

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH
BUDĚJOVICÍCH

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

České Budějovice 2013

Kamila Hlásková

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA VÝCHOVY KE ZDRAVÍ

Kvalita životního stylu studentů
studujících Zdravotně sociální fakultu

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

Vypracovala:
Kamila Hlásková

České Budějovice, 2013

UNIVERSITY OF SOUTH BOHEMIA IN ČESKÉ BUDĚJOVICE
COLLEGE OF EDUCATION
DEPARTMENT OF HEALTH EDUCATION

***The quality of the Lifestyle of the Students
on the Faculty of Health and Social Studies***
Bachelor thesis

Supervisor:
Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

Author:
Kamila Hlaskova

Ceske Budejovice, 2013

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Kamila Hlásková

Název bakalářské práce: Kvalita životního stylu studentů studujících Zdravotně sociální fakultu

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2013

Abstrakt: Cílem této práce bylo zpracování výzkumu, zaměřeného na celkové zhodnocení životního stylu studentů studujících Zdravotně sociální fakultu.

Teoretická část je zaměřena na vymezení stěžejních pojmů a vztahů, vycházejících z tématu práce. Obsahuje poznatky posledního desetiletí, vztahující se základním aspektům životního stylu, jako je zdraví, výživa, pohybová aktivita, stresová zátěž, kouření, alkohol a jiné návykové látky.

Praktická část se pak věnuje průzkumu a vyhodnocení dotazníkového šetření, zaměřeného na tuto problematiku.

Klíčová slova: životní styl, zdraví, stres, výživa, výživová doporučení, pitný režim, pohybová aktivita, návykové látky

Bibliography identification

Name and Surname of author: Kamila Hlaskova

Title of Bachelor thesis: The Quality of the Lifestyle of the Students on the Faculty of Health and Social Studies

Department: Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in Ceske Budejovice

Supervisor: Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

Year of presentation: 2013

Abstract:

The aim of the thesis was a research focused on the general assessment of the lifestyle of students studying at the Faculty of Health and Social Studies.

The theoretical part is focused on the definition of the main notions and relations resulting from the topic Work. It contains knowledge from the last decade which is related to the basic aspects of the lifestyle, such as health, nutrition, physical activity, stress, smoking, alcohol and other addictive drugs. The practical part is devoted to the research and evaluation of the questionnaire which has been aimed at these problematic areas.

Keywords:

Lifestyle, health, stress, nutrition, nutrition tips, recommended daily allowance of liquids, physical activity, and addictive drugs.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Kvalita životního stylu studentů studujících Zdravotně sociální fakultu vypracovala samostatně pouze s použitím literatury a pramenů, které jsou uvedeny v seznamu použité literatury pod odborným dohledem Mgr. Jana Schustera, Ph.D.

Prohlašuji v souladu s §47b zákona č. 111/1998 SB. v plném znění, že souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, březen 2013

Kamila Hlásková

Děkuji panu Mgr. Janu Schusterovi, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady
a pomoc při vypracování této bakalářské práce.

OBSAH

1 ÚVOD	11
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	13
2.1 ŽIVOTNÍ STYL	13
2.1.1 Zdravý životní styl	14
2.2 ZDRAVÍ	15
2.2.1 Vymezení pojmu zdraví	16
2.2.2 Definice zdraví.....	17
2.2.3 Determinanty zdraví.....	17
2.3 STRES	18
2.3.1 Definice stresu	19
2.3.2 Vymezení pojmu stres.....	19
2.3.3 Situace vyvolávající stres.....	19
2.3.3.1 Reakce na stres	20
2.3.3.2 Příznaky stresu	21
2.3.3.3 Strategie zvládání stresu (coping)	21
2.4 VÝŽIVA	22
2.4.1 Tuky	24
2.4.1.1 Cholesterol	25
2.4.2 Cukry.....	25
2.4.2.1 Glykemický index	26
2.4.2.2 Vlákna	26
2.4.3 Bílkoviny.....	26
2.4.4 Minerální látky a stopové prvky	27
2.4.5 Vitamíny	27
2.5 VÝŽIVOVÁ DOPORUČENÍ	28

2.5.1 Zdravý talíř.....	28
2.5.2 Zdravá třináctka	29
2.6 PITNÝ REŽIM	31
2.7 POHYBOVÁ AKTIVITA	32
2.8 OBEZITA A NADVÁHA	33
2.8.1 Typy obezity	33
2.8.1.1 WHR.....	34
2.8.1.2 BMI	34
2.8.2 Zdravotní rizika obezity	35
2.8.3 Prevalence obezity v ČR.....	36
2.9 NEJČASTĚJŠÍ NEBEZPEČNÉ NÁVYKOVÉ LÁTKY	36
2.9.1 Kouření	36
2.9.1.1 Historie kouření.....	36
2.9.1.2 Rizika kouření	38
2.9.1.3 Statistika kuřáctví.....	38
2.9.1.4 Protikuřácká legislativa v ČR.....	39
2.9.2 Alkohol	40
2.9.2.1 Historie alkoholu	40
2.9.2.2 Výroba alkoholu	41
2.9.2.3 Rizika požívání alkoholu.....	41
2.9.2.4 Statistika spotřeby alkoholu	44
2.9.3 DROGY	44
2.9.3.1 Vymezení pojmů souvisejících s kapitolou.....	44
2.9.3.2 Rozdělení drog	47
3 PRAKTICKÁ ČÁST	51
3.1 CÍLE PRÁCE	51

3.2 ÚKOLY	51
3.3 VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY	51
3.4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	52
3.5 POUŽITÉ METODY	53
3.6 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	53
4 VÝSLEDKY A DISKUZE	55
4.1 VÝŽIVA	55
4.2 POHYBOVÁ AKTIVITA	62
4.3 STRESOVÁ ZÁTĚŽ	64
4.4 KOUŘENÍ	66
4.5 ALKOHOL, DROGY	68
4.6 BMI	72
5 ZÁVĚR	75
SEZNAM LITERATURY	77
SEZNAM OBRÁZKŮ	82
SEZNAM TABULEK	83
SEZNAM GRAFŮ	85

1 ÚVOD

Tato bakalářská práce je jakýmsi průřezem a posouzením životního stylu vysokoškolských studentů, studujících na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích.

Teoretická část je zaměřena na vymezení stěžejních pojmů a vztahů, vycházejících z tématu práce. Praktická část se pak vztahuje na průzkum a vyhodnocení dotazníkového šetření, zaměřeného na životní styl studentů ZSF.

Jak všichni dobře víme, životní styl a s ním související odpovídající návyky, jsou pro upevnění dlouhodobého zdraví téměř nezbytné. Kvalita životního stylu se na našem zdraví podílí bezmála z 80 %. Zbylou část pak tvoří genetické predispozice jedince, životní podmínky dnešní uspěchané doby, prostředí a zdravotní péče. Téma velice obsáhlé a v dnešní době velmi diskutované. A právě tato práce je zaměřena na kvalitu či způsob životního stylu, který je utvářen a ovlivňován mnoha aspekty. Zabývat se proto budu, z pohledu zdraví, těmi nejzákladnějšími. Stravováním, pohybovou aktivitou, stresem a návykovými látkami jako je alkohol, kouření a drogy. Obecně bych životní styl rozdělila na zdravý a nezdravý. Lze, ale míru zdravého a nezdravého, přesně vymezit a charakterizovat? V této otázce se, vyjma návykových látek a kouření, přikláním k odpovědi klasika, „všeho s mírou“ a dodávám, že bez extrémů. Zdravé stravování ano, ale pravidelné, střídme a pestré. Ve svém důsledku i tatáž „zdravá“ strava, ale špatně vyvážená a jednostranná, může napáchat stejné škody na zdraví, jako ta nezdravá. S pohybem je to obdobné. Doporučuje se pohyb pravidelný a věku i tělesné kondici přiměřený. Zrovna tak stres může mít v životě člověka dvě podoby. Stres v podobě tzv. eustresu, je popisován jako pozitivní a našemu zdraví prospěšný. Bohužel, ale podoba negativního, dlouhodobého a zužujícího stresu, se nám do života vkrádá daleko častěji a leckdy překračuje i hranice naší únosnosti. Dle nových poznatků, přísloví „všeho s mírou“, platí i u alkoholu. Průzkumy ukazují, že požívání alkoholu v pravidelných nízkých dávkách je zdraví prospěšné. Zde, ale opatrně. Přese všechno, alkohol stále platí za nejrozšířenější a nejvíce návykovou skupinu látek vůbec.

Tímto jsem pouze chtěla nastínit, že na životní styl se dá nahlížet z mnoha různých pohledů. Avšak pouze na nás a naši zodpovědnosti je, jak si ten svůj „zdravý“ životní styl představujeme a nastavíme.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 ŽIVOTNÍ STYL

Pojem „životní styl“ se poprvé v československé literatuře objevil ve 40. letech minulého století. Autorem hesla „životní styl“ je považován Karel Honzík, který jej v roce 1970 uvedl v sociologickém slovníku.

Životní styl zahrnuje vše, co si člověk osvojí z kultury své společnosti a to, co poté v životě prakticky uplatní. Životní styl je jedinečný, individuální a každý člověk si jej utváří řadou specifických detailů (Nováková, 2011, s. 25).

Machová (2006) definuje životní styl slovy: *„Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí a odmítnout ty, které zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možností)“* (Machová, 2006, s. 12).

Kukačka (2010) definuje životní styl jako „...vyhraněné typické chování lidí ve společnosti. Životní styl je systémem významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí typických charakteristických pro určitý subjekt. Jedná se o souhrn relativně ustálených každodenních praktik, způsobů realizace činností a způsobů chování.“ (Kukačka, 2010, s. 194).

Dle Novákové (2011) je životní styl tvořen:

- geneticky (dědičnost),
 - etnicky (přizpůsobení se dané kultuře),
 - sociálně (životní úroveň rodiny),
 - kulturně (tradice, návyky),
 - profesionálně (volba povolání, změna zaměstnání)
- (Nováková, 2011, s. 26).

Kukačka (2010) popisuje oblasti životního stylu:

- fyzická oblast: zdravá výživa, péče o tělo, posilování imunity, bezpečný sex,
- psychická oblast: pozitivní myšlení, zvládání emocí, stresu, relaxace, dostatek odpočinku,
- kulturně-pracovní oblast: pozitivní vztah k práci, zájem o kulturu a umění,
- sociálně-ekologická oblast: vytváření pozitivních rodinných a mezilidských vztahů, pomáhání druhým, respektování stáří, pozitivní vztah k přírodě, k životnímu prostředí a jeho ochraně,
- etnicko-duchovní: výchova k úctě, upřímnosti a soucitu, hledání duchovní cesty (Kukačka, 2010, s. 195).

Životní styl je ovlivňován mnoha faktory. Rozlišují se na kladné a záporné.

- Kladné (pozitivní) faktory podporují zdraví a kondici a vytváří ochranu proti onemocnění. Patří k nim přiměřená hmotnost, vyvážená strava, psychická pohoda, hladina cukrů a tuků v normě, pravidelný a rozumný pohyb (Nováková, 2011, s. 26).
- Záporné (negativní) faktory zvyšují riziko vzniku nemoci a pravděpodobnost, že člověk po určité době jejich působení onemocní. Řadí se mezi ně nesprávná výživa, nedostatečná tělesná aktivita, nadměrná psychická zátěž, užívání návykových látek, rizikové sexuální chování (Machová, 2006, s. 13).

2.1.1 Zdravý životní styl

Zdravý životní styl, jak napovídá tento termín, vytváří ho zdraví a životní styl, či způsob. Oboje k sobě bezpochyby patří a vzájemně je provázané. Svoje zdraví až z 80 % ovlivňujeme svým vlastním životním stylem. Zbýlých 20 % je ovlivněno např. dědičností, životními podmínkami, životním prostředím a zdravotní péčí.

Zdravý životní styl vytváří: pravidelný a vyvážený denní režim (pravidelné a zdravé stravování, dostatek spánku), dostatek pohybové aktivity, dodržování zásad osobní hygieny (péče o čistotu celého těla, oblečení, obuvi), duševní pohoda, omezení styku se škodlivinami prostředí (ochrana před škodlivým působením životního prostředí), ochrana před úrazy, ochrana před nakažlivými nemocemi, odpovědné chování v různých životních situacích, odolnost vůči nejruznějším návykům a závislostem (kouření, alkohol, jiné drogy) a pohoda v mezilidských vztazích (Marádová, 2000, s. 14).

Principy správného (zdravého) životního stylu:

- Nekouřit,
- využívat zásady racionální výživy,
- nezanedbávat pohybovou aktivitu,
- omezit konzumaci alkoholu,
- zajistit dostatek spánku.
- udržovat si optimismus a dobrou náladu – tzn. být v pohodě,
- vyvarovat se působení škodlivých látek a obecně škodlivých a rizikových faktorů.

Zdraví je založeno na výše uvedených principech (Velemínský, 2011, s. 10).

2.2 ZDRAVÍ

„Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím.“ (Halfdan Mahler, generální ředitel Světové zdravotnické organizace).

„Zdraví patří k nejvýznamnějším hodnotám života každého člověka.“ Pokud jsme zdraví, můžeme pracovat, plnit si svá přání a uskutečňovat naše životní plány. Zdraví proto představuje nejdůležitější podmínku smysluplného života (Machová, 2006, s. 9).

2.2.1 Vymezení pojmu zdraví

Zdraví (z latinského *salus*). Zdraví, štěstí, blaho (z anglického *health*). Zdraví umožňuje naplnění života, dosažení a udržení stavu spokojenosti, štěstí a plnohodnotné uplatnění ve společnosti. V hierarchii hodnot zastává přední místo ve všech lidských kulturách. Jeho vnímání a hodnocení se, ale v různých populačních skupinách liší. Záleží na řadě okolností, věku, pohlaví, vzdělání, sociálním a ekonomickém statusu aj. To vysvětluje fakt, na kterém se shoduje většina literárních zdrojů. A to, že např. pro mladé zdravé lidi a jedince s nižší úrovní vzdělání, je zdraví sice pozitivní, nicméně obecná až abstraktní hodnota, kterou vnímají do značné míry jako samozřejmost (Kebza, 2005, s. 9).

Zdraví člověka není stav samozřejmý a přirozený. V životě člověka představuje jednu z nejvýznamnějších, žádoucích a existenciálně nezbytných hodnot, o něž bychom měli individuálně, ale i kolektivně pečovat. Dříve bylo nutnou podmínkou přežití, dosahování rozhodujících životních cílů, ale i celkové spokojenosti a radosti. Již od samých prvopočátků civilizace se lidé snažili najít způsob, jak žít nejen zdravě, ale i moudře. Ideálem lidského života se tak již pro řadu antických filosofů (Demokritos, Aristoteles, Epiktetos, Epikúros) stala harmonie tělesného a duševního zdraví (Mlčák, 2011, s. 10).

Počátkem 90. let 20. století provedl na Univerzitě v Cambridge M. Blaxter rozsáhlý výzkum (9 000 osob) zaměřen na zdraví. Z tohoto výzkumu vychází osm pojetí zdraví.

1. zdraví jako absence nemoci
2. zdraví jako prožívaný stav oproti realitě „objektivního zdravotního stavu“
3. zdraví jako rezerva či záloha
4. zdraví jako fyzická zdatnost
5. zdraví jako energie a vitalita
6. zdraví v podobě sociálních vazeb
7. zdraví jako funkce něco dělat s malým důrazem na pocity a prožívání
8. zdraví ve smyslu psychosociální pohody (Kebza, 2005, s. 16).

2.2.2 Definice zdraví

Je třeba si uvědomit, že vyjádřit definici zdraví, jednoduše, výstižně a bezvýhradně, pro jeho komplexní a multidimenzionální povahu, nelze.

Dle Kebzy (2005) by tato definice musela zahrnovat níže uvedené čtyři body, které by navíc měly být vymezené z hlediska dlouhodobých i krátkodobých časových proměn, uplatňujících se v daném historickém, sociálním, politickém, ekonomickém a kulturním kontextu vývoje společnosti.

1. vrozenou i získanou podmíněnost zdraví jedince (životní styl)
2. aktuální místo jedince na škále „zdraví – nemoc“ (fyzické zdraví)
3. subjektivní údaje o vlastních pocitech (osobní pohoda, štěstí, životní spokojenost, vztahy k druhým lidem)
4. posouzení vnějších projevů lidského organismu (chování člověka ve vztahu ke zdraví a nemoci) (Kebza 2005, s. 10)

V roce 1948 Světové zdravotnické organizace (WHO) definovala zdraví takto: *„Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“* (Machová, 2009, s. 12).

Psycholog Jaro Křivohlavý, definuje zdraví jako *„celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“*. (Křivohlavý, 2003, s. 40)

Definice zdraví dle Davida Seedhouse: *„Optimální stav zdraví určité osoby závisí na souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti (potencionály).“* (Křivohlavý 2003, s. 39)

2.2.3 Determinanty zdraví

Zdraví je ovlivněno mnoha faktory, ať už vnějšími či vnitřními, působícími společně či samostatně, posilující se či oslabující se. Společně tak vytvářejí zdravotní stav, pohodu a spokojenost jedince a podílí se na kvalitě a délce života.

K faktorům ovlivňující zdraví člověka patří, životní styl, životní prostředí a genetický základ. Z hlediska působení na zdraví člověka rozlišujeme determinanty na kladné a záporné.

- Kladné (pozitivní) podporují zdraví člověka.
- Záporné (negativní) způsobují poruchu zdraví, vznik onemocnění (Nováková, 2011, s. 23).

Z hlediska ovlivnitelnosti pak rozlišujeme determinanty zevní a vnitřní.

- Zevní – patří k nim životní styl, kvalita životního a pracovního prostředí a zdravotnické služby (Machová, 2006, s. 10).
- Vnitřní (dědičné) – řadíme mezi ně pohlaví, věk, vrozené (genetické) předpoklady, které nelze ovlivnit a jistým způsobem nám předurčuje možný vznik a vývoj onemocnění. (Nováková, 2011, s. 23).

Základní determinanty zdraví podle Holčíka (2004), doložené řadou studií:

1. způsob života – podíl na zdraví 50 % (lidské chování, životní styl),
2. genetické faktory - podíl na zdraví 20 % (genetický základ),
3. životní prostředí – podíl na zdraví 20 % (přírodní i sociální faktory),
4. zdravotnické služby – podíl na zdraví z 10 % (Holčík, 2004, s. 32).

2.3 STRES

Již v roce 1914 pojem stres, nejspíše jako první, použil fyziolog W. B. Cannon. Uvádí jej v odborných diskusích v souvislosti s vnějšími vlivy narušujícími homeostázu (stálost vnitřního prostředí) organismu. Do odborné literatury pak termín stres uvedl v roce 1936 endokrinolog H. Selye. Použil jej k interpretaci biologického chování organismu v extrémních situacích. Psychologického významu pojem stres nabývá až v roce 1945 zásluhou R. R. Grinkera a J. P. Spiegela, kteří ve své monografii popisují souvislost válečných bojových podmínek s poruchami psychického i fyziologického charakteru u vojenských letců (Mlčák, 2011, s. 31).

