

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA

V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2013

Bc. Hana Škvarková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství 5341

Bc. Hana Škvarková

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

**ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL U VYBRANÝCH VĚKOVÝCH
SKUPIN**

Diplomová práce

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Luhanová

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3. 2013

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji paní MUDr. Lence Luhanové za cenné rady a vedení diplomové práce. Poděkování patří také mým vybraným respondentům, kteří mi pomohli s vyplněním dotazníku týkajícího se životního stylu a známým, kteří mě v psaní mé diplomové práce podpořili a byli mi oporou.

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 VYMEZENÍ POJMU ZDRAVÍ A ŽIVOTNÍHO STYLU	11
1.1 Determinace zdraví	12
1.2 Prevence a podpora zdraví	13
2 ŽIVOTNÍ STYL A VÝŽIVA	14
2.1 Rozdílný pohled na výživu v období dospívání a ve stáří	15
2.2 Základní živiny	15
2.3 Vliv vody na lidský organismus	18
2.3.1 Dehydratace	18
2.4 Poruchy příjmu potravin	20
2.4.1 Mentální anorexie	21
2.4.2 Mentální bulimie.....	22
2.5 Dopady nezdravého stravování na lidský organismus.....	23
2.5.1 Obezita	23
2.5.2 Hypertenze	25
2.5.3 Ateroskleróza	25
3 ŽIVOTNÍ STYL A FYZICKÁ AKTIVITA	26
3.1 Tělesný pohyb.....	26
3.2 Pohyb jako aktivní odpočinek.....	28
3.3 Odpočinek a spánek	28
3.3.1 Fáze spánku.....	29
3.3.2 Poruchy spánku.....	30
3.3.3 Denní biorytmy	31
3.3.4 Vliv směnných povolání na zdravotní stav	32
4 ŽIVOTNÍ STYL A NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ SITUACE	33
4.1 Stres	33
4.1.1 Typy stresu.....	34
4.1.2 Prevence stresu	34
4.1.3 Projevy stresu.....	35
4.1.4 Metody zvládnání stresu	35
4.2 Frustrace.....	36
4.3 Konflikt.....	37

5	ŽIVOTNÍ STYL A NÁVYKOVÉ LÁTKY	38
5.1	Rizikové chování.....	39
5.2	Autodestruktivní závislosti.....	39
5.3	Závislost na alkoholu.....	40
5.4	Závislost na tabákových výrobcích.....	41
6	FORMULACE PROBLÉMU	43
6.1	Základní výzkumná otázka.....	43
6.2	Dílčí hypotézy.....	43
6.3	Cíl a úkol průzkumu.....	44
7	VZOREK RESPONDENTŮ	45
8	METODIKA VÝZKUMU	46
8.1	Metoda výzkumu.....	47
8.1.1	Multikriteriální hodnocení.....	47
8.1.2	Rozložení váhových bodů.....	48
8.2	Zpracování vyhodnocení údajů.....	52
9	PREZENTACE A INTERPRETACE DAT.....	53
9.1	Grafické znázornění dotazníkového šetření	53
9.2	Zpracované hypotézy dle stanovených kritérií.....	74
10	DISKUSE	81
ZÁVĚR	84	
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	85	
SEZNAM TABULEK	91	
SEZNAM GRAFŮ.....	92	
11 PŘÍLOHY	93	

ANOTACE

Příjmení a jméno: Bc. Škvarková Hana

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Zdravý životní styl u vybraných věkových skupin

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Luhanová

Počet stran: číslované: 74 , nečíslované: 32

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 66

Klíčová slova: zdraví, životní styl, výživa, pohybová aktivita, spánek

Souhrn:

Současná hektická doba má velmi špatný dopad na životní styl každého člověka. I média se často rozcházejí s názory týkající se zdravého životního stylu. Objevuje se však stále více metod, jimiž lze docílit psychické i fyzické odolnosti. Mnoho lidí se těmito odbornými radami a pokyny často vůbec neřídí. Neustále se zvyšuje počet osob trpících civilizačními chorobami, které jsou zapříčiněny mimo jiné i nevhodným způsobem života. Nejčastěji se mezi tyto choroby řadí ateroskleróza, akutní infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, hypertenze, obezita, nádorová onemocnění a mnoho dalších. Proto je důležité dodržovat prevenci a podporovat motivaci k dodržování zdravého životního stylu.

ANNOTATION

Surname and name: Bc. Škvarková Hana

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Healty lifestyle for selected age groups

Consultant: MUDr. Lenka Luhanová

Number of pages: numbered: 74, unnumbered: 32

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 66

Key words: health, lifestyle, nutrition, physical activity, sleep

Summary:

Current hectic period has a very bad impact on the lifestyle of each person. The media often divides the views on healthy lifestyles. There is still more methods by which you can achieve mental and physical endurance. Many people with these expert advice and often guidance do not follow. Constantly increasing number of people suffering from lifestyle diseases, which are caused by among other things and inappropriate urban way of life. These diseases include atherosclerosis, myocardial infarction, stroke, hypertension, obesity and many others. Therefore, it is important follow prevention and promotes motivation to maintain a healthy lifestyle.

ÚVOD

Téma mé diplomové práce zní „Zdravý životní styl u vybraných věkových skupin“. Toto téma jsem si vybrala nejen pro jeho aktuálnost, ale také z důvodu zajímavosti zjištění a porovnání dané problematiky mezi jednotlivými věkovými skupinami. Konkrétně jsem se zaměřila na skupinu adolescentů, osoby středního věku a jedince starší 65 let.

Domnívám se, že dnešní hektická doba má velmi negativní dopad na životní styl každého člověka. V různých sdělovacích prostředcích se lze setkat s rozcházejícími se názory, které se týkají zdravého životního stylu. Zdravý životní styl mimo jiné přispívá také k lepší psychické i fyzické pohodě organismu. Objevuje se stále více metod, jimiž lze onoho ideálního stavu docílit. Mnoho lidí se však těmito radami a pokyny vůbec neřídí. Neustále se zvyšuje počet osob trpících civilizačními chorobami, které jsou zapříčiněny mimo jiné i nevhodným způsobem života. Nejčastěji se mezi tyto choroby řadí ateroskleróza, akutní infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, hypertenze, obezita, diabetes mellitus, rakovina, Alzheimerova choroba, chronický únavový syndrom, či syndrom vyhoření. (1) Některé z těchto již zmiňovaných onemocnění budou zmíněny i v mé diplomové práci.

Tématika životního stylu je velmi obsáhlá, a proto jsem se rozhodla se ve své teoretické části diplomové práce zaměřit především na oblasti stravování, pohybové aktivity, spánku a odpočinku, který je potřebný pro regeneraci organismu. Dále se chci zabývat problematikou náročných životních situací, jako je například stres nebo konflikty, a v neposlední řadě také návykovými látkami typu alkohol, nikotin či drogy.

Hlavním cílem mé diplomové práce je získání pohledu široké veřejnosti na mnou předem stanovených pět hypotézy, zaměřených na problematiku zdravého životního stylu. Dalším cílem je zmapování dané problematiky z pohledu jednotlivých věkových skupin, konkrétně skupiny adolescentů, osob středního věku a skupiny seniorů ve věku od 65 let v předem sestaveném dotazníku. Následně budou výsledky zkoumání zaznamenány a popsány v praktické části mé diplomové práce pomocí grafického znázornění.

Jsem si vědoma, že je toto téma velice rozsáhlé a svým obsahem vstupuje široce do jiných vědních disciplín, avšak věřím, že se mi podaří zpracovat tuto diplomovou práci přehledně a srozumitelně.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ POJMU ZDRAVÍ A ŽIVOTNÍHO STYLU

Pojem zdraví lze vyjádřit různými způsoby a definicemi. Samotný termín pochází z řeckého slova holos, což znamená celý nebo nějaký celek. Již v roce 1977 se objevili první charakteristiky pojmu zdraví a definovali jej, jako schopnost vést produktivní sociální a ekonomický život. V roce 1999 se pojem zdraví vyznačoval skrze sníženou nemocnost a úmrtnost. T. Parsons charakterizoval zdraví podle optimálního fungování člověka, vzhledem k jeho účinnému plnění úkolů a sociálních rolí. Však nejznámější je definice dle Světové zdravotnické organizace z roku 1946. V originálu tato definice zní: „Health is state of complete physical, mental, social well-being and not merely the absence of disease and infirmity.“ Ve volném překladu zdraví znamená stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci či nějaké vady. (2)

Pojetí zdraví vychází ze dvou základních přístupů, holistického a interakčního. Holistické pojetí zdraví poukazuje na celistvou strukturu lidské bytosti, kdežto interakční pojetí jej doplňuje o další mechanismus, ve kterém dochází ke vzájemnému vztahu a působení zdraví a nemoci. (3).

Tělesné zdraví není zcela stabilní bez duševní pohody. Duševní pohodu lze označit za optimální a pohotovou reakci vůči vnější realitě. Dá se říci, že pokud jsme v harmonii s naší duševní, psychickou stránkou osobnosti, pak se to také projeví ve stránce tělesné, na našem zdraví. (4)

Životní styl zahrnuje odlišné formy chování lidí na nejrůznější životní situace. Můžeme se rozhodnout jak pro zdravé alternativy chování, tak pro ty, co zdraví škodí. Člověk se však může správně rozhodnout pouze tehdy, pokud má k dispozici veškeré informace a znalosti o tom, co jeho zdraví upevňuje a co mu škodí. (5).

Každý jedinec je individuální osobnost, která si utváří komplex charakteristických aktivit, které pak tvoří obraz celé společnosti. Nejdůležitější společenská jednotka, která na nás působí již od dětství, je rodina. Postupně se zde stabilizují určité typy chování, postoje a zvyklosti, které se odrážejí v jednotlivých osobnostech. (6)

Současný životní styl se vyznačuje výrazným nedostatkem pohybu, nadměrným přísunem nezdravých potravin, zaneprázdněností a nadměrným psychickým stresem. Všechny tyto skutečnosti působí negativně na náš zdravotní stav. Vyšlé studie týkající se nadváhy a obezity v České republice publikují alarmující čísla. Při součtu skupin lidí trpící nadváhou či obezitou dojdeme v průměru k 70% nemocných. (7)

1.1 Determinace zdraví

Determinace zdraví značí jisté podmínky a příčiny, které posilují či naopak ohrožují zdravotní stav jednotlivce, skupiny nebo celého obyvatelstva. (8)

Rozlišujeme determinanty zdraví, ovlivnitelné naší vůlí, jako jsou například životní styl, životní prostředí, sociální, ekonomické nebo zdravotnické prostředí. Mezi neovlivnitelné faktory řadíme věk, genetiku a pohlaví. Každý člověk vnímá zdraví individuálním způsobem.

Vliv již zmiňovaných elementů byl také kvantifikován tak, že genetický základ se podílí na zdravotním stavu populace asi z 10 až 15 %, zdravotnictví taktéž z 10 až 15 %, životní prostředí asi z 20 % a způsob života celými 50 %. Do celkového způsobu života patří zejména způsoby stravování, pohybová aktivita, stres, toxikománie včetně alkoholismu a nikotinismu a sexuální chování. Vlivy životního prostředí jsou daleko intenzivnější, než tomu bylo dříve. (9)

Determinanty zdraví jsou propojeny komplexem velmi složitých a navzájem propojených vztahů. Rozsah vlivu jednotlivých faktorů se mění spolu s rozvojem lékařských věd, nových možností léčby nebo účinných intervencí zasahující do různých patogenetických procesů. (9)

1.2 Prevence a podpora zdraví

Státní zdravotnický ústav České republiky se podílí na podpoře zdraví jedinců, skupin i komunit. Vytváří podklady pro tvorbu zdravotní politiky státu, podílí se na mezinárodní spolupráci, slouží ke kontrole kvality poskytovaných služeb a k ochraně veřejného zdraví. Podpora zdraví úzce souvisí s prevencí a preventivními opatřeními. Preventivní opatření slouží k zabránění vzniku nemocí, vyhledávání rizikových faktorů a zabránění rozvoji možných komplikací. (10) Podle časové frekvence zásahu rozdělujeme prevenci do třech základních kategorií.

1. Primární prevence se zaměřuje na zdravé jedince, jejím cílem je předcházet nemocem či zdravotním problémům. Měla by sloužit k podpoře a posílení zdraví, rozvoji zdravotní výchovy a žádoucího životního stylu.

2. Sekundární prevence, jejím cílem je aktivní vyhledávání jednotlivých rizikových faktorů a jejich následná, včasná a odborná náprava. Do této oblasti spadají také pravidelné preventivní prohlídky u praktických či odborných lékařů. Frekvenci a obsah preventivních prohlídek stanovují vyhlášky č.56/1997 Sb., 183/2000 Sb. a 372/2002 Sb.

3. Terciální prevence se využívá při již proběhlých prvních atakách nemoci. Slouží k zabránění rozvoji možných komplikací dané nemoci. Spočívá v poskytování informací o léčebném režimu, metodách léčby a řešení konečné fáze choroby. (2)

2 ŽIVOTNÍ STYL A VÝŽIVA

Správná výživa spočívá ve vhodném přísunu všech potřebných živin a energii, nutné pro zdravý vývoj a růst organismu. Náležitá strava by měla být vždy pestrá, pravidelná, v přiměřeném množství, připravena dle hygienických pravidel a zásad. Nezáleží jen na přiměřeném příjmu energie, ale také na jejím správném výdeji. energii vydáváme pomocí jakéhokoliv pohybu, pohybem nejen posilujeme kondici, ale zároveň také zrychlujeme látkovou přeměnu nebo prokrvení orgánů. Příjem potravin musí být v rovnováze s jejím výdejem. Pokud nastane nerovnovážený stav a člověk přijímá větší množství potravy, než vydá, tělo si začne ukládat přebytečnou energii a přibírat na váze. Pokud člověk naopak více sportuje a nedodává tělu potřebné živiny, potom hmotnost ztrácí. (11)

Existuje mnoho dietních doporučení, která během let došla k značné obměně. Avšak od počátku 50. let minulého století stále platí následující návrhy. Množství tuků v potravě má představovat maximální hodnotu 25 – 30%. Živočišné tuky mají z tohoto množství tvořit méně než jednu třetinu. Normální tělesnou hmotnost udržovat po celý život. Dostatečně se věnovat pohybové aktivitě. A zvýšit denní příjem vlákniny alespoň na 30g. (11)

V současné době v České republice je více než 50% úmrtí připisováno kardiovaskulárním onemocněním. Někteří odborníci tvrdí, že naše stravování se řídí především vnějšími faktory, kterými je například reklama a vliv médií. Ne všechna média, která nás zahlcují nejrůznějšími informacemi, jsou pravdivá a udávají správný životní styl a zdravé stravování. Často poskytují velmi zkreslené informace o výživě a jednotlivých potravinách. Záleží jen na každém člověku, jak s těmito informacemi naloží a bude je vnímat. (12)

2.1 Rozdílný pohled na výživu v období dospívání a ve stáří

V období puberty a adolescence roste potřeba živin, proto je důležité, aby strava byla adekvátní nárokům organismu, vyvážená strava v tomto období snižuje rizika zdravotních problémů v pozdějším věku. Dospívání je charakteristické prudkým růstem, pohlavními změnami, dokončením vývoje kostry a rozložením svalové a tukové hmoty. V období dospívání získáváme přibližně polovinu ideální hmotnosti. Hmotnost se zvýší v průměru o 24kg. Dívkám se ukládá tuk především v oblasti stehen, hýždí, ramen, prsou a břicha. Takovýto přírůstek tukové tkáně mohou dívky vnímat velmi negativně. Často se u takto negativně smýšlejících dívek vyskytují poruchy příjmu potravy. Tyto poruchy budou popsány dále v textu. (11)

Ve stáří se objevuje mnohem více onemocnění, většina z nich je způsobena nezdravým životním stylem v dřívějším věku. Proto je důležité dodržovat zdravý životní styl po celý život. Je známo, že správná výživa a přiměřená pohybová aktivita může zpomalit proces stárnutí. (13)

Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydalo roku 2005 Výživová doporučení pro obyvatelstvo ČR. Tato doporučení jsou shodná i s návrhy týkající se vhodného stravování pro skupinu seniorů. Z těchto návrhů vyplývá, že by strava měla být ve všech ohledech pravidelná, pestrá a v souladu s doporučovanou pyramidou správné výživy, určenou pro všechny věkové kategorie viz příloha č. 1 (14)

2.2 Základní živiny

Sacharidy se považují za základní přírodní látku, sloužící mimo jiné, jako zdroj energie. Často jsou také nesprávně nazývány jako uhlohydráty, uhlovodany nebo glycidy. Typické sacharidy sladké chuti jsou monosacharidy nebo disacharidy. Mezi tyto zástupce patří například hroznový nebo řepný cukr. (15)

Podle počtu jednotek se sacharidy dělí do základních třech skupin. Monosacharidy neboli jednoduché cukry, oligosacharidy do kterých řadíme sacharózu, laktózu nebo maltózu a polysacharidy, jako je škrob, glykogen a různé typy vlákniny. (15)

Vláknina má řadu nenahraditelných vlastností. Slouží jako prevence zácpy, zabraňuje hnilobným procesům v tlustém střevě, omezuje vstřebávání tuků a cholesterolu a váže na sebe více vody. Další podstatnou funkci plní při prevenci nádorových a zánětlivých onemocnění střev. Vlákna se nejvíce vyskytuje v luštěninách, ovoci, zelenině, obilovinách anebo celozrnném pečivu. Optimální příjem vlákniny za den se pohybuje okolo 30 g u dospělého člověka. Mezi zdroje hrubé vlákniny patří konkrétně otruby, ořechy, celozrnná jídla, zelenina typu květák, fazole, cuketa nebo celer. Jemná vláknina je obsažena v luštěninách, kořenové zelenině, nebo v některých typech ovoce, například banány či jablka. (15)

Tuky, známy pod pojmem lipidy, jsou složeny z mastných kyselin a glycerolu. Tuk se ukládá nejen pod kůží, ale také v okolí orgánů. Tuk se v podkoží ukládá nerovnoměrně, podle typu rozložení dělíme tvar postavy na androidní a gynoidní typ. Androidní typ postavy se vyskytuje více u mužů, tuk se ukládá nejvíce v oblasti břicha. Druhý typ, znám pod označením gynoidní se více vyskytuje u žen, kde se nejčastěji tuk ukládá v oblasti hýždí a steh. Nejrizikovějším typem obezity je androidní typ postavy, který přispívá k onemocnění srdce a cév. (15)

