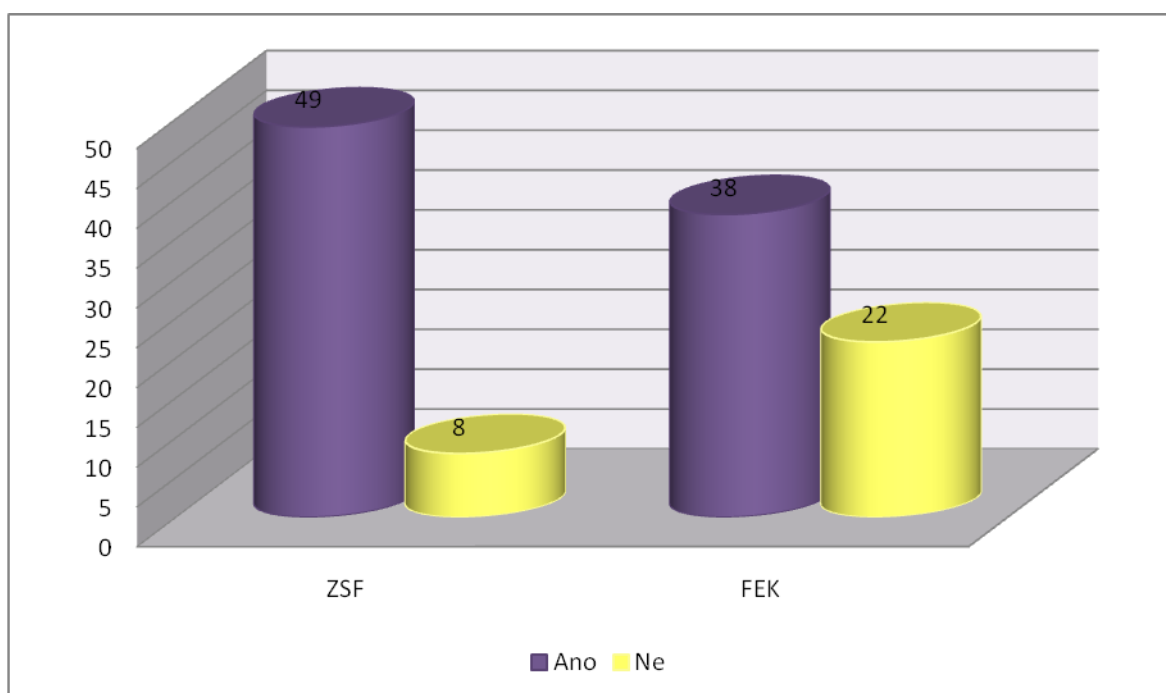
Skoro většina studentů jak na ZSF tak i na FEK uvedlo, že se zajímají o svůj životní styl. Pouze malá část respondentů uvedla, že se o svůj životní styl nezajímají a nebo jen příležitostně, když jsou zrovna nemocní.

Otázka č. 4: Plánujete svůj časový harmonogram dne?

	ano	ne
ZSF	49	8
FEK	38	22

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 4



Zdroj: vlastní výzkum

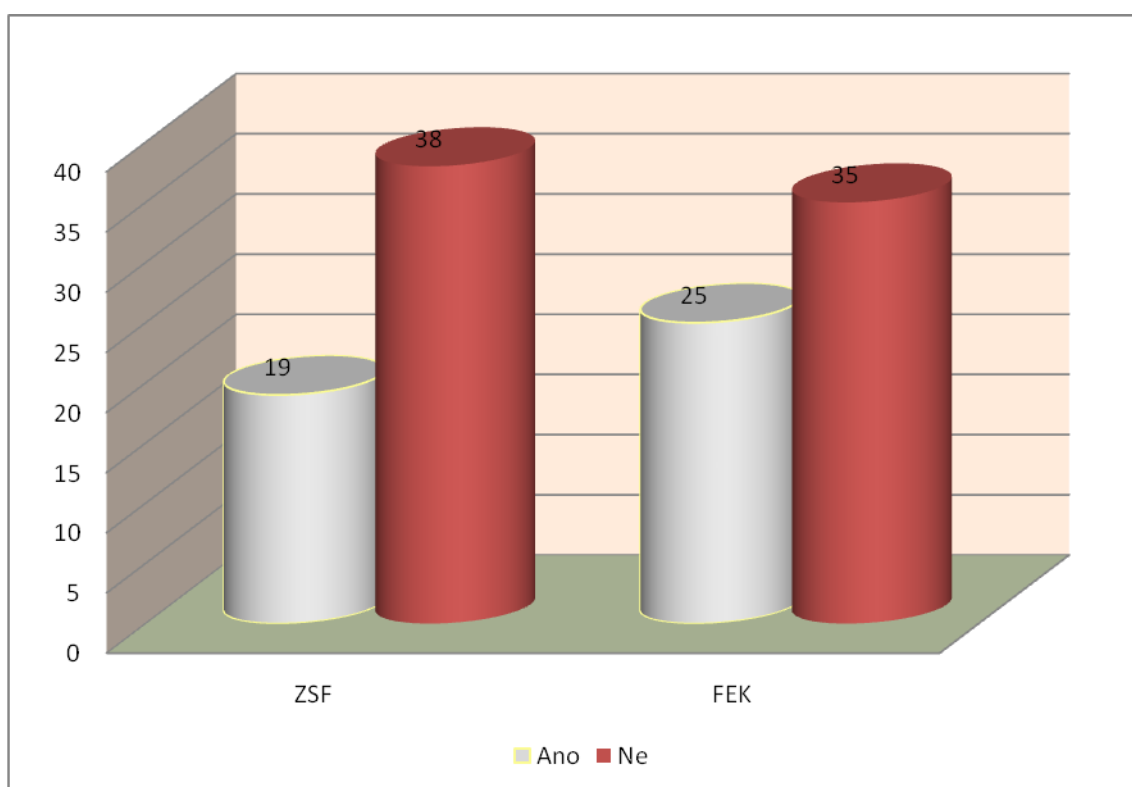
Z grafu 4 je patrné, že většina studentů na ZSF si svůj časový harmonogram dne plánuje (49), podobně jsou na tom i studenti FEK (38). Naopak 8 studentů na ZSF a 22 studentů na FEK si ho neplánují vůbec.

Otázka č. 5: Svoji činnost organizujete dle nejdůležitějších úkolů?

	ano	ne
ZSF	19	38
FEK	25	35

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 5



Zdroj: vlastní výzkum

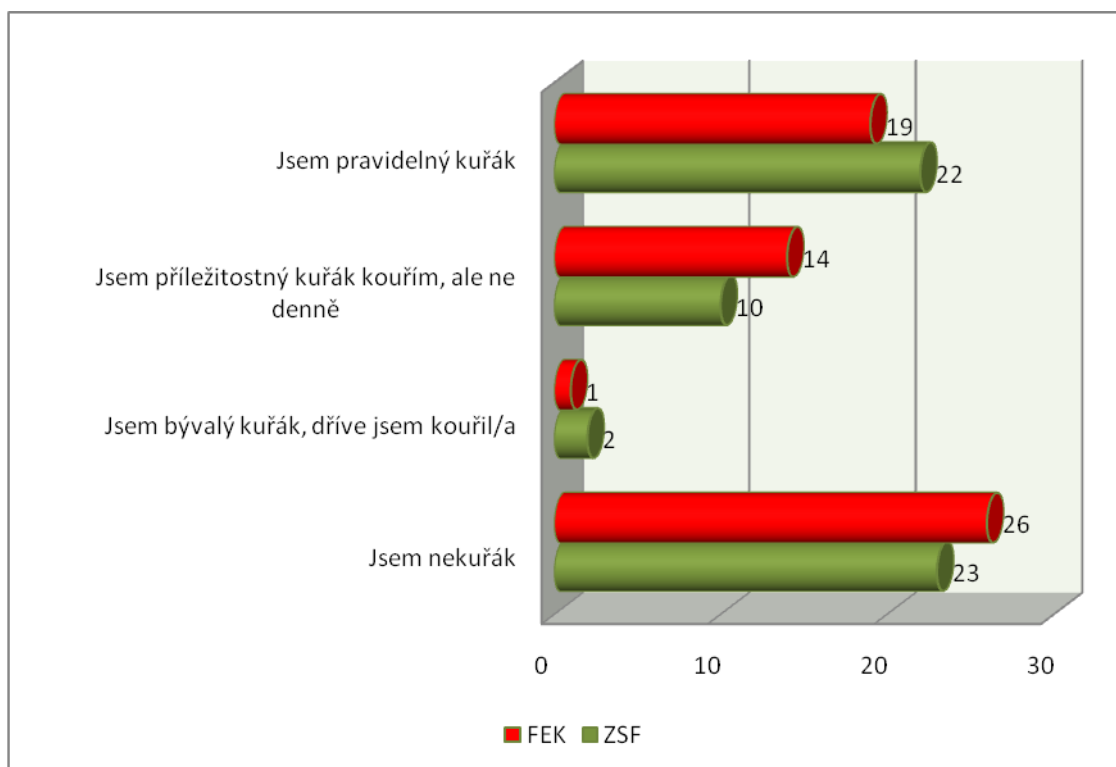
Na první pohled z grafu 5 vyplývá, že většina studentů jak na ZSF (38) tak i na FEK (35) si svou činnost neorganizují, dle nejdůležitějších úkolů. Avšak 19 respondentů na ZSF a 25 na FEK uvedlo, že to takto provádějí

Otázka č. 6: Váš postoj ke kouření?

	pravidelný kuřák	příležitostný kuřák	bývalý kuřák	nekuřák
ZSF	22	10	2	23
FEK	19	14	1	26