2.3.1 Definice stresu

„Stres je termín, vyjadřující zátěž, břímě, tíseň nebo tlak. Je jedním z hlavních faktorů, které ovlivňují zdraví.“ (R. Kohoutek, 2006, s. 137).

Stres je přirozenou a nezbytnou součástí života člověka. Můžeme ho definovat jako „negativní emocionální zážitek, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo na přizpůsobení se tomu, co nelze změnit.“ (Křivohlavý, 2003, s. 170).

2.3.2 Vymezení pojmu stres

Každá současná doba je rychlejší než ta předchozí a vyznačuje se větší mírou stresu. Stres neumíme měřit ani objektivizovat. Přesto významně zasahuje do zdravotního stavu obyvatelstva. Na řešení krátkodobých stresových situací je náš organismus přizpůsobený. Problém nastává až u přetrvávající dlouhodobější stresové zátěže, kdy dochází ke zvýšení hladiny stresových hormonů, jejichž metabolické produkty působí na organismus toxicky. Snižují se energetické rezervy, zvyšuje se krevní tlak, narůstá hladina cholesterolu a sodíku, snižuje se hladina draslíku apod. Všechny tyto pochody pak mají neblahý dopad na náš imunitní systém (Adámková, 2010, s. 76).

Stres je vnímán jako jeden z faktorů, které mohou vyvolat nemoc. Vzniká, dostane-li se jedinec do náročné psychické situace a následně jí přestává zvládat. V ohrožení je pak jeho tělesná a duševní pohoda.

2.3.3 Situace vyvolávající stres

Negativní situace vyvolávající tento stav jsou nazývány stresory. Stres, způsobující negativní emoce a pocity, je označován jako distres (Machová, 2006, s. 118).

Stres v některých situacích může působit na člověka i kladně. Vyvolavatelem jsou pozitivní životní faktory (např. uznání, pochvala), které člověka v těžkých situacích posilují, povzbuzují a dodávají mu sílu. Nazýváme je

salutory. Stres vyvolávající kladné emoce označujeme jako eustres, neboli také „pozitivní“ stres (Křivohlavý, 2003, s. 170).

Faktory (stresory) vyvolávající náročné situace v životě:

- Fyzikální faktory - např. prudké světlo, nadměrný hluk, rozdíly teplot...,
- Psychické faktory - např. zodpovědnost – nezaplacené účty, nedostatek financí, práce, zkoušky, termíny úkolů, nesplněná očekávání...,
- Sociální faktory - např. osobní vztahy, konflikty, nevěra, přejídání se, kouření, nadměrná konzumace alkoholu, nedostatek spánku...,
- Traumatické faktory - např. události – narození poškozeného dítěte, úmrtí, znásilnění, onemocnění, rozvod, stěhování...,
- Faktory v dětském období - např. týrání, zneužívání dítěte, školní zátěž, autoritativní výchova... (Nováková, 2011, s. 50).

2.3.3.1 Reakce na stres

Reakce jedince na stresory se nazývají stresové reakce a dělí se na psychické a fyziologické.

Psychické reakce na stres se mohou projevovat veselou náladou, kdy jedinec považuje situaci sice jako náročnou, ale zvládnutelnou, ale vyústit může až do úzkosti, vzteku, sklíčenosti, či deprese. Přetrvává-li tato situace, emoce mohou kolísat, a to v závislosti na úspěšnosti úsilí zvládnání. Projevy této reakce mohou být:

1. úzkost – nepříjemná a nejčastější emoce - projevuje se např. otupělostí, snížením zájmu o danou aktivitu, poruchou soustředění a spánku,
2. vztek a agrese – vztek, další nejčastější reakcí, který může vést až k agresivnímu chování,
3. apatie a deprese – uzavření se do sebe a přetrvávající apatie může přerůst až v depresi,
4. oslabení kognitivních funkcí – projevuje se potížemi se soustředěním a logickým uspořádáním myšlenek (např. u studentů

strach ze zkoušek, obavy z neúspěchu, vlastní neschopnosti, obtížné vybavování fakt, které se naučili).

U fyziologických reakcí na stres tělo reaguje na vnímané ohrožení spuštěním složitých vrozených reakcí. Pokud dojde k rychlému vyrovnaní se s ohrožením, tyto pohotovostní reakce ustanou. Pokračuje-li stresová zátěž, je úsilí o to přizpůsobit se, doprovázeno řadou různých vnitřních fyziologických změn (např. zrychlení metabolismu, zvýšená srdeční, tepové a dechové frekvence...) (Machová, 2006, s. 121-122).

2.3.3.2 Příznaky stresu

- Emotivní reakce (podrážděnost, úzkost, poruchy spánku, deprese, hypochondrie, odcizení, syndrom vyhoření, problémy se vztahy v rodině).
- Kognitivní reakce (nízká soustředěnost, špatná paměť, problémy při učení se nových věcí a při rozhodování).
- Behaviorální reakce (užívání drog, konzumace alkoholu a tabáku, destruktivní chování).
- reakce (bolesti v zádech, oslabená imunita, peptické vředy, onemocnění srdce, vysoký tlak)

2.3.3.3 Strategie zvládání stresu (coping)

Zvládání stresu, neboli čelení stresu v odborné literatuře nacházíme pod termínem „coping“.

Dle Lazaruse (in Křivohlavý) je coping charakteristickým pojmem pro pojetí boje člověka se stresem a nejedná se o jednorázovou záležitost, nýbrž o dynamický proces. Také není automatickou reakcí organismu a vyžaduje vědomou snahu a námahu jednající osoby. Pro úspěšný boj se stresem je důležitý dobrý zdravotní stav, dostatek síly, pozitivní postoj, ale i kladný vliv sociální opory a materiální situace daného člověka (Křivohlavý, 2003, s. 172).

Níže uvedené dva druhy základních strategií zvládání stresu byly popsány již před čtvrt stoletím.

- Strategie zaměřené na řešení problému – jde o to snažit vlastní aktivitou situaci konstruktivně řešit (např. odstranit stresory, změnit podmínky, které zhoršují situaci).
- Strategie zaměřené na vyrovnávání se s emocionálním stavem – zaměřují se na emoční stav, který se změnil v důsledku stresu (např. snížení míry obav, strachu, zlosti) (Machová a kol., 2006, s. 127).

Kebza (2005) přidává:

- Strategie zvaná vyhýbavé zvládání – jsou činnosti a změny, které člověk podniká, aby se stresové situaci vyhnul (odvrácení pozornosti, rozptýlení) (Kebza, 2005, s. 119).

Desatero pro zvládání stresu dle C. Patelové:

1. Uvědomění a rozpoznání stresu.
2. Vyhnutí se stresoru, jemuž se vyhnout lze.
3. Předvídání stresu.
4. Hodnocení stresu.
5. Osvojení postupů relaxace, meditace.
6. Zvládání hněvu.
7. Osvojení zásad asertivity.
8. Naučit se odpouštět.
9. Využívat pohledu na věc.
10. Využívat sociální opory (Kebza, 2005, s. 122).

2.4 VÝŽIVA

„Traduje se, že prvním praktikujícím výživářem byl starověký řecký lékař Hippokrates (460 – 380 př. Kr.).“ (Blatná, 2005, s. 4).

Výživu můžeme definovat jako vědu o potravinách související se zdravím. Představuje pro náš organismus základní podmínku života, protože jedním ze základních úkolů člověka je přijímání potravy. Nesprávná výživa pak

může být negativním faktorem pro vznik různých onemocnění, jako je například ateroskleróza, diabetes 2. stupně, hypertenze, různá nádorová onemocnění, dna a v neposlední řadě obezita. Člověk by proto měl svůj způsob stravování (výběr stravy, množství, složení) pečlivě zvažovat a nepodceňovat. Měl by se snažit stravovat racionálně a s využitím veškerých současných (vědeckých) poznatků.

O významu zdravé výživy dnes již nikdo nepochybuje, problémem veřejnosti jsou spíše nejasnosti, co si pod pojmem zdravá výživa vlastně představit a jakými pravidly se ve stravování řídit. Dřívější osvěta, pod hrozbou vzniku civilizačních nemocí, některé potraviny zakazovala. Současné poznatky vyzdvihují potraviny a skupiny potravin, vyznačující se výživovými (nutričními) přednostmi. Navíc, zařadíme-li, do jídelníčku větší množství potravin přínosných, na ty méně zdravé nezbude tolik prostoru a výživa tak bude plnit svojí preventivní funkci. Z toho vyplývá, že až na výjimky několika skupin potravin (např. sladkosti, uzenin, bez kterých se lze obejít), můžeme v rozumné míře konzumovat téměř většinu potravin (Kunová, 2011, s. 9).

Základním principem dosažení optimální rovnováhy ve výživě je dodržení vyváženosti mezi základními druhy živin. Dělíme je na makroživiny a mikroživiny. Mezi makroživiny řadíme tuky, bílkoviny a sacharidy. Tyto hlavní živiny jsou pro organismus významným zdrojem energie, tvořící se jejich metabolismem, tj. štěpením. Doplnující, ale nepostradatelné jsou pak mikroživiny, které tvoří vitamíny, stopové prvky, minerální látky a vláknina. V rámci výživy bychom neměli zapomínat na vodu, která je též její důležitou složkou.

Základní živiny tvoří energetickou hodnotu potravy. Dle doporučení by ji procentuálně měly tvořit z:

- 55 % - cukry
- 30 % - tuky
- 10 % - 15 % bílkoviny (Machová, 2005, s. 19).

2.4.1 Tuky

Tuky* (lipidy) se řadí k nezbytným složkám potravy a jsou důležitou součástí zdravé výživy. Jsou hlavním a nejvydatnějším zdrojem energie a nositeli látek, jako jsou esenciální mastné kyseliny a vitamíny rozpustné v tucích (A, D, E, K). Tepelně upraveným pokrmům dodávají charakteristickou vůni a chuť (Blatná, 2005, s. 7).

Tuky jsou složeniny glycerolu a mastných kyselin.

Mastné kyseliny dělíme na nasycené a nenasycené.

- Nasycené mastné kyseliny – pokud nejsou organismem energeticky využité, přispívají v těle ke zvýšené tvorbě cholesterolu a napomáhají tak riziku vzniku srdečních, cévních a některých nádorových onemocnění.(Turek, 2004, s. 4). Vyskytují se převážně v kokosovém tuku (mražené krémy, zmrzliny) a v tucích obsahující tuky ztužené (pokrmové tuky, fritovací oleje) (Blatná, 2005, s. 8).
- Nenasycené mastné kyseliny – na rozdíl od nasycených mastných kyselin mají na organismus účinky pozitivní a ochranné. Podílejí se na regulaci krevního tlaku, snižují sklony k tvorbě krevních sraženin, snižují hladinu cholesterolu a podílejí se na posilování imunity (Turek, 2004, s. 5).

Nenasycené mastné kyseliny dále dělíme na kyseliny:

- Monoenové – kyselina olejová (olivový, řepkový, sójový olej).
- Polyenové – které rozlišujeme dále na mastné kyseliny řady n-6 (kyselina linolová) a mastné kyseliny řady n-3 (kyselina linoleová) (Blatná, 2005, s. 8).

Nutno zmínit také trans mastné kyseliny, které vznikají při výrobě ztužených tuků z nenasycených mastných kyselin a mají nepříznivý vliv na náš organismus z hlediska rizika vzniku kardiovaskulárních onemocnění (Blatná, 2005, s. 9).

* Energetická hodnota 1g tuku je 38KJ.

2.4.1.1 Cholesterol

Cholesterol nemá klasickou strukturu tuku, ale jako lipid se chová. Názory na jeho zařazení mezi tuky se v různých publikacích rozcházejí.

Mandelová v publikaci řadí cholesterol do skupiny sterolů a podskupiny lipidů (Mandelová, 2007, s. 16).

Cholesterol je ve významném množství přítomen potravinách živočišného původu. Jeho největším zdrojem jsou vnitřnosti, vaječný žloutek, máslo a mléčné výrobky s vysokým obsahem tuku. Jako antagonist cholesterolu působí rostlinné steroly. Jsou obsaženy hlavně v panenských rostlinných olejích, nebo jsou jimi obohacovány např. margaríny (Blatná, 2005, s. 9). Pozitivní vliv na snížení hladiny cholesterolu má též rozpustná vláknina pektin, houby (hlíva ústříčná, shiitake, bakterie mléčného kysání (Turek, 2004, s. 8). Hladina cholesterolu v krvi má zásadní vliv na naše zdraví. V současné době má populace u nás až o 70 % vyšší hladinu cholesterolu, než je hladina doporučená (5 mmol/l). Jeho denní příjem by neměl přesahovat 300 mg (Kunová, 2011, s. 24).

2.4.2 Cukry

Cukry neboli sacharidy*. Jejich biologický význam se vyznačuje zejména poskytováním energie. Jsou nezbytné pro fyzickou a mozkovou činnost.

Sacharidy dělíme na čtyři základní skupiny:

- Monosacharidy – např. glukóza (hroznový cukr) a fruktóza (ovocný cukr),
- oligosacharidy – obsahují 2-10 monosacharidů, jsou to např. sacharóza (cukr řepný), laktóza (cukr mléčný), maltóza (cukr sladový),
- polysacharidy – obsahují více než 10 monosacharidů, patří sem např. škrob, celulóza, pektin, inulin,
- složené sacharidy – obsahují i jiné sloučeniny (např. bílkoviny, lipidy).

Mezi sacharidy patří též i alkoholické cukry, které jsou na etiketách potravinových výrobků uváděna jako polyoly. Nejčastějšími polyoly

* Energetická hodnota 1g sacharidů je 17 KJ.

v potravinářství jsou sorbitol (sladidlo pro diabetiky) a xylitol a manitol, které se přidávají do žvýkaček jako prevence zubního kazu (Blatná, 2005, s. 11-12).

2.4.2.1 Glykemický index

Většina sacharidů i polysacharidů se přeměňuje na glukózu, která se složitým metabolickým procesem, za využití hormonu štítné žlázy – inzulinu, mění v energii využitelnou pro fungování organismu (Turek, 2004, s. 9). Po konzumaci různých využitelných sacharidů v potravě, dochází ke zvýšení hladiny krevního cukru (glykémii). Tato odlišnost rychlosti vzestupu se hodnotí u potravin tzv. glykemickým indexem. Doporučuje se proto konzumovat převážně ty potraviny, které mají glykemický index nízký. Řadí se sem např. některé druhy těstovin, luštěniny, tmavé pečivo (Blatná, 2005, s. 12).

2.4.2.2 Vlákna

Vlákninou se označuje ta část potravy, kterou trávicí ústrojí člověka nedokáže štěpit. Vlákna je tedy nestravitelná. Jedná se o polysacharidy vláknité struktury, které v organismu zastávají ochrannou funkci. Působí preventivně např. proti nádorovému onemocnění tlustého střeva, onemocnění srdce a cév, cukrovce, obezitě, chronické zácpě a některých onemocnění trávicího a zažívacího ústrojí. Doporučený příjem vlákniny je 30 g denně. Vlákna se vyskytuje v naprosté většině potravin rostlinného původu. Jejím největším zdrojem jsou např. obiloviny, luštěniny, ovoce, zelenina, brambora, tmavé pečivo, lněné semínko aj. (Blatná 2005, s. 12, Machová 2006, s. 18).

2.4.3 Bílkoviny

Bílkoviny (proteiny) jsou pro výživu člověka nenahraditelné. Slouží jako materiál pro výstavbu a údržbu tělesných tkání a je proto nezbytné, neustále je doplňovat (Mandelová, 2007, s. 18). K využití bílkovin pro organismus, je nutný proces trávení, kde se vlivem enzymatického působení bílkoviny rozštěpí na aminokyseliny. Ty pak vytvářejí různé pospojované řetězce, které se podílejí na,

výše uvedené, stavbě a obnově tkání organismu (Blatná, 2005, s. 7). Existuje 20 základních aminokyselin. Dělí se na neesenciální a esenciální. Zjednodušeně řečeno, neesenciální (postradatelné) aminokyseliny si organismus dokáže vytvořit sám, esenciální (nezbytné) aminokyseliny přijímáme pouze z potravy (Machová, 2006, s. 15).

Bílkoviny z výživového hlediska a dle obsahu esenciálních aminokyselin dělíme do třech skupin:

- plnohodnotné – mléčné a vaječné bílkoviny (vejce, mléko),
- téměř plnohodnotné – svalové bílkoviny (maso),
- neplnohodnotné – rostlinné bílkoviny (např. obiloviny, luštěniny).

Za referenční bílkovinu, která obsahuje 100 % veškerých esenciálních aminokyselin, je uváděna bílkovina vaječného bílku. Energetická hodnota 1 g bílkovin je 17 KJ (Blatná, 2005, s. 7).

2.4.4 Minerální látky a stopové prvky

Minerální látky a stopové prvky tvoří stavební kameny tisíce enzymů a chemických sloučenin v našem organismu (Blatná, 2005, s. 16). Minerální látky vytváří základní stavební hmotu, ze které jsou tvořeny tkáně (kosti, zuby). Podílí se též na řadě fyziologických procesů, jako je např. přenos vzruchu a srážlivost krve. Mezi minerální látky řadíme vápník, hořčík, draslík, sodík, železo, zinek, jód, selen, fosfor (Kunová, 2011, s. 41).

2.4.5 Vitamíny

Vitamíny jsou organické sloučeniny, mikroživiny, které si organismus nedokáže vytvořit sám. Musí být proto přijímány v potravě.

Vitamíny se dělí dle rozpustnosti do dvou skupin:

- vitamíny rozpustné v tucích – vitamín A, D, E, K,
- vitamíny rozpustné ve vodě – vitamíny skupiny B, vit. C (Mandelová, 2007, s. 25).

Vitamíny rozpustné v tucích si tělo dokáže ukládat do zásoby, nemusíme je tedy denně doplňovat. Vitamíny rozpustné ve vodě bychom měli užívat každý den. Jejich případný přebytek je z těla vyloučen močí, tudíž odpadá problém možného předávkování (Kunova, 2011, s. 42).