Denní příjem tuků by měl tvořit 25 - 30 % z celkové přijaté energie. Tuky krom negativních vlivů působí i pozitivně a měly by být nedílnou součástí našeho jídelníčku. Je to nejvydatnější zdroj energie, slouží jako rozpouštědla řady vitaminů a jsou základem pro tvorbu pohlavních hormonů nebo žlučových kyselin. (15)

Také mají funkci termoregulační, dávají potravě příjemnou chuť, jsou součástí imunitního systému a jsou důležité pro srážení krve. Tuky se často dělí podle hledisek původu a vazeb v mastných kyselinách na tuky živočišného nebo rostlinného původu. Živočišné tuky mají vazby na nasycené mastné kyseliny a tuky rostlinné na nenasycené mastné kyseliny. Nasycené mastné kyseliny si tělo dokáže vyrábět samo přeměnou ze sacharidů, takže nehrozí jejich nedostatek. Avšak vysoký příjem živočišných tuků je rizikovým faktorem pro tvorbu rakoviny tlustého střeva, vaječníků, prsu nebo prostaty, diabetu mellitu 2. typu, obezity, kardiovaskulární choroby a mnoho dalších onemocnění. (15)

Polynenasycené mastné kyseliny, také esenciální mastné kyseliny je nutno přijímat potravou. Některé z polyenových kyselin snižují hladinu LDL cholesterolu v krvi. Cholesterol rozlišujeme dle několika podtypů, z těch nejzákladnějších se jedná o typy HDL a LDL cholesterol. Zvýšená hladina LDL cholesterolu nad 3 mmol/l způsobuje usazování nadbytečného cholesterolu v cévách a tvoří sklerotické pláty. Tím cévy ztrácejí pružnost a zužují prostor pro průtok krve. Oproti tomu cholesterol HDL má funkci ochranou, neboť krev zbavuje nadbytečného cholesterolu a odvádí ho zpět do jater, kde se následně metabolizuje. (16)

Další složka patřící do základních živin důležitých pro organismus jsou proteiny. Bílkoviny se podílejí na obraně organismu v podobě protilátek, zajišťují transportní, specifické i tělesné funkce organismu. Denní příjem bílkovin by se měl pohybovat okolo 0,8 až 1g/kg/den. (15)

Lidský organismus si vytváří bílkoviny až při trávení potravy, po té se v organismu bílkoviny rozštěpí na jednotlivé složky, kterým říkáme aminokyseliny. Některý druh aminokyselin si tělo vytváří samo. Nezastupitelnou úlohu plní esenciální aminokyseliny v dětství, kde vykonávají funkce stavební, transportní, zajišťující pohyb, ochrannou a funkci obrannou. (15)

Nejplnohodnotnější proteiny lze nalézt v mase, mléce, mléčných výrobcích a vejci. Objevují se však i názory, že nadbytečná konzumace živočišných proteinů přispívá k onemocnění srdce a cév nebo vysokému krevnímu tlaku. Nejsou to však bílkoviny, které tyto onemocnění způsobují, ale vysoký obsah tuků a soli obsažených v již zmiňovaných potravinách. Ovšem nadbytek bílkovin v dávce vyšší než 2g/kg za den se může projevit sníženou výkonností, únavou nebo bolestmi hlavy. Při dlouhodobých nadbytečných dávkách bílkovin to může vést až ke vzniku nefrolitiáz či dny. (15)

Další nedílnou součástí potravy by krom těchto základních prvků měly být i vitaminy a minerální látky. Vitaminy dělíme do základních dvou skupin. Vitaminy rozpustné ve vodě a vitaminy rozpustné v tucích. Vitaminy jsou látky organického původu, živočišného a rostlinného. Oproti látkám minerálním, ty jsou čistě původu neorganického, pocházejí z půdy nebo z vody. Jak vitaminy, tak minerální látky posilují imunitní systém a podporují růst a vývoj organismu. Nejvíce vitaminů lze získat konzumací ovoce a zeleniny. Mléko, mléčné výrobky, ryby či drůbež jsou pak bohaté na minerální látky. Přehled vitaminu a minerálních látek viz příloha č. 2 (16)

2.3 Vliv vody na lidský organismus

Objem vody u dospělého člověka tvoří až 65%. U dítěte se tento objem pohybuje okolo 75%. Tělesná voda je nedílnou součástí buněk, intracelulárního prostředí, přibližně v množství asi 25 – 30 litrů, to představuje 35 – 40% tělesné hmotnosti. Druhý díl tělesné vody je tvořen extracelulární tekutinou, která se podílí na životaschopnosti samotných buněk. To činí přibližně 15 litrů vody a asi 20% tělesné hmotnosti. Tuto část tvoří tkáňové tekutiny (intersticiální tekutina), mozkomíšní a tkáňový mok (transcelulární tekutina) a krevní plazma (intravazální část).

Snížení množství vody v organismu nastává v důsledku nevyváženosti příjmu a výdajů vody. Za normálních podmínek tělo ztrácí až 2500 ml tekutin za den. Tekutiny, které během dne ztrácíme, ať už ledvinami, stolicí, kůží či plicemi bychom měli zpátky přijmout pomocí různých nápojů a potravin s vyšším množstvím tekutin. Mezi tyto potraviny řadíme ovoce, zeleninu a nejrůznější typy polévek. Metabolická voda tvořící se z energie z přijatých živin, tvoří až 300 ml tekutin. (12)

Doporučené množství tekutin se udává v závislosti na věku, hmotnosti, pohlaví jedince, na jeho tělesné aktivitě, teplotě těla a vlhkosti prostředí. V některých publikacích můžeme však nalézt plošný přísun tekutin, který se pohybuje okolo 2 až 3 l na člověka za jeden den. (12)

Voda v lidském organismu plní mnoho důležitých funkcí. Udržuje stálost, rovnováhu vnitřního prostředí, rozpouští se v ní soli, vitaminy, glukóza a jiné tělu potřebné látky. Zapojuje se do procesu tvorby energie a pomáhá ničit jedovaté a odpadní látky. Přispívá regulaci tělesné teploty a v neposlední řadě tvoří podstatnou část krve a udržuje její stálý objem. (12)

2.3.1 Dehydratace

Dehydratací jsou nejčastěji ohroženi malé děti a staří lidé. Jedná se o stav organismu, při kterém dochází k narušení homeostázy, neboli stálosti vnitřního prostředí, která souvisí se sníženým příjmem tekutin. Nadměrné ztráty tekutin mohou být příčinou silných průjmů, zvracení nebo namáhavé fyzické zátěže doprovázené silným pocením. Rozlišujeme několik typů dehydratace podle množství ztrát tekutin. Mohou následovat nejrůznější tělesné, ale i duševní potíže, které budou popsány níže v textu. (16)

Při ztrátě 0,5 až 1 l tekutin se objevuje jen mírná žízeň, tento stav neohrožuje člověka na životě a lze tuto ztrátu velmi snadno nahradit zvýšeným přísunem vhodných tekutin. (12)

Při deficitu až 2 litrů tekutin pocítujeme únavu, slabost, zpomaluje se myšlení a postřeh. Tvoří se méně slin, hůře se polyká, ztrácí se chuť k jídlu. Člověk pocítuje žízeň a bolesti hlavy. Tento stav lze opět zvrátit vyšším přísunem tekutin. (12)

Jestliže organismus ztratí až 4 litry tekutin, zhoršuje se fyzický výkon, objevuje se sucho v ústech, suché sliznice a kůže. Snižuje se častost množství moče a postupně se rozvíjí apatie. Lidé mají často závratě a bolesti hlavy. (12)

Ztráta 4 až 10 litrů tekutin vede ke špatné koncentraci, úporné bolesti hlavy, bolestivému močení, podrážděnosti a ospalosti. Klesá krevní tlak, puls je zrychlený, zhoršuje se regulace teploty a můžeme pozorovat zrychlené dýchání. (12)

Pokud ztráty tekutin přesahují více než 10 litrů, nastává zástava močení, svalové křeče, kůže je chladná až cyanotická. Dále se objevují závratě, ztráta rovnováhy či delirium. Tento stav vede k totálnímu vyčerpání až selhání organismu s následkem smrti. (17)

Léčba spočívá v akutní rehydrataci organismu. Ať už přirozenou cestou, pomocí přísunu nejrůznějších nápojů per orálně nebo při těžkých stavech s velkými ztrátami tekutin intravenózním vstupem, kdy se tekutina musí podat ve formě infuzních roztoků. Jednotlivé stupně dehydratace se léčí rozdílným způsobem a množstvím rehydratačních roztoků. (12)

Mezi vhodné rehydratační přípravky řadíme například pitnou, balenou vodu, nejrůznější typy zelených a ovocných čajů, ovocné a zeleninové přírodní šťávy. Mezi potraviny bohaté na tekutiny můžeme zařadit jahody, citrusy, rajčata, okurky, meloun a jiné ovoce a zeleninu, které obsahují více než 90% vody. Mléko a mléčné nápoje se odborníky příliš nedoporučují, považují se spíše za tekutou výživu a při rehydrataci nejsou příliš vhodné. (12)

Tekutiny, které bychom obecně a tím spíše při dehydrataci volit neměli, jsou například nejrůznější typy limonád, kolových nápojů, ochucených přírodních minerálních vod nebo energetických nápojů. Zvyšují totiž riziko vzniku obezity, diabetu mellitu 2. typu nebo zubního kazu. Vyšší množství těchto umělých sladidel může způsobit i průjemy, nadýmání či podráždění žaludku. Kromě cukru tyto nápoje obsahují často i kofein, který zvyšuje vylučování moči, což má za následek zvýšené ztráty tekutin a přispívá k dehydrataci organismu. (12)

2.4 Poruchy příjmu potravin

Základním rysem poruch příjmu potravy jsou poruchy myšlení a jednání, související se špatnými stravovacími návyky a následným narušeným pohledem na své tělo.

Mezi poruchy příjmu potravy zpravidla řadíme tři základní. Dnes poměrně známou anorexii, bulimii a záchvatovité přejídání zaviněné stresem. V této diplomové práci se budu konkrétně zmiňovat pouze o bulimii a anorexii. Věkové hranice související s těmito chorobami jsou neomezené, avšak největší výskyt těchto onemocnění se objevuje v období puberty či adolescence. (18)

Příčina vzniku onemocnění jako je bulimie či anorexie není známá. Nejčastější příčinou je však nespokojenost se svým vlastním tělem především v období dospívání. Zmiňovány jsou také vlivy rodiny, emocionální faktory, různé stresové a vypjaté situace a v neposlední řadě i samotná osobnost jedince, jeho charakter a temperament. (18)

Poruchy příjmu potravy nepostihují jen psychickou stránku osobnosti, ale také fyzickou. Z psychických změn můžeme pozorovat například podrážděnost, nesoustředěnost, únavu, strach z dalšího přibírání, apatie nebo deprese. Co se týče fyzických změn osobnosti, objevuje se často řídnutí kostí, vymizení menstruace a pozdější problémy s plodností, nízký tlak, problémy s vyprazdňováním, dehydratace či postupné selhávání srdce a dalších důležitých orgánů, ale i poruchy metabolismu. Jako je snížená imunita, hormonální tvorba, špatně hojící se rány nebo projevy z nedostatku vitaminů a minerálních látek, jako je například anémie. Důležitá je včasná diagnostika těchto onemocnění, největší význam má však v dětském věku. Je to z toho důvodu, jelikož poruchy příjmu potravy zasahují do procesu dospívání ve všech jeho oblastech. Čím dříve se poruchy příjmu zachytí, tím lépe se potom jedinci s nemocí vypořádávají. (19)

V České republice trpí poruchami příjmu potravy 1 - 2 % populace. Záměrně je zde zmíněna populace, jelikož to nejsou jen ženy, které trpí těmito chorobami, ale v poslední době je to stále více chlapců či mužů u kterých se tyto onemocnění objevují. (12)

2.4.1 Mentální anorexie

Jedná se o poruchu charakterizovanou úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Osoby trpící anorexií přísně omezují svůj přísun potravy nebo excesivně cvičí. Často se tyto lidé snaží docílit proporcí, které již neodpovídají jejich věku a výšce postavy. Nejvyšší výskyt onemocnění se odhaduje mezi 15 až 19 věkem a následně poté v rozmezí mezi 25 a 29 rokem života. (18)

Příčina vzniku tohoto onemocnění je idiopatická. Často však roli sehrává kombinace nejrůznějších faktorů. Zejména se uplatňují faktory biologické, psychologické nebo sociálně – kulturní. Konkrétní příčiny psychologické povahy jsou zkreslený náhled na své tělo doprovázející pocity úzkosti, deprese, změny nálad a změny vnímání sami sebe i svého zdravotního stavu. Obavy z tloustnutí a proporčních změn těla často doprovází chorobné lhaní, ve vážnějších případech i sebepoškozování nemocného. Jedná se o velmi závažné onemocnění, které vyžaduje pečlivé zhodnocení a včasnou nápravu. (18)

Příznaky anorexie byly částečně popsány již výše, proto zde zmíním jen některé z nich. Můžeme pozorovat například odmítání stravy, lomivost nehtů, studené končetiny, vymizení menstruace, vypadávání vlasů, suchou kůži, nespavost, podvýživu, únavu, apatii nebo depresi. (18)

Mentální anorexie je onemocnění, které vyžaduje léčbu především psychologickou a psychiatrickou, jen okrajově nutriční podporu. Nutriční léčbu lze využít buď u specialisty na výživu formou ambulantního vyšetření, nebo při těžkých případech je nutné volit léčbu za hospitalizace. Hospitalizují se těžké případy s výraznou ztrátou hmotnosti a ovlivněných orgánových funkcí. (18)

Anorexie má mnoho neblahých komplikací. Přibližně 5 – 15 % může končit fatálním způsobem. Tato onemocnění však velmi často končí smrtí nemocného. Mezi hlavní příčiny smrti patří selhání životně důležitých orgánů, rozvrat vnitřního prostředí, komplikace spojené i s banálními infekcemi, ale také stále častěji sebevraždy. (20)

Nejčastější příčinou náhlého fatálního konce, bývají často poruchy srdečního rytmu nebo celkový rozvrat vnitřního prostředí. Dále se může rozvinout dehydratace, problémy s ledvinami a plícemi. Dopad to má i na trávicí trakt, což se projevuje zácpou. V neposlední řadě je to vymizení již zmíněné menstruace u žen a snížené hormonální funkce u anorektických mužů. Tyto příznaky mohou vést v pozdějším věku k poruchám plodnosti. (20)

2.4.2 Mentální bulimie

Jedná se o další poruchu příjmu potravy, která je charakterizována záchvaty nadměrného přejídání se s následnými nevhodnými metodami, které slouží k zabránění tloustnutí. Nejčastěji se lidé s bulimií uchylují k vyvolání zvracení. Někteří nemocní zneužívají laxativa nebo diuretika, léky na odvodnění organismu. Etiologie vzniku tohoto onemocnění není známá. Jde opět jako u anorexie o kombinaci více faktorů. Roli sehrává jistě i genetický faktor. (18)

Některá literatura uvádí i přímý vliv serotoninu a jiných aminoneurotransmitterů na vznik bulimie. Serotonin je látka vyskytující se mimo jiné i v mozku. Je především významný jako přenašeč nervových vzruchů. Činnost serotoninergního systému souvisí nejen s cyklem bdění a spánku, ale také s příjmem potravy. Serotonin ovlivňuje receptory chuti, pocity nevolnosti a nucení ke zvracení. (18)

Lidé trpící tímto onemocněním mají zpravidla velmi nízké sebevědomí a sebeúctu. Mají často problémy se svým dominantním chováním, náladovostí a zvládáním vypjatých situací. (18)

Domnívám se, že k příčině těchto onemocnění mohou také přispívat trendy této moderní doby, kde se atraktivita často milně rovná úspěchu a uznání. Tento tlak může u některých jedinců vyvolat touhu po hubenosti a rozvoj již zmiňovaného onemocnění. (18)

Mezi příznaky doprovázející bulimii řadíme únavu, úzkost, v některých případech až depresi, nespokojenost se svým vlastním tělem. Z fyzických obtíží je to například zvracení, záchvatovité přejídání se, bolesti břicha, nepravidelný srdeční rytmus, poruchy menstruačního cyklu a další. (18)

Léčba bulimie nepatří mezi krátkodobé záležitosti. V akutní fázi se doporučuje hospitalizace, při které se pomocí infuzní terapie upravuje vnitřní prostředí organismu. Nejdůležitější součástí léčby je však psychoterapie. Největší úspěšnost má terapie skupinová, rodinná, ale také individuální. (21)

2.5 Dopady nezdravého stravování na lidský organismus

Na podporu zdravých stravovacích návyků Evropská komise financuje projekt s názvem Eatwell. Tento projekt trvá 3,5 roku, ukončení se předpokládá v říjnu roku 2012. Jeho cílem je poskytnout členským státům Evropské unie vhodné směrnice k zavedení vhodných opatření pro zlepšení obecného stravování. (překlad vlastní) (22)

Nejčastější ukazatele nezdravého stravování jsou nadváha a obezita. Je to převážně z důvodu nevhodných stravovacích návyků a z toho, že lidská spotřeba ovoce a zeleniny v jídelníčku je velmi nízká, stejně tak i příjem omega-3 mastných kyselin. Oproti tomu roste spotřeba nasycených mastných kyselin, soli a cukru. (12)

2.5.1 Obezita

Pojem obezita pochází z latinského slova obesus, což můžeme přeložit jako tučný či dobře živěný. Jedná se o nejčastější metabolické onemocnění, charakterizované zmnožením tukové tkáně v organismu. Příčinou obezity je velmi často nepoměr mezi příjmem energie a jejím výdejem. (23)

Obezita není jen kosmetickou záležitostí, ale také přispívá k mnoha onemocnění. Zvláště pak k onemocnění srdce a cév, vysokému krevnímu tlaku, vysokému cholesterolu, některým typům rakoviny nebo diabetu mellitu. (23)