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 6



Zdroj: vlastní výzkum

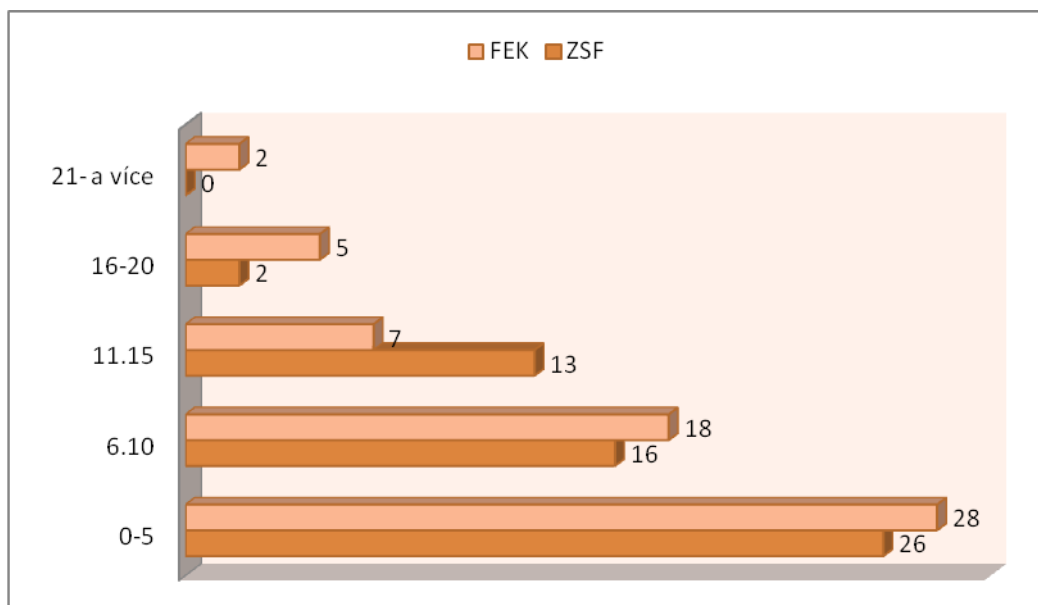
Další blok otázek se věnoval kouření. Za kuřáky se považuje 22 respondentů na ZSF a 19 na FEK. Příležitostnými kuřáky je 10 studentů na ZSF a 14 na FEK. Dále podle dotazníku vyplynulo, že za bývalé kuřáky se považují 2 studenti na ZSF a 1 z FEK. Za nekuřáky se považuje 23 studentů ze ZSF a 26 z FEK.

Otázka č. 7: Pokud kouříte, kolik cigaret denně vykouříte?

	0-5	6-10	11-15	16-20	21 a více
ZSF	26	16	13	2	0
FEK	28	18	7	5	2

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 7



Zdroj: vlastní výzkum

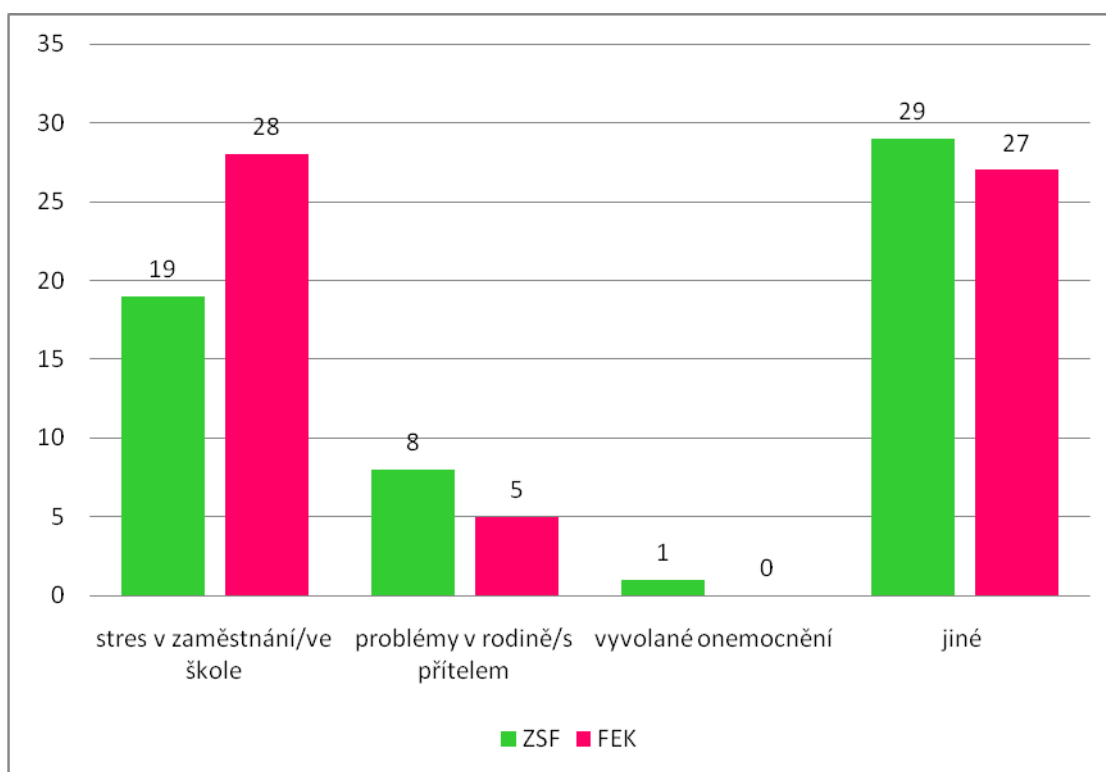
Jak ukazuje graf 7, 0-5 cigaret uvedlo 28 studentů na FEK a 26 na ZSF. 6 až 10 cigaret vykouří 16 studentů na ZSF a 18 na FEK. 13 studentů ZSF vykouří za den kolem 15 cigaret, méně pak studenti FEK (7). 16-20 cigaret vykouří denně 5 studentů na FEK, 2 na ZSF. Více než 21 cigaret uvedli pouze 2 studenti na FEK.

Otázka č. 8: Co Vás vedlo k tomu začít kouřit?

	stres v zaměstnání/ve škole	problémy v rodině/s přítelem	Vyvolané onemocnění	jiné
ZSF	19	8	1	29
FEK	28	5	0	27

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 8



Zdroj: vlastní výzkum

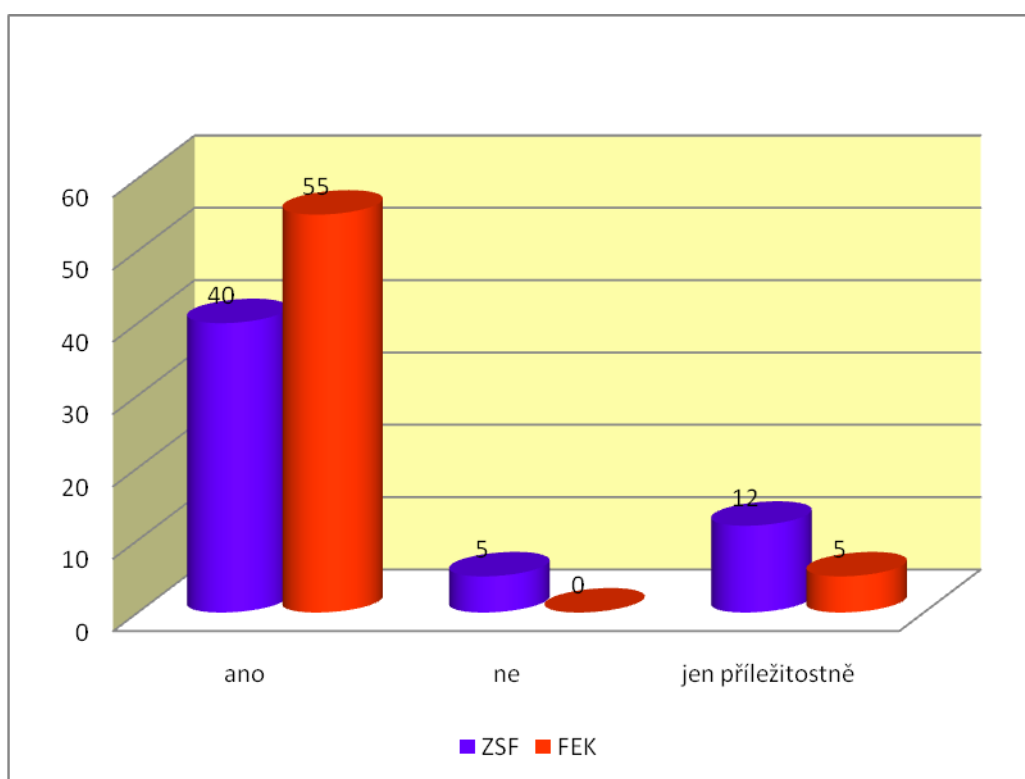
Skoro třetina studentů na ZSF uvádí, že začali kouřit z důvodu stresu a to jak v zaměstnání tak i ve škole. Další důvod kouření- problémy v rodině/ s přítelem, uvedlo 8 studentů ZSF a 5 FEK, někteří začali kouřit z důvodu nemoci (1student na ZSF). Skoro polovina studentů uvedlo, že propadli kouření z jiných důvodů a to např.: v jejich nejbližším okolí taky všichni kouří, chutná jim to, chtěli to zkusit, apod.

Otázka č. 9: Pijete alkohol?

	ano	ne	příležitostně
ZSF	40	5	12
FEK	5	0	5

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 9



Zdroj: vlastní výzkum

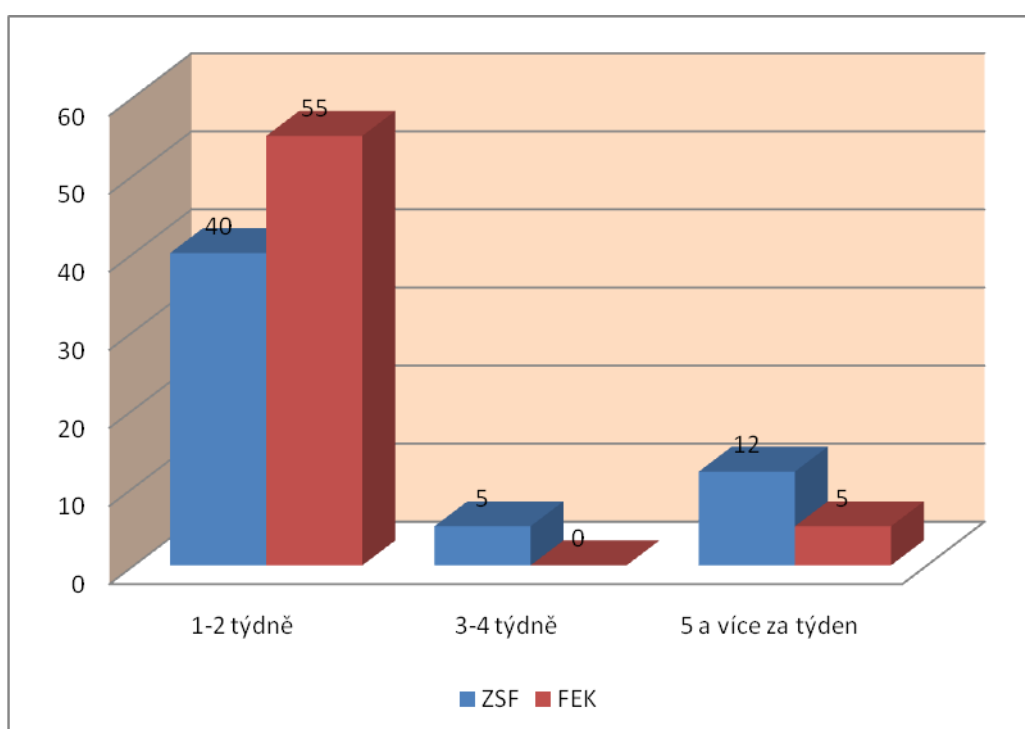
Další blok otázek se věnoval konzumaci alkoholu. 55 studentů na FEK uvedlo, že pije alkohol na ZSF pak 40 studentů. Pouze 5 studentů uvádí, že nepijí vůbec alkohol.