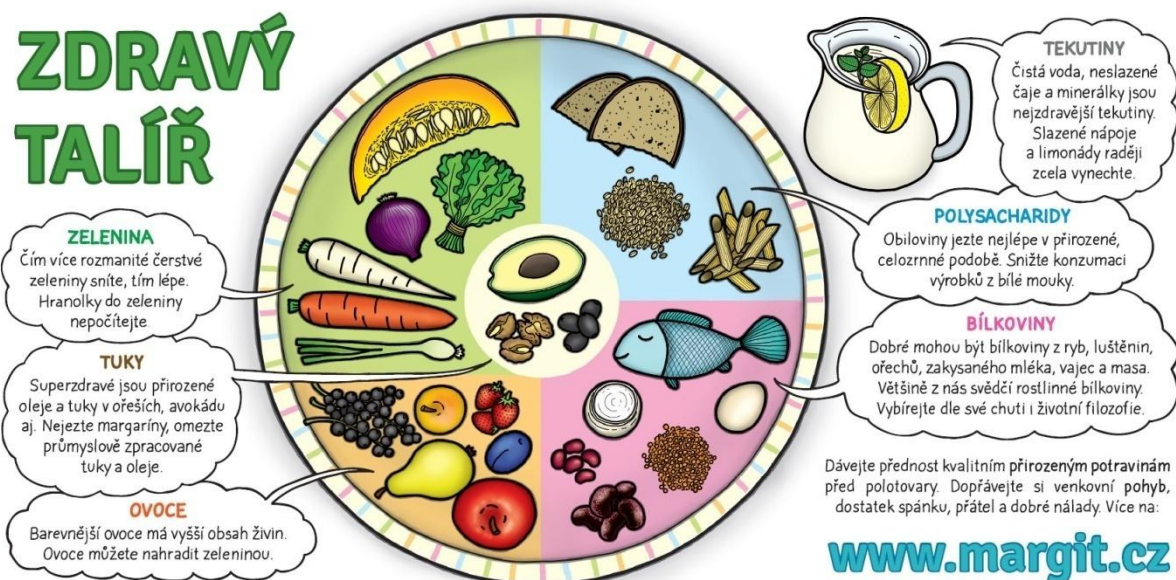
2.5 VÝŽIVOVÁ DOPORUČENÍ

2.5.1 Zdravý talíř

Jako názorná grafická pomůcka výživových doporučení do nedávna sloužila tzv. výživová pyramida. Novou a zdravější variantou, kterou koncem roku 2012, představila odbornice přes výživu Mgr. Margit Slimáková, Ph.D., je „Zdravý talíř“. Složení talíře odpovídá moderním vědeckým poznatkům a ukazuje správnou cestu k udržení si zdravého těla a hmotnosti.

Obrázek 1 Zdravý talíř

Obrázek 1



SLIMÁKOVÁ, M. Zdravý talíř. *ODBORNÝ PRŮVODCE ZDRAVÍM A VÝŽIVOU* [online]. 2012 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://www.margit.cz/zdravy-talir/>

Základní doporučení dle Slimákové:

- Zelenina - by měla tvořit nejméně čtvrtinu příjmu potravin, čím více, tím lépe, hranolky se k zelenině nepočítají, brambory patří svým složením spíše k polysacharidům.
- Ovoce – tvoří druhou čtvrtinu talíře, příjem možno nahradit zeleninou.
- Bílkoviny – ryby, luštěniny, ořechy, semínka, zakysané výrobky, vejce, maso, prospěšnější zařadit vyšší podíl rostlinných zdrojů bílkovin.
- Polysacharidy – nejlepší v přirozené, celozrnné podobě (jáhly, ovesné vločky, žitné kváskové chleby, divoká rýže), důležité omezit příjem výrobků z bílé mouky.
- Oleje a tuky – nejhodnotnější jsou v ořechách, avokádu, rybách, vhodné je i kvalitní máslo a za studena lisované rostlinné oleje. Doporučuje se nejíst margaríny a omezit konzumaci průmyslově upravených tuků a olejů.
- Tekutiny – nejlepší v podobě čisté vody, neslazených čajů a minerálek. Zcela vynechat slazené nápoje a čaje.
- Dostatek spánku, pohybu a dobré nálady.

SLIMÁKOVÁ, M. Zdravý talíř. *ODBORNÝ PRŮVODCE ZDRAVÍM A VÝŽIVOU* [online]. 2012 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://www.margit.cz/zdravy-talir/>

2.5.2 Zdravá třináctka

Zdravá třináctka obsahuje 13 stručných výživových doporučení pro širokou veřejnost. Tyto doporučení jsou určena pro zdravé lidi a slouží k prevenci civilizačních chorob, na kterých se správná výživa podílí. Z pověření společnosti pro výživu (SPV), byla tato doporučení roku 2003, vypracována odborníky zabývajícími se prevencí neinfekčních onemocnění hromadného výskytu a rozšiřováním zásad správné výživy. V roce 2006, za spolupráce Fóra zdravé výživy, došlo k přepracování a inovaci této verze. SPV trvale spolupracuje s odborníky i profesionály ze všech různých oborů, zabývajících se lidskou výživou a se základními orgány státní správy, jako je Ministerstvo zdravotnictví, zemědělství, školství a hygienická služba. Je členem Federace evropských

společností pro výživu (FENS) a Mezinárodní unie společnosti pro výživu (IUNS).

DOSTÁLOVÁ, J., P. DLOUHÝ. Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky. *Společnost pro výživu*[online]. Praha, 2012, 6. dubna 2012 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://www.vyzivaspol.cz/rubrika-dokumenty/konecne-zneni-vyzivovych-doporuceni.html>

Výživová doporučení „Zdravá 13“:

1. Udržovat si stálou tělesnou hmotnost.
2. Denně se pohybovat alespoň 30 minut.
3. Jíst pestrou stravu, rozdělenou do 4-5 denních jídel, nevynechávat snídani.
4. Konzumovat dostatečné množství zeleniny a ovoce, denně minimálně 500 g. Zeleniny 2x více než ovoce, občas menší množství ořechů.
5. Jíst výrobky z obilovin, nejlépe celozrnné. Nezapomínat na luštěniny.
6. 2 x týdně konzumovat ryby a rybí výrobky.
7. Denně konzumovat mléko a mléčné výrobky. Upřednostňovat zakysané, polo a nízkotučné výrobky.
8. Sledovat příjem tuku, omezit jeho přísun ve skryté formě (maso, masné a mléčné výrobky, chipsy, čokoládové výrobky). Pokud možno živočišné tuky nahrazovat rostlinnými tuky a oleji.
9. Snížit příjem cukru. Pozor na slazené nápoje, sladkosti, kompoty, zmrzliny.
10. Omezit příjem soli. Nepřisolovat hotové pokrmy.
11. Předcházet nákazám a otravám z potravin.
12. Dodržovat denní pitný režim, minimální příjem 1,5 l vody a neslazených nápojů.
13. Nepřekračovat denní příjem alkoholu a alkoholických nápojů (200 ml vína, 0,5 l piva, 50 ml lihovin).

DOSTÁLOVÁ, J., P. DLOUHÝ. Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky. *Společnost pro výživu*[online]. Praha, 2012, 6. dubna

2012 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://www.vyzivaspol.cz/rubrika-dokumenty/konecne-zneni-vyzivovych-doporuceni.html>

2.6 PITNÝ REŽIM

Dodržování vhodného pitného režimu představuje nedílnou součást stravování člověka. Důležité je udržení optimální rovnováhy mezi příjmem a výdejem tekutin. Nejdůležitější tekutinou organismu je voda, která tvoří více než 50 % tělesné hmotnosti dospělého člověka. U dětí je toto procento vyšší, u kojenců tvoří voda dokonce až 75 % hmotnosti. Voda je součástí buněk i mimobuněčného prostředí organismu. Spolu s ostatními, v ní rozpuštěnými látkami, vytváří vnitřní prostředí, které zajišťuje přirozený průběh metabolických reakcí v organismu (Blatná, 2005, s. 19).

Příjmem tekutin se rozumí nejenom konzumace nápojů, ale i konzumace potravin obsahující větší množství vody (ovoce, zelenina, mléčné výrobky). Tekutiny bychom měli doplňovat v průběhu celého dne a jejich minimální dávka by neměla klesnout pod 2 litry za den. Avšak v letním období a při vyšší fyzické zátěži, či zvýšené tělesné teplotě, bychom měli denní příjem tekutin zvýšit.

MÁLKOVÁ, I. Důležitost PITNÉHO REŽIMU. *Průvodce zdravým životním stylem* [online]. 2008 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: http://www.hravezijzdrave.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=94&Itemid=40

Dle tabulek, by optimálně měli dospělí konzumovat kolem 2 litrů tekutin za den (přibližně 40 ml tekutin na kilogram váhy) (Mandelová, 2007, s. 32).

Nedostatečný příjem tekutin způsobuje dehydrataci, neboli odvodnění organismu. Při vysokém úbytku tělních, převážně mimobuněčných tekutin, je dehydratace životu nebezpečná a v některých případech může být i příčinou smrti. REGENERMELOVÁ, L. Nebezpečí dehydratace. *Zdrave.cz* [online]. 2010 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://voda-a-hydratace.zdrave.cz/pozor-na-dehydrataci/>

Akutní nedostatek tekutin se u člověka projevuje žízní a vede k poklesu fyzické a psychické výkonnosti, bolestem hlavy, pocitu slabosti, nevolnostem až křečím. Chronický (dlouhodobý) nedostatek tekutin způsobuje stálou únavu,

výrazný pokles výkonnosti a nebezpečí vzniku ledvinových kamenů. Do rizikových skupin majících největší problém s dodržováním pitného režimu spadají hlavně děti a senioři (pro oslabený pocit vnímání žízně, či odkázanost na pomoci druhé osoby) a pracovně vytížení lidé (pro nedostatek času) (Kunová, 2011, s. 63).

Nápoje rozdělujeme na nealkoholické a alkoholické. Do nealkoholických patří voda, minerální vody ochucené i neochucené, ovocné a zeleninové šťávy, limonády a ledové čaje. Nealkoholické nápoje, jako jsou káva, čaj, kakao, čokoláda řadíme mezi pochutiny. Pro vysoký obsah živin, se mezi nápoje se nepočítá mléko. Alkoholické nápoje se dělí dle obsahu alkoholu (Pit'ha, Poledne 2009, s. 43).

Některé studie posledních let přinášejí poznatky o preventivním vlivu mírného požívání alkoholu na vznik srdečně-cévních chorob. Jedná se o ekvivalent zhruba 1,5 – 2 dl vína u žen a 3 – 4 dl u mužů. Například víno obsahuje látky (stilbenoly a antioxidanty), které zabraňují vzniku krevních sraženin a zvyšují pružnost cév. Pivo, ale pouze nefiltrované (nikoli točené, či lahvové) zase obsahuje vitamíny skupiny B (Kunova, 2011, s. 67). Napříč tomu je, ale nutno varovat, že alkohol, jakožto pochutinu je třeba přijímat velmi obezřetně, neboť jeho pravidelné a nadměrné užívání může způsobovat např. chronické onemocnění jater, nervového systému, či zvyšovat riziko vzniku některých nádorových onemocnění (Blatná, 2005, s. 20).

2.7 POHYBOVÁ AKTIVITA

Základním projevem existence živočichů, tedy včetně člověka, je pohyb. Lidské tělo je k pohybu a aktivitě vyvinuto. Aktivní pohyb je pro zachování a upevňování zdraví nezbytným a nejpřirozenějším předpokladem (Machová, 2009, s. 39). Pohybová aktivita má nezastupitelný vliv na zdraví v životě člověka. Pravidelný a přiměřený pohyb zlepšuje jeho celkový zdravotní stav po psychické i fyzické stránce. Uvolňuje duševní napětí, zkvalitňuje spánek, zpevňuje pohybový aparát a zvyšuje výkonnost orgánů, čímž nás chrání před vznikem různých nemocí

(infarkt myokardu, obezita, bolesti pohybového aparátu, neurózy, úzkosti, deprese) (Nováková, 2011, s. 48).

Problémem současné populace je výrazný pokles pohybové aktivity. Hlavním problémem je téměř vymizení fyzicky namáhavé práce v zaměstnání, ale i mimo něj. V ČR, fyzicky náročnou práci, vykonává asi 11 % obyvatelstva. U lidí převládá sedavý způsob trávení času jak v zaměstnání, tak i ve volných chvílích. Přitom získání a udržení dobré tělesné zdatnosti je základním předpokladem pevného zdraví, životní pohody a pracovní výkonnosti (Machová, 2009, s. 44).

Základní atributy dobré tělesné zdatnosti:

- Udržet si přirozenou hmotnost (BMI)
- Schopnost udržet si výdrž při tělesné aktivitě (mít zdravé a výkonné srdce a plíce).
- Mít dostatečnou funkčnost pohybového aparátu (kloubů, šlach a vazů).
- Mít přiměřeně silné svalstvo.
- Udržet si duševní pohodu (Machová, 2009, s. 48).

2.8 OBEZITA A NADVÁHA

Obezita, česky též otylost je závažná nemoc projevující se zvýšenou hmotností, jejíž příčinou je nadměrné ukládání tukové tkáně v organismu. Vzniká, pokud dlouhodobě převažuje příjem energie nad jeho výdejem. Řadí se mezi chronické onemocnění, které výrazně narušují kvalitu života a zkracují jeho délku (Nováková, 2011, s. 132).

Nadváha je označována jako první stádium nebo předstupeň obezity.

2.8.1 Typy obezity

Podle místa rozložení tuku v těle rozlišujeme dva typy obezity:

- Androidní (typ jablka) – obezita mužského typu, tuk se ukládá převážně v oblasti hrudníku a uvnitř břicha. Hrozí vyšší výskyt zdravotních rizik spojených s obezitou.

- Gynoidní (typ hrušky) – obezita ženského typu, tuk se ukládá nejvíce na hýždích a stehnech.

Oba tyto typy se mohou vyskytovat jak u žen, tak u mužů. Nevztahují se výhradně na určité pohlaví (Machová, 2009, s. 220).

2.8.1.1 WHR

Pro stanovení typu obezity (rozložení tuku v těle) se užívá jednoduchý výpočet tzv. WHR indexu. Hodnoty nad 1,0 u mužů a nad 0,85 u žen signalizují androidní typ obezity.

Metody určování optimální tělesné hmotnosti. POLSKÁ AKADEMIE VĚD ODDĚLENÍ ANTROPOLOGIE. *Epidemie obezity* [online]. [cit. 2013-04-21]. Dostupné z: <http://www.epidemieobezity.upol.cz/index.php/verejnost/18-metody-urcovani-optimalni-telesne-hmotnosti>

Vzorec pro jeho výpočet:
$$WHR = \frac{\text{obvod pasu (cm)}}{\text{obvod boků (cm)}}$$

Tabulka 1 Rizikové hodnoty výpočtu WHR.

pohlaví	rizikové hodnoty
muži	nad 1,0
ženy	nad 0,85

2.8.1.2 BMI

BMI = Body Mass Index nebo také Quételetův index, je jednoduchým a celosvětovým měřítkem, který se používá k výpočtu nadváhy a obezity u dospělých.

Vzorec pro jeho výpočet:
$$BMI = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška}^2 (m)}$$

Metody určování optimální tělesné hmotnosti. POLSKÁ AKADEMIE VĚD
ODDĚLENÍ ANTROPOLOGIE. *Epidemie obezity* [online]. [cit. 2013-04-21].
Dostupné z: <http://www.epidemieobezity.upol.cz/index.php/verejnost/18-metody-urcovani-optimalni-telesne-hmotnosti>

Normální rozmezí BMI je 18,5 – 24,9, hodnoty nad 25,0 ukazují na nadváhu a hodnoty nad 30,0 představují obezitu, která má tři stupně. Viz tabulka.

Tabulka 2 Klasifikace hmotnosti podle BMI.

Kategorie	BMI (kg/m ²)
Podvýživa	pod 18,5
Normální hmotnost	18,5 - 24,9
Nadváha	25,0 - 29,9
Obezita I. stupně (lehká otylost)	30,0 - 34,9
Obezita II. stupně (výrazná otylost)	35,0 - 39,9
Obezita III. stupně (morbidní otylost)	nad 40

(Machová, 2009, s. 219)

2.8.2 Zdravotní rizika obezity

WHO na obezitu pohlíží jako na závažné chronické onemocnění, které se podílejí na vzniku dalších přidružených zdravotních komplikací a chorob. Komplikace se dělí na mechanické a metabolické.

- Mechanické – z důvodů vysoké hmotnosti, zatížení pohybového aparátu (kloubů, šlach), dýchací potíže (dušnost).
- Metabolické – zvýšení krevního tlaku, zvýšení hladiny cholesterolu v krvi, diabetes II. typu, kardiovaskulární onemocnění a jiné např. vznik žlučových kamenů, různé druhy rakovin (Machová, 2009, s. 221).

2.8.3 Prevalence obezity v ČR

Česká republika se v počtu obézních propracovala na přední místo v celé Evropě. Výsledky výzkumu nadváhy a obezity statistického úřadu České republiky z roku 2008:

Tabulka 3 Statistika nadváhy a obezity populace ČR.

Pohlaví	S nadváhou	Obézních
Ženy	46,40%	17,50%
Muži	62,60%	17,30%

LÁCHOVÁ, Jitka a Šárka DAŇKOVÁ. *Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR - EHIS CR* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010[cit. 2013-04-21]. Aktuální informace č. 70/2010. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/70_10.pdf

2.9 NEJČASTĚJŠÍ NEBEZPEČNÉ NÁVYKOVÉ LÁTKY

2.9.1 Kouření

Kouření je jev, se kterým se setkáváme u mužů i u žen, u dospělých i dospívajících. Před sto lety bývalo kouření výsadou zejména mužů. S nástupem emancipace se rozmohlo i mezi ženami a v současné době mezi mladistvými kouří dokonce více žen, než mužů. Křivohlavý (2003) charakterizuje kouření jako multifaktoriální jev, ke kterému se lidé uchylují z důvodu fyziologického, psychologického a sociálního. Odvykání kouření pak shledává jako jeden z nejtěžších psychoterapeutických úkolů (Křivohlavý, 2003. s. 190).

2.9.1.1 Historie kouření

První zmínky o kouření můžeme nalézt v Indii v době několik tisíc let před Kristem. Nejspíše se jednalo o kouření různých rostlin, přičemž jednou z nich byl i tabák. Kouření tabákového listu, které přetrvává dodnes, zavedli američtí indiáni kmene Huronů, kteří je kouřili při svých náboženských rituálech. Tabák indiáni považovali za jednu z nejdůležitějších rostlin a přisuzovali mu neobyčejné účinky.

Listy používali k léčebným účelům ve formě obkladů a kouř tabáku jim zas pomáhal proti bolestem, únavě a hladu (Kozák a kolektiv, 1993, s. 8).

V roce 1492 Kryštof Kolumbus objevil Ameriku a spolu s ní i tabák. Původní obyvatelé Ameriky tabák kouřili, žvýkali, šňupali, nebo pojídali jeho listy. Do Evropy se první semena tabákové rostliny dostaly roku 1518, a to prostřednictvím obchodníka Romana Penea z provincie Tabacco na ostrově San Domingo. Odtud název tabák.