Světová zdravotnická organizace považuje obezitu za celosvětovou epidemii. V žebříčku onemocnění způsobující časně úmrtí ji řadíme po kouření hned na druhé místo. V současné době se udává, že nadváhou nebo obezitou trpí až 66% mužů a 54% žen ve věku od 20 do 65 let. Obézních jedinců s BMI nad 30, je 16,3% mužů a 20,2% žen. V celosvětovém měřítku v roce 1995 byl počet obézních lidí odhadován na 200 milionů. V roce 2000 však počet osob trpící obezitou vyšplhal až na 300 milionů. (24)

V dnešní době je obezitě prisuzována mimo jiné také psychosociální příčina. Vlivy vnějšího prostředí, náročné životní situace, neustálý stres a emoční problémy většina lidí řeší přejídáním se. Důsledkem či doprovodným jevem obezity může být mimo jiné také stud, neschopnost navázat mezilidské vztahy, pasivní přístup a nespokojenost se svým životem. Další vliv na vznik obezity mohou mít i poruchy žláz s vnitřní sekrecí. Endokrinně podmíněná obezita se vyskytuje při onemocnění nadledvin, kdy dochází ke zvýšené tvorbě kortizolu a tím vzniká takzvaný Cushingův syndrom. (25)

Mezi některé projevy této choroby řadíme zvýšenou chuť k jídlu, obezitu, únavu, změny nálad, v některých případech i deprese, hypertenzi nebo hyperglykémii. Pro osoby trpící Cushingovým syndromem je charakteristický kulatý měsíčkovitý obličej, tuk uložený především v oblasti břicha a viditelné nafialovělé strie. (25)

V poslední řadě může být příčinou obezity snížená funkce štítné žlázy. U jedince s hypofunkcí štítné žlázy se objevuje vyšší únavnost, zpomalené reakce, zácpa. Dále pak organismus zadržuje vodu v těle, ta se zde hromadí, způsobuje otoky vyskytující se především v dolní části těla a díky tomu se zvyšuje tělesná hmotnost. Další příčiny mohou být neurologické povahy nebo komplikace spojené s nadměrným užíváním určitých léčiv. Některé vrozené syndromy zapříčiňují obezitu, jako například syndrom Prader - Willi. Lidé trpící tímto onemocněním mají charakteristický vzhled. Představuje oči ve tvaru mandle, úzké čelo, trojúhelníkový tvar horního rtu a mále končetiny. Jedná se o genetickou poruchu na 15. chromozomu, tento stav nelze nikterak vyléčit. (26)

K zjištění a udržení si vhodné tělesné hmotnosti slouží jednoduchá měření. Jedním z nich je výpočet indexu tělesné hmotnosti pocházející z anglického názvu BMI - Body Mass Index. Výpočet se provádí následovně. Tělesnou výšku v metrech umocníme na druhou a tímto číslem následně dělíme tělesnou hmotnost v kilogramech. Avšak v současné době je v řešení nový návrh indexu, díky nepřesnosti, které BMI představuje. (5)

Dalším nenáročným měřením je index WHR. Z anglického názvu Whist and hip ratio. Jedná se o poměr mezi pasem a boky. Velmi důležité je rozložení tuků v těle. U většiny mužů převládá centrální typ obezity, připodobňovaný k jablku, jedná se o androidní typ. Tuk se v největší míře ukládá do oblasti břicha, jedná se o nebezpečnější typ obezity. U žen se tuk spíše ukládá do oblasti hýždí a boků, nazývaný jako periferní typ obezity, připomínající tvar hrušky, také gynoidní typ. Za rizikový, centrální typ ukládání tuků se považuje poměr u žen vyšší než 0.85 a u mužů vyšší než 1.00. Nejjednodušším ukazatelem rizikového ukládání tuků v těle je obvod pasu. Zvýšené riziko u žen je již při naměřených 81 cm v pase a u mužů při hodnotách vyšších než 94 cm. (5)

Dnes se také využívají bioimpedanční metody, které mapují tělesné složení, tuk a vodu v těle. Při této bioimpedanci prochází tělem slabé, pro lidské tělo bezpečné elektrické proudění. Měření je založeno na skutečnosti, že elektrický proud prochází snadněji tekutinou ve svalech než tukem. Tělesný tuk v tomto případě funguje jako izolace, snižuje schopnost procházení elektrického proudění. Proto je určen nepřímo z naměřené váhy. K tomuto měření se používá výpočet vzorce, ve kterém se od váhy těla odečte hmotnost svalů a to se rovná objemu tělesného tuku. (5)

2.5.2 Hypertenze

Arteriální systémová hypertenze je stav trvale zvýšeného krevního tlaku nad hodnoty 140 systolického a 90 diastolického tlaku. Rozlišujeme hypertenzi lehkou, střední, těžkou a velmi těžkou. Systémovou hypertenzi řadíme mezi nejčastější choroby kardiovaskulárního systému. Prevalence onemocnění se pohybuje až okolo 30%.

Mezi rizikové neměnné faktory řadíme věk, pohlaví či genetickou predispozici. Do ovlivnitelných rizikových příznaků řadíme především obezitu, alkohol ve vyšších dávkách, kouření, stres a nedostatek hořčíku, draslíku nebo vápníku. (12)

Zpravidla při lehkém stupni hypertenze začínáme vždy s nefarmakologickým řešením hypertenze. Důležitá je úprava tělesné hmotnosti, zvýšení pohybové aktivity a bohatší přísun ovoce a zeleniny. Omezení spočívá v kouření, alkoholu, soli, tuků a to především tuků nasycených. Dále se nedoporučují kořeněná jídla, kofein, energydrinky a jiné stimulanty. (12)

2.5.3 Ateroskleróza

Jedná se o onemocnění cév, při kterém se cévy zužují a ztrácí svou elasticitu. Jednou z hlavních příčin aterosklerózy, někdy také arteriosklerózy je ukládání cholesterolu do stěny tepny, dochází k její přeměně a zúžení. Omezený průtok krve způsobuje omezený přísun kyslíku k jednotlivým orgánům a jejich následnému poškození. Tato skutečnost vede k řadě vážných onemocnění, jako je již zmiňovaný infarkt myokardu nebo cévní mozková příhoda. K ateroskleróze přispívá nejen genetický faktor, ale také nezdravá životospráva, kouření, diabetes mellitus, zvýšené hladiny celkového a především LDL cholesterolu, obezita nebo snížená tělesná aktivita. (27)

3 ŽIVOTNÍ STYL A FYZICKÁ AKTIVITA

Fyzická aktivita je jedním z klíčových faktorů pro udržení si zdraví. Jedná se o komplexní lidské chování zahrnující všechny pohybové činnosti člověka. Pohybovou aktivitu lze také definovat jako soubor chování vyžadující výdej energie při produkci svalové soustavy. Ze sociologického hlediska je možné rozlišit tři skupiny fyzické aktivity (28)

V první řadě se jedná o naprostou absenci fyzické aktivity během posledních dvou týdnů. Za druhé jde o pravidelnou fyzickou aktivitu, nejméně pětkrát týdně více než 30 minut. A za třetí, pravidelná dynamická aktivita. Prováděna nejméně třikrát týdně, s více než padesátiprocentním využitím srdeční a dechové kapacity. (28)

K udržení si pevného zdraví není třeba hned absolvovat například přespolní běhy, maratóny či náročná posilování ve fitness centrech. Úspěchu lze dosáhnout i nenáročnými formami cvičení a posilování. Mezi takovéto sporty často řadíme cyklistiku, pěší turistiku, badminton, plavání. Všechny tyto aktivity zlepšují nejen fyzickou, ale i psychickou kondici a cvičení se střední intenzitou se také podílí na vyšším spalování tuků. Všeobecně je známo, že čím více máme pohybu, tím lépe. Bez jakéhokoliv pohybu ochabuje nejen tělo, ale i duch. Jednotlivá rozložení pohybové aktivity lze nalézt v příloze č. 3 (28)

3.1 Tělesný pohyb

Tělesný pohyb lze definovat jako základní vlastnost živého organismu nebo změnu místa i polohy těla, která je způsobena vlastními silami. Aktivní částí tělesného pohybu jsou svaly. Pohybová aktivita je nedílnou součástí zdravého životního stylu. Udržuje organismus v dobrém zdravotním i duševním stavu. Pokud zanedbáváme pohybovou aktivitu, naše svaly ochabují a nahrazuje je tuk, neboť energetický příjem je vyšší než spotřeba. Celková hmotnost se zvyšuje a dochází ke zdravotním problémům. (29)

Pohyb je nedílnou součástí našeho bytí, avšak ve všech věkových skupinách dnešní populace převládá sedavý způsob života. To má negativní dopad na celkové zdraví člověka a především na kardiovaskulární aparát, celkovou kondici, rychlost metabolismu, prokrvení a práci orgánů a dýchací aparát. (30)

Z výzkumů vyplývá, že čtvrtina občanů České republiky nevykazuje žádnou pohybovou aktivitu. Přibližně 30 % tvoří lidé, kteří malé množství pohybové aktivity absolvují, avšak toto množství není dostatečné a nevede k pozitivnímu ovlivnění zdravotního stavu. (30)

Dlouhodobý nedostatek pohybové aktivity vede k nežádoucím změnám v lidském organismu. Kromě postižení již zmíněného kardiovaskulárního ústrojí má nedostatek pohybové aktivity vliv také na svalovou soustavu. To má za následek snižování celkové výkonnosti a zdatnosti organismu. (31)

Pohybová aktivita je často omezena věkem, neboť je spojena se stárnutím organismu. Veškerý pohyb hraje významnou roli v průběhu celého života člověka. V nejširším chápání podmiňuje život, umožňuje soběstačnost, samostatnost, rozvíjí fyzickou zdatnost a má značný vliv na další důležité funkce celého organismu. (31)

Doporučené politické opatření na podporu zdraví, které vydala Evropská unie ve svém dokumentu, dne 10. října 2008, konstatovalo skutečnost, že pohybová aktivita přispívá k dobrému fyzickému i duševnímu zdraví nejen mladým lidem, ale také osobám dožívající se vysokého věku. V současné době existují mnohá tvrzení prokazující, že dostatečná fyzická aktivita, může lidem poskytnout nejen mnohé zdravotní přínosy, ale také prodloužit a zkvalitnit život. Cílem jakéhokoliv aktivního pohybu není dosáhnoutí vrcholových výsledků, avšak spíše dosáhnout dlouhodobého upevnění fyzické kondice, potažmo celkové zdraví jednotlivce. (překlad vlastní) (31)

Je známo, že lidé, kteří jsou pohybově aktivní, jsou v životě spokojenější a lépe vybaveni po psychické stránce, než lidé méně aktivní. (12)

Vztah ke sportu a pohybu si pěstujeme již od dětství. Je velmi důležité prosazovat a podporovat tuto aktivitu po celou dobu našeho života. (32)

3.2 Pohyb jako aktivní odpočinek

Je známo, že mozková kůra není při jednotlivých činnostech zatěžována rovnoměrně, ale pracuje jako systém projekčních oblastí, které se unaví dříve než nezatížené oblasti. Principem aktivního odpočinku je prostřídání projekčních oblastí při práci, která člověka těší a navíc jej emocionálně uvolňuje. (33)

Jednou z takovýchto činností mohou být například pohybová cvičení. Pohybové cvičení prospívá organismu mnoha různými způsoby. Nejen, že zlepšuje krevní oběh, povzbuzuje respirační systém, napomáhá vylučování nebo stimuluje produkci endorfinů, ale také reguluje metabolismus, hospodaření těla s energií a zlepšuje imunitní systém. (29)

Jak již bylo zmíněno, pohyb má velmi pozitivní vliv na lidskou psychiku. Pravidelný pohyb odstraňuje z těla škodlivé látky (toxiny), které tělo produkuje jako reakci na nepříznivé životní situace. Pohybovou aktivitou dochází ke zvýšené produkci endorfinu, látky, která vyvolává v organismu pocit euforie, štěstí. Tato látka eliminuje stres a současně tím umožňuje zdravější spánek a odpočinek. Účinnou léčebnou metodou či prevencí proti nemocím je právě kvalitní noční odpočinek. (34)

3.3 Odpočinek a spánek

Odpočinek je termín, který označuje klid, relaxaci, stav bez emočního stresu, úzkosti či napětí. Klid a pohoda organismu ovlivňují prožívání člověka, neznamena to však, že je člověk v úplné nečinnosti, ale naopak, některé aktivity jako jsou například různé typy rekreačních sportů či chůze, mohou být velmi uklidňující a navíc tělu prospěšné. (35)

Abraham Maslow, americký psycholog definoval spánek jako základní lidskou potřebu, společnou pro všechny bytosti. V některých publikacích je spánek charakterizován jako fázický, periodicky se opakující děj určitého stupně centrální nervové soustavy. Jedná se o jistý stav vědomý, který je reverzibilní. Pro organismus je nezbytný, ať už pro fyzické funkce, tak i pro duševní potřeby. Kvalita spánku úzce souvisí s kvalitou vigility. (36)

Potřeba spánku je u každého člověka individuální. V období adolescence se doba spánku pohybuje okolo 9 hodin. Věkem se potřeba spánku zkracuje. Výjimkou je však období mezi 25. a 30. rokem, kdy se objevují tendence si opět spánek prodlužovat. Po 30 roce života se schopnost, efektivita a průběh spánku pomalu zhoršují. Celková kvalita spánku se výrazněji zhoršuje obvykle až po dosažení 40., významně od 50. let života. (37)

Obecná potřeba spánku se uvádí okolo sedmi až osmi hodin za den, avšak záleží také na fyzické aktivitě a zátěži, větší potřebu spánku mají například sportovci, kteří ke svému odpočinku potřebují i jedenáct, až třináct hodin denně. Taktéž nemocný člověk vyžaduje větší potřebu spánku, aby se jeho organismus lépe zregeneroval. Naopak staří lidé mají tuto potřebu nižší, doba spánku se zkracuje na čtyři až šest hodin. Dostatečný a kvalitní spánek je nepostradatelnou součástí zdravého životního stylu. (38)

Nejrůznější vzdělávací a osvětové akce, které poukazují na význam spánku a kvalitní bdělosti oslavují Světový den spánku. Poprvé byl uznán v roce 2000. Podílela se na něm řada mezinárodních organizací, například World Association of Sleep Medicine, která určila tento den na 19. března. (39)

Opakem spánku je bdělost. Nejdělsí bdělost, která neovlivní naši mentální výkonnost, se odhaduje přibližně na 36 hodin. Po této době psychická i fyzická výkonnost člověka nezadržitelně klesá. (40)

3.3.1 Fáze spánku

Rozlišujeme dva základní typy spánku. Fázi REM a fázi Non – REM. Tyto stavy se pravidelně střídají přibližně v 60 - 90 minutových intervalech. Spánek obvykle začíná fází Non - REM a cykly na začátku a konci noci bývají zpravidla kratší než ty uprostřed noci. (41)

Nejdůležitější fáze spánku je známá pod pojmem REM, toto označení pochází z anglického slova rapid eye movement, což v překladu znamená rychlý pohyb očí.

Druhá fáze Non – REM, non-rapid eye movement se dále dělí na čtyři stádia, která jsou závislá na hloubce spánku. Během celého spánku se tyto fáze cyklicky střídají. (41)

Fáze REM tvoří v dospělosti přibližně 25 % z celého spánku. Je charakterizována jako aktivní spánek se sny, při níž se zrychlují fyziologické funkce, ukládají se vzpomínky z krátkodobé do dlouhodobé paměti a s přibývajícím věkem se tato fáze stále zkracuje. REM fáze trvá přibližně deset či patnáct minut a je řízena hormonem noradrenalinem. (překlad vlastní) (41)

Druhá fáze spánku se charakterizuje především svalovou relaxací. Jak již bylo zmíněno, tato fáze se dělí do čtyř stádií. První z nich je nejkratší, jedná se o počáteční stádium doprovázející ospalost, člověk usíná, je relaxovaný, frekvence dýchání i srdečního tepu se zpomaluje. Druhé stádium, středně hluboký spánek je stádium přechodné, procesy v organismu se zpomalují, nastává klidný spánek beze snů, v této části je velmi těžké se probudit. Třetí stádium je doprovázeno hlubokým spánkem. Poslední stádium je charakterizováno jako velmi hluboký spánek. Fáze Non - REM je řízena serotoninem a je důležitá, jako součást regenerace veškerých fyzických sil organismu. Děje se tak především ve stádiu tři a čtyři. (42)

3.3.2 Poruchy spánku

U většiny lidí je dnešní životní styl založen na pracovním a osobním vyčerpání, jako důsledek tohoto trendu je zvyšující se počet lidí s chronickým nedostatkem spánku. Spánkové zákonitosti také ovlivňují nejrůznější stresové okamžiky, pasivní způsob života a celkový nedostatek času. (překlad vlastní) (43)

Celkový neklid společnosti můžeme pozorovat i v medicíně. Z výzkumu vyplývá, že se zvyšuje počet civilizačních onemocnění. Objevuje se čím dál tím více pacientů s kardiovaskulárními, onkologickými nebo psychosomatickými nemocemi, se spánkovými a duševními poruchami. Spánková medicína se v České republice stále vyvíjí. Po celé České republice existuje mnoho spánkových poraden a laboratoří, které se zaměřují na osoby s poruchami spánku. Do těchto poruch můžeme zařadit následující. Dysomnie, porucha spánku související s obtížným usínáním. Parasomnie, která se řadí do poruch probuzení, je založena na podkladě emočních faktorů především u dospělých jedinců. (44)

Poruch spánku existuje celá řada, zpravidla je dělíme na dvě základní, primární a sekundární poruchu. U primárních poruch je hlavním problémem samotná nespavost, popřípadě nadměrná spavost, jak již bylo zmíněno výše. Do této skupiny lze zařadit také různé typy insomnií, hypersomnie, narkolepsie či spánkovou apnoei. Sekundární poruchy bývají způsobeny zpravidla klinickým onemocněním, jako je například onemocnění štítné žlázy. Dále mohou být na vině i psychická onemocnění, nejčastější z nich je deprese. (44)

Pokud nedostatek spánku trvá delší dobu, dochází ke snížení kvality života. Hrozí až riziko vzniku a rozvoji závažných chorob, jako je například zvýšený krevní tlak, narušená glukózová tolerance, která vede k vážnějšímu onemocnění, konkrétně k diabetu melitu 2. typu. Proto je důležité včasné zachytit jakékoliv nežádoucí projevy týkající se problematiky poruch spánku. (překlad vlastní) (45)