Otázka č. 10: Jestli ano, jak často?

	1-2 týdně	3-4 týdně	5 a více za týden
ZSF	40	5	12
FEK	55	0	5

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10



Zdroj: vlastní výzkum

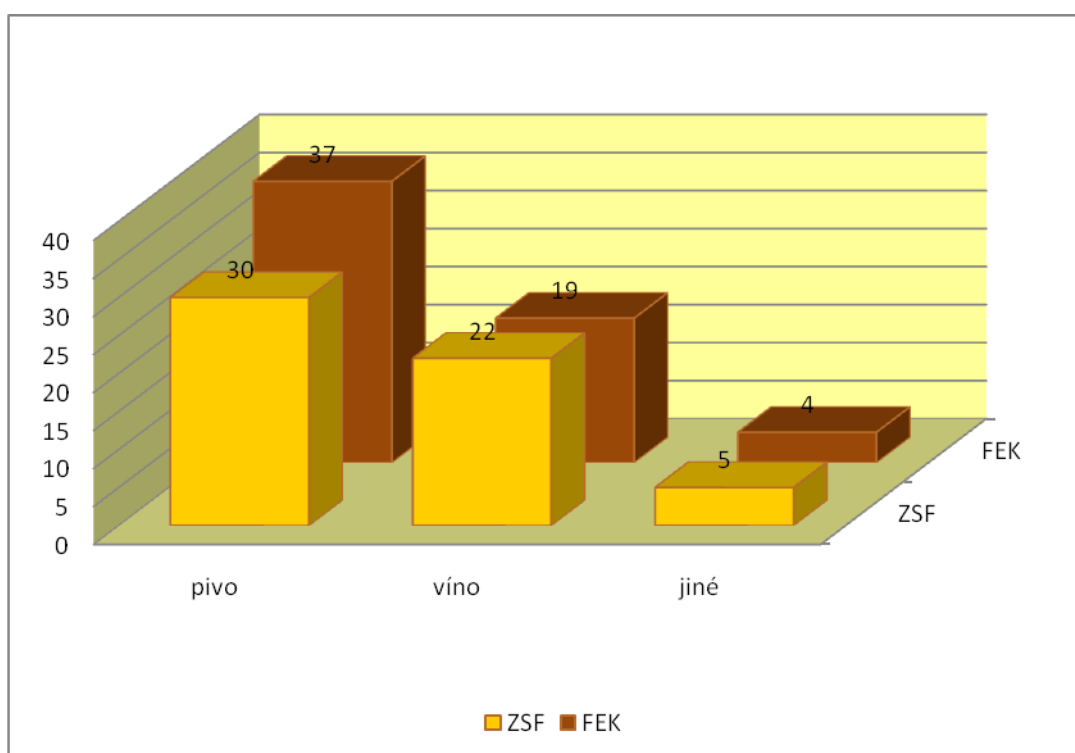
Z grafu 10 je patrné, že nejvíce studentů pije alkohol 1-2 za týden, ZSF-40 studentů, FEK-55 studentů. 5 studentů ze ZSF uvedlo 3-4 týdně. 12 dotázaných studentů ze ZSF a 5 z FEK zvolilo možnost 5 a více za týden.

Otázka č. 11: Jakému druhu alkoholu dáváte přednost?

	pivo	víno	jiné
ZSF	30	22	5
FEK	37	19	4

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 11



Zdroj: vlastní výzkum

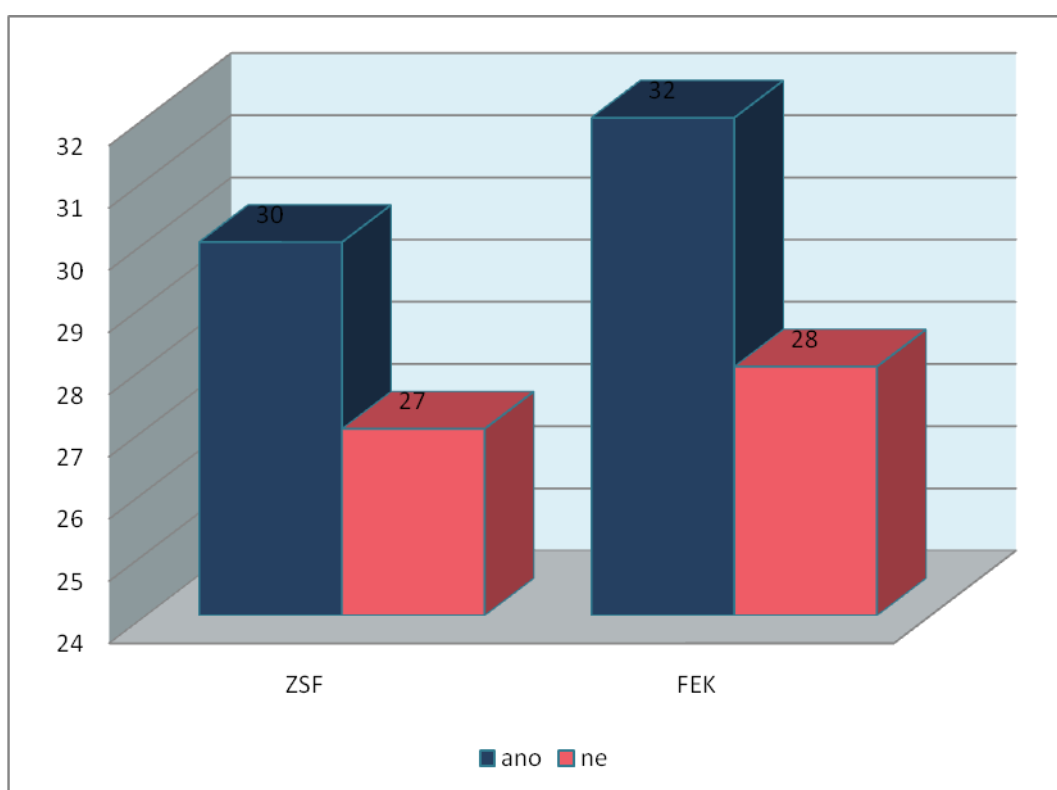
Pivo zvolilo více jak polovina studentů na FEK (37), tak i na ZSF (30). Relativně rádi studenti konzumují víno, tuto možnost zvolilo 22 studentů na ZSF a 19 na FEK. Další možnost uvedlo nejméně studentů a nejčastěji uvedli, že pijí také vodku, rum, různé míchané nápoje, apod.

Otázka č. 12: Máte osobní zkušenosti s drogou?

	ano	ne
ZSF	30	32
FEK	27	28

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 12



Zdroj: vlastní výzkum

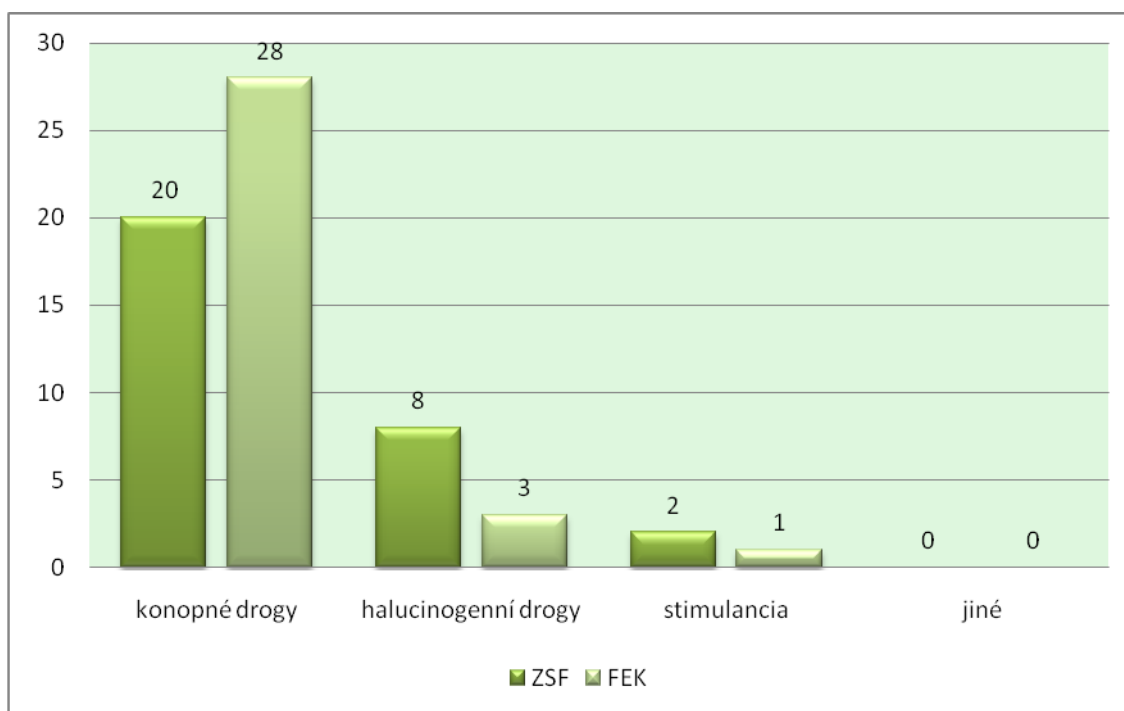
Srovnání skupin studentů na ZSF a FEK, kteří mají, či naopak nemají osobní zkušenost s drogou znázorňuje graf 12. Více jak polovina studentů uvedla, že mají zkušenost s drogou. Jsou stále i tací, kteří s drogou žádnou zkušenost nemají. Na ZSF tuto možnost uvedlo 27 studentů a na FEK 28

Otázka č. 13: S jakou drogou máte osobní zkušenost?