CHROMÝ, S. HISTORIE TABÁKU. *Pěstování tabáku* [online]. [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://www.pestovanitabaku.szm.com/historie.html>

Největší zásluhy na rozšíření tabáku do světa mají Portugalci. Ti jako první kultivovali tabák mimo Ameriku a ovládli tak mezinárodní obchod před příchodem Holanďanů a Angličanů. Z počátku se tabák užíval k léčebným účelům a jeho účinky se zabývali převážně botanici a lékaři. Později se však kouření stalo výsadou převážně bohatých, kteří ke kouření používali drahé dýmky a jiné náčiní. Obyčejný lid holdoval spíše šňupání tabáku a kouření se mezi ním, rozmohlo až s výrobou hliněných a dřevěných dýmek. V některých zemích (např. Švýcarsku, Turecku, Rusku) vyvolal tento nový zvyk vlnu odporu a za užívání tabáku byly udělovány kruté, někdy až smrtelné (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007, s. 142).

Obliba v kouření tímto, ale spíše narůstala a lidé se uchylovali k domácímu pěstování tabáku a pašování. Později většina zemí taktiku změnila a z dovozu a pěstování tabáku se stal královský či císařský monopol. První zmínky o tabáku v Čechách jsou za podpory Rudolfa II. datovány na konci 16. století. Tabákový průmysl se začal rychle rozrůstat v 17. století a největšího rozmachu dosáhl v dobách třicetileté války.

CHROMÝ, S. HISTORIE TABÁKU. *Pěstování tabáku* [online]. [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://www.pestovanitabaku.szm.com/historie.html>

2.9.1.2 Rizika kouření

Kouření závažně negativně ovlivňuje naše zdraví. Způsobuje onemocnění srdce, cév, dýchacích cest a karcinogenní onemocnění plic, dutiny ústní, jícnu, slinivky břišní, ledvin, děložního čípku aj.

Tabákový kouř obsahuje mnoho prudce jedovatých a rakvinotvorných látek (nikotin, dehty, oxid uhelnatý, amoniak, formaldehyd, kyanid, arsenik, aj.). Látka, na kterou vzniká kuřáková závislost, se nazývá nikotin. Vstřebává se rychle do krve a do mozku se dostane již za sedm vteřin od vdechnutí cigarety. Klesne-li jeho hladina v krvi, začnou se u kuřáka objevovat abstinenční příznaky. Jsou to např.: nutkavá touha po cigaretě, podrážděnost, neschopnost soustředit se, nervozita, úzkost. Další velmi nebezpečnou látkou jsou dehty. Usazují se v plicích a jsou příčinou vzniku rakoviny plic. Jak už jsem zmínila, riziko vzniku rakvinotvorného nádorového bujení je u kuřáků velmi vysoké a je závislé převážně:

- na množství vykouřených cigaret za den,
- na hloubce inhalace,
- na délce kuřáckých let,
- na časnosti zahájení kouření (Machová, 2009, s. 60).

2.9.1.3 Statistika kuřáctví

Alarmující čísla posledních statistik o kouření, zní takto. Počet kuřáků na celé Zemi se odhaduje na 1,3 miliardy. Následkem kouření zemře každý rok zhruba 4, 8 miliónu lidí (každou hodinu umírá 560 lidí). V procentech celosvětově na následky kouření umírá až 50 % kuřáků. Statistické prognózy varují, že pokud se bude počet kuřáků zvyšovat současným tempem, v roce 2020 na následky kouření zemře až 10 miliónů lidí. Dle průzkumů v České republice aktivně kouří zhruba 2,3 miliónu lidí, z toho 250 tisíc tvoří děti a mladiství do 18 let. Kouření je někdy nazýváno dětskou nemocí, to proto, že 9 z 10 kuřáků začíná kouřit již před svým 18. rokem. Průměrný věk první vykouřené cigarety je 10 let. Kuřáci průměrně umírají o 15 let dříve než nekuřáci

KRÁLÍKOVÁ, E. Statistika týkající se kouření cigaret - souhrn všech údajů. *Kuřáková plíce* [online]. 2012 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/statistiky-tykajici-se-koureni/10-statistiky-tykajici-se-koureni-cigaret.html)

Ve věku 15let, v ČR kouří již téměř 69 % dívek a 73 % chlapců. Zhruba polovina z nich se stává pravidelnými kuřáky

WILDOVÁ, O. Nové možnosti léčby závislosti na tabáku v ČR. In: *Český zdravotnický portál* [online]. 2007 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=7164&s_ts=41369,9359143519

2.9.1.4 Protikuřácká legislativa v ČR

V české republice od 1. 1. 2006 platí tzv. „protikuřácký zákon“. Jedná se o zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Jeho nejdůležitější body jsou:

- Zákaz prodeje a dovozu potravinářských výrobků nebo hraček napodobujících tvar a vzhled tabákových výrobků, nebo tabákových potřeb.
- Zákaz prodeje tabákových výrobků, tabákových potřeb a elektronických cigaret osobám mladším 18 let.
- Zákaz kouření v dopravních prostředcích veřejné silniční, drážní a městské hromadné dopravy a ve veřejných prostorách souvisejících s dopravou (kryté nástupiště, přístřešky a čekárny).
- Zákaz kouření ve vnějších i vnitřních prostorách všech typů škol a školských zařízení.
- Zákaz kouření v uzavřených zábavních prostorách (kina, koncertní sále, sportovní haly), s výjimkou stavebně oddělených prostor vyhrazených pro kouření.
- Zákaz kouření ve vnitřních prostorách všech zdravotnických zařízení, s výjimkou psychiatrických oddělení nebo jiných zařízení pro léčbu závislostí.

- Zákaz prodeje menšího balení cigaret než po 20 kusech.

379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. *Portál veřejné správy* [online]. 2005 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=60445&recShow=20&fulltext=&nr=379~2F2005&part=&name=&rpp=100#parCnt>

Z nejnovějších průzkumů vyplývá, že v České republice je více než polovina kuřáků ve věku 18 – 22 let, přičemž většina začala kouřit již před svým dovršením 16 let. Ukázalo se též, že mladí lidé nejčastěji kouří v restauracích, barech, klubech a na diskotékách. Ministerstvo proto připravilo návrh nového zákona o ochraně před škodami působenými návykovými látkami, který by měl posílit ochranu veřejného zdraví, zejména u dětí a mladistvých. Zákon by měl obsahovat úplné zakázání kouření ve všech prostorách provozoven stravování, jako jsou např. bary a restaurace. V prostorech určených pro zábavu (např. diskotéky), by měl platit částečný zákaz kouření. Pro kouření zákon povoluje vyhrazené stavebně oddělené prostory, kde počítá se zákazem vstupu osobám mladším 18 let. Dále zákon nově počítá se zákazem prodeje tabákových výrobků a potřeb v prodejních automatech a pojízdných prodejnách. Návrh tohoto nového zákona je současné době v připomínkovém řízení a v platnost by měl vstoupit od 1. 1. 2014.

Studenti FSV UK představili výsledky výzkumu zaměřeného na postoj mladých lidí ke kouření v restauracích. *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. 2013 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/studenti-fsv-uk-predstavili-vysledky-vyzkumu-zamereneho-na-postoj-mladych-lidi-k-7428-1.html>

2.9.2 Alkohol

2.9.2.1 Historie alkoholu

Již ve starověku poznali lidé účinky alkoholu. V oblasti Blízkého Východu se ve formě vína začal alkohol vyrábět více než před osmi tisíci lety. Pití vína bylo

výsadou hlavně Římanů a jejich vinařství dosahovalo vysoké úrovně. Řekové víno dováželi a užívali ho převážně pro lékařské účely. Přibližně v 5. století se pěstování vinné révy začalo rozmáhat, i v dnes velmi známých vinařských oblastech, jako je Francie a Porýní. Japonci vyráběli víno z rýže, mexičtí Indiáni z agáve a Inkové z kukuřice. Medovinu vyráběnou z kvašeného medu, znali zas Vikingové a Slované. Historie výroby piva sahá až k samotným Sumerům. Pivo začali vařit již před 6 000 lety a jejich návod na výrobu piva je nejstarším na světě. Své umění později předali svým nástupcům Babyloňanům, kteří jeho chuť a kvalitu vylepšovali různými přísadami. Prvním národem, který objevil destilaci, byli Číňané kolem roku 90 př. n. l.

Historie alkoholu. *Dějiny alkoholu* [online]. 2007 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://dejinyalkoholu.blogspot.cz/2007/10/historie-alkoholu.html>

2.9.2.2 Výroba alkoholu

Alkohol (etylalkohol), se vyrábí přírodním procesem, ve kterém kvasinky mění cukr např. v ovoci či obilovinách na alkohol. Tento proces se nazývá fermentace, neboli kvašení. Čistý alkohol je bezbarvá, čirá tekutina. Pomocí fermentace se z obilovin vyrábí pivo, z vinné révy víno a sekt, z jablek zas vznikají ovocná vína. Vyšší množství alkoholu v nápojích docílíme procesem zvaným destilace. Vznikají tak lihoviny.

FÓRUM PSR. Co je to alkohol?. *Pij s rozumem* [online]. 2007 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: http://www.pijsrozumem.cz/119_Co-je-to-alkohol

Alkoholické nápoje dělíme dle koncentrace čistého alkoholu v procentech:

- Piva: 3 % - 8 %
- Vína: 8 % – 14 %
- Likéry: 20 % – 50%
- Destiláty: 40 % – 60%

2.9.2.3 Rizika požívání alkoholu

Alkohol, míněno etylalkohol je psychoaktivní látka. V naší společnosti patří mezi látky nejvíce rozšířené a tolerované, což dokazuje fakt, že Česká

republika patří mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu vůbec (Kalina, 2003, s. 151).

Alkohol ovlivňuje centrální nervový systém organismu. Při akutním požití alkoholu dochází v lidském těle k intoxikaci, neboli přiotrávení. Tento stav se zpočátku projevuje prostou opilostí, jejíž průběh závis na množství požitého alkoholu a snášenlivosti jedince. Počátečním projevem je euforie, mnohomluvnost, povznesená nálada, či u některých jedinců naopak depresivní nálada. Účinek alkoholu se projeví zrychlením tepové frekvence a rozšířením cév, čímž dochází k zarudnutí v obličeji. Prohlubuje se sebejistota. Později, při prohloubení intoxikace, dochází u jedince k typickému střídání nálad, či agresivitě. Následuje celkový útlum, projevující se únavou, ospalostí, či spánkem. WILDOVÁ, O. Nové možnosti léčby závislosti na tabáku v ČR. In: *Český zdravotnický portál* [online]. 2007 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=7164&s_ts=41369,9359143519 Při požití vysoké dávky alkoholu může dojít k bezvědomí, útlumu dechového centra a následné smrti.

U dlouhodobého a pravidelného užívání alkoholu, s největší pravděpodobností, dochází k závislosti na této látce. Závislost na alkoholu se vyznačuje všemi atributy charakteristickými pro jakýkoli syndrom závislosti. Jsou to chutě na alkohol, zvyšování tolerance, zanedbávání rodiny, práce, koníčků a postupné změny v myšlení a chování. Vše jmenované, jsou tzv. obrany, či reakce na negativní postoj okolí k pití daného jedince. Při letitém abusu alkoholu, dochází k osobnostním změnám jedince a rozpadu jeho sociálního prostředí. Jedinou možnou cestou, jak trvalému poškození předejít, je pak úplná a trvalá abstinence od alkoholu (Kalina, 2003, s. 108).

2.9.2.4 Alkoholismus

Termín „alkoholismus“ již v roce 1849 prvně použil švédský lékař M. Husson a teprve o sto let později, v roce 1951, začala WHO alkoholismus považovat jako medicínský problém (Kalina, 2003, s. 151).

Dle Světové zdravotnické organizace (1976) hovoříme o závislosti na alkoholu, jež je charakterizována závislostí psychickou a obvykle i fyzickou v

důsledku požívání alkoholu. Dále je charakterizována změnami chování i jinými reakcemi, mezi něž vždy patří nutkání požívat alkohol ať již stále, či občas pro jeho psychické účinky a někdy i proto, aby se člověk vyhnul nepříjemnostem z jeho chybění (Novotná, 1989, s. 26).

Alkoholismus patří k nejrozšířenějším formám drogové závislosti. Lze ho definovat jako souhrn škod a problémů způsobených nevhodným a nadměrným požíváním alkoholických nápojů, jež se bohužel stalo charakteristickým znakem společenského života.

KOHOUTEK, R. Drogové závislosti, alkoholismus, nikotinismus. *Psychologie v teorii a praxi* [online]. 2008 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0811/drogove-zavislosti-alkoholismus-nikotinismus>

Alkoholismus je považován za chronickou a progresivní nemoc, ohrožující nejvíce mladistvé. U nichž se totiž návykovost, díky zvýšené citlivosti nezralého organismu, rozvíjí rychleji (Machová, 2009, s. 67).

Množství alkoholu se udává v promilích a je měřitelné v biologických tekutinách (např. v krvi). Jedna promile přibližně odpovídá 1 gramu alkoholu v 1 litru tekutiny (Machová, 2009, s. 65). Dle hladiny alkoholu v krvi se dělí opilost. Rozeznáváme čtyři typy opilosti:

- Lehká: charakterizována excitací – vybuzením organismu (do 1,5 g/l)
- Středně těžká: projevuje se celkovým útlumem a ospalostí (1,6 – 2 g/l)
- Těžká: stav hraničící s narkózou, u postiženého může být problém s probuzením (2 – 3 g/l)
- Velmi těžká: dochází k bezvědomí, hrozí zástava dechu a oběhu (nad 3 g/l) (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007, s. 140).

Podle vztahu člověka k alkoholu rozeznáváme abstinenty, konzumenty, pijáky a alkoholiky.

- Abstinents: minimálně po dobu dvou let nepožívá žádné alkoholické nápoje.
- Konzument: alkohol pije příležitostně v malých dávkách, při společenských příležitostech.

- Piják: před nealkoholickými nápoji dává přednost alkoholickým, požívá je pravidelně, avšak své pití má pod kontrolou.
- Alkoholik: své pití nemá pod kontrolou, alkohol mu přináší problémy ve vztazích a způsobuje škody na tělesném i duševním zdraví (Mlčák, 2011, s. 23).

2.9.2.4 Statistika spotřeby alkoholu

Dle Světové zdravotnické organizace jsou největšími pijáky na světě Lucemburčané. Hned za nimi druhé místo zauímají Češi a pro zajímavost, Rusům náleží až místo osmnácté. Spotřeba 100% alkoholu na osobu a rok v ČR v roce 2008 představuje 10,2 litru. Nejoblíbenějším alkoholem u žen jsou likéry a různé druhy alkoholických krémů. U mužů je to vodka, tuzemský rum a fernet. Ve spotřebě piva, jsou Češi jednoznačně první. Spotřeba tohoto nápoje na osobu a rok činí neuvěřitelných 159 litrů.

MLČOCH, Z. Pití alkoholu v ČR a zahraničí - statistiky a zajímavosti o spotřebě a jiném. *Alkoholik.cz* [online]. 2013 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/clanky_a_statistiky/piti_alkoholu_v_cr_a_zahranici_statistiky_a_zajimavosti_o_spotrebe_a_jinem.html

V západním světě, podle Křivohlavého, existuje zhruba necelých 40 % úplných abstinentů, necelých 35 % občasných příjemců, 17 % umírněných pijáků a asi 6 % alkoholiků. Příjem alkoholu se liší i podle vrstev obyvatelstva. Relativně nejméně pijí starší lidé, vyšší procento lidí požívajících alkohol nacházíme mezi mladými lidmi (Křivohlavý, 2003, s. 195).

2.9.3 DROGY

2.9.3.1 Vymezení pojmů souvisejících s kapitolou

Závislost

Dle Křivohlavého (2003) „závislost znamená být něčím tak posedlý, že to člověka zotročí, zbaví ho vnitřní svobody a nakonec třeba i osobní bezúhonnosti.

Bez zápasu o překonání této závislosti čeká takového člověka zkáza. Závislost tak znamená „být lapen“, chycen, zajat a pak pomalu zničen.“ (Křivohlavý, 2003, s. 203).

Závislost nebo také návyk je nekontrolovatelné nutkání opakovat své chování bez ohledu na jeho důsledky. Závislost rozdělujeme na psychickou a fyzickou.

- Psychická se vyznačuje neodolatelnou touhou látku trvale užívat.
- Fyzická začíná tehdy, jsou-li u závislého člověka, bez dalšího podání látky, ohroženy jeho fyziologické funkce.

Diagnóza závislosti se stanovuje dle přítomnosti, alespoň tří níže uvedených příznaků, za posledních 12 měsíců pacienta.

- silná touha a nutkání užívat látku,
- potíže s kontrolovatelností užívání látky,
- potřeba vyššího dávkování k dosažení očekávaného stavu,
- zanedbávání jiných zájmů a potěšení než užívání drogy,
- pokračování v užívání i při jasných projevech škodlivých důsledků užívání (deprese, nákaza žloutenkou, cirhóza jater apod.) (Kolektiv autorů společnosti SANANIM, 2007, s. 19)

Droga

Drogy jsou různé psychoaktivní látky (přírodní i syntetické, včetně léků), které jsou užívány a zneužívány ke změnám emočního stavu, nálady, vědomí a stavu bdělosti, k povzbuzování nebo tlumení duševních a tělesných funkcí a k vyvolávání mimořádných zážitků (iluzí, halucinací apod.)

KOHOUTEK, R. Drogové závislosti, alkoholismus, nikotinismus. *Psychologie v teorii a praxi* [online]. 2008 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0811/drogove-zavislosti-alkoholismus-nikotinismus>

Drogou v širokém slova smyslu se označuje surovina rostlinného, nebo živočišného původu, která se používá k přípravě léků. Droga používaná k jiným účelům než k léčení, např. v náboženství, či při zneužívání toxikomany, se

označuje jako droga omamná. Jedná se o přírodní, nebo syntetickou látku, která vyvolává závislost a má psychotropní efekt (ovlivňuje prožívání reality) (Valíček, 2000, s. 20).

Drogová závislost

Drogovou závislostí se označuje specifický duševní a tělesný stav, který vychází ze vzájemného působení mezi organismem a drogou. Projevuje se změnami chování a prožívání. Tyto jevy vyvolávají nutkavý stav brát drogu, pro její účinky na psychiku, či pro předejití nepříjemným stavům, stále a pravidelně. Poruchou přivyknutý organismus pak reaguje odvykacími potížemi, abstinenčními příznaky (úzkost, strach, zvýšené pocení, třes, zívání, nespavost, podrážděnost apod.).

KOHOUTEK, R. Drogové závislosti, alkoholismus, nikotinismus. *Psychologie v teorii a praxi* [online]. 2008 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0811/drogove-zavislosti-alkoholismus-nikotinismus>

Úzus, abúzus

Úzus – užití, užívání, abúzus – zneužití, zneužívání. U pojmu abúzus rozlišujeme, zda se jedná o abúzus bez návyku, nebo o abúzus s návykem.

- Abúzus bez návyku: jedinec si dokáže drogu kdykoli odepřít.
- Abúzus s návykem: jedinec si drogu nedokáže odepřít, nutně ji potřebuje a není schopen svobodně se rozhodovat (Machová, 2009, s. 74).