3.3.3 Denní biorytmy

Už staří Číňané zjistili, že v lidském těle tikají celý život pomyslné hodiny. Biorytmy jsou vnitřní hodiny, kterým je se vhodné podřídit a maximálně je využít. Věda zabývající se biorytmy se nazývá chronologie. Popisuje, jak se každá buňka v těle poddává vlastnímu rytmu. Soulad s těmito pochody přispívá k dobrému psychickému i fyzickému stavu organismu, otevřené mysli, vyšší výkonnosti a lepšímu pracovnímu nasazení. Osoby řídící se svými biorytmy vědí, že všechny problémy a pracovní resty je vhodné řešit mezi desátou a jedenáctou hodinou dopoledne. Po obědě je nejvhodnější provádět rutinní činnosti a zvládání manuální činnosti, že vrcholí v pozdním odpoledni. (46)

Ne všichni lidé mají stejné biorytmy. Tyto rozdílné režimy dělí osoby na takzvané skřivany a sovy. Skřivani se charakterizují zvýšenou aktivitou v ranních hodinách, kdežto sovy jsou živější odpoledne a večer. Celková znalost biorytmů může být užitečná nejen při organizování svých činností, ale také při zvládání vyšší nároků na svou výkonnost. (46)

Je také známo, že dlouhodobě porušovaný biorytmus je příčinnou nestability organismu. Poruchy spánku ve smyslu plus či minus často souvisejí s celkovým zdravotním stavem, nerovnováhou v organismu, ale také nemocemi. Tyto neuspokojivé životní rytmy nespočívají jen ve špatném střídání bdění a spánku, ale i špatnou harmonií ve stravování. Při dlouhodobém chaotickém stravování se oslabuje zažívací soustava a tím se spouští řetězec následných problémů a s nimi spojených nemocí. (47)

3.3.4 Vliv směnných povolání na zdravotní stav

Směnný provoz je součástí velkého spektra povolání, má komplexní vliv na kvalitu života jedinců a ovlivňuje oblasti psychologické, fyziologické, společenské, ale také rodinné. Více jak 20% populace, v takto ekonomicky zavedených zemích, pracuje na vícesměnném provozu. (48)

Zásadní negativní dopady má směnný provoz především na zdravotní stav člověka. Jako je špatná kvalita spánku, poruchy soustředění, žaludeční obtíže nebo onemocnění oběhové soustavy. (49)

Nejrůznější výzkumy prokázaly souvislost mezi vícesměnným povoláním a poruchami spánku, nejvíce se tyto problémy týkají obtížného usínání, nekvalitního přerušovaného spánku, který může v některých případech vést až ke chronické spánkové deprivaci. Lidé pracující ve směnném provozu jsou také více vystaveni stresovým situacím, vyčerpáním, často trpí nespavostí a sníženou pozorností. Tyto příznaky jsou často důsledkem desynchronizace již zmiňovaných biorytmů. (48)

K přizpůsobení vícesměnného provozu je důležité mít v povědomí 3 zásady. **Pravidelné stravování.** To znamená, nepřizpůsobovat se druhé směně a jíst obědy a večere vždy ve stejnou dobu. Při noční směně je **vhodné žaludek odlehčit** a jíst například jen zeleninové či ovocné saláty, jogurty, netučná masa nebo mléčné výrobky. **Poslední strava** by při takovémto režimu měla být nejpozději **ve 4 hodiny ráno**. Vydatná snídaně by mohla narušit následnou kvalitu spánku. (48)

Směnný provoz má negativní dopad i na společenský život jedinců. Je známo, že mladí lidé kvůli tomuto zaměstnání, mají často problémy s navazováním trvalejších vztahů. Důležité je si najít v takto nabitém programu čas a vytvořit si harmonogram před a po práci, aby společenský život nebyl odsunut, až na poslední místo. (48)

4 ŽIVOTNÍ STYL A NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ SITUACE

Náročné životní situace, míníme takové situace, při kterých si již nevystačíme s navyklými vzorci chování a musíme vynaložit zvýšené úsilí k překonání překážek při cestě k vytyčenému cíli. (50)

Nelze na ně pohlížet jen jako na negativní faktory. Slouží také jako faktor, který rozvíjí osobnost člověka, učí novým formám chování, osvojení si dovedností nebo získání nových vědomostí. Avšak toto vše lze považovat za přínos, pokud se s takovou situací člověk vypořádá sám bez pomoci. Ovšem, když je člověk méně odolný, zátěž trvá dlouhodobě a situaci vnímá citlivěji, tak může v takovémto případě dojít až k nervovému či psychickému selhání. (50)

Náročné životní situace dělíme dle intenzity na prosté, konfliktogenní a patogenní. Prosté náročné životní situace vyžadují zvýšené úsilí člověka, často se s nimi člověk vypořádá sám bez psychického narušení. Konfliktogenní, někdy také nazývány jako frustrující, vedou k nežádoucím psychickým stavům, do kterých řadíme stres, frustraci a konflikt. Nakonec se však také dají zvládnout. Patogenní situace mohou vést až k neurózám. Absolutní rozdíl mezi těmito typy není, vždy záleží na subjektu, který danou situaci právě prožívá. (50)

4.1 Stres

Stres se považuje za nežádoucí situaci, která působí na člověka a narušuje mu vykonávání jakékoliv činnosti a uspokojování potřeb. (50)

Stresory, obvyklé stresové faktory mají původ fyzikální, psychický, sociální nebo traumatický. Většinou na člověka působí vnější činitele, ale není výjimkou stav, kdy si stresorem je samotný člověk. (50)

Rozeznáváme tři základní typy stresových situací. Nadbytek interpersonálních podnětů, kdy je na člověka kladen nadbytek úkolů v krátkém časovém intervalu. Absence neboli nedostatek podnětů, projevující se u lidí, kteří celý život měli dostatek podnětů pro vytváření nějaké činnosti a najednou jsou sami a nemají co na práci. U takovýchto lidí se projevuje pocit zbytečnosti a prázdnoty. Třetím typem je působení škodlivých podnětů, například rozvodové situace, špatné vztahy na pracovišti, hádky, psychické vydírání, ale také třeba nemoc či strach o blízké. (50)

4.1.1 Typy stresu

Typy stresu dělíme dle působení na člověka a podle délky trvání. Do první kategorie zpravidla patří eustres, takzvaný pozitivní stres, pomáhá nám překonávat překážky, distres negativní stres anebo pak hyper či hypostres. Druhé, časové rozdělení rozlišuje stres akutní, chronický a intermitentní. Při akutním stresu se zátěž vyskytuje náhle, jeho intenzita je neobvyklá a je zde nebezpečí selhání jednotlivých orgánů. U chronického stresu se zátěž objevuje dlouhodobě a často se zde vyskytují psychosomatická onemocnění. Intermitentní stres se charakterizuje střídáním a mizením daného působení stresu. (51)

4.1.2 Prevence stresu

Předcházení stresu lze vnímat jako záměrnou činnost, jejímž cílem je redukovat výskyt nebo intenzitu hrozícího stresu. Důležité je si pravidelně vytvářet odolnost vůči stresovým situacím. Klíčových faktorů zvyšující odolnost organismu vůči distresu je celá řada. Jiří Plamínek, autor knihy Sebepoznání, sebeřízení a stres jmenuje několik z nich. **Dostatek času pro spánek.** Jak již bylo zmíněno výše, doba spánku je individuální, závisí při tom na mnoha faktorech, avšak při průměrném spánku trvajícím 7 až 8 hodin denně by odolnost organismu měla být mnohem vyšší. **Pravidelná pohybová aktivita. Zdravé stravování.** Je známo, že pravidelný přísun pestré a vyvážené stravy přispívá psychické, ale i fyzické kondici. **Umění relaxace. Omezení prostředků, které dovolují snižovat naši aktivitu.** Konkrétně se tím myslí potravinové doplňky obsahující alkohol, tabák, léky a drogy. **Aktivní prožívání eustresových situací a optimistický náhled na svět.** (52)

4.1.3 Projevy stresu

Mezi psychické projevy řadíme pocit úzkosti, pocit vnitřní tenze, hostilitu, interpersonální senzitivitu a přecitlivělost. Tělesně se stres projevuje jako žaludeční nevolnost, křeče, bolesti břicha, svalů a páteře. Stresy se ukládají ve svalovině vnitřních orgánů, tudíž i ve svalovině srdeční a mohou způsobit infarkt myokardu. Existují i doprovodné projevy stresu zahrnující blednutí, červenání, pocení, mydriázu nebo zadržování verbální řeči. Mezi nejzávažnější choroby způsobené dlouhodobě působícím stresem patří ischemická choroba srdeční, hypertenze, vředové choroby nebo onkologická onemocnění. (47)

4.1.4 Metody zvládnání stresu

Stres lze řešit jedině snahou o odstranění jeho příčiny. V první řadě je důležité využít veškeré nemedikamentózní prostředky, než se uchýlíme k medikamentózní léčbě. Jednou z možností je takzvaná copingová strategie. Coping znamená adaptivní zvládnání stresu při zaměření se na vhodné řešení problému a s tím spojené emoce. Je známa celá řada copingových strategií, nejběžnější a nejuváděnější je dle R. S. Lazaruse a S. Folkmanové. Zaměřují se zde konkrétně na problém, emocionální složku a orientaci na únik. (53)

K vyřešení problému je důležité využít velkého úsilí při působení na změnu prostředí. Analyzovat jej, sestavit plán postupu a aktivně se podílet na samotném jednání. Emocionální složka je velmi podstatná k vyjádření pocitů, přijetí dané situace nebo její popření. Orientace na únik spočívá v hledání opory či podpory u druhého člověka, je známo, že při vzájemné interakci může jedinec posilovat emocionální složku a získávat tak informace k vyřešení dané problémové situace. (53)

Mezi další metody či strategie zvládnání stresu lze zařadit například relaxační cvičení, jógu, Schulzův autogenní trénink či prohloubené brániční dýchání. (50)

Je známa odlišná tendence k vyhledávání odpočinku u mužů a žen. Z výzkumu vyplývá, že 49% žen vyhledává relaxační a regenerační cvičení, u mužů je to pouhých 31%. Chůzi do přírody zmínilo 26% žen a 17% mužů. Muži dávají naopak přednost těžší fyzické námaze, tuto možnost zvolilo 18% mužů, ale také 10% žen. Nejvíce odpovědí od obou skupin však získala možnost spánek, přes 50% respondentů nejraději stres zaspí, vyspí se z něj. (51)

4.2 Frustrace

Pojem frustrace lze charakterizovat jako neschopnost uspokojení nějaké životně důležité potřeby. Nejedná se jen o potřeby fyziologické, ale také psychosociální, například potřeba porozumění či seberealizace. Při dlouhodobé frustraci některé z biologických potřeb, může dojít až ke smrti. Při dlouhodobé frustraci psychosociálních potřeb může být jedinec ohrožen psychickými nebo psychosomatickými poruchami, které mohou vyústit až k pokusům o sebevraždu. (52)

Existují dva typy frustračních situací rozdělených dle původu na exogenní a endogenní. Exogenní frustrační situace jsou vyvolané nějakou vnější překážkou, kdežto endogenní frustrace jsou vyvolány vnitřní zábranou, morálními důvody či strachem. Reakce na frustrace lze obecně rozdělit na reakce aktivní a pasivní. (52)

Podle L. H. Berkovitz (1989) vede frustrace k agresivnímu chování, je to zapříčiněno převládáním útočné tendence nad tendencí k úniku. Jiným typem aktivní reakce na frustraci je zvýšené úsilí při překonávání překážek a skrze kompenzaci dosáhnutí uspokojení. Někteří lidé se dostávají do takzvané regrese. V tomto případě tento termín znamená návrat k již překonaným, méně dospělým či dětštějším formám chování jako jeden z obranných mechanismů při vypořádání se s frustrací. Pasivní reakce spočívá ve sklíčení osobnosti, rezignaci, odevzdanosti či vyhnutí se situaci, při které by k frustraci mohlo dojít. Pokud nejsou potřeby uspokojeny dlouhodobě, může frustrace vyústit až v deprivaci. (52)

K deprivaci organismu dochází při chronickém neuspokojování potřeb nebo při nedosažení vytyčených cílů. Deprivaci dělíme do pěti základních klasifikací. První klasifikace spočívá v nedostatku biologických potřeb, nedostatku potravy, tepla nebo spánku. Motorická oblast se zaměřuje na potřebu pohybové aktivity. Klasifikace senzorická se zaměřuje na osoby, které strádají při nedostatku smyslových zážitků. Dále se jedná o deprivaci sociální v důsledku ztráty zaměstnání, bydliště či blízké osoby. Poslední pátá klasifikace je citová. Při níž dochází k neuspokojení potřeby lásky, jistoty nebo přátelství. (54)

4.3 Konflikt

Obečně lze konflikt defínovat jako střet dvou protikladných sil, zájmů, cílů či názorů. V životě se konfliktům nelze nikterak vyhnout. Mnoho lidí vnímá konflikt za něco nepříjemného, nežádoucího. Ovšem toto platí pro neuspokojivě řešené konflikty. (55)

Konflikty lze diferencovat do několika skupin. Podle toho koho se týkají, je dělíme na interpersonální a intrapersonální konflikty. Interpersonální spočívají v bouřlivém střetu minimálně dvou jedinců nebo skupin mezi sebou, kdežto intrapersonální mezi různými protichůdnými tendencemi osobnosti. Mají větší dopad na psychickou rovnováhu člověka. (55)

K předcházení konfliktních situací lze využít následujících šest strategií dle Max. A. Egertra. A to konkrétně **souhlasný výrok**, stav, kdy souhlasíme s osobou, se kterou právě jednáme. Za druhé **výrok změkčující**, kdy dáváme najevo, že chápeme dané stanovisko. Další je **náznak** a **důvod stanoviska**, charakterizuje, že k dané problematice chcete a máte co říci. V některých případech je důležité umět však **říci ne**. Ovšem nejschůdnější a nejobvyklejší cesta je **zvolení kompromisu**. (55)

5 ŽIVOTNÍ STYL A NÁVYKOVÉ LÁTKY

Problematika návykových látek je velice rozsáhlá a problematická. Obecně lze říci, že návykové látky jsou takové látky, které jsou schopné nepříznivě ovlivnit sociální chování, rozpoznávací schopnosti a psychickou stránku osobnosti. Látky, na něž vzniká psychická i fyzická závislost. Do této kategorie zahrnujeme především psychotropní a omamné látky, ale také alkohol a veškeré tabákové přípravky. (56)

Zákon č. 167/1998 Sb. pojednává o návykových látkách. Tento zákon mimo jiné ve svých přílohách charakterizuje, co vše je považováno za omamné, psychotropní látky, jedy a prekursory, což jsou látky podléhající zvláštnímu způsobu zacházení, není možné je běžně koupit, připravit nebo je vlastnit. (56)

V současné době není v České republice užívání těchto látek protiprávní. Ovšem užívání omamných a psychotropních látek na veřejně přístupném místě není tolerováno a může být považováno za přestupek, v některých případech i za trestný čin. Dále pak přechovávání již zmíněných látek je považováno za protiprávní jednání. Existují jisté orientační hodnoty nejčastěji se vyskytujícími omamných a psychotropních látek odpovídající znění ustanovení § 187a odstavec 1 a 2 trestního zákona. (56)

Kromě alkoholu a tabáku se v současné době zvyšuje poptávka po ostatních návykových látkách, což vyplývá i ze zdravotnických a sociologických průzkumů. V současné době jsou v České republice k dostání téměř všechny dosud známé druhy drog. Na České drogové scéně kraluje marihuana, pervitin, extáze, LSD, heroin, méně je zastoupen například kokain. Drogy jsou nebezpečné všem věkovým kategoriím, nejrizikovější skupinou jsou děti a dospívající. Zbavit se návyku na omamné a psychotropní látky není snadné, obvykle si s tímto problémem osoba neporadí sama a musí vyhledat odpornou pomoc. (57)

Těchto již zmíněných látek se kolem nás vyskytuje mnoho a často si ani neuvědomujeme rizika s nimi spojená. Nejedná se jen o alkoholické, tabákové látky a již zmíněné drogy, ale i některé léky předepsané od lékaře nebo rozpouštědla, která mohou vyvolat závislost. Do této skupiny lze zařadit i návykové sledování televize, požívání velkého množství čokolády nebo gambling spojený s hracími automaty. (57)

5.1 Rizikové chování

Užívání jakýchkoliv návykových látek lze považovat za rizikové chování. Definování rizikových faktorů napomáhá při hledání vhodných a účinných intervencí a slouží k předcházení negativních dopadů při již zmíněném užívání návykových látek. (5)

Z výzkumů vyplývá, že mezi rizikové faktory patří například nedostatek rodičovské kontroly, chudoba, začlenění do problematických sociálních skupin, užívání drog u rodičů, institucionální výchovná péče. V pozdějším věku to může být nezaměstnanost, různé civilizační choroby nebo dlouhé pobyty v nemocničním zařízení. (5)

5.2 Autodestruktivní závislosti

Návykové látky nebo drogy mohou být původu syntetického či naopak přírodního, z jednotlivých částí rostlin. Oba tyto typy působí na lidskou psychiku, ovlivňují prožívání a chování člověka. (57)

K prvnímu kontaktu se syntetickou nebo přírodní drogou zpravidla dochází v období pubescence, většina mladých a dospívajících osob po ojedinělém experimentu s drogou skončí. Hlavním cílem samotného experimentování s drogami je hledání nějakého společného prožitku, sounáležitosti s určitou kulturní, sociální skupinou osob. Dílčím cílem je často uniknutí od reality, veškeré problémy světa se zdají lépe zvládnutelné než dříve a navození příjemného pocitu, které užívání některých drog doprovází. (58)

U samotného užívání rozlišujeme dvě fáze, rekreační a dlouhotrvající, pravidelné s přinášejícími problémy. Osoba užívající drogy má často pocit, že drogy zastupují něco, co se mu od jeho blízkých nedostává. Toto období vnímá jako nejhezčí ve svém životě, je spokojený, cítí se velmi dobře a svým okolím je paradoxně vnímán jako úspěšný a pohodový člověk. Při pravidelné konzumaci návykových látek se však začnou objevovat somatické potíže. Jedná se o respirační onemocnění, kardiologická onemocnění, bolesti hlavy, únava, vyčerpání a mnoho dalších. Často se začínají zhoršovat vztahy v rodině, zvyšuje se spotřeba peněz, sklon ke kriminálnímu jednání, odcizování ve společnosti a mnoho dalších. (58)

Pokud dospívající začíná vnímat problémy související s užíváním drogy, fáze rekreační pomalu přechází v problémovou. Hromadí a prohlubují se konflikty a problémy v rodině. Někdy se dospívající rozhodnou na čas abstinovat, zpravidla z důvodu přerůstajících problému či ze zvědavosti, zda to dokážou. Obvykle vydrží několik dní, myslí si, že mají situaci pod kontrolou a s užíváním opět začnou. Objevují se u nich silné abstinenní příznaky, které je nutí drogu znovu vyhledat. Avšak skutečnost je jiná a doba bez drogy je jen maximální dobou, kterou je závislý jedinec schopen bez drogy vydržet. V této fázi se dospívající obvykle s užíváním drog svěřuje svému okolí i s falešnou skutečností, že má vše pod kontrolou. Značí to i změny nálad a chování, které se často vyskytují. Takové to chování však musíme vnímat jako volání o pomoc a podporu v dalším počínání. Abstinence znamená volbu odvykací kúry za pomoci specializovaných odborníků. Pokud si však jedinec zvolí drogy, znamená to propad na samé dno závislosti. Postupně se začne prohlubovat deprese, život droga naprosto ovládá a velice často dochází k sebevraždě. (58)

5.3 Závislost na alkoholu

Chemický název ethanol, vzniká kvašením cukru, působením kvasinek. Mezi nejčastější účinky alkoholu je relaxace, zklidnění organismu. Dále tato látka může vyvolat pocity vzrušení, odstraňuje zábrany a úzkost, zhoršuje koordinaci pohybů, navozuje nesoustředěnost, poruchy chování, řeči a vyšší dávky mají sedativní účinek.