	konopné drogy	Halucinogenní drogy	stimulancia	jiné
ZSF	20	6	2	2
FEK	28	3	1	0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 13



Zdroj: vlastní výzkum

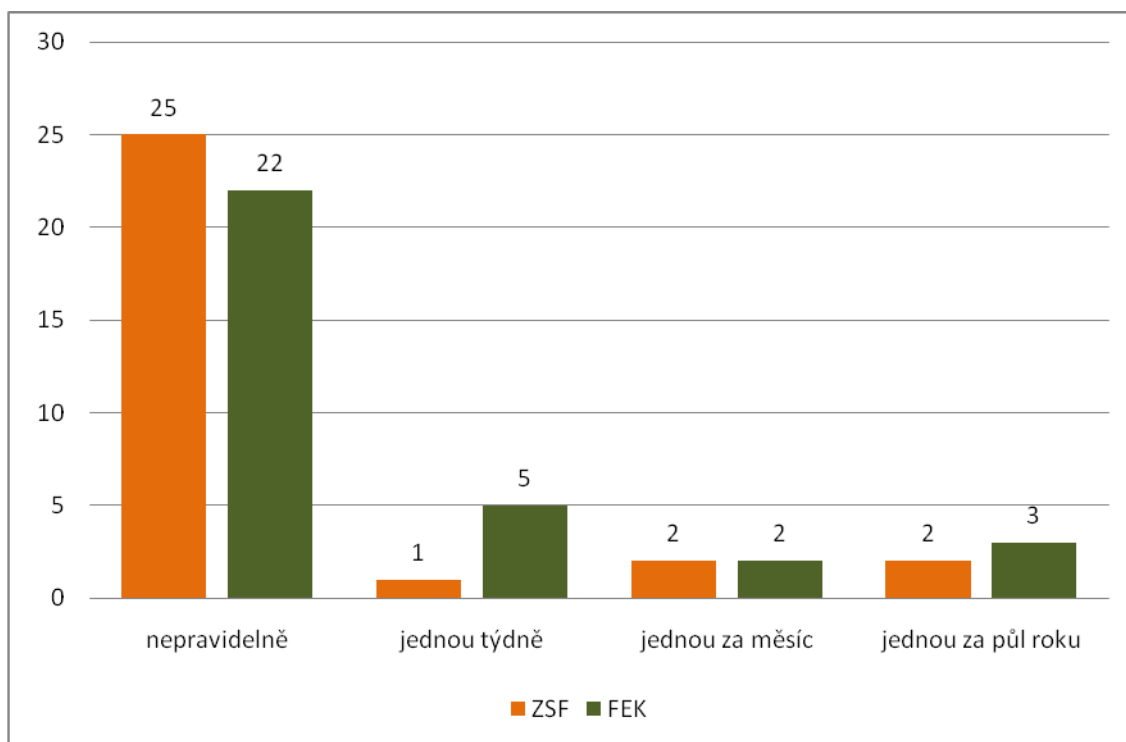
Možnost konopné drogy zaškrtno nejvíce studentů, kteří již mají osobní zkušenosti s drogou. Halucinogenní drogy uvedlo 8 studentů na ZSF a 3 na FEK. Stimulancia uvedlo nejméně studentů. Poslední možnost neuvedl nikdo.

Otázka č. 14: Jak často užíváte drogu?

	nepravidelně	1x týdně	1x za měsíc	1x za půl roku
ZSF	25	1	2	2
FEK	22	5	2	3

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 14



Zdroj: vlastní výzkum

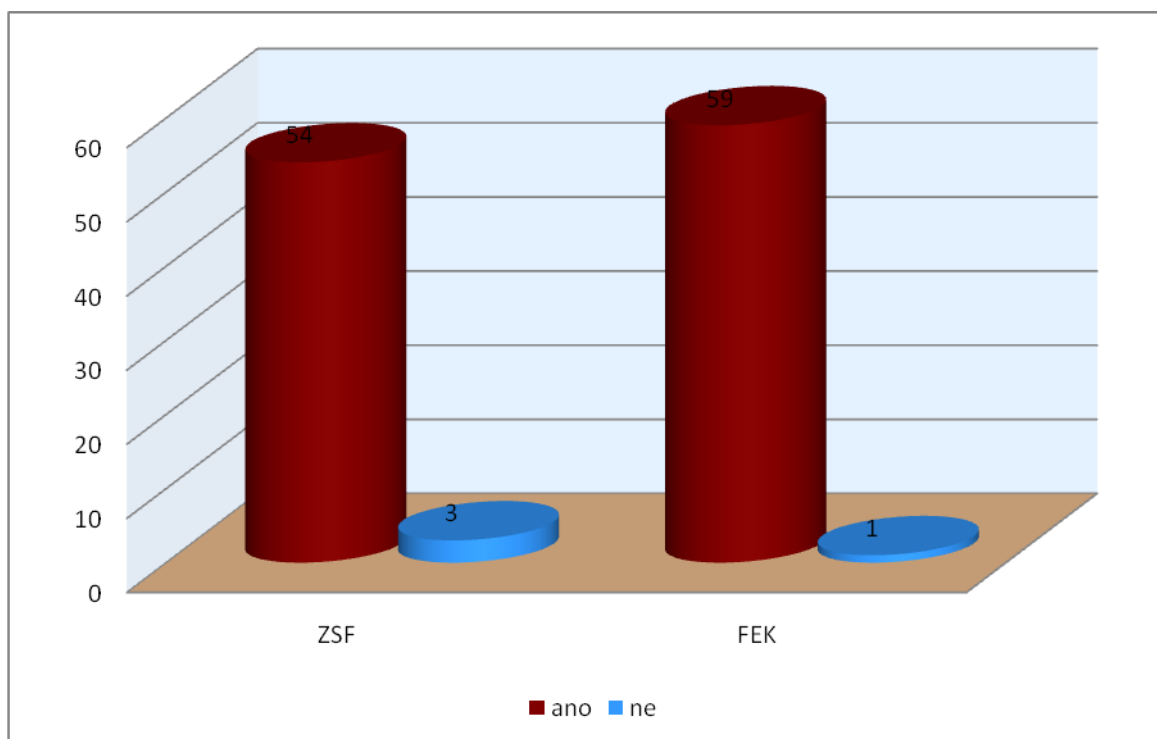
Srovnání ve frekvenci užívání drog v obou skupinách znázorňuje graf 14. Jak je vidět na grafu, ve skupině studentů, kteří mají zkušenost s drogou, vyplynulo, že drogu užívají nepravidelně. 1 za týden uvedlo 5 studentů z FEK a 1 student ze ZSF. 1 za měsíc uvedli 2 studenti jak na ZSF tak i na FEK. Možnost poslední uvedli také 2 studenti ze ZSF a 3 z FEK.

Otázka č. 15: Věnujete se sportu?

	ano	ne
ZSF	54	3
FEK	59	1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 15



Zdroj: vlastní výzkum

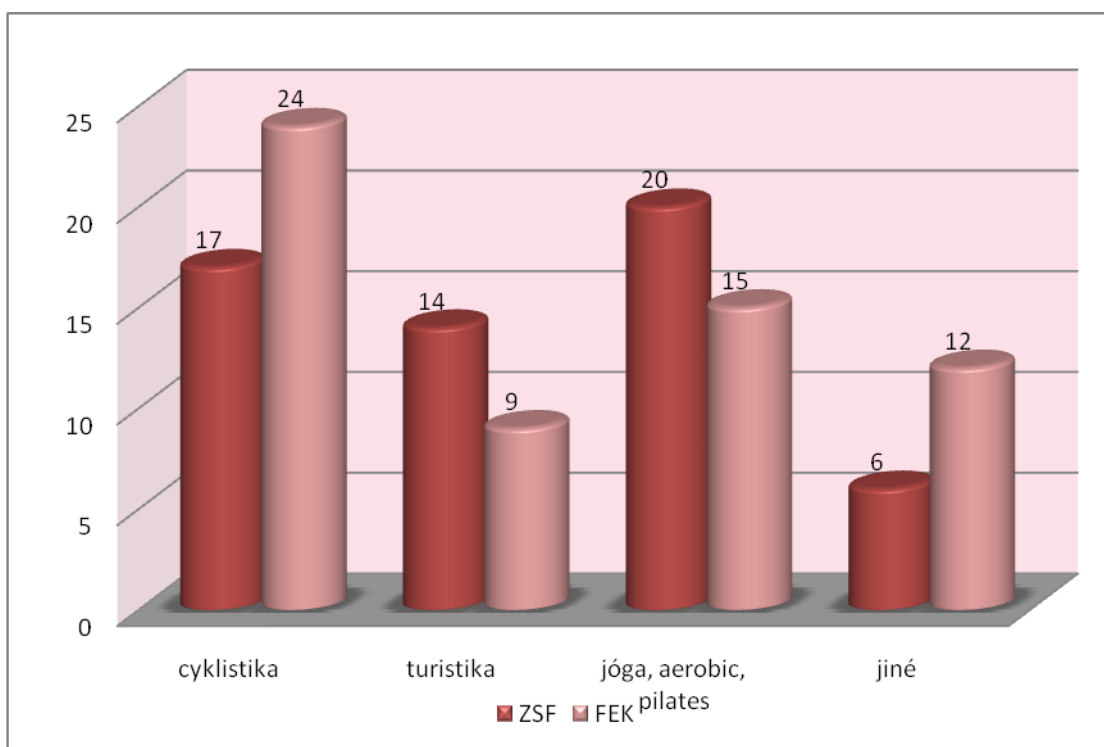
Podle grafu 15 se skoro všichni dotazovaní studenti věnují sportu, což je uspokojivá skutečnost.