Relaps

Tento termín pochází z latinského re – znovu a lapsus – pád. V překladu znamená znovuupadnutí do nepříznivého stavu. Relaps je jev, se kterým se můžeme setkat u různých druhů závislostí (např. alkoholismu, odvykání kouření, opiatu) (Křivohlavý, 2003, s. 203).

Craving

Craving, neboli bažení. Vyjadřuje silnou touhu po droze (psychoaktivní látce), je základním kritériem diagnózy závislosti na droze.

CRAVING (BAŽENÍ). *Informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. 2003, 15. 10. 2010 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/c/craving_bazeni

Flash back

Flash back je stav, ke kterému dochází po déletrvající abstinenci užívání halucinogenních drog. Jde o krátkodobou psychickou poruchu, která se projevuje náhlým znovuprožitím psychotického účinku drogy.

2.9.3.2 Rozdělení drog

Drogy můžeme rozdělit z několika hledisek:

A. Podle rizika vzniku závislosti

- Měkké drogy jsou charakterizovány jako drogy s akceptovatelným rizikem nebezpečnosti užívání pro uživatele (např. káva, tabákové výrobky, produkty konopí – marihuana a hašiš, alkohol). (Valíček, 2000, s. 21). U alkoholu je již hranice sporná. Podle negativního účinku nadměrného užívání alkoholu na tělesné i duševní zdraví, patří alkohol spíše někam na rozhraní měkkých a tvrdých drog.
- Tvrdé drogy jsou drogy s neakceptovatelným rizikem nebezpečnosti užívání pro uživatele (např. kokain, pervitin, heroin, crack). (Valíček, 2000, s. 21).

B. Podle postoje společnosti k droze

- Legální drogy: jsou společensky tolerovány, běžně se s nimi setkáváme, ale závislost na ně může vzniknout stejná jako na ilegální drogy. Např. alkohol, nikotin, léky, kofein, organická rozpouštědla).
- Nelegální drogy: drogy „mimo zákon“, společností netolerovatelné, jejich přechovávání, prodej je v rozporu se zákonem. Např. marihuana, hašiš, LSD, pervitin, extáze, heroin.

Substituční léčba. *Stránky o závislosti* [online]. ISSN 1804-0799. Praha, 2011, 2013 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/rozdeleni-drog>

Podle působení drogy na organismus

- Cannabinoidy – drogy, s halucinogenním účinkem, vyráběné z konopí neboli rostliny druhu Cannabis. Konopí je jednoletá dvoudomá rostlina, dosahující až dvoumetrového vzrůstu. Hodnotnější z hlediska obsahu psychotropních látek je rostlina samičí, která se od samčí liší tím, že je výrazně mohutnější. Prapůvodní vlastí konopí je Himálaj, rozšířené je v Indii a v posledních několika letech se hojně pěstuje i v našich klimatických podmínkách. Nejčastější způsob užívání je kouření a konzumace v jídle. Mezi cannabinoidy patří marihuana, hašiš, hašišový olej (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007, s. 153).
- Stimulační drogy jsou budivé látky, psychomotorické povahy, vyvolávající tělesné a duševní povzbuzení. Nelegální zástupci těchto drog jsou pervitin, kokain. Mezi legální stimulanty se řadí káva a čaj (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007, s. 164).
- Halucinogeny jsou látky, které mění vnímání reálného světa i vnitřních prožitků. Bývá doprovázeno fantaziemi, úzkostmi, depresiemi a halucinacemi. Pravidelné a časté užívání může vést až k rozvoji skrytých duševních poruch. Mezi halucinogeny patří např. LSD a lysohlávky. (Hajný, 2001, s. 10)
- Opiáty jsou látky působící na centrální nervovou soustavu. Účinkují jako sedativa – tlumí bolest, navozují ospalost až spánek. Vyráběny jsou z opiového máku nebo ze syntetických surovin tzv. opioidů. Závažným problémem je jejich vysoká psychická i fyzická návykovost. Mezi opiáty se řadí např. opium, morfin, heroin, buprenorfin neboli subutex.
Drogy -> Opiáty. *Drogy.ezin.cz/* [online]. [cit. 2013-05-08]. Dostupné z: <http://drogy.ezin.cz/pages/opiaty.html>
- Těkavé látky jsou chemické látky těkavého charakteru, mezi které patří různá ředidla a lepidla běžně dostupná v obchodech. Těkavé látky jsou asi nejnebezpečnější skupinou drog. Vyznačují se narkotickým účinkem a jejich užívání vede k hrubému poškození organismu či k snadnému

předávkování s následnou smrtí. Patří sem např. toluen, aceton, chemopren, éter. (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007, s. 150).

- Léky, mezi nejčastěji a nejvíce zneužívané psychofarmaka patří benzodiazepiny. Ordinují se lidem s úzkostnými stavy, ke zklidnění či na poruchy spánku. Mezi nejznámější typy patří Diazepam, Oxazepam, Rohypnol, Neurol a další.

Benzodiazepiny. *Prevence zneužívání syntetických drog* [online]. Brno, 2009 [cit. 2013-05-08]. Dostupné z: <http://www.extc.cz/benzodiazepiny.html>

Tabulka 4 Přehled nejužívanějších drog v ČR.

Droga a její slangové názvy	Způsoby užívání	Hlavní účinky	Možná zdravotní rizika
Marihuana, tráva, zeli, hulení, mařka, gandža	Kouření, konzumace v jídle	Euforie, zkreslené vnímání času, prostoru, barev, zhoršení pohybové koordinace	Zánět dýchacích cest, zhoršená paměť a pozornost, úzkosti, panika
Hašiš, haš, shit	Kouření, konzumace v jídle	Podobné jako u marihuany	Podobné jako u marihuany
Heroin, háčko, eič, herák	Nitrožilní aplikace, kouření ze staniolu, v cigaretě	Euforie, spavost, analgetikum	Zvracení, mdloby, zácpa, kožní problémy, koma
Pervitin, péčko, piko, peří	Nitrožilní aplikace, šňupání	Euforie, hyperaktivita, nespavost, nechutenství, zrychlené myšlení a řeč	Agresivita, následná spavost a deprese, srdeční a neurologické obtíže, zhoršená koncentrace a paměť, možný rozvoj psychotických příznaků
Extáze	Polykání v tabletě	Mírné halucinace, zvýšená citlivost, pocity empatie, přehřívání organismu	Zhoršení paměti, emoční otupení, riziko kolapsu při dehydrataci a zvýšené aktivitě (tanec)
LSD, tripy, papíry	Polykání na papírcích, tablety, zlomky	Změn vnímání, halucinace, zvýšení krevního tlaku a tepu	Rozvoj psychické poruchy, flashback (návrat příznaků i po delší abstinenci), nespavost, slabost, neklid
Kokain	šňupání	Euforie. Zrychlené chování, myšlení, řeč	Porušení sliznic. Rozvoj psychických obtíží, srdeční kolaps
Těkavé látky, toluen, téčko, techo, vulkan	Vdechování	Změněné vnímání, halucinace, euforie	Porušení sliznic a dechového aparátu, nevratné změny nervového a kardiovaskulárního systému, poruchy soustředění a paměti

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 CÍLE PRÁCE

Cíle této bakalářské práce jsou:

- Cíl 1.: zjistit základní výživové zvyklosti studentů
- Cíl 2.: zjistit zařazení pohybové aktivity v životě studentů
- Cíl 2.: zjistit podíl míry stresové zátěže v životě studentů
- Cíl 4.: zjistit prevalenci kuřáctví u studentů
- Cíl 5.: zjistit prevalenci konzumace alkoholu a jiných návykových látek u studentů
- Cíl 6.: zjistit prevalenci nadváhy a obezity u studentů

3.2 ÚKOLY

Úkoly této práce jsou:

- Úkol 1: vyhledávání a studium odborné literatury
- Úkol 2: na základě konzultací s vedoucím práce sestavení obsahu práce
- Úkol 3: na základě obsahové analýzy sestavit úkoly a výzkumné předpoklady bakalářské práce
- Úkol 4: realizace dotazníkového šetření
- Úkol 5: vyhodnocení získaných údajů
- Úkol 6. na základě získaných výsledků stanovit závěry

3.3 VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY

Ve své práci jsem si stanovila následující předpoklady.

1. Předpokládám, že 60 % studentů zařadí do svého jídelníčku 1x – 3x týdně maso.
2. Předpokládám, že minimálně 70 % studentů, studujících zdravotně zaměřený obor, se věnuje pohybové aktivitě.
3. Předpokládám, že prevalence výskytu kuřáků mezi studenty je maximálně 30 %.

4. Předpokládám, že v prevalenci alkoholu, budou největší procento tvořit občasní konzumenti.
5. Předpokládám, že 85 % studentů, se dle propočtů parametrů BMI, bude pohybovat v kategorii normální váhy.

3.4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkumný soubor byl sestaven ze studentů Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Tato vysoká škola, má jedenáct kateder, zabývajících se převážně zdravotní a sociální problematikou. Je humanitně orientovaná a v současné době ji navštěvuje 2 318 studentů. Výzkum byl orientován převážně na studenty zdravotních oborů, od kterých byla očekávaná jistá erudovanost k tomuto tématu. Po sumarizaci údajů tvořil výzkumný vzorek celkem 174 osob. Vzhledem k tomu, že ZSF navštěvují v převážné většině ženy, tvoří výzkumný soubor 155 žen a pouze 19 mužů, ve věkovém rozmezí 19 – 30 let.

Tabulka 5 Počet respondentů

pohlaví	počet	podíl (%)
muži	19	11%
ženy	155	89%
celkem	174	100%

Tabulka 6 Věková kategorizace respondentů

věk	počet	podíl (%)
19-22 let	103	59%
23-26 let	41	24%
27-30 let	30	17%

3.5 POUŽITÉ METODY

Pro sběr primárních dat byla zvolena kvantitativně diagnostická metoda – dotazníkové šetření. Za tímto účelem byl použit anonymní dotazník zaměřený na průzkum životního stylu vysokoškolských studentů. V dotazníku byly předdefinovány různé typy otázek:

- Otázky otevřené - odpověď byla zcela ponechána na studentovi.
- Otázky uzavřené - respondent měl možnost výběru z několika variant.
- Otázky polouzavřené - v možnosti odpovědi se nacházela i varianta „jiné odpovědi“.
- Otázky škálové - respondenti měli možnost problém zařadit na určité kontinuum s číselným vyjádřením (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001, s. 88 – 96).

Konstrukce dotazníku obsahovala základní body: oslovení, obeznámení respondentů s důvody výzkumu a identifikační údaje. Další část dotazníku byla rozdělena do několika oddílů týkajících se celkového zdraví, výživy, pohybové aktivity a negativních faktorů ovlivňujících zdraví, jako je: stres, kouření, alkohol a drogy. Závěr dotazníku obsahoval údaje antropometrických parametrů.

3.6 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Sběr dat probíhal v období od listopadu roku 2012 do března roku 2013. Dotazníkové šetření bylo prováděno náhodně. Studenti byli oslovováni ve vstupní hale budovy školy, v prostorách vysokoškolských kolejí, a po předchozí dohodě s vyučujícími, přímo ve třídách, v rámci tematicky odpovídající výukové hodiny. Nejdříve byli studenti seznámeni s cílem a důvody výzkumu, poté byli požádáni o vyplnění dotazníků a v závěru bylo prováděno měření a zapisování antropometrických údajů. Z tohoto důvodu byla pro sběr informací vybrána metoda dotazníkového šetření v tištěné podobě, nikoli v elektronické. Výhodu této distribuce spatřuji ve 100% dotazníkové návratnosti a v osobním kontaktu se

studenty, kteří tak v průběhu vyplňování měli možnost, požádat o pomoc či o vysvětlení případných nejasností.

Dotazník byl převzat od Doc. MUDr. Tatiany Kimákové, CSc., z lékařské fakulty UPJŠP v Košicích, k pilotnímu výzkumu v ČR. Získaná data a výsledky tohoto šetření, budou dále zpracovány a zahrnuty do vědecké studie, zaměřené na analýzu rozdílů v životním stylu vysokoškoláků ve státech EU.

Postup získávání antropometrických údajů:

- Měření tělesné výšky - výšku měříme ve stoje, bez obuvi. Paty a špičky měřené osoby by měly být u sebe, poloha hlavy je jako při pohledu do dálky, nesmí být skloněná ani dopředu, ani dozadu. Měří se nejvýše položený bod na temeni hlavy. Pomůcky: měřicí pás připevněný ke stěně, pravoúhlý trojúhelník.
- Měření tělesné hmotnosti - osobu, kterou vážíme, je bez obuvi, váha těla je rovnoměrně rozložená na obě nohy. Dle odhadu, váhu oděvu 0,5 – 1 kg, odečítáme od naměřeného údaje. Pomůcka: osobní váha
- Měření obvodu pasu a boků - obvod pasu měříme v nejužším místě přes pupek. Obvod boků měříme v nejširším místě boků a přes největší vyklenutí hýždí. Pomůcka: krejčovský metr.

4 VÝSLEDKY A DISKUZE

Výsledky výzkumu jsou uváděny v grafech a tabulkách. Výraz „n“ v záhlaví tabulek znamená absolutní četnost vzorku studentů. Jednotlivé vyhodnocení je doplněno o komentář. Výzkum je rozdělen celkem na šest sektorů:

- 1/ výživa
- 2/ pohybová aktivita
- 3/ stresová zátěž
- 4/ kouření
- 5/ alkohol
- 6/ tělesná hmotnost

4.1 VÝŽIVA

Sektor výživa zahrnuje vyhodnocení třech otázek z oblasti výživy, týkající se konzumace základních druhů potravin, dodržování pitného režimu a stravování se v tzv. rychlých občerstveních.

Otázky:

- „Jak často konzumujete následující potraviny?“
- „Kolik čisté vody denně vypijete?“
- „Jak často se stravujete v rychlém občerstvení?“

Konzumace potravin

Vyhodnocení zahrnuje nejzákladnější potraviny výživy (konzumace masa, ryb, mléčných výrobků, ovoce a zeleniny). U konzumace ovoce a zeleniny budou konečné výsledky porovnány s výzkumem Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) z roku 2008. U ostatních potravin vyhodnocení vychází ze základních výživových doporučení „Zdravá třináctka“, které jsem uvedla v teoretické části této práce.

Vybraná doporučení:

- 2x týdně konzumovat ryby a rybí výrobky,
- každý den konzumovat ovoce a zeleninu,
- každý den konzumovat mléčné výrobky,
- denní pitný režim by měl tvořit minimální příjem 1,5 l vody a neslazených nápojů.

Tabulka 7 Celkové hodnocení odpovědí na otázku „Jak často konzumujete následující potraviny?“

potraviny	1 - 3x týdně	4 - 7x týdně	>7x týdně	nikdy/velmi zřídka
hovězí maso	45%	2%	0%	53%
vepřové maso	71%	6%	2%	21%
kuřecí maso	73%	16%	0%	11%
ryby	51%	2%	2%	45%
ovoce	32%	37%	29%	2%
zelenina	26%	39%	34%	1%
mléčné produkty	25%	44%	27%	4%

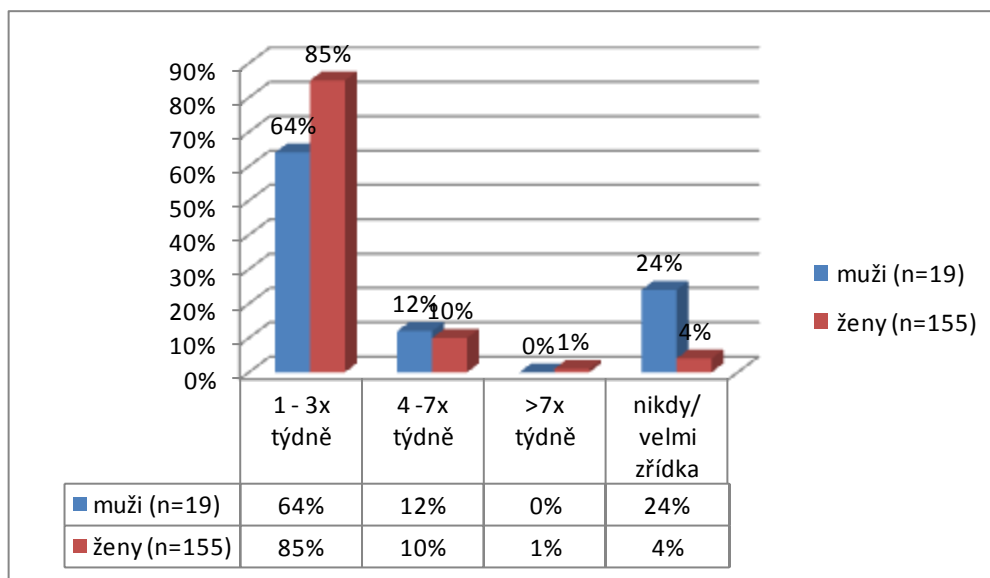
Z tabulky 7 je patrné, že ryby konzumuje, alespoň 1 – 3x týdně, 51 % studentů. Ovoce pravidelně (v tomto případě 4x - >7x týdně) konzumuje 66 % studentů, zeleninu 73 % studentů. Pravidelnou konzumaci mléčných produktů (1x denně), vykazuje 71 % studentů. Shrňme-li, v konzumaci ryb, ovoce, zeleniny a mléčných výrobků, se více jak polovina studentů drží základních výživových doporučení zdravého stravování.

Tabulka 8 Porovnání denní konzumace ovoce a zeleniny s výzkumem ÚZIS.

konzumace 1x denně	studenti (ZSF)	běžná populace (ÚZIS)
ovoce	66%	66%
zelenina	73%	60%

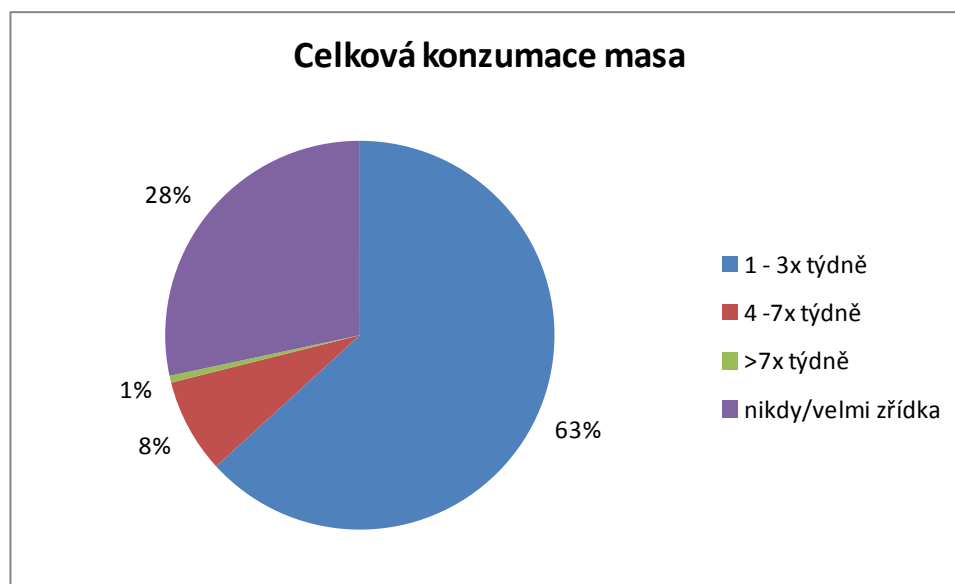
V tabulce 8, u konzumace ovoce jsou shledány totožné výsledky, u konzumace zeleniny studenti ZSF dokonce o 13 % převyšují průměrnou spotřebu běžné populace.