Alkohol se vstřebává už v dutině ústní a přes sliznici přechází do krevního oběhu. Další přechod se uskutečňuje v žaludku a ve střevě. Asi 0,04 promile se v těle vytváří cestou fermentace neboli kvašením potravin. (59)

Dlouhodobé a nadměrné užívání alkoholu vede k poškození zdraví a vyvolává závislost. Přechod od škodlivého užívání k závislosti na alkoholu probíhá většinou nenápadně a postupně se tolerance vůči alkoholu zvyšuje. Člověk ztrácí kontrolu nad jeho užíváním a začíná zanedbávat nejen zájmovou činnost, ale také své povinnosti, rodinu a zaměstnání. (59)

České statistiky uvádějí, že už každý dvacátý člověk si bez alkoholu neumí představit svou existenci. Konkrétně se uvádí, že v roce 2010 je v České republice závislých na alkoholu přibližně 550 tisíc osob. Z toho skoro u 8 % dotazovaných respondentů je rozvinuta závislost na alkoholu natolik, že se tato skupina řadí do té nejrizikovější skupiny osob a měla by u nich probíhat bezpodmínečná ústavní léčba. Tento průzkum byl veden formou rozhovorů, dotazováno bylo okolo 3200 osob zastupující všechny skupiny obyvatel. Zkoumaly se symptomy závislosti nebo škodlivé užívání alkoholu. Tento průzkum prováděli odborně vyškolení tazatelé v oblasti závislostí. (59)

5.4 Závislost na tabákových výrobcích

Závislost na nikotinu se řadí mezi chronická onemocnění. K posouzení, zda je člověk závislý na nikotinu či nikoliv, existuje Fagerströmův test nikotinové závislosti viz příloha č. 4. Základní je zjištění odpovědí na dvě klíčové otázky z testu. Kolik cigaret denně vykouříte a jak brzy ráno po probuzení si musíte zapálit cigaretu. Při tomto testu platí přímá úměra. Čím dříve si musíte po probuzení zapálit, tím více jste na nikotinu závislý. (60)

Co se týče mechanických účinků nikotinu, působí jako sympato- a parasympatomimetikum. Proto menší dávka působí soustředění a opakované větší dávky uklidnění. (60)

V mozku jsou uloženy specifické nikotinové receptory, jejichž počet se u závislého kuřáka zmnoží a mohou být následně jednou z příčin abstinčních příznaků. Abstinční příznaky spočívají ve výskytu tělesných a duševních změn v důsledku omezení příjmu nikotinu. Běžně se jedná o známky nespavosti, deprese, zvýšené chuti k jídlu. Látky nikotin zrychluje střevní peristaltiku, zvyšuje krevní tlak a puls, zrychluje metabolismus, snižuje chuť k jídlu. Pokud kuřák abstínuje delší dobu, dojde ke zpomalení metabolismu, může docházet ke snížení, někdy také ale ke zvýšení hmotnosti a objevují se psychické abstinční příznaky jako je podrážděnost, vztek, nervozita, nesoustředěnost a velké nutkání užívat tabákové přípravky. (60)

Při léčbě závislosti na tabáku, hraje velkou roli motivace. Jiná motivace je v dětství a jiná v dospělosti, v poslední době se kouření cigaret v České republice přirovnává k „dětské nemoci“, neboť starší ročníky spíše kouřit přestávají a dětských kuřáků neustále přibývá. Téměř každé druhé dítě má již v deseti letech vlastní zkušenost s cigaretou. Důvodů, proč děti začínají kouřit je hned několik. Může se jednat například o sourozenecký, rodičovský nebo mediální vzor, kterému se chtějí děti přiblížit. Dále pak vlivy zapříčiněné sociální skupinou, ve které se dítě pohybuje. Touha překonat zákazy, vnitřní i vnější emocionální problémy, vyvolávající zátěž a konfliktní situace, které mohou vyústit až v neurotické poruchy. Pokud člověk není dostatečně motivován, ne vždy se mu podaří s kouřením přestat. (60)

Závislý člověk na nikotinu má dvě varianty léčby. V prvním případě se jedná o náhradní terapii nikotinem, v druhém případě jde o farmakologickou léčbu, která je vhodnější pro silnější závislost. Do těchto farmakologických přípravků řadíme například parciální agonisty alfa-4/Beta-2 acetylcholinikotinových receptorů. Přímo se naváží na receptor, otevřou se iontové kanálky, ionty vstoupí do neuronu a signál způsobí vyplavení dopaminu. Stejný efekt nastává při potažení cigarety. Hůře se člověk vyrovnává s psychickou závislostí, kterou při odvykacím pokusu musí překonat vlastní vůlí, a ta ho často zklame. (60)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

6.1 Základní výzkumná otázka

Základní otázkou mé diplomové práce je získání pohledu široké veřejnosti na mnou předem stanovené hypotézy a jejich podotázky týkající se problematiky zdravého životního stylu. Konkrétně se zaměřuji na tři věkové kategorie. Skupinu adolescentů, osoby středního věku a jedince starší 65 let.

6.2 Dílčí hypotézy

Hypotéza 1: Skupina seniorů má větší tendence jíst zdravěji než lidé ve středním věku.

Hypotéza 2: Skupina adolescentů nejméně dbá o svůj zdravý životní styl oproti ostatním věkovým skupinám.

Hypotéza 3: Lidé středního věku méně spí a odpočívají oproti ostatním věkovým skupinám.

Hypotéza 4: Lidé středního věku jsou více vystaveni stresovým, náročným životním situacím oproti skupině adolescentů.

Hypotéza 5: Skupina seniorů má méně pohybové aktivity než skupina středního věku.

Podotázky týkající se hypotézy 2

Podotázka č. 1: Adolescenti nejméně dbají o svůj zdravý životní styl v oblasti stravování.

Podotázka č. 2: Respondenti z řad adolescentů nedbají v dostatečné míře o svou pohybovou aktivitu.

Podotázka č. 3: Skupina adolescentů užívá více návykových látek (měkké, tvrdé drogy) oproti ostatním věkovým skupinám.

6.3 Cíl a úkol průzkumu

Hlavním cílem mé diplomové práce je porovnat změny životního stylu v průběhu jednotlivých věkových období a připravit cílenou edukaci pro tyto skupiny obyvatel dle výsledků výzkumu. Dalším cílem je analyzování dané problematiky z pohledu jednotlivých věkových skupin, konkrétně skupiny adolescentů, osob středního věku a skupiny seniorů ve věku od 65 let v předem sestaveném dotazníku. (Viz příloha č. 5.) Následně budou výsledky tohoto dotazníkového průzkumu zaznamenány, popsány a graficky znázorněny.

7 VZOREK RESPONDENTŮ

Vzorek respondentů jsem si zvolila a rozdělila jej do třech následujících kategorií. První zvolenou skupinou jsou adolescenti, následně osoby středního věku a třetí je skupina seniorů ve věku od 65 let. Tyto odlišné věkové skupiny jsem si vybrala kvůli jejich rozmanitosti a možné odlišnosti názorů na danou problematiku životního stylu.

Dle Světové zdravotnické organizace se do skupiny adolescentů řadí osoby ve věku patnáct až devatenáct let. Tato skupina se charakterizuje především svým tělesným, sexuálním, racionálním, ale i psychickým dospíváním. Tuto skupinu respondentů jsem volila konkrétně z toho důvodu, že v tomto období dochází k formování nejen životního stylu, celkového způsobu života, ale také formulování zásadních životních cílů, které jsou postupně realizovány.

Druhou vybranou skupinou respondentů jsou lidé ve středním věku, jedná se o období života mezi třicátým a pětáctým rokem. (61) Toto období je charakteristické především jeho relativní rovnováhou, stabilitou a plnou výkonností. Všechny své činnosti jedinec provádí s maximálním úsilím a díky této skutečnosti je také nejčastěji vystaven náročným životním situacím. Jelikož se jedná o etapu života, ve které je člověk považován za zcela dospělého a stabilního jedince, domnívám se, že i jeho pohled na zdravý životní styl by měl být vyrovnaný, stabilní a relativně správný. (62)

Z biologického hlediska stárnutí probíhá v období 60 až 75 let. Avšak v současné době se za nejnižší geriatrický věk související s akcelerovanými involučními změnami a věkově podmíněnými chorobami považuje období života od 65 let. (63)

Toto období je charakteristické především měnící se hormonální produkcí, sekrecí a sníženou pohybovou aktivitou. Také svažující se a vysušující se kůží, postupným šedivěním vlasů, chlupů a ochabujícím svalstvem. Každý člověk je však individuální lidská bytost, která stárne odlišným způsobem a odlišuje se jak ve své výkonnosti, motivaci, tak i ve svých zájmech a zálibách. (63)

8 METODIKA VÝZKUMU

Mnou zkonstruovaný dotazník směřovaný pro první skupinu, jsem použila především u žáků středních škol a gymnázií v Plzni. Druhá skupina respondentů byla vybrána náhodným způsobem. Někteří z nich spadají do skupiny mých přátel, známých a ostatní jsou náhodně oslovení respondenti v rámci Plzeňského kraje. Respondenty z řad seniorů jsem oslovila převážně v nemocničních a sociálních zařízeních našeho kraje.

Pilotní průzkum jsem prováděla v květnu 2012. Rozdala jsem 30 dotazníků, 10 pro každou již zmiňovanou skupinu respondentů. Dotazníky jsem vyplňovala společně s respondenty, abych se sama přesvědčila o vhodnosti zkonstruovaného dotazníku. Na základě výsledků pilotního výzkumu jsem zakomponovala tyto dotazníky do finálního šetření.

Z celkového počtu 330 rozdaných dotazníků, do kterého spadá i pilotní průzkum, jsem zpět získala 94 dotazníků za skupinu adolescentů, 96 od osob středního věku a 98 dotazníků od respondentů z řad seniorů. Dva dotazníky od skupiny adolescentů byly vyplněny chybně, a proto nebyly zařazeny do celkového hodnocení. Od druhé skupiny, osob středního věku se mi zpět vrátilo 90 správně vyplněných dotazníků, šest dotazníků bylo vyplněno jen z části, a proto nebyly použity v konečném zhodnocení. Od osob nad 65 let jsem získala 93 správně vyplněných dotazníků, pět dotazníků bylo vyplněno chybně. Celkový počet správně vyplněných dotazníků, bez pilotního vzorku, vhodných pro zjištění výzkumného šetření, byl 275. Kvůli lepší orientaci, matematické vhodnosti a snazšímu převodu celých čísel na procenta, jsem využila zbylé správně vyplněné dotazníky z pilotního průzkumu a přidala je k celkovému počtu 275 dotazníků, abych získala konečný stav 300 dotazníků, 100 (100%) od každé zmiňované skupiny respondentů.

8.1 Metoda výzkumu

K zjištění základních postojů a pohledů na problematiku zdravého životního stylu jsem volila kvantitativní formu šetření. Nejvhodnějším prostředkem k získání kvantitativních dat, jsou bezesporu dotazníkové techniky, které jsem taktéž využila a sestavila na danou problematiku tematický dotazník. Dotazník představuje poměrně snadnou metodu získání potřebných informací, které pokud obsahují uzavřené odpovědi, jsou velmi dobře zobecnitelné. (64)

Samotný dotazník obsahuje 17 otázek vztahující se k daným hypotézám. První dvě otázky jsou čistě informativního charakteru. Dále dotazník obsahuje 8 dichotomických a 7 výběrových otázek. První tři číslované otázky se vztahují k první hypotéze a první podotázce. K druhé hypotéze se váží otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 14, 15. Otázky číslo 7, 8, 9 se vztahují ke třetí hypotéze. Pro ověření čtvrté hypotézy slouží otázky 10, 11, 12 a k páté hypotéze se vztahují otázky 4, 5, 6 viz příloha č. 5.

Každá otázka v dotazníku bude vyhodnocena zvlášť. Navíc budou vyhodnoceny jako celek dle stanovených hypotéz. Ke každé hypotéze se váží tři otázky dotazníku, kromě druhé hypotézy, která je členěna na další tři podotázky. Každá má různě silnou vazbu na vyhodnocení jednotlivých hypotéz. Proto se při vyhodnocování dotazníku z části opírám o metodu multikriteriální hodnocení.

8.1.1 Multikriteriální hodnocení

Tato metoda je uplatňována především ve společenských a přírodních vědách. Z malé části se jedná o subjektivní metodu hodnocení dat, avšak při vyhodnocování dotazníku se tomu to nelze nikterak vyhnout. Tato metoda spočívá ve stanovení si váhových bodů vztahujících se k jednotlivým otázkám v dotazníku. Důležitým nepostradatelným faktorem je určení maxima možných získaných bodů a jejich následná vazba s hypotézou.

Váhové body - Ke každé otázce, dle toho nakolik koreluje s hypotézou, je přiřazena síla neboli číslo, čím vyšší číslo, tím větší vazba na hypotézu. Každá hypotéza je v součtu vždy tvořena desíti váhovými body, které jsou rozloženy k jednotlivým hypotézám právě na základě jejich váhy a vazby k hypotéze. Každá hypotéza je zaměřena na jinou skupinu respondentů, a proto je při konečném zhodnocení hypotézy důležité zohlednit především první dvě informativní otázky dotazníku. (viz příloha č. 5) (64)

8.1.2 Rozložení váhových bodů

Následující tabulky znázorňují vyhodnocování oblastí životního stylu a jednotlivé vazby ke stanoveným hypotézám.

Tabulka 1, Oblast stravování

Hypotéza	Otázky	Váhové body	Váhové body celkem
Hypotéza 1 + podotázka č. 1	Otázka č. 1.	4	10
	Otázka č. 2.	6	
	Otázka č. 3.	10	

Všechny tři otázky se váží k hypotéze č. 1, ale proto, že otázka č. 3 je velmi rozsáhlá, bude hodnocena samostatně. Bude sloužit jako stěžejní faktor pro vyhodnocení hypotézy a navíc jako zdroj dalších informací ohledně zdravého stravování. V závěru bude první hypotéza zobecněna skrze všechny tři otázky dotazníku.

Čím více váhových bodů respondent získá, tím více se bude hypotéza potvrzovat. Konkrétně otázka číslo 3. bude rozdělena na zdravé a nezdravé potraviny, které budou následně tabulkově vyhodnoceny.

Obecně platí, že pokud více jak 50% (více jak polovina otázek) odpovědí koreluje s hypotézou, taktéž ji i potvrzují. To samé platí i u následujících otázek a jejich hypotéz.

Tabulka 2, Hodnocení otázky č. 3

	Téměř nikdy	1x- 3x za měsíc	1x-3x týdně	Více než 3x týdně	1x denně	Vícekrát za den
Drůbež	0	1	1	2	3	3
Ryby	0	1	1	2	3	3
Mléčné výrobky	0	1	1	2	3	3
Vejce	0	1	1	2	3	3
Celozrnné pečivo	0	1	1	2	3	3
Luštěniny	0	1	1	2	3	3

Jedná se pouze o zdravé potraviny. Rozložení váhových bodů k otázce č. 3 musí dát celkovou hodnotu 10 za každou položku v tabulce. Rozložení je uspořádáno dle důležitosti nabízených surovin.

Tabulka 3, Oblast pohybové aktivity

Hypotéza	Otázky	Váhové body	Váhové body celkem
Hypotéza 5 + podotázka č. 2	Otázka č. 4.	4	10
	Otázka č. 5.	4	
	Otázka č. 6.	2	

Tato tabulka slouží nejen k posouzení celkového životního stylu, ale také konkrétně k vyhodnocení podotázky číslo 2. Kdy se domnívám, že skupina adolescentů v dostatečné míře nedbá o svou pohybovou aktivitu. Tudiž na otázky číslo 4 budou respondenti odpovídat převážně **Ne** a u otázky 5 si ve větším rozsahu nejspíše budou volit první kolonku značící **20 – 40 min.** Naopak u 6 otázky bude převahovat možnost odpovědi **více jak 3 hodiny.** (dotazník viz příloha č. 5)

Tabulka 4, Oblast návykových látek

Hypotéza	Otázky	Váhové body	Váhové body celkem
Podotázka č. 3	Otázka č. 13.	3	10
	Otázka č. 14.	4	
	Otázka č. 15.	3	

U této hypotézy se zajímám konkrétně o návykové látky typu měkké a tvrdé drogy, proto má otázka č. 14 nejvíce váhových bodů a nejvíce koreluje s danou hypotézou. Ovšem další dvě otázky se také váží k dané problematice a ptají se na užívání návykových látek, konkrétně alkohol a tabákové přípravky, proto jsou zde zmíněny a v konečném zhodnocení zdravého životního stylu budou brány na zřetel.