Otázka č. 16: Jakému sportu se věnujete?

	cyklistika	turistika	jóga, aerobic, pilates	jiné
ZSF	17	14	26	0
FEK	24	9	20	7

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 16



Zdroj: vlastní výzkum

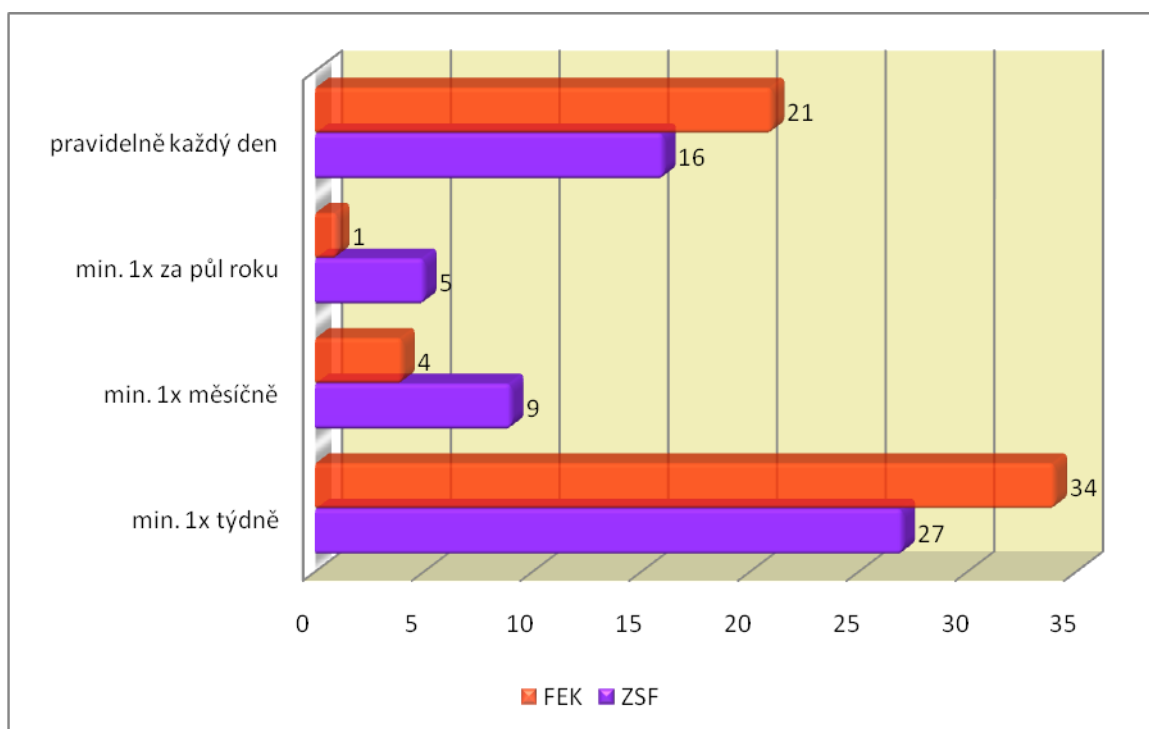
Mezi oblíbený druh sportu u studentů na ZSF patří jóga, aerobic, pilates (20), dále je to pak cyklistika (17) a turistika (14). U studentů FEK je na prvním místě cyklistika (24), na druhém místě jóga, aerobic, pilates (15), turistika (9). Dále studenti uváděli např. plavání, běh, in-line brusle, lyžování, spinning, u mužů převládá fotbal, hokej, volejbal a také posilovna.

Otázka č. 17: Jak často se věnujete sportu?

	pravidelně každý den	Min. 1x za půl roku	Min. 1x měsíčně	Min. 1x týdně
ZSF	16	5	9	27
FEK	21	1	4	34

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 17



Zdroj: vlastní výzkum

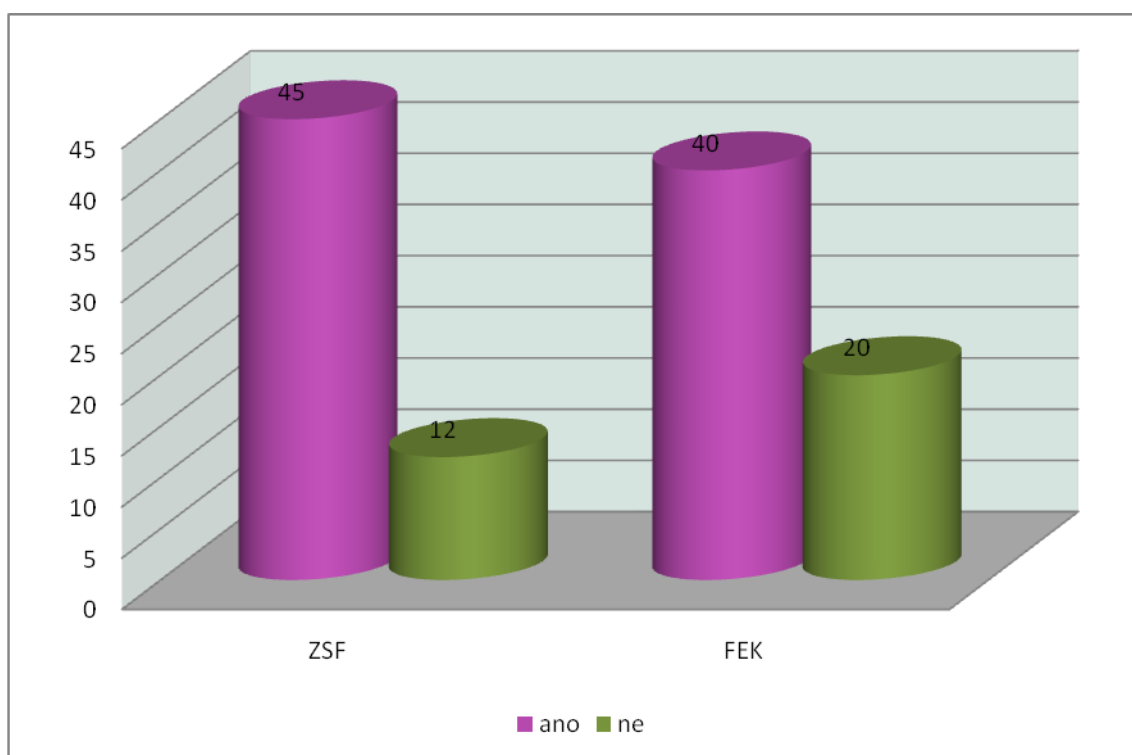
Většina studentů obou fakult, se věnuje sportu alespoň 1x týdně. Menší počet studentů uvedli možnost, že se sportu věnují pravidelně každý den, 21 studentů na FEK a 16 na ZSF. Možnost 1x za měsíc uvedlo 9 studentů ze ZSF a 4 z FEK. Minimálně 1 x za půl roku uvedlo 5 studentů ze ZSF a jeden respondent z FEK.

Otázka č. 18: Myslíte si, že se stravujete zdravě?

	ano	ne
ZSF	45	12
FEK	40	20

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 18



Zdroj: vlastní výzkum

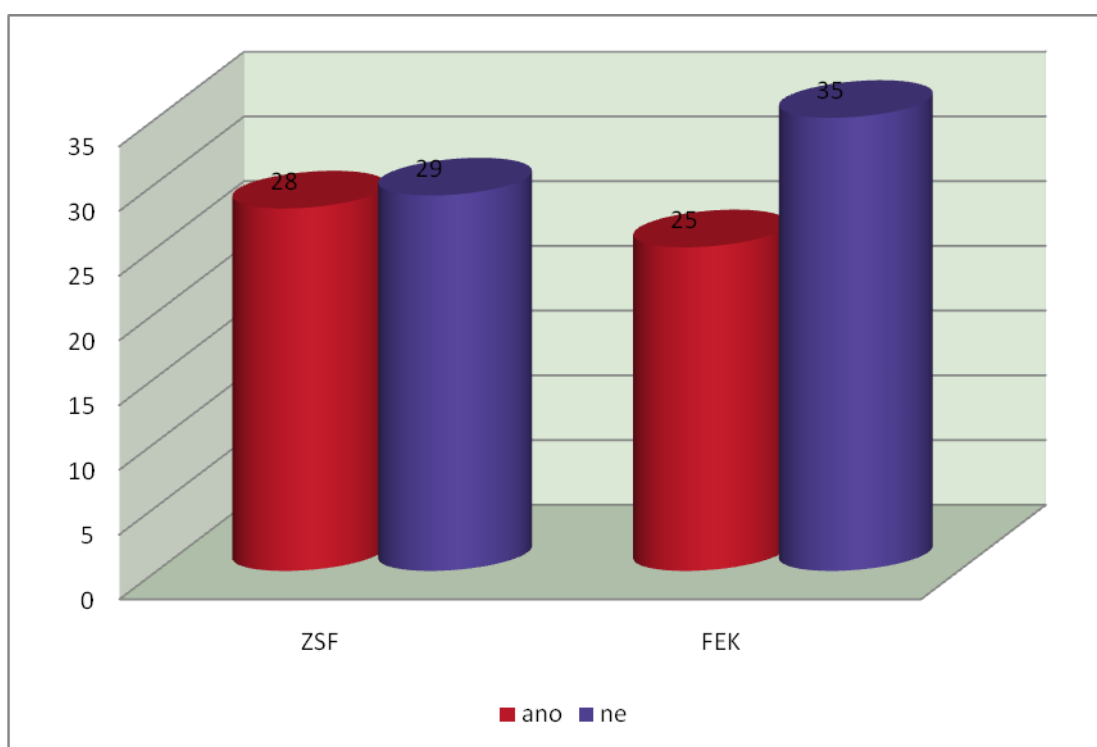
Poslední blok otázek se věnoval stravování studentů. Většina studentů ze ZSF uvedlo možnost, že se stravují zdravě (45), pouze 12 studentů uvedlo možnost ne. Studenti z FEK jsou na tom se stravováním o trošku hůř. 40 uvedlo, že se stravují zdravě a 20 studentů uvedlo opak.