Graf 1 Procentuální přehled frekvence konzumace masa u mužů a u žen.



Z grafu 1 je patrné, že největší rozdíl, mezi ženami a muži v konzumaci masa, tvoří procentuálně odpovědi „1 – 3x týdně“ a „velmi zřídka/nikdy“. Jelikož je, ale do výzkumu z celkového počtu studentů, zahrnuto pouze 11 % mužů, nelze pokládat tyto výsledky za příliš objektivní.

Graf 2 Celkový přehled frekvence konzumace masa.



Z grafu 2, kde jsou zahrnuty veškeré odpovědi od všech studentů, vyplývá, že nejvíce studentů (68 %) konzumuje maso 1 – 3x do týdne. Překvapivě velká část studentů (28 %) maso konzumuje buďto, velmi zřídka, nebo nikdy.

Denní příjem čisté vody

Tabulka 9 Souhrnný přehled denního příjmu čisté vody.

množství v litrech	muži (n=19)	ženy (n=155)	celkem (n=174)	podíl (%)
0	2	6	8	5%
0,25	0	5	5	3%
0,5	2	11	13	7%
1	4	32	36	21%
1,5	1	42	43	25%
2	7	39	46	26%
>2,5	3	20	23	13%

Výsledky v tabulce 9 ukazují, že největší konzumace vody je v rozmezí 1 až 2 litrů za den. Nedostatečný příjem tekutin (<1,5l) vykazuje 36 %, dostatečný pak 64 % studentů.

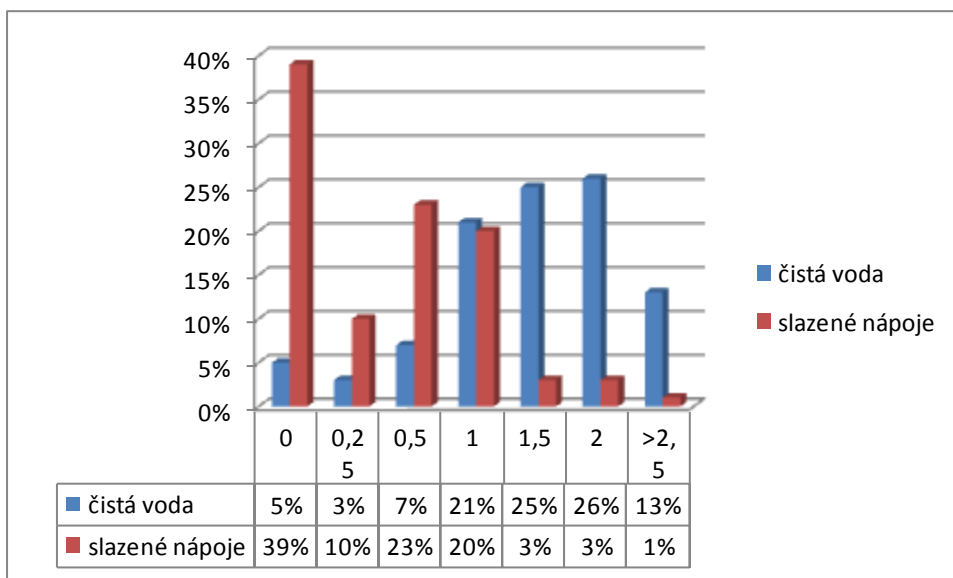
Denní příjem slazených nápojů

Tabulka 10 Souhrnný přehled denního příjmu slazených nápojů.

množství v litrech	muži (n=19)	ženy (n=155)	celkem (n=174)	podíl (%)
0	5	63	68	39%
0,25	2	16	18	10%
0,5	2	38	40	23%
1	4	31	35	20%
1,5	3	3	6	3%
2	3	2	5	3%
>2,5	0	2	2	1%

Z tabulky 10 je patrné, že 39 % studentů nekonzumuje žádné slazené nápoje, 33 % konzumuje maximálně půl litru denně a 27 % od jednoho litru výše.

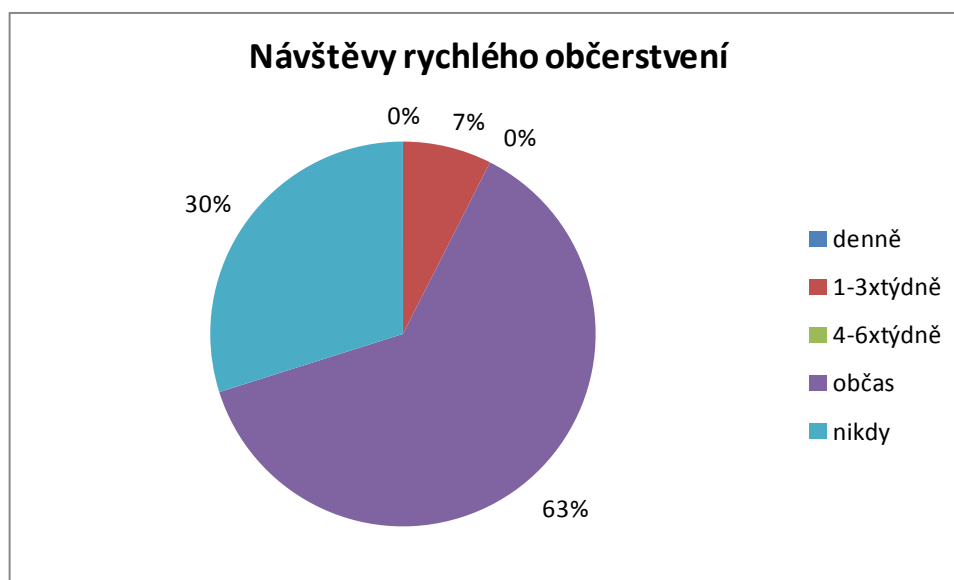
Graf 3 Souhrnné porovnání denního příjmu vody a slazených nápojů.



Graf 3 ukazuje, celkově převažující denní příjem vody nad slazenými nápoji, mezi studenty.

Stravování v rychlém občerstvení

Graf 4 Četnost stravování v rychlém občerstvení.



Z grafu 4 je patrné, že studenti stravování typu rychlého občerstvení pravidelně nevyhledávají. Navštěvuje jej občas 63 % studentů, vůbec 30 % studentů.

Diskuze:

Prvním cílem této práce bylo zjistit a zmapovat základní výživové zvyklosti v životě studentů. Zaměřila jsem se tedy na výskyt čtyř základních potravin v jídelníčku studentů a na jejich dodržování pitného režimu. Problémem v tomto oddíle bylo vyhodnocení výsledků. Odborná literatura nám sice nabízí nepřehledné množství přehledů doporučení denních dávek jednotlivých živin v potravinách, ale bohužel už tomu tak není s dohledáním jasného přehledu doporučených denních dávek u jednotlivých potravin. Mé hodnocení tedy vychází ze základních výživových doporučení, která jsou, dle mého názoru, velmi obecného charakteru.

Hodnocení konzumace ryb a rybích výrobků u studentů ukazuje, že v 51 procentech se v jídelníčku studentů objevují alespoň 1-3x týdně. Pouze 4 % konzumuje ryby častěji a 45 % ryby konzumuje buď minimálně, nebo jim v jídelníčku zcela chybí. Dle doporučení by se ryby a rybí výrobky měli vyskytovat na talíři alespoň 2x za týden. Z kategorie častosti „1 – 3x týdně“, bohužel nemůžeme jasně odvodit, zda student ryby konzumuje jednou, dvakrát, či třikrát v týdnu. Vyhodnocení tedy není zcela objektivní. Přesto i tak konzumaci ryb u studentů hodnotím jako nedostačující.

Mléko a mléčné výrobky, dle výživových doporučení, bychom měli konzumovat každý den. Konzumaci mléčných výrobků, 4 – 7x týdně, uvádí 44 % studentů, více jak 7x týdně, pak 27 % studentů. Pravidelně mléčné výrobky konzumuje celkem 71 % dotázaných. Výsledek tedy je, že necelá 3/4 studentů zařazuje mléčné výrobky do svých jídelníčků pravidelně a drží se tak zásad správného stravování. Tento výsledek považuji za velmi pozitivní.

Ovoce a zeleninu bychom měli též konzumovat každý den. Výsledky ukazují, že ovoce pravidelně konzumuje 66 % studentů, zeleninu až 73 % studentů. Tento výsledek jsem měla možnost porovnat s výsledky studie Statistického úřadu ČR, který byl prováděn v roce 2008 a její výzkumný soubor tvoří běžná populace. Porovnání výsledků je znázorněno v tabulce 8. Výsledky této komparace jsou velmi příznivé. U konzumace ovoce jsou výsledky totožné, a

u konzumace zeleniny studenti ZSF převyšují výzkum u běžné populace až o 13 %. I tento výsledek pokládám za velmi pozitivní.

Průzkum konzumace masa ukazuje, že 68 % studentů zařazuje do svých jídelníčků maso 1 -3x týdně. Výzkumný předpoklad č. 1 byl tímto tedy potvrzen. Z přehledu vyplívá, že nejméně oblíbené, tedy i konzumované, je maso hovězí. V odpovědích „zřídka“ či „nikdy“ ho uvedla více jak polovina dotázaných. Překvapivým výsledkem v celkové konzumaci masa, je 28% podíl studentů, kteří maso jedí zřídka, nebo ho nekonzumují vůbec.

Základem zdravého stravování je dodržování pravidelného a dostačujícího pitného režimu. Denní spotřeba vody a neslazených nápojů by měla být od 1,5 litru a výše. Průzkum ukazuje, že více jak polovina, 64 % studentů, tuto spotřebu splňuje, zbylá část nikoli.

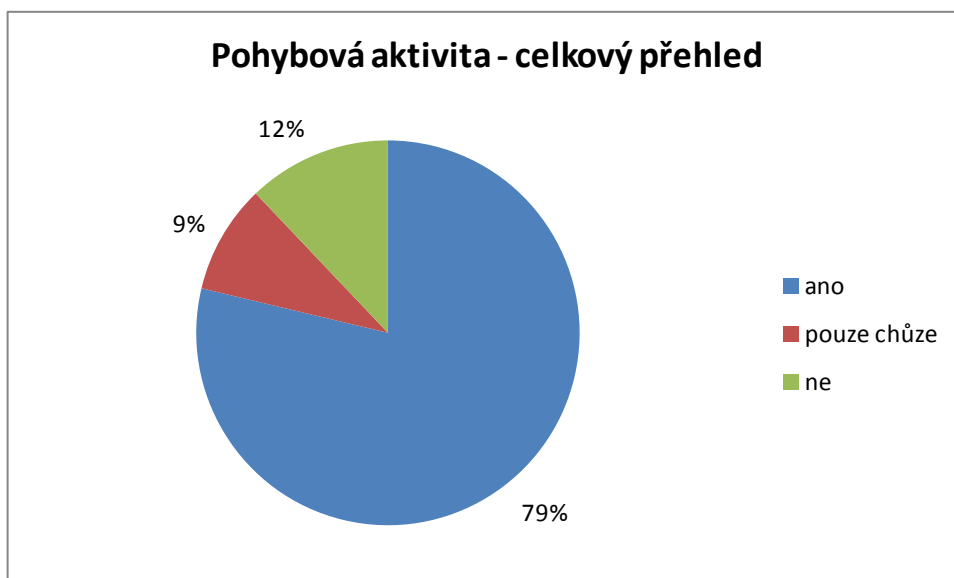
Výsledek výzkumu denní spotřeby slazených nápojů, dle mého, vyšel velmi pozitivně. Až 39 % studentů tyto nápoje vůbec nekonzumuje, 27 % konzumuje maximálně půl denně a 20 % pak jeden litr za den. Pouze zbylých 7 % uvádí konzumaci nad jeden litr denně.

Do sektoru stravování jsem zařadila také návštěvy rychlého stravování. Výsledky ukazují, že tento způsob stravování využívá, ale pouze občasně, 63 % studentů, 30 % pak rychlé občerstvení nenavštěvuje vůbec. Pravidelné návštěvy tvoří zbylých 7 %. I tento výsledek hodnotím jako velmi pozitivní.

4.2 POHYBOVÁ AKTIVITA

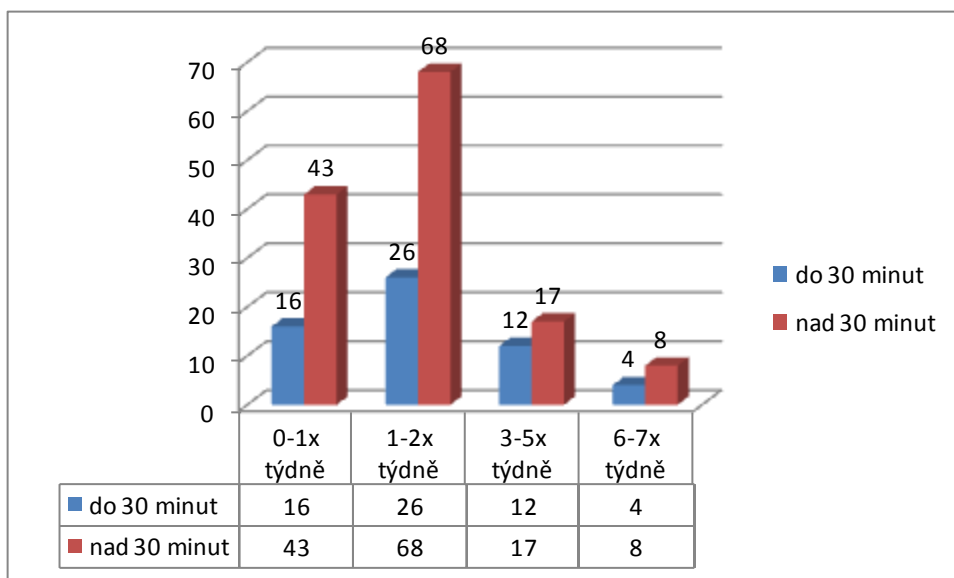
Pohybová aktivita by měla být nedílnou součástí života nás všech. Tento oddíl je zaměřen na průzkum její délky a četnosti v týdenním programu studentů.

Graf 5 Přehled vykonávání pohybové aktivity u respondentů.



Graf 5 vykazuje, že aktivní pohybové činnosti se věnuje 79 % studentů. Sloučíme-li tedy kategorie „ne“ a „pouze chůze“ dospějeme k výsledku, že nesportuje 21 % studentů.

Graf 6 Celkový přehled provozované pohybové aktivity podle četnosti, délky trvání a počtu studentů (n=137).



Graf 6 ukazuje, že nejvíce studentů vykonává tělesnou aktivitu 1 – 2x týdně a to po dobu nad 30 minut. Celkově převyšuje počet studentů, kteří při svých pohybových aktivitách vykazují delší dobu trvání, a to více jak 30 minut.

Tabulka 11 Deset nejčastěji provozovaných pohybových aktivit.

Deset nejčastěji uváděných pohybových aktivit		
1.	posilování	39
2.	běh	29
3.	aerobní cvičení	21
4.	jízda na kole	16
5.	spinning	12
6.	plavání	10
7.	tanec	9
8.	in-line	6
9.	badminton	4
10.	joga	3

Z tabulky 11 je patrné, že k nejfrekventovanějším sportům mezi studenty patří na 1. místě posilování. Kvůli rozmanitosti odpovědí jsem do této skupiny zařadila veškeré uváděné posilovací cvičení, např. fitness, posilování na míčích, bodystyling, TRX. Druhé místo zaujímá běh, třetí místo veškeré aerobní cvičení, např. aerobik, aerobik bosu, tae-bo.

Diskuze:

Druhým cílem práce bylo zjistit podíl pohybové aktivity v životě studentů. Zaměřila jsem se na přítomnost, frekvenci a délku trvání pohybové aktivity. U této části výzkumu jsem studenty rozdělila záměrně do tří kategorií. Na ty, co pohybovou aktivitu vykonávají, nevykonávají, a na ty co se věnují pouze chůzi. Pro přehled jsem vyčlenila kategorii „chůze“ proto, že z mého pohledu uvést v dotazníku tuto činnost, jako pohybovou aktivitu, mi připadá poněkud zavádějící, možná i alibistické. Chůzi ve svém každodenním životě přece provozuje každý z nás. Do kategorie „ano“ jsem zařadila pouze ty odpovědi, které jasně vykazovaly dlouhodobější charakter této aktivity (např. procházka se psem - ve dvou případech, či nordic walking - v jednom případě). **Pohybovou aktivitu vykonává 79 % studentů, nevykonává 21 %, z čehož 9 % tvoří právě ti studenti,**

uvádějící v dotaznících pouze chůzi. Výzkumný předpoklad č. 2 byl tímto výsledkem potvrzen. Frekvence pohybové aktivity byla rozdělena na provozovanou, do 30 minut, a provozovanou nad 30 minut. Dále pak kategorizována podle týdenní častosti. Ve výsledku průzkum dokazuje, že pokud už se studenti nějaké pohybové aktivitě věnují, provozují ji nejčastěji 1 – 2x do týdne a to více jak v 30 minutovém trvání. Z průzkumu dále vyplívá, že nejvíce se studenti věnují posilování, běhu, aerobnímu cvičení a jízdě na kole.

4.3 STRESOVÁ ZÁTĚŽ

Stres patří mezi jeden z negativních faktorů ovlivňující naše chování. Působení dlouhodobého stresu na náš organismus, může vyvolávat celou řadu onemocnění. V tomto oddílu práce, jsem se proto zaměřila na výzkum výskytu a zažívání stresu u studentů. Vycházela jsem z těchto čtyř otázek uvedených v dotazníku:

- „Máte pocit, že jste vystaveni stresu?“
- „Objevují se u Vás zažívací problémy z důvodů působení stresu?“
- „Pocitujete nějaké psychické/fyzické problémy z důvodů zažívání dlouhodobého stresu?“
- „Co považujete za nejvíce stresující faktor ve Vašem životě?“

Tabulka 12 Celkové vyhodnocení odpovědí na otázku „Máte pocit, že jste vystaveni stresu?“

	muži (n=19)	ženy (n=155)	celkem	procent
ano, často	4	52	56	32%
ano, občas	8	99	107	61%
ne	7	4	11	6%

Z tabulky 12 je zřejmé, že více jak polovina studentů (61 %) je vystavena stresu občas, často je pak vystaveno 32 % a nepocitující stres tvoří 6 % studentů.