Tabulka 5, Oblast spánku a odpočinku

Hypotéza	Otázky	Váhové body	Váhové body celkem
Hypotéza 3	Otázka č. 7.	4	10
	Otázka č. 8.	4	
	Otázka č. 9.	2	

Na hypotézu číslo tři se přímo vztahují otázky číslo 7 a 8, proto u sebe mají nejvyšší váhy. Opět jako u každé hypotézy musí být předem zohledněn věk, v některých případech i pohlaví, aby mohla být hypotéza potvrzena či vyvrácena. V tomto případě se zohledňuje pouze věk.

U skupiny adolescentů se předpokládá, že jejich doba spánku se pohybuje okolo 8 až 10 hodin, lidé ve středním věku by měli spát přibližně 6 až 8 hodin a u starých lidí se celková kvalita spánku zhoršuje, tudíž se doba předpokládaného spánku pohybuje okolo 4 až 6 hodin. (37)

Tabulka 6, Oblast stresu

Hypotéza	Otázky	Váhové body	Váhové body celkem
Hypotéza 4	Otázka č. 10.	4	10
	Otázka č. 11.	3	
	Otázka č. 12.	3	

Otázka číslo deset se nejvíce váže k hypotéze číslo čtyři. Pokud respondenti na tuto otázku odpovědí **ne**, nezískávají žádný bod, ale proto, že na další dvě otázky je i přes to možno odpovědět **ano**, získávají více bodů a hypotéza je taktéž potvrzena. Podotýkám jen, že všechny tři otázky se vztahují k dané hypotéze.

8.2 Zpracování vyhodnocení údajů

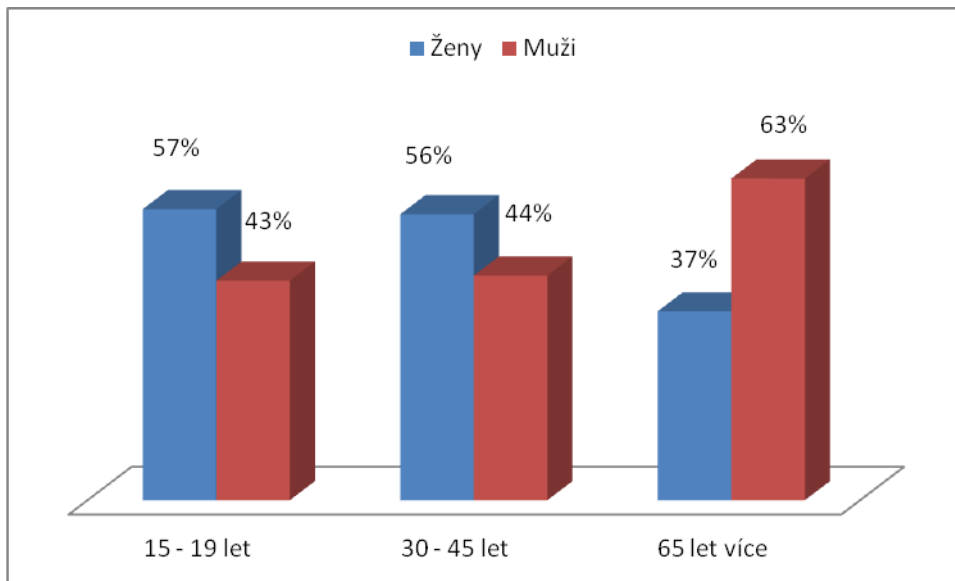
Očekávané výsledky respondentů jsou obsaženy v předem připravených hypotézách, které dále rozvíjejí zkonstruovaný dotazník. Veškeré hypotézy jsem volila, tak aby korelovaly se zvoleným tématem. Hypotéz je celkem pět, pro přehlednost druhé hypotézy týkající se skupiny adolescentů, jsem zvolila tři podotázky, které tuto hypotézu dále rozvíjejí.

Samotné vyhodnocení dotazníku prezentuji skrze grafické a tabulkové znázornění. Pro lepší orientaci jsou jednotlivé grafy a tabulky číselně strukturovány. Veškeré tabulky a grafy jsou doplněny o slovní komentář a hodnoty v grafech jsou převedeny na procenta. Znázorňuji zde, jak absolutní, tak i relativní četnost. Jako absolutní četnost jsou vždy uváděna celá čísla, kdežto relativní četnost je znázorněna v procentech. V jednotlivých komentářích jsou vždy uváděny obě varianty hodnot. Konečný, celkový počet, je značen hodnotou suma - Σ , neboli celková četnost, tato hodnota vychází z celkového počtu respondentů, kterých jak již bylo zmíněno výše, je 100 tedy 100% za každou zmiňovanou skupinu.

9 PREZENTACE A INTERPRETACE DAT

9.1 Grafické znázornění dotazníkového šetření

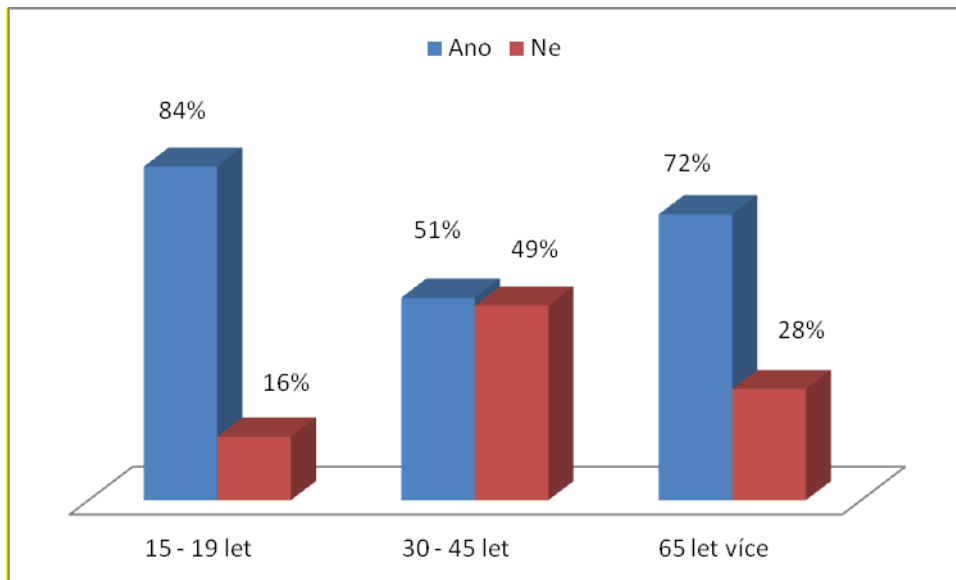
Graf č. 1 Pohlaví respondentů



Z celkového počtu 100 (100%) respondentů z řad adolescentů, bylo 57 (57%) žen a 43 (43%) mužů. Za osoby středního věku, kterých bylo taktéž 100 (100%), odpovědělo 56 (56%) žen a 44 (44%) mužů. Z posledních 100 (100%) vybraných dotazníků za skupinu osob nad 65 let, bylo 37 (37%) žen a 63 (63%) mužů.

Otázka č. 1 Vypijete alespoň 2 l tekutiny (ne alkoholu) za den?

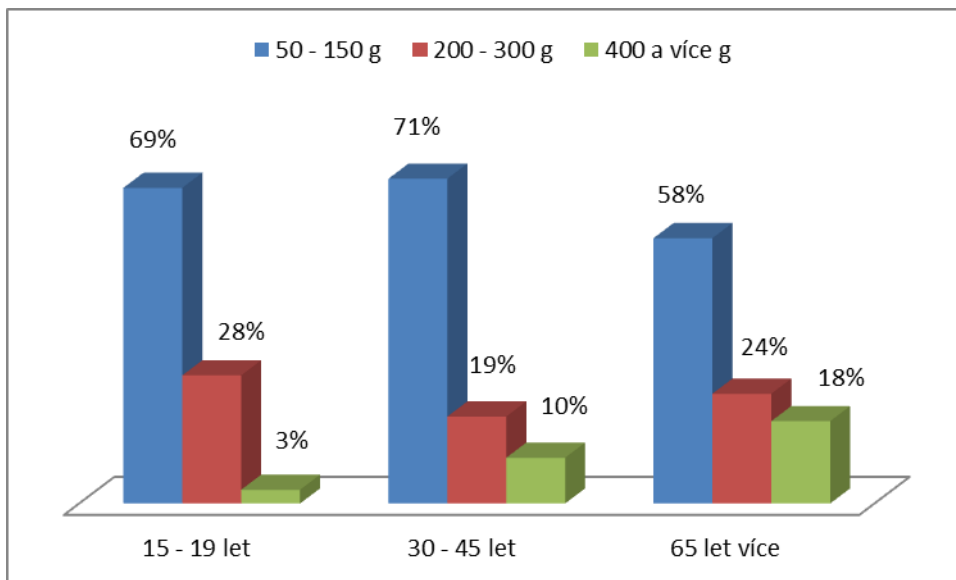
Graf č. 2 Pitný režim



Z celkového počtu 100 (100%) adolescentů, 84 (84%) vypije za den alespoň 2 l tekutin, u 16 (16%) tomu tak není. U druhé skupiny respondentů ve věku 30 – 45 let označilo tuto možnost odpovědi 51 (51%), zbylých 49 (49%) volilo druhou variantu odpovědi, tedy **ne**. Třetí skupina respondentů ve věku 65 let a více označila první možnou odpověď **ano** ze 72 (72%) a zbylých 28 (28%) respondentů za den nevypije ani 2 l tekutin.

Otázka č. 2 Kolik gramů ovoce a zeleniny sníte přibližně za jeden den?

Graf č. 3 Ovoce a zelenina

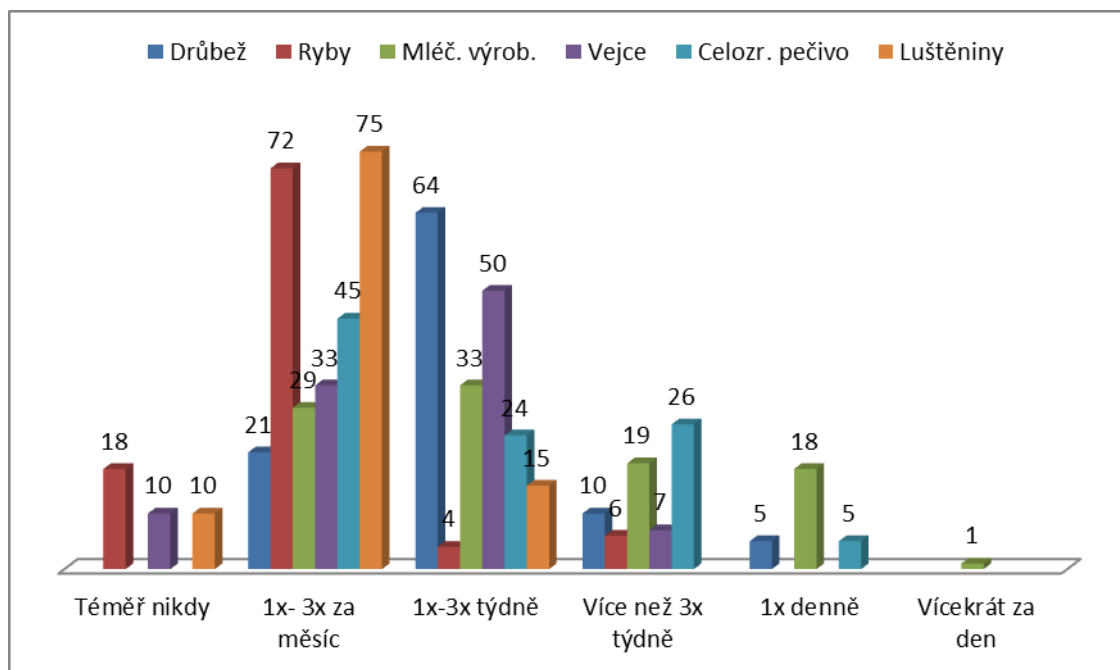


Z celkového počtu 100 (100%), 69 (69%) adolescentů sní za den přibližně 50 – 150 g ovoce a zeleniny, 200 – 300 g označilo 28 (28%) a pouhé 3% adolescentů označilo třetí variantu odpovědi 40 g a více. Ze 100 (100%) dotazovaných lidí ve středním věku označilo první variantu 71 (71%), 19 (19%) zmínilo druhou možnost a jen 10 (10%) sní přes 400 g ovoce a zeleniny během dne. Za posledních 100 (100%) dotazovaných respondentů z řad seniorů jsem získala následující data. 58 (58%) označilo odpověď 50 – 150 g, 24 (24%) volilo možnost 20 – 300 g a 18 (18%) zaškrtnulo 400 a více g ovoce a zeleniny.

Otázka č. 3 Jak často obvykle jíte tyto potraviny?

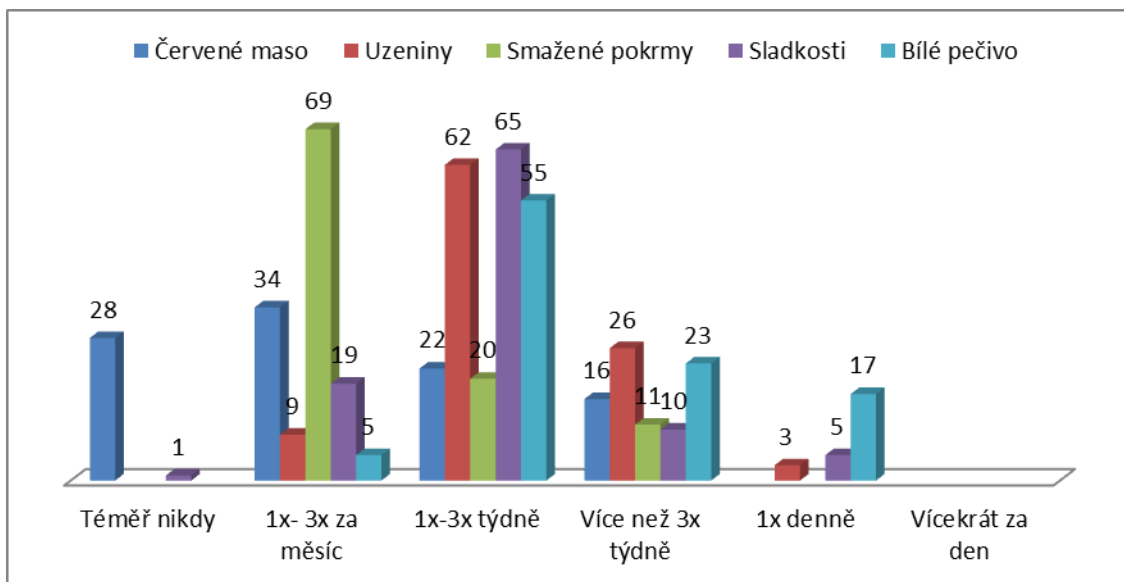
Třetí otázku dotazníku jsem rozdělila na dvě skupiny, zdravých a nezdravých potravin. Dále je pak znázorňuji skrze jednotlivé věkové kategorie. Následující grafy jsou značeny v absolutních číslech. (absolutní četnosti)

Graf. č 4 Zdravé potraviny z pohledu adolescentů



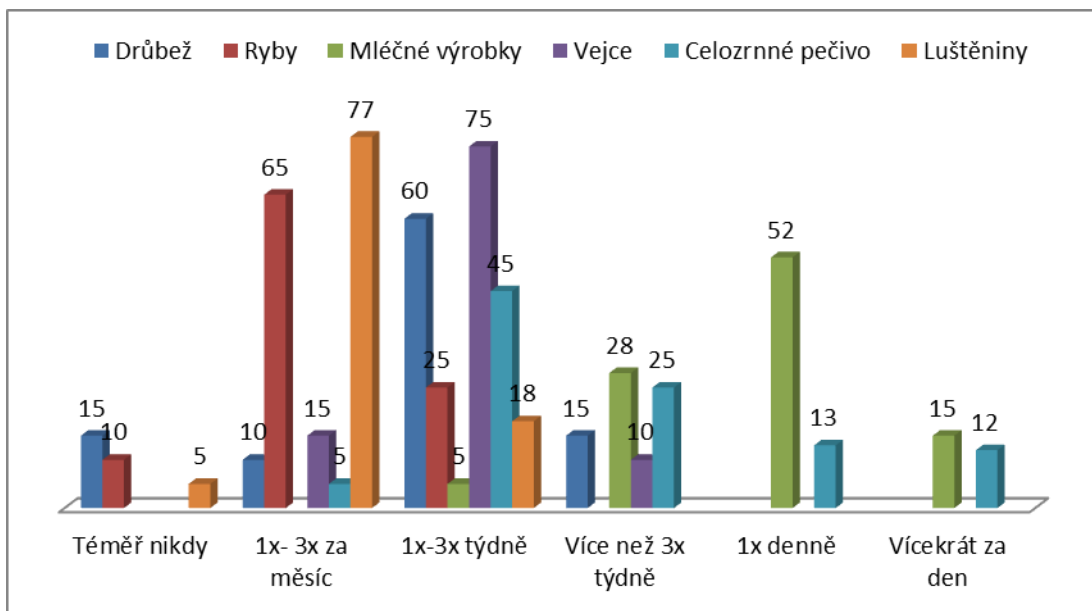
Z tohoto grafu je patrné, že 18 (18%) dotazovaných adolescentů téměř nikdy nejí ryby, vejce a luštěniny nejí 10 (10%). Luštěniny dále 75 (75%) z nich má nejméně jedenkrát měsíčně a 15x (15%) týdně. Za variantu maximálně 3x za měsíc nejvíce adolescenti označovali ryby a již zmíněné luštěniny. Třikrát v týdnu jedí nejvíce drůbeží maso, tuto variantu zmínili 64x (64%). 21 (21%) konzumuje drůbež vícekrát za měsíc a 10 (10%) z nich vícekrát za týden. Více než 3x týdně mají také mladí lidé celozrnné pečivo, tuto odpověď označili 26x (26%). Pravidelně jedenkrát za den má 18 (18%) z nich nějaký mléčný výrobek. Jedno % z nich dokonce vícekrát za den.