Otázka č. 19: Stravujete se pravidelně několikrát denně?

	ano	ne
ZSF	28	29
FEK	25	35

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 19



Zdroj: vlastní výzkum

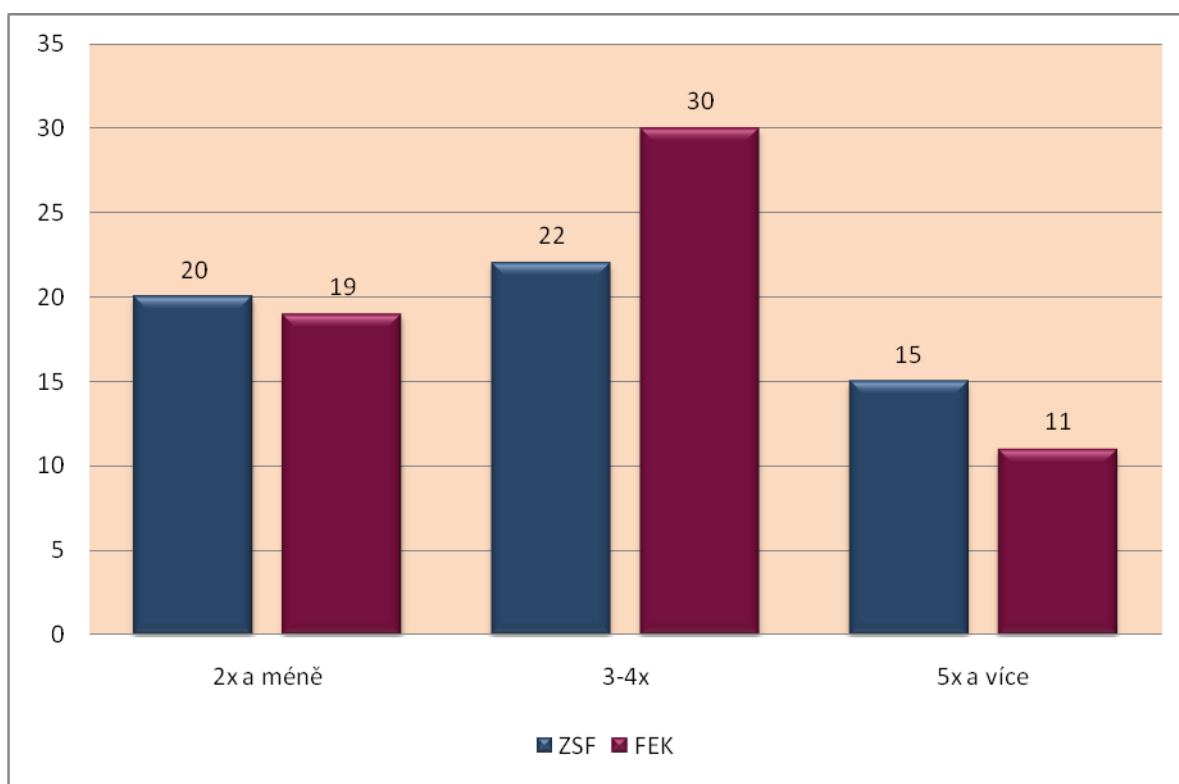
Z grafu 19 je patrné, že jak studenti na ZSF tak studenti FEK se nestravují pravidelně. 29 studentů ze ZSF uvedlo možnost, že se nestravují pravidelně, několikrát denně a 35 studentů z FEK. Možnost ano, uvedlo 28 studentů ze ZSF a 25 z FEK.

Otázka č. 20: Kolikrát denně se stravujete?

	2x a méně	3-4x	5x a více
ZSF	20	22	15
FEK	19	30	11

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 20



Zdroj: vlastní výzkum

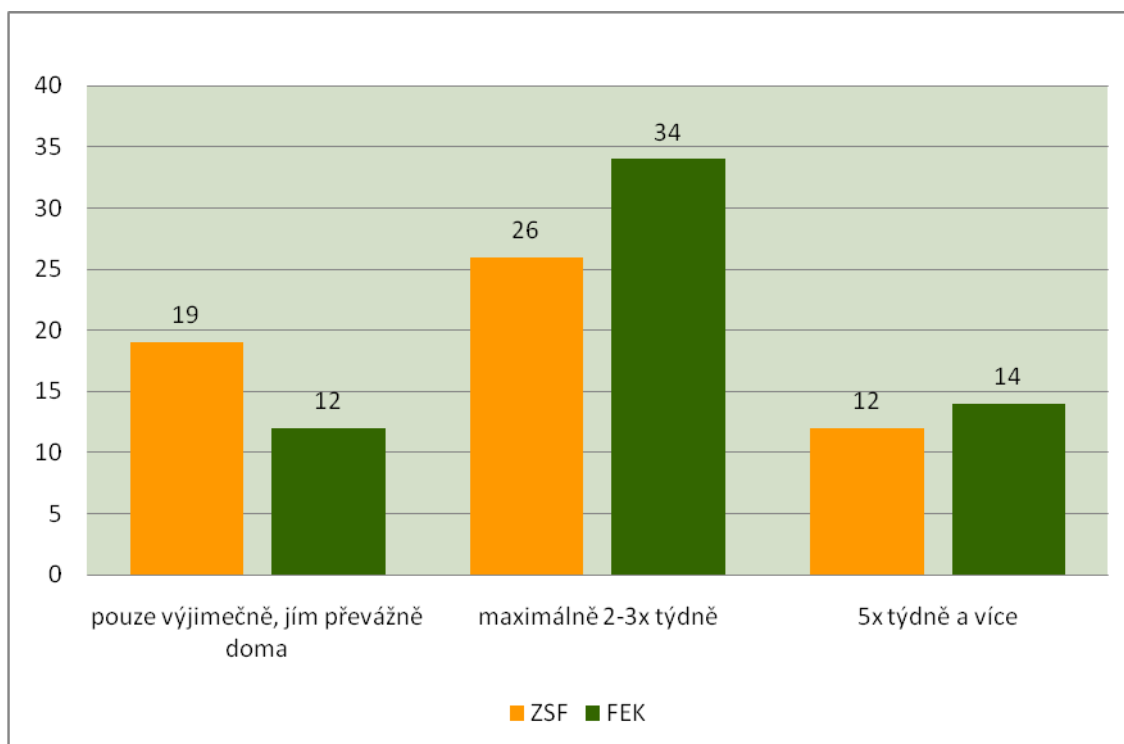
Jak ukazuje graf 20, nejvíce studentů z FEK(30) uvedlo možnost 3-4x denně, tuto možnost uvedlo také 22 studentů ze ZSF. 2x za den pak jí 20 studentů ze ZSF a 19 z FEK. 5x a více uvedlo nejméně studentů z obou fakult.

Otázka č. 21: Stravujete se často v restauracích , rychlých občerstveních a školních jídelnách?

	pouze výjimečně, jím převážně doma	max. 2-3x týdně	5x týdně a více
ZSF	19	26	12
FEK	12	34	14

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 21



Zdroj: vlastní výzkum

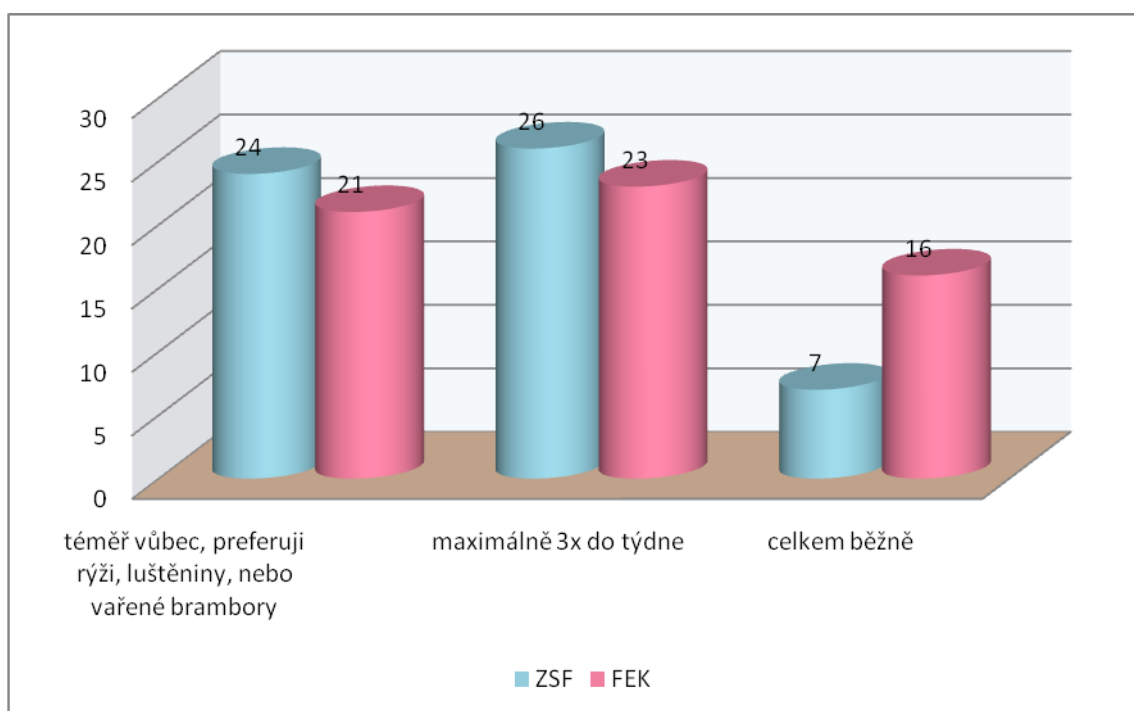
Ani graf 21 nepoukazuje na větší rozdíly mezi porovnávanými skupinami. Možnost maximálně 2-3x týdně odpovědělo nejvíce studentů u obou fakult. Možnost pouze výjimečně vybralo 19 studentů ZSF a 12 FEK. 5x týdně a více navštěvují restaurace, rychlá občerstvení a školní jídelny 12 studentů ze ZSF a 14 z FEK.

Otázka č. 22: Jíte často kalorické přílohy (knedlíky, hranolky, krokety, americké brambory, bramboráky, apod.) k hlavním jídlům?

	téměř preferuji luštěniny, brambory	vůbec, rýži, vařené	max. 3x do týdne	celkem běžně
ZSF	24		26	7
FEK	21		23	16