Tabulka 13 Celkové vyhodnocení odpovědí na otázku „Objevují se u Vás zažívací problémy z důvodů působení stresu?“

	muži (n=19)	ženy (n=155)	celkem	procent
pořád	0	4	4	2%
často	1	21	22	13%
občas	1	55	56	32%
zřídka	5	49	54	31%
nikdy	11	27	38	22%

Z tabulky 13 vyplívá, že muži jsou odolnější vůči zažívacím problémům vyvolaných stresovou zátěží. Nejvíce studentů pak uvádělo, že tyto problémy zažívají občas či zřídka.

Tabulka 14 Celkové vyhodnocení odpovědí na otázku „Pocítujete nějaké psychické/fyzické problémy z důvodů zažívání dlouhodobého stresu?“

	muži (n=19)	ženy (n=155)	celkem	procent
ano	2	74	76	44%
ne	17	81	98	56%

V tabulce 14 vidíme poměrně vyrovnaný výsledek. 44 % studentů uvádí psychické či fyzické problémy způsobené dlouhodobým stresem, 56 % tyto problémy nepocítuje.

Tabulka 15 Celkové vyhodnocení odpovědí na otázku „Co považujete za nejvíce stresující faktor ve Vašem životě?“

stresující faktor	počet odpovědí (n=174)
studium (dlouhodobě)	33
osobní problémy	65
studium (krátkodobě)	83
jiné	8
celkem odpovědí	189

Z tabulky 15 je patrný navýšený počet odpovědí, což je způsobeno tím, že někteří studenti uváděli více jak jednu z možných odpovědí. Jako nejvíce stresující faktor považují studenti krátkodobé studium a hned poté osobní problémy v životě. Do kolonky jiné nejčastěji uváděli zdraví.

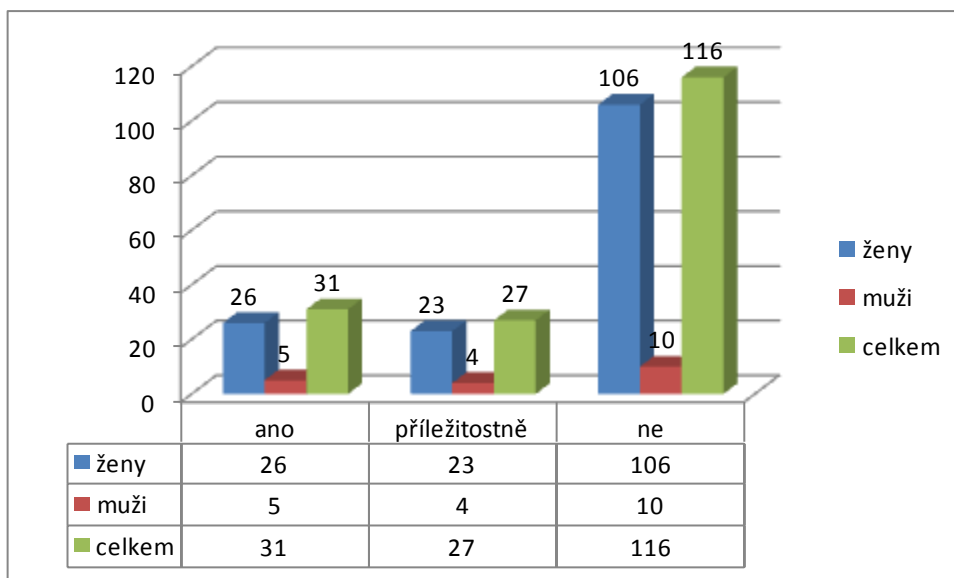
Diskuze:

Třetím cílem práce bylo zjistit podíl míry stresové zátěže v životě studentů. Zjištěno bylo následující. Stresovou zátěž pociťuje 94 % studentů, z toho 32 % uvádí, že často. Zažívací problémy, z důvodů působení stresu, často a neustále zažívá 15 % studentů, občas a zřídka 63 % studentů a 22 % studentů tyto problémy nemívá. Psychické či fyzické problémy z důvodů působení dlouhodobého stresu uvádí až 44 % studentů. Jako nejvíce stresující faktor považují studenti krátkodobé studium a hned poté osobní problémy.

4.4 KOUŘENÍ

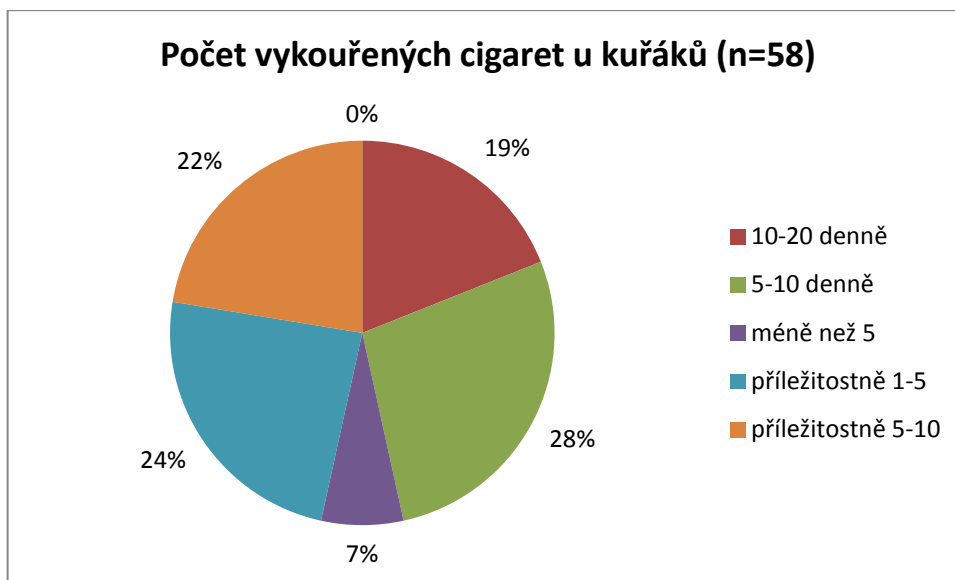
Dalším negativním faktorem ohrožujícím zdraví v životě je bezesporu kouření. Obsahem tohoto oddílu bude vyhodnocení prevalence kuřáctví na ZSF a následné porovnání s výsledky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) z roku 2008 a s výsledky rozsáhlé studie PaedDr. Kukačky na Jihočeské univerzitě (JU) z roku 2010.

Graf 7 Celkový přehled prevalence kuřáctví mezi studenty ZSF.



Z grafu 7 je patrné, že z celkového počtu studentů (n=174), kouří pravidelně 31 studentů, příležitostně 27 studentů a vůbec nekouří 116 studentů.

Graf 8 Přehled počtu vykouřených cigaret u kuřáků.



Graf 8 ukazuje, že nejvíce studentů (28 %) kouří 5 – 10 cigaret denně. 19 % kouří 10 – 20 cigaret denně a zhruba 46 % kouří příležitostně 1 – 10 cigaret na večírku či s přáteli. Možnost 21 a více cigaret neuvedl žádný student.

Tabulka 16 Souhrnné porovnání výsledků statistik ČR, JU a ZSF, v procentech.

	ÚZIS (n=1955)	JU (n=1167)	ZSF (=174)
kuřáci	24,6	21,7	17,8
příležitostní kuřáci	7,8	9,4	15,5
nekuřáci	67,6	68,9	66,7

Výsledky tabulky 16 jsou překvapivě téměř shodné. Pouze u studentů ZSF je podíl kuřáků nižší na úkor vyššího počtu příležitostných kuřáků.

Diskuze:

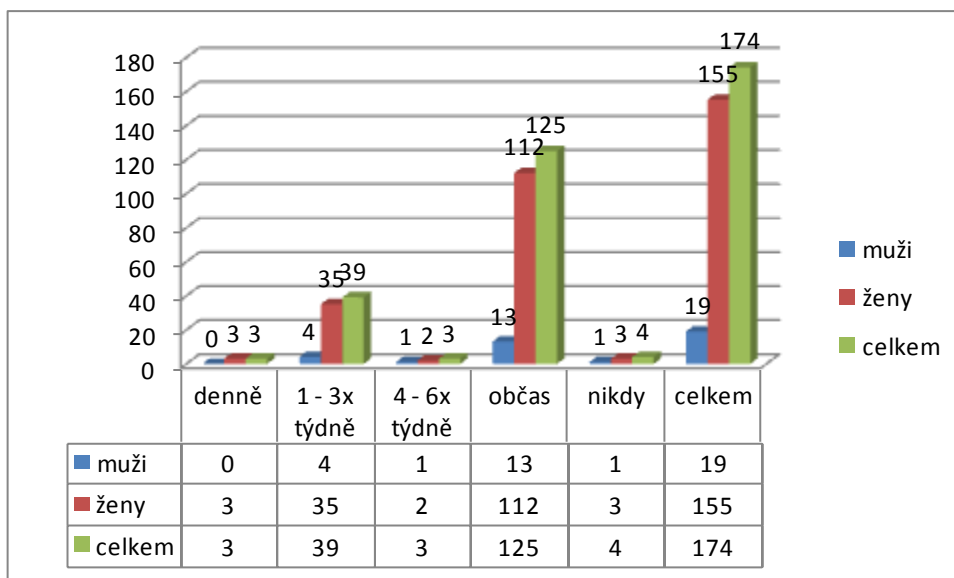
Čtvrtým cílem bylo zjistit prevalenci kuřáctví mezi studenty. Z celkového počtu 174, nekouří 116 studentů. Z toho 31 studentů kouří pravidelně a 27 příležitostně. Největší procento pravidelných kuřáků uvádí počet, 5 – 10, vykouřených cigaret za den. Výsledky v porovnání se statistikou ÚZIS a s výzkumem JU, jsou překvapivě téměř bez rozdílu. Studentům ZSF nutno přičíst k dobru, větší podíl příležitostných kuřáků nad kuřáky pravidelnými.

Pravidelní a příležitostní kuřáci ZSF tvoří celkem 33,3 %. Tento výsledek nepotvrzuje výzkumný předpoklad č. 3.

4.5 ALKOHOL, DROGY

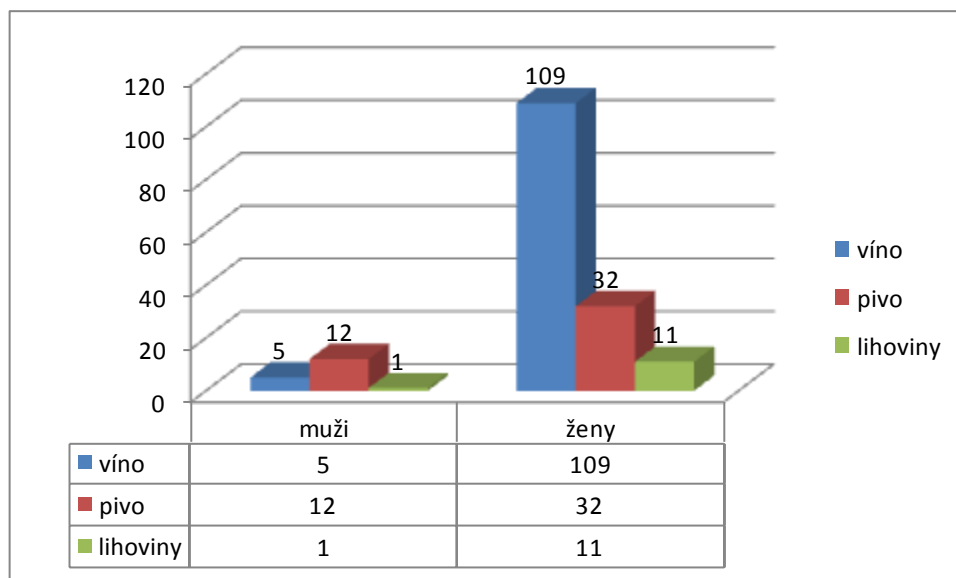
Mezi další, velmi závažné negativní faktory, ovlivňující náš život a zdraví patří návykové látky alkoholové a drogové povahy. Tento sektor bude tedy zahrnovat výsledky týkající se prevalence alkoholu a zmapování drogové scény na ZSF. Získané data konzumace alkoholu budou porovnány s výsledky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) z roku 2006. Dále pak výsledky užívání nejčastější drogy – marihuany, budou porovnány s daty rozsáhlé studie (Kachlík, Klech, 2010), prováděné na Masarykově univerzitě v Brně v roce 2006.

Graf 9 Celkový přehled prevalence konzumace alkoholu mezi studenty ZSF.



Z grafu 9 lze vyčíst, že nejvíce studentů konzumuje alkohol občas. Nejmenší skupinu pak tvoří studenti, kteří alkohol pijí denně, nebo mu naopak neholdují vůbec.

Graf 10 Celkové vyhodnocení nejčastěji konzumovaného druhu alkoholu (n=170).



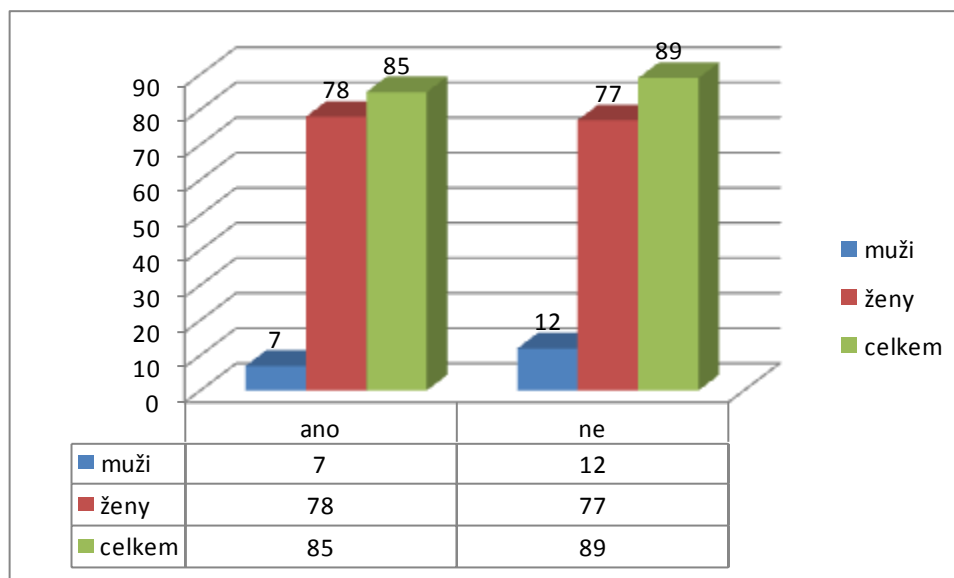
Dle předpokladu nám graf 10 ukazuje, že nejvíce konzumované, mezi ženami, je víno, mezi muži pivo. Nejmenší podíl konzumace tvoří lihoviny

Tabulka 17 Souhrnné porovnání výsledků, četosti konzumace alkoholu, statistik ČR a ZSF, v procentech.

	studenti ZSF	běžná populace (ÚZIS)
denně	1,7%	9,5%
2 - 3x týdně	22,4%	13,4%
4 - 6x týdně	1,7%	5,6%
občas	71,8%	55,7%
nikdy	2,3%	15,9%

U tabulky 17, vidíme, že největší podíl u obou skupin, tvoří občasní konzumenti.

Graf 11 Celkové vyhodnocení odpovědí na otázku „Vyzkoušeli jste někdy nelegální návykovou látku?“



Z grafu 11 jsou patrné téměř vyrovnané hodnoty. Procentuálně, 49 % studentů uvádí, že nelegální drogu v životě alespoň jednou vyzkoušelo, 51 % studentů nelegální drogy nikdy nevyzkoušelo.

Tabulka 18 Přehled nelegálních drog, které studenti vyzkoušeli.

druhy nelegálních drog	počet (n=85)	podíl (%)
konopné látky	66	78%
inhalanty	0	0%
pervitin	0	0%
"taneční" drogy	6	7%
heroin	0	0%
subutex	0	0%
halucinogeny	8	9%
léky	5	6%
jiné	0	0%

Tabulka 18 nám ukazuje, že 78 % studentů ve svém životě vyzkoušelo konopné látky (např. marihuanu, hašiš), 9 % halucinogeny (např. lysohlávky, LSD), 7 % „taneční“ drogy (např. extázi) a 6 % různé druhy léků (např. analgetika, sedativa).

Tabulka 19 Porovnání výsledků dat, užití marihuany během života, s výzkumem Masarykovy univerzity v Brně.

	ZSF(n=174)	MU (n=9 993)
ano	37,9%	59,5%
ne	62,1%	40,5%

V porovnání v tabulce 19, výsledky ukazují výrazně menší zkušenosti s užíváním marihuany u studentů ZSF, než u studentů Masarykovy univerzity.

Diskuze:

Čtvrtým cílem této práce bylo zjistit prevalenci konzumace alkoholu a jiných návykových látek. Co se týče alkoholu, denní konzumaci, z celkového počtu, vykazují pouze 3 studenti, a to ženy. Žádnou konzumaci pak vykazují pouze 4 studenti. Oblíbeným alkoholem u mužů je pivo, u žen víno. Toto zjištění se shoduje i s průzkumem konzumace jednotlivých druhů nápojů, které vyhodnocoval statistický úřad ČR. Pro souhrnné porovnání výsledků (tabulka 17), bylo nutné provést sumarizaci jednotlivých kategorií do pěti základních. Jak je patrné, celkově se získané výsledky výrazně liší, a to ve všech kategoriích. Nicméně **největší podíl u obou skupin tvoří občasní konzumenti, čímž se potvrzuje výzkumný předpoklad č. 4.** Rozdílnost výsledků přisuzují odlišnému věkovému záběru u jednotlivých zkoumaných souborů. Důkazem tohoto faktu jsou i samotné výsledky studie ÚZIS, které poukazují na rozdíl v množství a frekvence konzumace alkoholu u jednotlivých generací. Starší lidé konzumují alkohol sice pravidelně, ale v menších dávkách. U mladší generace je tomu obráceně. Alkohol konzumují méně často, zato ale ve větším množství.

Nelegální látku, alespoň jednou v životě, vyzkoušela téměř polovina studentů, kteří nejčastěji (78 %) uváděli užití konopných látek. Zbývajících 22 % studentů odzkoušelo „taneční“ drogy, halucinogeny a léky. Výsledky užití marihuany, z celkového počtu dotázaných, byly pro zajímavost porovnány s výsledky výzkumu prováděného na Masarykově univerzitě v Brně. Rozdíl výsledků je více než 20 % ve prospěch studentů ZSF.

Celková sumarizace hodnocení užívání nelegálních drog ukazuje, že za posledních 12 měsíců, užilo nelegální drogu 24 studentů a za posledních 30 dní 10

studentů. Ve třech případech se jednalo o užití marihuany. Občasné užívání marihuany uvedlo 8 studentů, pravidelné užívání uvedl 1 student.