Graf č. 5 Nezdravé potraviny z pohledu adolescentů



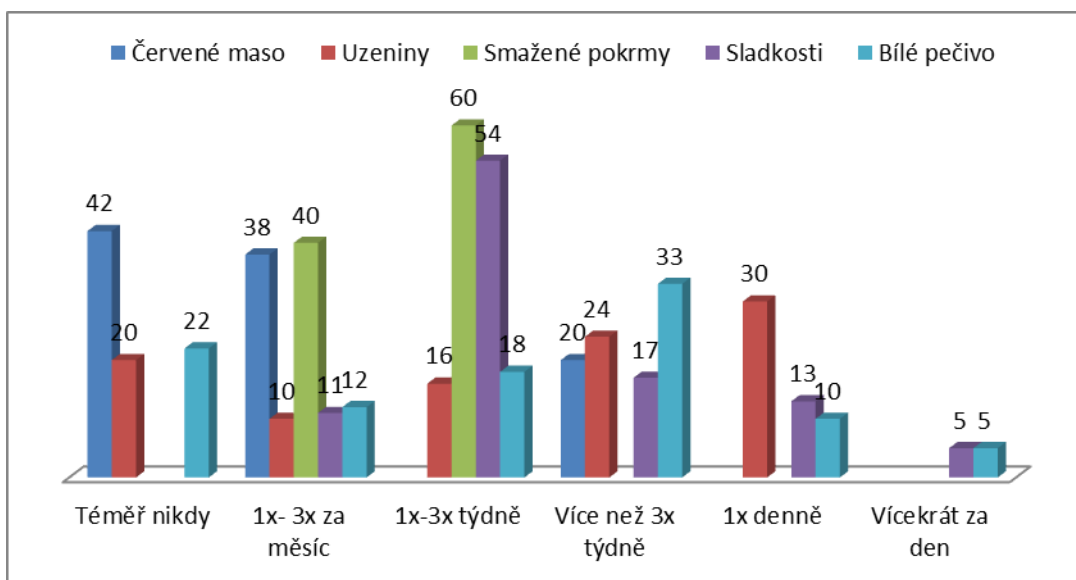
Mezi nezdravé potraviny jsem zařadila červené maso, uzeniny, smažené, sladké pokrmy a bílé pečivo. Jedenkrát denně jí 17 (17%) dotazovaných adolescentů bílé pečivo, 5 (5%) z nich sladkosti a 3 (3%) uzeniny. Vícekrát týdně až 62 (62%) zmínilo uzeniny, 65 (65%) sladkosti, 55 (55%) bílé pečivo, 20 (20%) smažené pokrmy a 22 (22%) červené maso. Vícekrát za měsíc jsou nejvíce zastoupeny smažené pokrmy a to 69x (69%). Dále jedno procento dotazovaných téměř nikdy nejí sladké a 28 (28%) červené maso. 34 (34%) dotazovaných konzumuje červené maso 1x - 3x za měsíc a 16 (16%) vícekrát za týden.

Graf č. 6 Zdravé potraviny z pohledu osob ve středním věku



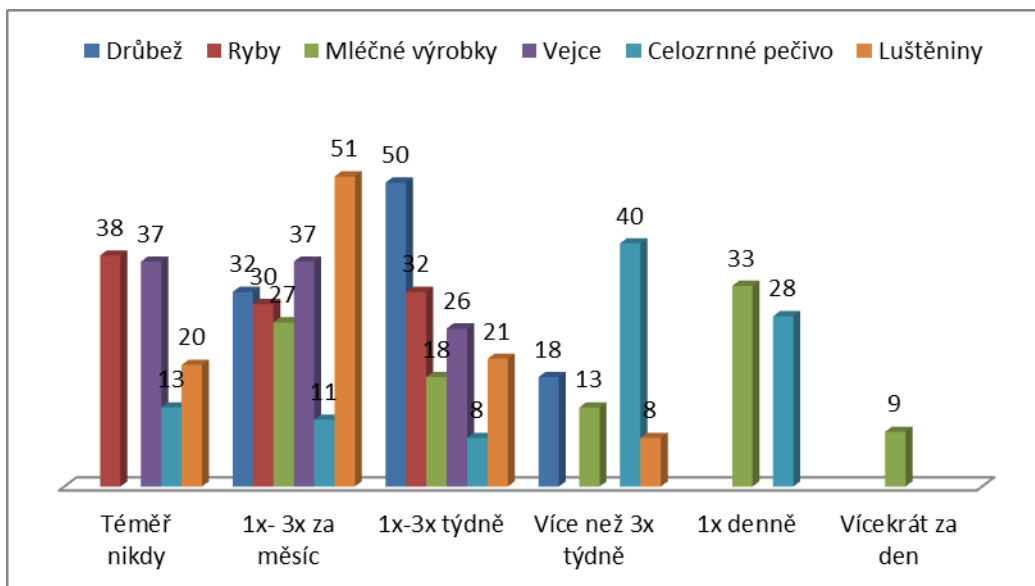
Mezi zdravé potraviny jsem začlenila drůbeží maso, ryby, vejce, mléčné výrobky, celozrnné pečivo a luštěniny. Nejvyšší měsíční hodnoty získaly luštěniny 77 (77%) a ryby 65 (65%). Vícekrát týdně to jsou vejce, které zmínilo 75 (75%) respondentů, 60 (60%) z nich označilo drůbež a 45 (45%) celozrnné pečivo. Mléčné výrobky označilo denně 52 (52%) dotazovaných a vícekrát za den 15 (15%) z nich. Dále drůbeží maso konzumuje 10 (10%) dotazovaných 1x – 3x za měsíc, 15 (15%) téměř nikdy, ale i vícekrát týdně.

Graf č. 7 Nezdravé potraviny z pohledu osob středního věku



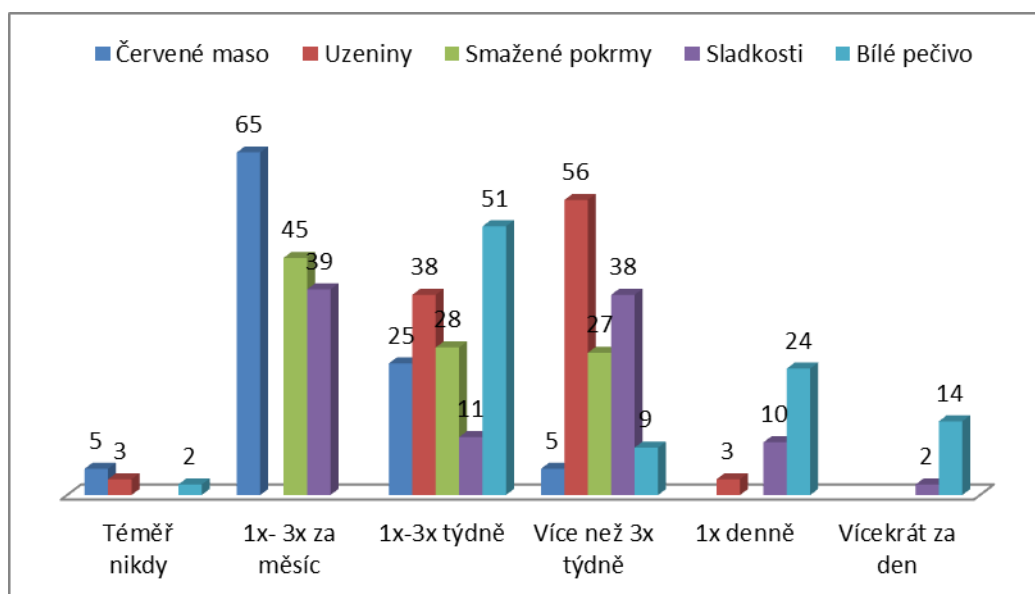
42 (42%) dotazovaných osob středního věku označilo, že téměř nikdy nejí červené maso, 20 (20%) uzeniny a 22 (22%) bílé pečivo. Vícekrát za měsíc 40 (40%) z nich smažené pokrmy a 38 (38%) červené maso. Nejvíce získala odpověď smažené pokrmy, 60 (60%) konzumuje smažené pokrmy v horizontu 1x až 3x týdně, hned na druhém místě jsou zmíněny sladkosti s 54 (54%). Více než 3x týdně jí 33 (33%) respondentů bílé pečivo. Minimálně jedenkrát za den konzumuje 30 (30%) uzeniny, 13 (13%) sladkosti a 10 (10%) z nich bílé pečivo. Tyto poslední dvě suroviny zmínilo i 5 (5%) dotazovaných při variantě vícekrát za den.

Graf č. 8 Zdravé potraviny z pohledu osob starších 65 let



Skupina seniorů téměř nikdy nejí ryby, tuto skutečnost označili 38x (38%), 37x (37%) vejce, 20x (20%) luštěniny a 13x (13%) celozrnné pečivo. Vícekrát za měsíc konzumují luštěniny, tuto možnost označilo 51 (51%) dotazovaných. 50 (50%) jí vícekrát týdně drůbeží maso, 40 (40%) celozrnné pečivo. Dále pak nejvíce zastává denní konzumace mléčných výrobků a celozrnného pečiva v poměru 33 / 28 (33% / 28%).

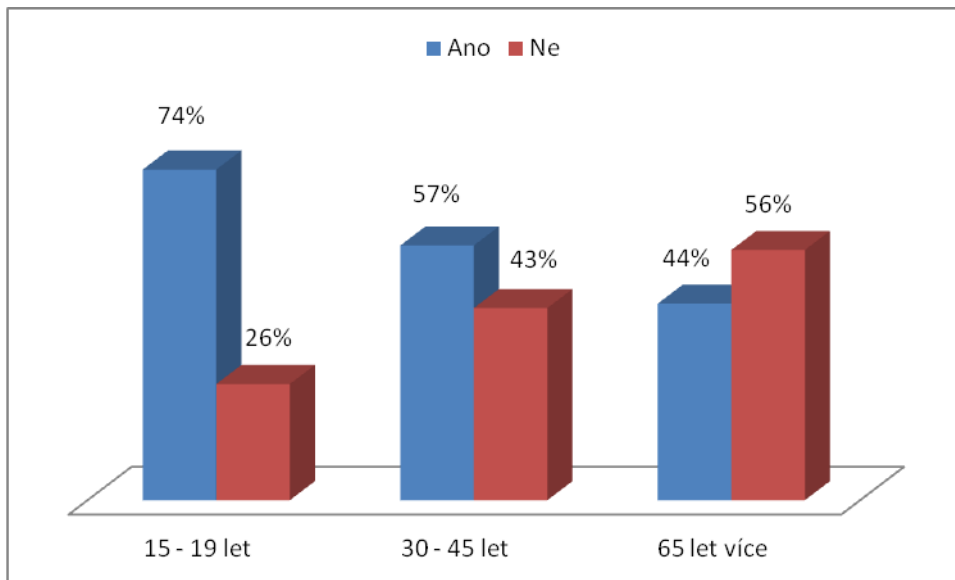
Graf č. 9 Nezdravé potraviny z pohledu osob starších 65 let



Červené maso konzumuje 65 (65%) osob starších 65 let vícekrát za měsíc, 5 (5%) z nich téměř nikdy, 25 (25%) 1x – 3x týdně a 5 (5%) vícekrát za týden. Uzeniny nejvíce konzumují během týdne a to až 56 (56%). 3 (3%) téměř nikdy a 3 (3%) denně. Zbýlých 38 (38%) 1x až 3x za týden. Smažené pokrmy měsíčně označilo 45 (45%) respondentů, 28 (28%) 1x až 3x týdně a 27 (27%) vícekrát do týdne. Sladkosti mají největší zastoupení v období měsíčním nebo týdenním v poměru 39 / 38 (39% / 38%). Bílé pečivo konzumuje až 51 (51%) dotazovaných 1x – 3x do týdne, dále pak 24 (24%) denně a 14 (14%) vícekrát za den.

Otázka č. 4 Provozujete pravidelně nějaký aktivní sport?

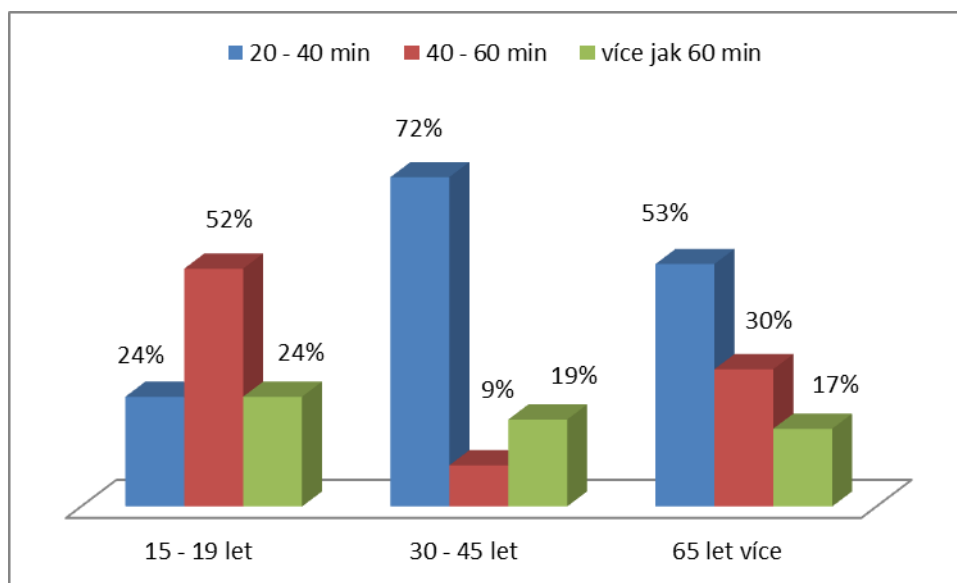
Graf č. 10 Aktivní sport



Tento graf znázorňuje 100 (100%) adolescentů, kteří ze 74 (74%) provozují nějaký aktivní sport a naopak 26 (26%) z nich žádný aktivní sport neprovádí. Dále popisuje skupinu středního věku, kde ze 100 (100%) dotazovaných aktivně sportuje 57 (57%) a 43 (43%) se žádnému sportu aktivně nevěnuje. Ze 100 (100%) osob starších 65 let aktivně sportuje 44 (44%), zbylých 56 (56%) žádný aktivní sport neprovozuje.

Otázka č. 5 Kolik denně trávíte tělesným pohybem?

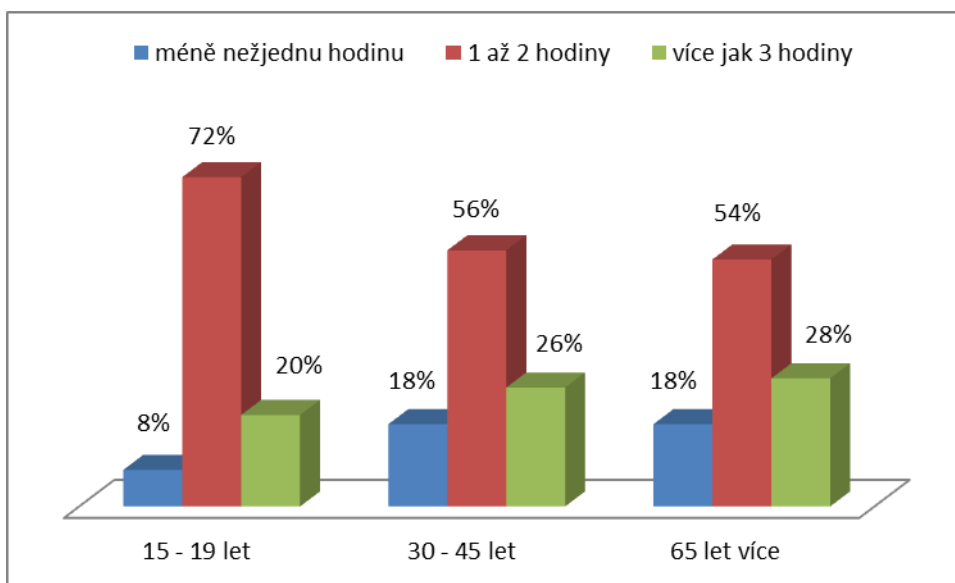
Graf č. 11 Tělesný pohyb



Z celkového počtu 100 (100%) dotazovaných adolescentů denně tráví tělesným pohybem v rozmezí 20 – 40 min 24 (24%), stejné zastoupení v tomto případě má u adolescentů i možnost více jak 60 minut denně. 52 (52%) z nich uvádí, že denně mají nějakou pohybovou aktivitu přibližně 40 – 60 min. Věková kategorie v rozmezí 30 – 45 let uvedla na tuto otázku nejčastěji první odpověď 20 – 40 min, a to konkrétně ze 72 (72%). Dále pak 9 (9%) z nich den tráví tělesným pohybem 40 – 60 min a 19 (19%) více jak 60 minut denně. Vždy vycházím z celkového počtu 100 (100%) respondentů za každou zmiňovanou věkovou kategorií. 100 (100%) členná skupina seniorů zmínila, že z 53 (53%) tráví den pohybovou aktivitou v rozmezí 20 – 40 minut, druhou možnost volilo 30 (30%) dotazovaných a poslední možnost odpovědi vybralo 17 (17%) seniorů.

Otázka č. 6 Kolik hodin denně trávíte u počítače nebo televize?

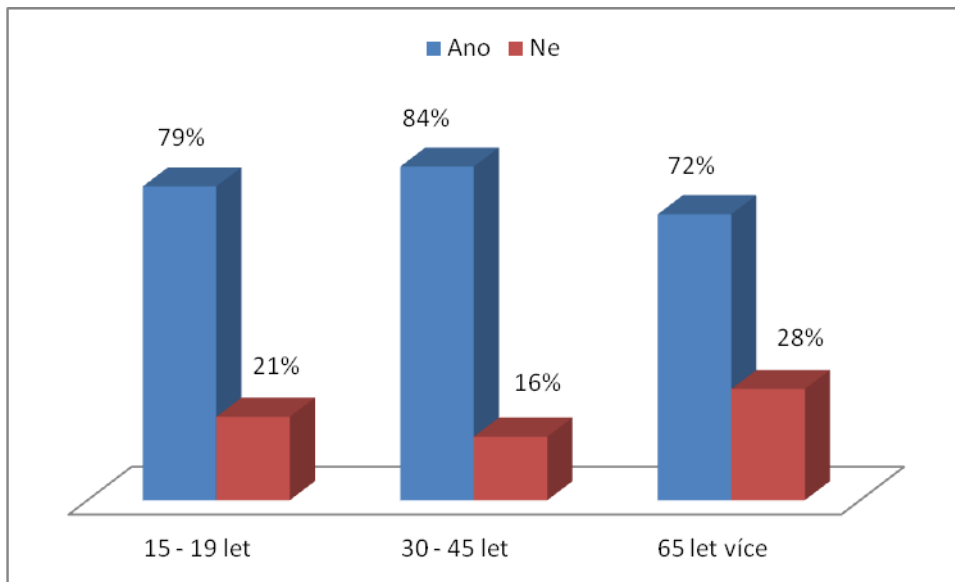
Graf č. 12 Čas trávený u PC a TV



Ze sta (100%) dotazovaných adolescentů sleduje TV či PC méně než hodinu 8 (8%) z nich. 72 (72%) tráví volný čas u televize a počítače přibližně 1 až 2 hodiny. Zbýlých 20 (20%) více jak 3 hodiny denně. Z celkového počtu 100 (100%) osob středního věku sleduje televizi 18 (18%) méně než hodinu. Přibližně dvě hodiny tráví u počítače 66 (66%) a více jak 3 hodiny tráví tento čas 26 (26%) dotazovaných. Ze stovky (100%) seniorů pobývá u televize či počítače 18 (18%) méně než hodinu. 56 (56%) z nich sleduje TV a PC přibližně 2 hodiny a zbylých 28 (28%) více jak 3 hodiny denně.