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 22



Zdroj: vlastní výzkum

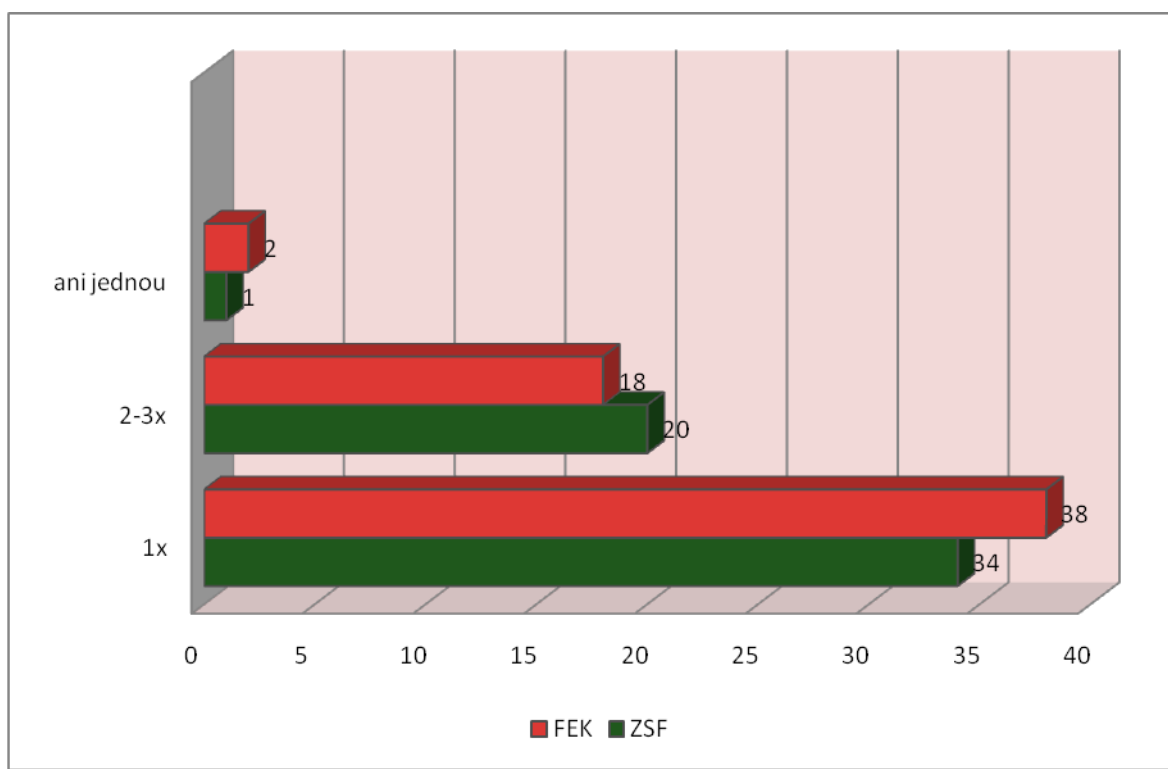
26 studentů ze ZSF vybralo možnost maximálně 3x do týdne, naopak studenti FEK uvedlo tuto možnost 23x. 24 studentů ze ZSF dávají přednost před kalorickými přílohami rýží, luštěniny nebo vařené brambory. Tuto možnost uvedlo i 21 studentů z FEK. Celkem běžně si dávají kalorické přílohy 7 studentů na ZSF a 16 na FEK.

Otázka č. 23: Kolikrát denně jíte teplé jídlo?

	1x	2-3x	ani jednou
ZSF	34	20	1
FEK	38	18	2

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 23



Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce respondentů na ZSF i na FEK odpovědělo, že jí alespoň 1x denně teplé jídlo. 20 respondentů na ZSF a 18 na FEK jí denně teplé jídlo 2-3x. Možnost poslední vybralo nejméně studentů z obou fakult.

5. Diskuze

Téma této diplomové práce jsem si zvolila z důvodu toho, že životní styl ovlivňuje z velké části lidské zdraví a proto by mu měla být i nadále zvýšená pozornost.

Cílem mé práce bylo zmapovat životní styl studentů ZSF a FEK a vzájemně je porovnat. Výsledná data pro účely výzkumu v této diplomové práci byla získána prostřednictvím dotazníkového šetření mezi studenty Zdravotně sociální fakulty a fakulty Ekonomické, Jihočeské univerzity, 4. a 5. ročníků.

Průzkumu se zúčastnilo celkem 117 studentů s poměrně vyšším zastoupením žen, obzvláště na zdravotně sociální fakultě.

Dotazník obsahoval 23 otázek a byl zaměřen na oblasti životního stylu studentů, především na pohybovou aktivitu, stravování, kouření, drogy, pití alkoholu a stres.

Jak už jsem se již zmiňovala, nejčastěji odpovídali na otázky ženy, muži byli v menším zastoupení a to především na Zdravotně sociální fakultě.

Na otázku jestli se studenti obou fakult zajímají o svůj životní styl, odpovídalo nejvíce studentů, že ano. Další, že příležitostně a i někteří odpověděli, že se u svůj životní styl nezajímají. Výsledky se u obou pozorovaných skupin nijak zvlášť neliší. Myslím si, že zrovna u studentů Zdravotně sociální fakulty, by se měli všichni studenti zajímat o svůj životní styl, vždyť zde studují budoucí zdravotníci, asistenti zdravotnických zařízení, sociální pracovníci, apod.

Časový harmonogram dne, si dokáže naplánovat více studentů na Zdravotně sociální fakultě, což je si myslím také důležité. Studenti si např. mohou rozložit úkoly, které v daný den mají, podle obtížnosti a můžou se tak vyhnout stresovým situacím, které nás potkávají, když nestihneme to co máme.

Podle mého výzkumu vyšlo, že více kuřáků je na ZSF. Naopak nekuřáků je více na FEK, stejně tak i tzv. příležitostných kuřáků.

Navazující otázka, kolik denně studenti vykouří cigaret vyšla v porovnání s oběma fakultami celkem stejně. Nejvíce studentů na ZSF i na FEK uvedlo 0-5 cigaret. 6-10 vykouří víc studentů na FEK, 11-15 cigaret si dopřeje víc studentů ZSF, 16 a více cigaret si denně dopřává více studentů na FEK.

Studenti uvedli, že důvod proč začali kouřit byl nejčastěji stres v zaměstnání nebo ve škole- to potvrdila skoro polovina studentů, studujících na FEK a více jak třetina studentů na ZSF. Více jak polovina studentů obou fakult vybralo možnost jinou, kde sami mohli napsat, co je vedlo k tomu začít kouřit. Nejčastěji se u obou dvou skupin objevilo, že si to chtěli vyzkoušet a také, že kouří většina lidí v jejich blízkém okolí apod.

Až na výjimky uvedli studenti FEK, že pijí alkohol. Výjimkou jsou studenti, kteří pijí alkohol jen příležitostně, nikdo neuvedl, že alkohol nepije. Studenti ZSF dopadli o trochu lépe, kdy jen 40 studentů alkohol konzumuje, 5 z nich vůbec a 12 studentů uvedlo možnost jen příležitostně.

Studenti uvedli, že dávají nejvíce přednost pivu a to ve srovnání s oběma dvěma fakultami. Na druhém místě je víno. Další druhy studenti uvedli- míchané nápoje, rum, vodka, apod.

U otázky, jestli mají studenti osobní zkušenost s drogou, také nevyšli nějaké větší rozdíly mezi porovnávanými skupinami. Více jak polovina studentů ZSF a FEK uvedla, že zkušenost s drogou mají a to nejčastěji s konopnými drogami, na druhém místě uvedli studenti halucinogenní drogy. 25 studentů ze ZSF a 22 z FEK uvedlo, že drogu užívají nepravidelně.

Další část průzkumu se týkala pohybové aktivity. Tato část dopadla nad očekávání dobře. Na otázku jestli se studenti obou fakult věnují sportu odpověděla velká část, že ano. 34 studentů z FEK a 27 studentů ze ZSF se věnují sportu minimálně 1x do týdne. Každý den si sport dopřává víc studentů z FEK (21), než ze ZSF (16).

Důležitá část výzkumu byla i o stravování studentů. Bohužel, většina studentů, kteří navštěvují ZSF a FEK, uvedlo, že se pravidelně nestravují a to hlavně studenti z FEK. Domnívám se, že je to z mnoha důvodů. Jedním z nich by mohl být důvod, že studenti nemají tolik peněz, aby navštěvovali každý den nebo několikrát týdně menzy, jídelny, rychlá občerstvení apod.. Dalším důvodem může být i to, že fakulta nemá zajištěnou jídelnu pro stravování studentů nebo mají studenti nabitý rozvrh hodin tak, že se nemohou rychle přemístit, za určitý čas na určité místo, takže si raději koupí rohlíky, bagety, sušenky apod.

Studenti, na otázku kolikrát denně jíte teplé jídlo, odpověděli převážně stejně. Alespoň 1x denně má teplé jídlo 38 studentů z FEK a 34 ze ZSF, 2-3x jí teplé jídlo 18 studentů z FEK a 20 ze ZSF, ani jednou odpověděli 2 studenti z FEK a 1 student ze ZSF.

Kalorické přílohy jí běžně skoro třetina studentů z FEK, více jak třetina studentů u obou fakult odpovědělo, že dávají přednost před kalorickými přílohami radši rýži, luštěninám nebo klasickým vařeným bramborám. Hranolky, krokety, knedlíky, americké brambory a bramboráky si i přesto dopřává maximálně 3x do týdne většina studentů ZSF a FEK.

6. Závěr

Cílem mé diplomové práce bylo zmapovat životní styl studentů zdravotně sociální fakulty a ekonomické fakulty a vzájemně je porovnat. V práci jsem se hlavně zaměřila na rizikové faktory, které mohou ovlivnit životní styl studentů.

Předpokládala jsem rozdílné výsledky mezi životním stylem a znalostmi studentů obou fakult, protože studenti Zdravotně sociální fakulty vzhledem ke své specializaci, znají lépe zásady zdravého životního stylu, než studenti Ekonomické fakulty. Z výzkumu ale vyplynulo, že se obě pozorované skupiny v jejich životním stylu od sebe nijak neliší.

V návaznosti na cíl práce byly stanoveny 3 hypotézy.

1. Hypotéza: Studenti ZSF jsou informovanější o rizikovém životním stylu, než studenti FEK.

Tato hypotéza byla potvrzena. Jak jsem se již dříve zmiňovala, studenti Zdravotně sociální fakulty jsou vzhledem ke své specializaci, lépe informováni o rizicích životního stylu, také znají zásady zdravého životního stylu, ví jak o své zdraví pečovat a s jakými rizikovými faktory nepřicházet do styku, aby si své zdraví chránili.

Studenti Zdravotně sociální fakulty, mají tu výhodu, že se na jejich fakultě vyučují takové předměty, díky kterým se mnoho naučí, ať už se jedná o to, jak o své zdraví pečovat a prodloužit si tím svůj věk, ale také hlavně i o zdraví druhých lidí.

2. Hypotéza: Studenti ZSF a studenti FEK znají zásady zdravého životního stylu.

Hypotéza byla částečně potvrzena. Z výzkumu vyplynulo, že mezi zkoumanými soubory nejsou rozdílné výsledky.

Studenti Zdravotně sociální fakulty i studenti Ekonomické fakulty, znají dobře zásady zdravého životního stylu, avšak tyto zásady moc nedodržují. Jedná se o celkem vysoký výskyt kuřáků na obou fakultách, zkušenosti s užíváním s drogou, pozitivní vztah ke konzumaci alkoholu potvrdili skoro všichni studenti Ekonomické fakulty i Zdravotně sociální fakulty. Naproti tomu pozitivum je, že studenti obou fakult se rádi věnují pohybovým aktivitám a i stravovací návyky mají celkem dobré.