4.6 BMI

V závěru tohoto výzkumu se zaměříme na vyhodnocení hmotnosti pomocí BMI indexu. Získané data budou porovnána s výsledky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) z roku 2008 a s výsledky výzkumu studie PaedDr. Kukačky na Jihočeské univerzitě (JU) z roku 2010.

Tabulka 20 Porovnání výsledků průměrné výšky, hmotnosti a BMI u žen ZSF se statistikou ÚZIS.

Ženy	výška (cm)	hmotnost (kg)	BMI (kg/m ²)
ÚZIS (15 - 34 let)	167,3	62	22,2
ZSF (19 - 30 let)	168,7	65,5	23,3

Tabulky 20 ukazuje minimální rozdíly, jež jsou odpovídající nižší věkové hranici výzkumného souboru statistik ÚZIS.

Tabulka 21 Porovnání výsledků průměrné výšky hmotnosti a BMI u mužů ZSF se statistikou ÚZIS.

Muži	výška (cm)	hmotnost (kg)	BMI (kg/m ²)
ÚZIS (15 - 34 let)	179	79	24,7
ZSF (19 - 30 let)	181	85,5	28,4

Tabulka 21 též vykazuje výsledky odpovídající rozdílnosti záběru věkových kategorií jednotlivých studií. Zvýšený výsledek BMI u ZSF, je způsoben výsledkem hodnoty studenta, pohybujícím se ve váhové kategorii morbidní obezity.

Tabulka 22 Celkový přehled vyhodnocení BMI parametrů u studentů ZSF.

kategorie	MUŽI (n=19)			ŽENY (n=155)			celkem %
	Ø BMI	počet	podíl v %	Ø BMI	počet	podíl v %	n=174
podvýživa	0	0	0%	18,4	8	5%	5%
normální hmotnost	23,03	12	63%	21,76	114	74%	72%
nadváha	28,39	4	21%	27,71	26	17%	17%
obezita I. stupně	31,15	2	11%	31,09	7	5%	5%
obezita II. stupně	0	0	0%	0	0	0%	0%
morbidní obezita	40,47	1	5%	0	0	0%	1%

Tabulka 22 ukazuje, že největší počet studentů ZSF se pohybuje v kategorii normální, tedy ideální hmotnosti.

Tabulka 23 Souhrnné vyhodnocení a porovnání výsledků BMI parametrů studentů ZSF a studentů JU.

kategorie	MUŽI		ŽENY	
	JU (n=418)	ZSF (n=19)	JU (n=738)	ZSF (155)
podvýživa	2%	0%	7%	5%
normální hmotnost	68%	63%	82%	74%
nadváha	25%	21%	10%	17%
obezita I. stupně	5%	11%	2%	5%
obezita II. stupně	0%	0%	0%	0%
morbidní obezita	0%	5%	0%	0%

Tabulka 23 ukazuje, že ve vzorku ZSF se nachází více studentek trpících nadváhou (o 7 %) a více studentů trpící obezitou I. stupně (o 6 %). Extrémem ve skupině ZSF, je student s hmotností 140 kg, který spadá do kategorie morbidní obezity.

Diskuze:

Poslední cíl této práce byl zaměřen na výzkum prevalence nadváhy a obezity studentů. Získané údaje, výška, váha a zprůměrované hodnoty BMI, byly porovnány se statistickým výzkumem ÚZIS, zaměřeným na osoby věkového rozmezí 15 – 34 let. Rozdíly porovnání nejsou nijak výrazné. Výsledky ÚZIS vykazují nepatrně nižší hodnoty, které korelují s nižší věkovou hranicí tohoto souboru. Zvýšený výsledek BMI u ZSF, je způsoben nadhodnotami studenta, pohybujícím se ve váhové kategorii morbidní obezity, a celkově nízkým

zastoupením mužů ve výzkumném vzorku. V souhrnném porovnání, výsledky ukazují, že studenti JU jsou na tom s prevalencí obezity a nadváhy podstatně lépe. Důkazem je vyšší procento žen, v kategorii normální váhy a nižší procento žen, v kategorii nadváhy.

V souboru ZSF, největší podíl studentů - 72 %, spadá do kategorie normální hmotnosti. Výzkumný předpoklad č. 5 se tímto nepotvrdil.

5 ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na životní styl studentů studujících Zdravotně sociální fakultu v Českých Budějovicích. Jejím cílem bylo, zmapování nejdůležitějších aspektů, ovlivňujících pozitivně, ale i negativně zdraví studentů.

Teoretická část je zaměřena na vymezení stěžejních pojmů a vztahů, vycházejících z tématu práce. Praktická část je věnována průzkumu a vyhodnocení dotazníkového šetření, zaměřeného na problematiku zdraví, výživy, pohybové aktivity, stresové zátěže, kouření, požívání alkoholu a jiných návykových látek.

Vyhodnocením 174 dotazníků, bylo u jednotlivých oblastí, zjištěno:

1/ Výživa

- Mléko a mléčné výrobky konzumuje 71 % studentů.
- Ovoce pravidelně konzumuje 66 % studentů.
- Zeleninu pravidelně konzumuje až 73 % studentů.
- 1 – 3x týdně konzumuje maso 68 % studentů.
- Dostatečný příjem tekutin (1,5 – 2 l) vykazuje 64 % studentů.
- Slazené nápoje konzumuje, minimálně nebo vůbec, 66 % studentů.
- Rychlé občerstvení nenavštěvuje 30 % studentů, 63 % je navštěvuje pouze občas.

2/ Pohybová aktivita

- Pohybové aktivitě se věnuje 79 % studentů.
- Nejčastější frekvence pohybové aktivity je 1 – 2x týdně, v délce trvání nad 30 minut.
- Nejčastějšími pohybovými aktivitami v životě studentů jsou: posilování, běh, aerobní cvičení a jízda na kole.

3/ Stresová zátěž

- Stresovou zátěž, různé intenzity, pociťuje až 94 % studentů.
- Nejvíce stresující faktor je pro studenty krátkodobé studium a osobní problémy.

3/ Kouření

- Mezi studenty se nachází necelých 67 % nekuřáků, zbylou část pak tvoří pravidelní a příležitostní kuřáci.

4/ Alkohol, drogy

- Necelých 72 % studentů vykazuje občasnou konzumaci alkoholu.
- Muži nejvíce preferují konzumaci piva, ženy konzumaci vína.
- Nelegální drogu, alespoň jednou v životě vyzkoušela téměř polovina studentů.
- Nejužívanějšími drogami, v životě studentů, jsou konopné látky.
- Za posledních 12 měsíců užilo nelegální látku celkem 12 studentů.
- Pravidelné užívání marihuany vykazuje 1 student.

4/ BMI

- Průměrná výška u mužů je 181 cm, u žen 168,7 cm.
- Průměrná hmotnost u mužů je 85,5 kg, u žen 65,5 kg.
- V kategorii normální váhy se pohybuje 72 % studentů.
- V kategorii nadváhy se pohybuje 17 % studentů.

Výzkum této bakalářské práce dokazuje, že v oblasti výživy, více jak polovina dotazovaných studentů, dodržuje základní výživová doporučení. V ostatních oblastech, které jsem měla možnost porovnat s jinými výzkumy, pak finální výsledky nevykazují výraznější rozdíly. Přesto považuji téměř za nezbytné, vyzdvihnout důležitost osvěty a neustálého vzdělávání se, ve všech oblastech, týkajících se našeho zdraví.

SEZNAM LITERATURY

Knižní zdroje

- 1/ ADÁMKOVÁ, Věra. *Civilizační choroby - žijeme spolu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. 130 s. ISBN 978-80-7387-413-1.
- 2/ BLATTNÁ, Jarmila et al. *Výživa na začátku 21. století, aneb, O výživě aktuálně a se zárukou*. Praha: Společnost pro výživu, 2005. 79 s., [4] s. barev. obr. příl. ISBN 80-239-6202-7.
- 3/ ČELEDOVÁ, Libuše a ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
- 4/ *Drogy: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 198 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2.
- 5/ HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách: drogy a jejich účinky, rizika zvyšující užívání drog, léčba, problémové situace*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001. 133 s., [11] s. obr. příl. Pro rodiče. ISBN 80-247-0135-9.
- 6/ HOLČÍK, J. *Výklad základních pojmů: Úvod do evropské zdravotní strategie*. Praha: MZ ČR, 2004. ISBN 80-85047-33-0.
- 7/ KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, ©2003. 2 sv. (319, 343 s.). Monografie; no. 1. ISBN 80-86734-05-6.
- 8/ KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- 9/ KOHOUTEK, Rudolf. *Úvod do psychologie: psychologie osobnosti a zdraví žáka*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006. 167 s. ISBN 80-210-4077-7.
- 10/ KOZÁK, Jiří T., PFEIFER, Ivan a RICHTER, Josef. *Rizikový faktor kouření*. 1. vyd. Praha: Knižní podnikatelský klub, 1993. 242 s. Zdravotnické aktuality; Č. 225. ISBN 80-85267-42-X.

- 11/ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- 12/ KUKAČKA, Vladislav. *Udržitelnost zdraví: vědecká monografie*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2010. 228 s. ISBN 978-80-7394-217-5.
- 13/ KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2011. 140 s. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-3433-0.
- 14/ *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 120 s. ISBN 80-86625-20-6.
- 15/ MACHOVÁ, Jitka a kol. *Výchova ke zdraví pro učitele*. Vyd. 1. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta, 2006. 250 s. ISBN 80-7044-768-0.
- 16/ MACHOVÁ, Jitka a kol. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 291 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2715-8.
- 17/ MANDELOVÁ, Lucie a HRNČÍŘÍKOVÁ, Iva. *Základy výživy ve sportu*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 72 s. ISBN 978-80-210-4281-0.
- 18/ MARÁDOVÁ, Eva. *Zdravý životní styl I: pro 6.-9. ročník základní školy a odpovídající ročníky víceletého gymnázia*. 2. vyd. Praha: Fortuna, 2000. 143 s. Rodinná výchova. ISBN 80-7168-712-X.
- 19/ MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. 107 s. Studijní texty. ISBN 978-80-7368-951-3.
- 20/ NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.
- 21/ NOVOTNÁ, Jana aj. *Drogové závislosti včetně alkoholu: určeno zdravot. sestřám pro speciální práci na úseku protialkoholní a protitoxikomanické péče*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání stř. zdravot. pracovníků, 1989. 144 s. Učební texty / Institut pro další vzdělávání stř. zdravot. pracovníků v Brně. ISBN 80-7013-006-7.
- 22/ PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- 23/ PÍTHA, Jan a POLEDNE, Rudolf. *Zdravá výživa pro každý den*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 143 s. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2488-1.

24/ SURYNEK. KOMÁRKOVÁ, KAŠPAROVÁ, 2001, ZÁKLADY SOCIOLOG.VÝZKUMU, ISBN-80-7261-038-4.

25/ TUREK, Bohumil. *Výživový stav populace a nutriční rizika*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. 32 s. ISBN 80-7071-243-0.

26/ VAĎUROVÁ, Helena a MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 143 s.ISBN 80-210-3754-7.

27/ VALÍČEK, Pavel a kol. *Rostlinné omamné drogy*. 1. vyd. Benešov: Start, 2000. 191 s. ISBN 80-86231-09-7.

28/ VELEMÍNSKÝ, Miloš a kol. *Zdraví a nemoc*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2011. 133 s.ISBN 978-80-7394-326-4.

Internetové zdroje

1/ Benzodiazepiny. *Prevence zneužívání syntetických drog* [online]. Brno, 2009 [cit. 2013-05-08]. Dostupné z: <http://www.extc.cz/benzodiazepiny.html>

2/ CHROMÝ, S. HISTORIE TABÁKU. *Pěstování tabáku* [online]. [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://www.pestovanitabaku.szm.com/historie.html>

3/ CRAVING (BAŽENÍ). *Informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. 2003, 15. 10. 2010 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/c/craving_bazeni

4/ DOSTÁLOVÁ, J., P. DLOUHÝ. Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky. *Společnost pro výživu*[online]. Praha, 2012, 6. dubna 2012 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://www.vyzivaspol.cz/rubrika-dokumenty/konecne-zneni-vyzivovych-doporuceni.html>

5/ Drogy -> Opiáty. *Drogy.ezin.cz/* [online]. [cit. 2013-05-08]. Dostupné z: <http://drogy.ezin.cz/pages/opiaty.html>

6/ FÓRUM PSR. Co je to alkohol?. *Pij s rozumem* [online]. 2007 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: http://www.pijsrozumem.cz/119_Co-je-to-alkohol

7/ Historie alkoholu. *Dějiny alkoholu* [online]. 2007 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://dejinyalkoholu.blogspot.cz/2007/10/historie-alkoholu.html>

8/ KOHOUTEK, R. Drogové závislosti, alkoholismus, nikotinismus. *Psychologie v teorii a praxi* [online]. 2008 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0811/drogove-zavislosti-alkoholismus-nikotinismus>

9/ KRÁLÍKOVÁ, E. Statistiky týkající se kouření cigaret - souhrn všech údajů. *Kuřáková plíce* [online]. 2012 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/statistiky-tykajici-se-koureni/10-statistiky-tykajici-se-koureni-cigaret.html

10/ LÁCHOVÁ, Jitka a Šárka DAŇKOVÁ. *Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR - EHIS CR* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010 [cit. 2013-04-21]. Aktuální informace č. 70/2010. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/70_10.pdf

11/ MÁLKOVÁ, I. Důležitost PITNÉHO REŽIMU. *Průvodce zdravým životním stylem* [online]. 2008 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: http://www.hravezijzdrave.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=94&Itemid=40

12/ Metody určování optimální tělesné hmotnosti. POLSKÁ AKADEMIE VĚD ODDĚLENÍ ANTROPOLOGIE. *Epidemie obezity* [online]. [cit. 2013-04-21]. Dostupné z: <http://www.epidemieobezity.upol.cz/index.php/verejnost/18-metody-urcovani-optimalni-telesne-hmotnosti>

13/ MLČOCH, Z. Pití alkoholu v ČR a zahraničí - statistiky a zajímavosti o spotřebě a jiném. *Alkoholik.cz* [online]. 2013 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z:

http://www.alkoholik.cz/zavislost/clanky_a_statistiky/piti_alkoholu_v_cr_a_zahranici_statistiky_a_zajimavosti_o_spotrebe_a_jinem.html

14/ REGENERMELOVÁ, L. Nebezpečí dehydratace. *Zdrave.cz* [online]. 2010 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://voda-a-hydratace.zdrave.cz/pozor-na-dehydrataci/>

15/ SLIMÁKOVÁ, M. Zdravý talíř. *ODBORNÝ PRŮVODCE ZDRAVÍM A VÝŽIVOU* [online]. 2012 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://www.margit.cz/zdravy-talir/>

16/ Studenti FSV UK představili výsledky výzkumu zaměřeného na postoj mladých lidí ke kouření v restauracích. *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. 2013 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/studenti-fsv-uk-predstavili-vysledky-vyzkumu-zamereneho-na-postoj-mladych-lidi-k_7428_1.html

17/ Substituční léčba. *Stránky o závislosti* [online]. ISSN 1804-0799. Praha, 2011, 2013 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/rozdeleni-drog>

18/ 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. *Portál veřejné správy* [online]. 2005 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=60445&recShow=20&fulltext=&nr=379~2F2005&part=&name=&rpp=100#parCnt>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Zdravý talíř	28
------------------------------	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Rizikové hodnoty výpočtu WHR.....	34
Tabulka 2 Klasifikace hmotnosti podle BMI.....	35
Tabulka 3 Statistika nadváhy a obezity populace ČR.....	36
Tabulka 4 Přehled nejužívanějších drog v ČR.....	50
Tabulka 5 Počet respondentů	52
Tabulka 6 Věková kategorizace respondentů	52
Tabulka 7 Celkové hodnocení odpovědí na otázku „Jak často konzumujete následující potraviny?“.....	56
Tabulka 8 Porovnání denní konzumace ovoce a zeleniny s výzkumem ÚZIS.....	56
Tabulka 9 Souhrnný přehled denního příjmu čisté vody.....	58
Tabulka 10 Souhrnný přehled denního příjmu slazených nápojů.....	58
Tabulka 11 Deset nejčastěji provozovaných pohybových aktivit.....	63
Tabulka 12 Celkové vyhodnocení odpovědí na otázku „Máte pocit, že jste vystaveni stresu?“.....	64
Tabulka 13 Celkové vyhodnocení odpovědí na otázku „Objevují se u Vás zažívací problémy z důvodů působení stresu?“	65
Tabulka 14 Celkové vyhodnocení odpovědí na otázku „Pociťujete nějaké psychické/fyzické problémy z důvodů zažívání dlouhodobého stresu?“.....	65
Tabulka 15 Celkové vyhodnocení odpovědí na otázku „Co považujete za nejvíce stresující faktor ve Vašem životě?“.....	65
Tabulka 16 Souhrnné porovnání výsledků statistik ČR, JU a ZSF, v procentech.	67
Tabulka 17 Souhrnné porovnání výsledků, četosti konzumace alkoholu, statistik ČR a ZSF, v procentech.	69
Tabulka 18 Přehled nelegálních drog, které studenti vyzkoušeli.....	70
Tabulka 19 Porovnání výsledků dat, užití marihuany během života, s výzkumem Masarykovy univerzity v Brně.....	71
Tabulka 20 Porovnání výsledků průměrné výšky, hmotnosti a BMI u žen ZSF se statistikou ÚZIS.	72
Tabulka 21 Porovnání výsledků průměrné výšky hmotnosti a BMI u mužů ZSF se statistikou ÚZIS.	72

Tabulka 22 Celkový přehled vyhodnocení BMI parametrů u studentů ZSF.	73
Tabulka 23 Souhrnné vyhodnocení a porovnání výsledků BMI parametrů studentů ZSF a studentů JU.	73

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Procentuální přehled frekvence konzumace masa u mužů a u žen.	57
Graf 2 Celkový přehled frekvence konzumace masa.	57
Graf 3 Souhrnné porovnání denního příjmu vody a slazených nápojů.	59
Graf 4 Četnost stravování v rychlém občerstvení.	59
Graf 5 Přehled vykonávání pohybové aktivity u respondentů.	62
Graf 6 Celkový přehled provozované pohybové aktivity podle četnosti, délky trvání a počtu studentů (n=137).	62
Graf 7 Celkový přehled prevalence kuřáctví mezi studenty ZSF.	66
Graf 8 Přehled počtu vykouřených cigaret u kuřáků.	67
Graf 9 Celkový přehled prevalence konzumace alkoholu mezi studenty ZSF.	68
Graf 10 Celkové vyhodnocení nejčastěji konzumovaného druhu alkoholu (n=170).	69
Graf 11 Celkové vyhodnocení odpovědí na otázku „Vyzkoušeli jste někdy nelegální návykovou látku?“	70