3. Hypotéza: Mezi studenty ZSF a studenty FEK nejsou rozdíly v životním stylu.

Hypotéza byla potvrzena. Rozdíly v životním stylu studentů Zdravotně sociální a Ekonomické fakulty se od sebe nijak zvlášť neliší. Tento výsledek je zajímavý tím, neboť hlavně studenti Zdravotně sociální fakulty, by měli být ostatním studentům příkladem a měli by na ně působit spíš pozitivně, než opačně.

Náš životní styl je vizitkou každého z nás a je na nás, jak budeme o své zdraví pečovat. Proto je důležité rizikovým faktorům, kterým jsme vystaveny každý den, předcházet již v nižším věku, než se po několika letech jejich působení snažit o změnu, již zažitého chování. Z toho důvodu také považuji jako velmi přínosné projekty typu Školky a Školy podporující zdraví apod.

Na co bych však v závěru své práce chtěla upozornit je, že je velice důležité poskytovat lidem přístupným způsobem jak předcházet nemocem, pečovat o své zdraví, zlepšit znalosti, motivovat, ovlivnit postoje a přivést je k aktivnímu zájmu o své zdraví a konečně ke změně chování vedoucí k posílení zdraví. Tímto se zabývá metoda- výchova ke zdraví.

Důležitou úlohu ke zdravému způsobu života má i praktický lékař, který by měl pacienta motivovat ke změně životního stylu. Bohužel, mnohdy tomu tak nebývá a lidé navštěvují lékaře až za účelem již vzniklého onemocnění.

Tato práce může sloužit jako užitečná pomůcka při výuce předmětů zaměřených na životní styl a jeho rizikové faktory.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ASTL, Jaromír, ASTLOVÁ, Eliška, MARKOVÁ, Eva. *Jak jíst a udržet si zdraví*. Praha : Maxdorf, 2009. 328 s. ISBN 978-80-7345-175-2.
2. BERGERET, Jean. *Toxikomanie a osobnost*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995, 91 s. ISBN: 80-7187-003-X. (diskuze)
3. CYR, Michelle G. ; MCGARRY , KELLY, A. ; NEŠPOR, Karel. Poruchy zdraví podmíněné alkoholismem žen. *Medicína po promoci* . 2003, roč. 4, č. 5, s. 51-61.
4. *Fenomén: Marihuana - lék nebo droga?* [online]. [cit. 2010-06-14]. Dostupný z:<<http://www.stream.cz/video/155/141563-fenomen-marihuana-lek-nebo-droga>>. (diskuze).
5. FOSTER, Vernon W. *New start : Kniha o zdravém životním stylu*. Peter Polaško; Agentura LOPA; Jiří Bašta. Praha : Advent - Orion, 1993. 227 s. ISBN 80-7172-000-3.
6. GLADKIJ, I., STRNAD, L., *Zdravotní politika-zdraví-zdravotnictví*. 1. vyd., Olomouc: UPOL,2002, ISBN 80-244-0500-8
7. HARTNOLL, Richard. *Drogy a drogová závislost: Vzájemné propojení výzkumu, politiky a praxe - Dosud získané zkušenosti a rýsující se výzvy*. Přeložil J. Radimecký. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 98 s. ISBN 80-96734-45-5.
8. HAINER, Vojtěch. *Obezita : minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha : TRITON, 2001. 118 s. Levou zadní. ISBN 80-7254-168-4.

9. HOLČÍK, J.: *Podpora veřejného zdraví: teorie a praxe. Podpora zdraví a její teoretická východiska*. Hygiena. Suppl, 2008, č.
10. HOSEK, J., *Sám proti alkoholu*. 1.vyd., Praha: Grada, 1998. 184 s. ISBN 80-7169-624-2.
11. JUNEK, Pavel. *Tuky ve výživě a zdraví* : Zdravotní ústav se sídlem v Pardubicích [online]. c2004-2008 , 17.12.2008 [cit. 2010-07-26]. Dostupný z www: <<http://www.zupu.cz/index.php?pid=178>>.
12. KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*. 1. vyd.Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80–86734-05–6.
13. KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha : Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
14. Kouření, SZÚ [online]. [2009] [cit. 2010-05-26]. Dostupný z WWW:<<http://www.szu.cz/tema/prevence/koureni>>.
15. KRÁLÍKOVÁ, E. - Kozák, J. T. *Jak přestat kouřit*. Praha: Maxdorf. 2000. 92s. ISBN 80-85800-62-4.
16. KRÁLÍKOVÁ, E. *Nová léčba závislosti na tabáku – vareniklin* [online]. 11.10.2007[cit. 2010-05-09]. Dostupné z: http://www.dokurte.cz/?stranka=Fakta_o_tabaku&typ=clanky&vypsati=1621

17. KŘÍŽOVÁ, Jarmila. Hypertenze - vysoký krevní tlak [online]. c2009 , 20.6.2004 [cit. 2010-05-23]. Dostupný z [www:<http://www.ordinace.cz/clanek/hypertenze-vysoky-krevni-tlak/>](http://www.ordinace.cz/clanek/hypertenze-vysoky-krevni-tlak/). ISSN1801-8467.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002, s 200, ISBN 80-247-0179-0.
19. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001, s. 279, ISBN 80- 7178-774-4.
20. MLČOCH, Zbyněk. *Kuřáková plíce* [online]. c1997-2009 [cit. 2010-05-26]. Dostupný z WWW: <<http://www.kurakovaplice.cz/>>.
21. NEŠPOR, Karel – CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat, jak je zvládat* [online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupné z: <<http://www.plbohnice.cz/nespor/knizkycz.html>>.
22. NEŠPOR, Karel. Jaké je „zdravé“ množství alkoholu?. *Interní medicína pro Praxi*. 2008, roč. 10, č. 4, s. 200.
23. NEŠPOR, Karel. Problémy působené alkoholem a praktický lékař. *Medicína pro praxi*. 2005, roč. 7, č. 3, s. 113-116..
24. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 152 s. ISBN 80-7178-831-7.

25. Obezita : Rizika obezity [online]. c2008 [cit. 2010-06-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.obezita-info.cz/rizika-obezity/>>.
26. PÍŤHA, Jan; POLEDNE, Rudolf . *Zdravá výživa pro každý den*. Vyd. 1. Praha : Grada , 2009. 143 s. ISBN 978-80-247-2488-1.
27. PRAŠKO, Ján. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. 204 s. ISBN 80-247-0185-5.
28. PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana. *Proti stresu krok za krokem*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. 188 s. ISBN 80-247-0068-9.
29. Rizika kouření [online]. 2003 [cit. 2010-06-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.kurakovaplice.cz/index.php?strana=rizikakoureni>>.
30. VURM, Vladimír, et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví* . 1. vyd. Praha : Triton, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
31. ZAVÁZALOVÁ, H. *Inovované dodatky k vybraným kapitolám ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2008. 80 s. ISBN 978-80-246-1569-1.
32. ZAVÁZALOVÁ, Helena, et al. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. 2. vyd. Praha : Karolinum, 2004. 154 s. ISBN 80-246-0467-1.

33. ZATLOUKAL, Petr, PETRUŽELKA, Luboš. Karcinom plic. 1. vyd. Praha :
Grada Publishing, 2001. 367 s. ISBN 80-7169-819-9.

8. Klíčová slova

1. zdravý životní styl
2. kouření
3. drogy
4. alkohol
5. obezita
6. stres

9. Přílohy

Příloha 1- Dotazník

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Monika Chytilová a pátým rokem studuji na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích obor Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma „Rizikový životní styl jako zdravotně sociální problém“.

Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou sloužit pouze ke zpracování v mé diplomové práci.

Předem děkuji za vyplnění!

1.Pohlaví:

- a) muž b) žena

2.Váš věk (prosím doplňte)

.....

3.Zajímáte se o zdravý životní styl?

- a) ano
b) ne

c) příležitostně (např. při onemocnění)

4.Plánujete svůj časový harmonogram dne?

a)ano b)ne

5.Svoji činnost organizujete dle nejdůležitějších úkolů?

a)ano b)ne

6.Váš postoj ke kouření:

- a) jsem nekuřák
- b) jsem bývalý kuřák, dříve jsem kouřil/a
- c) jsem příležitostný kuřák, kouřím, ale ne denně
- d) jsem pravidelný kuřák

7.Pokud kouříte, kolik cigaret denně vykouříte?

- a) 0-5
- b) 6-10
- c) 11-15
- d) 16-20
- e) 21- a více

8.Co Vás vedlo k tomu začít kouřit?

- a) stres v zaměstnání/ ve škole
- b) problémy v rodině/ s přítelem
- c) vyvolané onemocnění
- d) jiné (doplňte).....

9.Pijete alkohol?

- a)ano
- b)ne
- c)jen příležitostně

10.Jestli ano, jak často?

- a)1-2x týdně
- b)3-4x týdně
- c)5- a více týdně

11.Jakému druhu alkoholu dáváte přednost?

- a) pivo
- b) víno
- c) jiné (doplňte).....

12.Máte osobní zkušenost s drogou?

- a)ano
- b)ne

13.S jakou drogou máte osobní zkušenost? (doplňte)

.....

14.Jak často užíváte drogu ?

- a) nepravidelně
- b) jednou týdně
- c) jednou za měsíc

d) jednou za půl roku

15. Věnujete se sportu?

a) ano

b) ne

16. Jakému sportu se věnujete?

a) cyklistika,

b) turistika,

c) jóga, aerobic, pilates

d) jiné (doplňte)

17. Jak často se věnujete sportu ?

a) min. 1x týdně

b) min. 1x měsíčně

c) min 1x za půl roku

d) pravidelně každý den

18. Myslíte si, že se stravujete zdravě?

a) Ano b) ne

19. Stravujete se pravidelně několikrát denně?

a) Ano b) ne

20. Kolikrát denně se stravujete?

- a) 2x a méně
- b) 3-4x
- c) Víckrát

21. Stravujete se často v restauracích, rychlých občerstveních a školních jídelnách?

- a) pouze výjimečně, jím převážně doma
- b) maximálně 2-3x týdně
- c) 5x týdně a více

22. Jíte často kalorické přílohy (knedlíky, hranolky, krokety, americké brambory, bramboráky, apod...) k hlavním jídlům?

- a) téměř vůbec, preferuji rýži, luštěniny, nebo vařené brambory
- b) maximálně 3x do týdne
- c) celkem běžně

23. Kolikrát denně jíte teplé jídlo?

- a) 1x
- b) 2x
- c) ani jednou