Otázka č. 7 Trávíte alespoň 2 hodiny týdně pasivním odpočinkem?

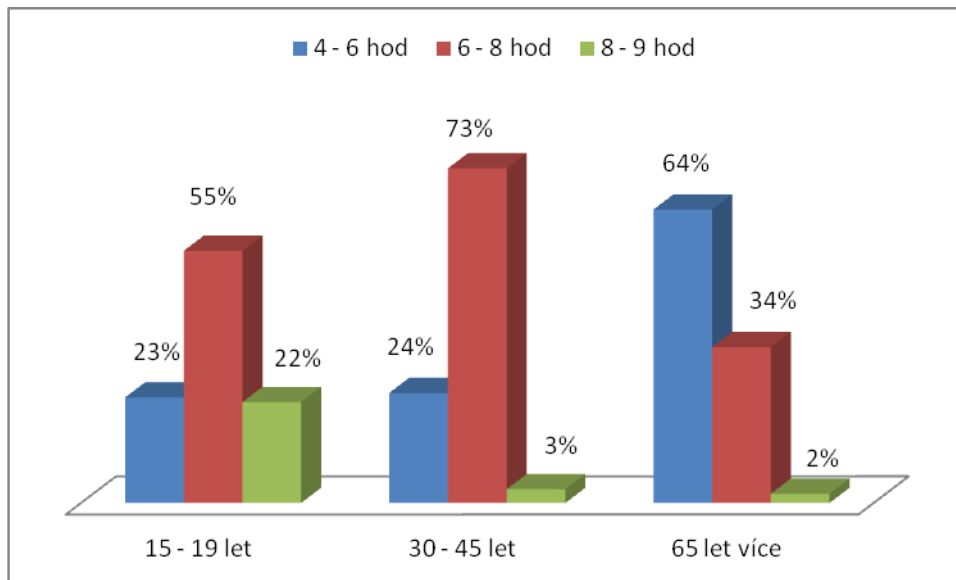
Graf č. 13 Pasivní odpočinek



100 (100%) dotazovaných z řad adolescentů tráví ze 79 (79%) alespoň 2 hodiny týdně pasivním odpočinkem, však 21 (21%) nikoliv. Osoby středního věku tráví 2 hodiny odpočinku z 84 (84%) a jen 16 (16%) z nich na tuto otázku odpovědělo **ne**. Ze sta (100%) seniorských respondentů tráví 2 hodiny týdně pasivním odpočinkem 72 (72%), zbylých 28 (28%) označilo druhou možnost odpovědi.

Otázka č. 8 kolik hodin denně v průměru spíte?

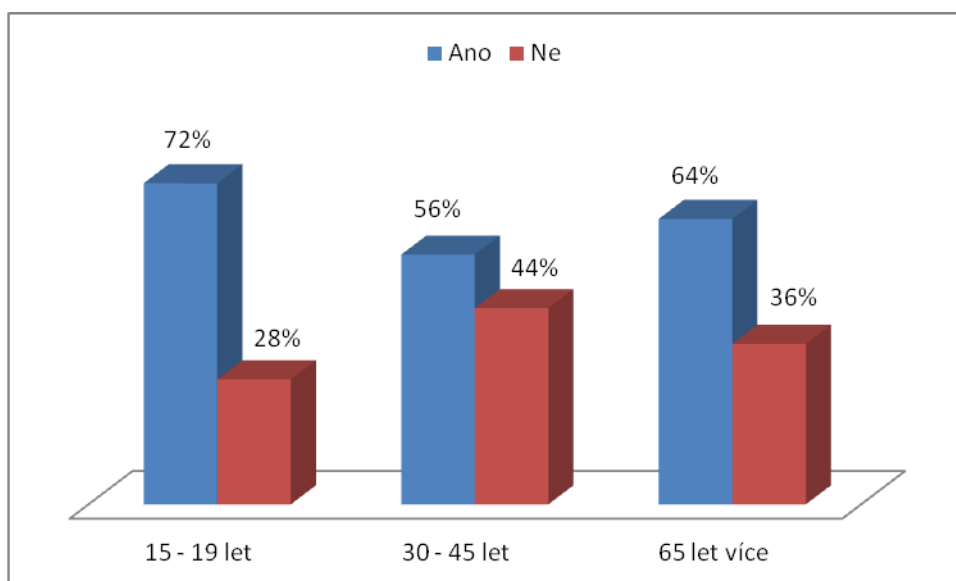
Graf č. 14 Průměrný spánek



V grafu č. 8 je uvedeno, kolik hodin denně v průměru jednotlivé skupiny respondentů spí. Z celkového počtu 100 (100%) adolescentů spí 23 (23%) v průměru 4 – 6 hodin, 55 (55%) prospí 6 – 8 hodin denně a 22 (22%) 8 – 9 hodin. Lidé ve věku 30 – 45 let spí z 24 (24%) 4 – 6 hodin, 6 – 8 hodin spí 73 (73%) a 3 (3%) stráví spánkem 8 – 9 hodin denně. Skupina seniorů spí 4 – 6 hodin denně z 64 (64%) z celkových možných 100 (100%). Druhou variantu odpovědi volilo 34 (34%) a třetí možnost zmínilo 2 (2%) seniorů.

Otázka č. 9 Cítíte se většinou odpočínutý po spánku?

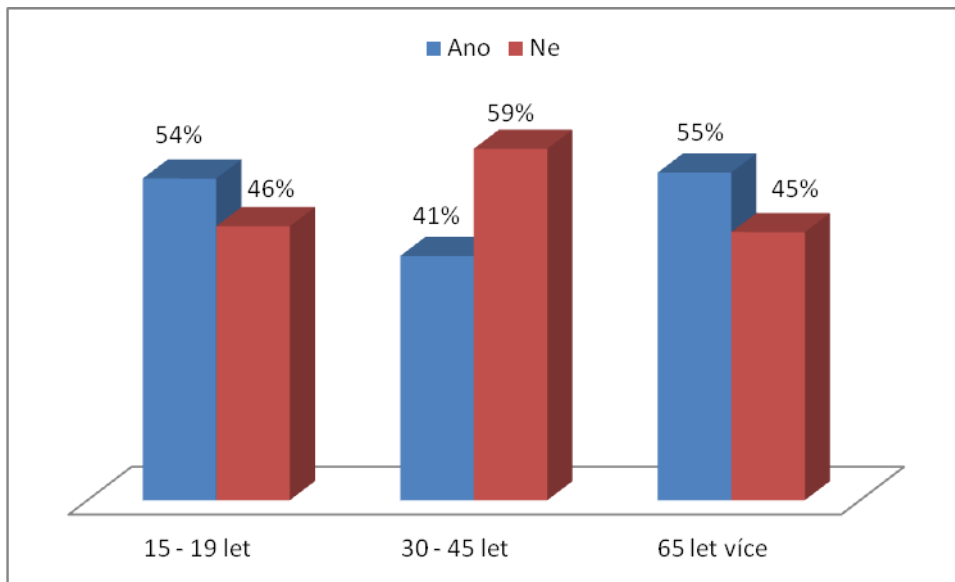
Graf č. 15 Odpočinek



Na otázku, zda se vybraní respondenti cítí po spánku odpočínutí odpovědělo ze sta možných (100%) 72 (72%) adolescentů ano a 28 (28%) ne. Za skupinu osob ve středním věku jsem získala 56 (56%) kladných odpovědí a 44 (44%) odpovědí záporných. Třetí věková kategorie se z 64 (64%) cítí po spánku odpočínutá a 36 (36%) z možných 100 (100%) nikoliv.

Otázka č. 10 Zažíváte více než 3x týdně nepříjemné (stresové) okamžiky?

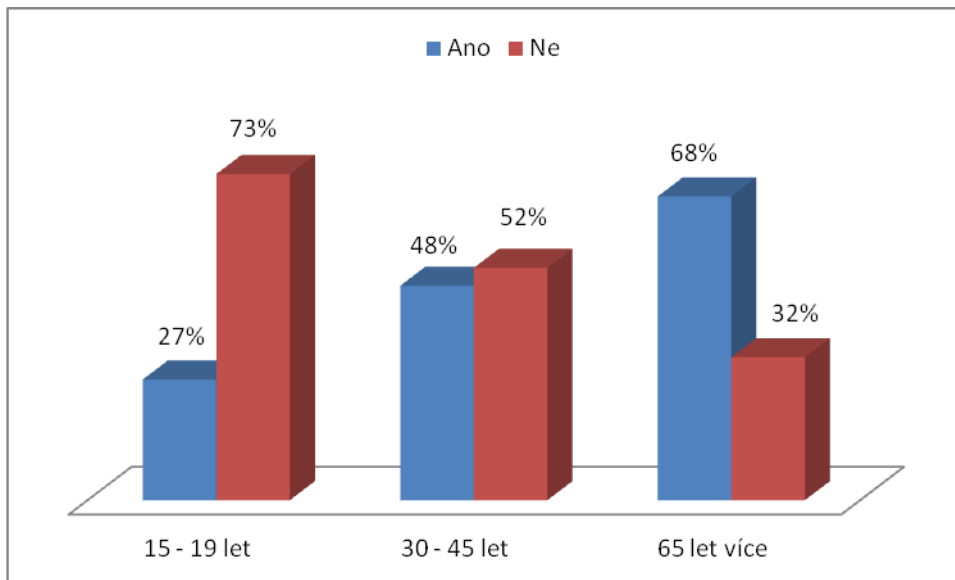
Graf č. 16 Stresové okamžiky



Ze 100 (100%) možných odpovědí za skupinu adolescentů odpovědělo kladně 54 (54%) dotazovaných. Zbýlých 46 (46%) tyto okamžiky během týdne tak často nezažívá. U druhé oslovené skupiny, osob ve středním věku, se ve větší míře objevovali negativní odpovědi a to konkrétně z 59 (59%). Zbýlých 41 (41%) se s těmito okamžiky během týdne potýká. Třetí zvolená skupina seniorů odpovídala na tuto otázku z 55 (55%) kladně. 45 (45%) nepříjemné (stresové) okamžiky v takové míře neprožívá.

Otázka č. 11 Cítíte se často během dne unaven (na) a bez energie?

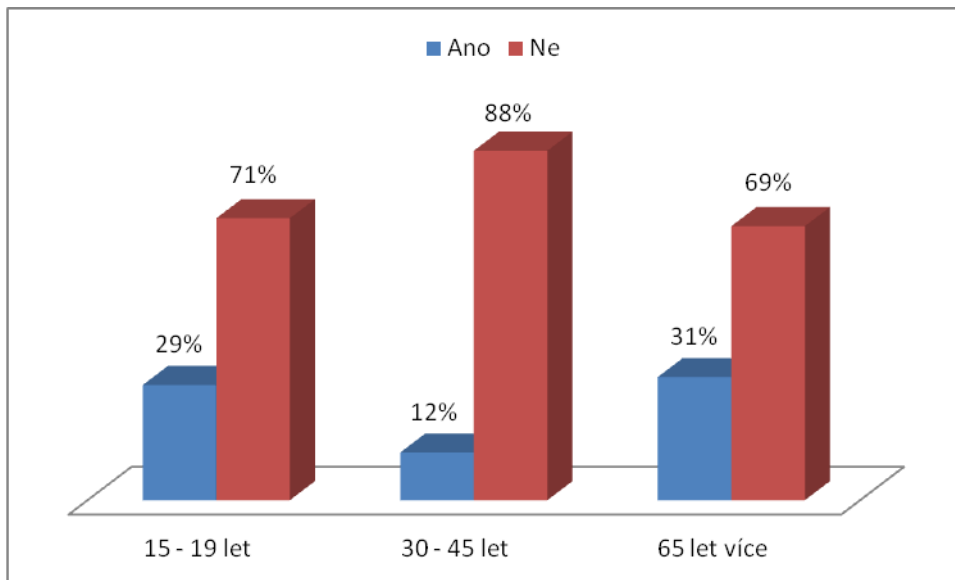
Graf č. 17 Ztráta energie během dne



Z tohoto grafu vyplývá, že ze sta (100%) možných odpovědí se 27 (27%) dotazovaných adolescentů cítí během dne unaveno a bez energie, to samé 48 (48%) osob ve středním věku a nejvíce 68 (68%) osob starších 65 let. Záporně odpovědělo 73 (73%) adolescentů, 52 (52%) lidí ve věku od 30 do 45 let a jen 32 (32%) seniorů.

Otázka č. 12 Rozzlobíte se snadno a rychle na druhé osoby?

Graf č. 18 Rozzlobení se



Tento graf znázorňuje, jak často se vybraní respondenti rozzlobí na druhé osoby. Vesměs převládají záporné odpovědi. Se sebeovládáním a vyrovnaností nemá problém 71 (71%) dotazovaných adolescentů, 88 (88%) osob ve středním věku a 69 (69%) seniorů. Naopak snadno a rychle se na druhé rozzlobí 29 (29%) adolescentů, 31 (31%) osob starších 65 let a pouhých 12 (12%) dotazovaných osob ve věku 30 - 45 let.

Otázka č. 13 Kolik gramů / litrů alkoholu (ne tvrdého alkoholu) v průměru vypijete? (10 g se rovná přibližně 1 dl vína nebo 2 dl piva)

Tabulka 7, Průměrná spotřeba alkoholu

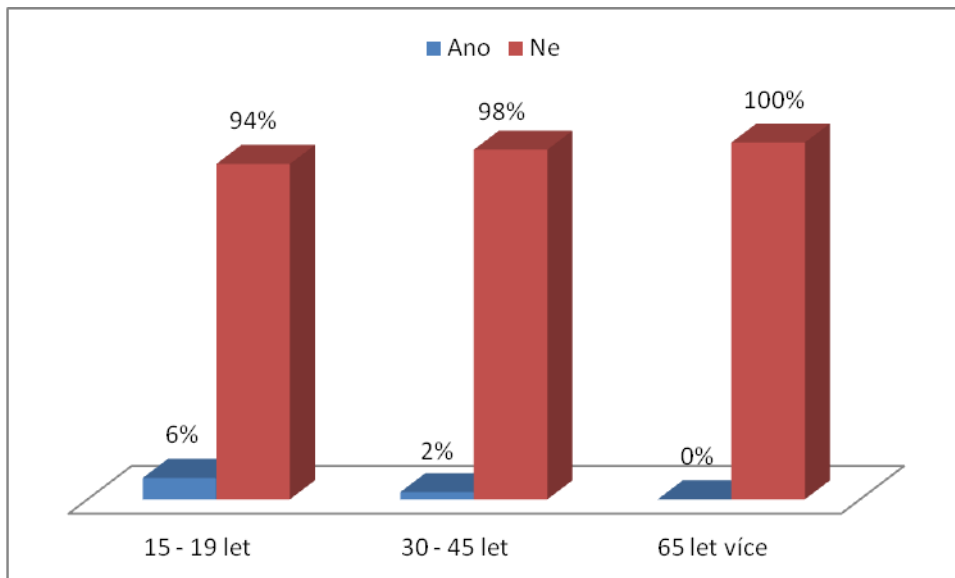
	Denně	2 -3x týdně	1 x týdně	Občas – zvláštní příležitosti	Vůbec nepiji alkohol
10 – 30 g	17	4 3 8	16 27 12	18 23	5 2
30 – 50 g	6	9	11	4 5 25	
50 g a více		33 10	17 25 15	10	

Černě jsou značeny odpovědi od skupiny adolescentů, červeně zvýrazněné odpovědi respondentů středního věku a modré odpovědi jsou od osob starších 65 let. Hodnoty jsou značeny formou absolutní četnosti. Při převodu na relativní četnost, budou u všech uvedených hodnot v tabulce procenta. Opět se jednalo o sběr dat od 100 (100%) respondentů za každou již zmiňovanou skupinu. Hodnota 100 představuje celkový počet (sumu) Σ , relativní četnost celku činí 100% za každou věkovou kategorií.

33 (33%) dotazovaných adolescentů odpovědělo, že více jak dvakrát v týdnu vypije více než 50g alkoholu, to samé množství minimálně jedenkrát týdně i 17 (17%) z nich, 10 (10%) jen při zvláštních příležitostech. 30 – 50g alkoholu denně spotřebuje 6 (6%) osob ve středním věku, vícekrát do týdne 9 (9%) z nich, 11 (11%) adolescentů minimálně jedenkrát do týdne a při zvláštních příležitostech jsou to 4 (4%) adolescentů, 5 (5%) osob ve středním věku a 25 (25%) seniorů. Minimální množství alkoholu, 1 – 2dl denně konzumuje 17 (17%) seniorů, 2x-3x za týden, na tuto možnost odpovědi odpovědělo 8 (8%) z nich, 3 (3%) osob ve středním věku a 4 (4%) adolescentů. Jedenkrát týdně toto množství alkoholu spotřebuje 16 (16%) adolescentů, 27 (27%) osob středního věku a 12 (12%) jedinců starších 65 let. Při zvláštních příležitostech tato konzumace spadá na 18 (18%) respondentů středního věku a 23 (23%) seniorů. 5 (5%) adolescentů a 2 (2%) osob středního věku vůbec alkohol nepije.

**Otázka č. 14 Konzumujete nejméně jedenkrát týdně nějaké návykové látky?
(V tomto případě se myslí měkké či tvrdé drogy)**

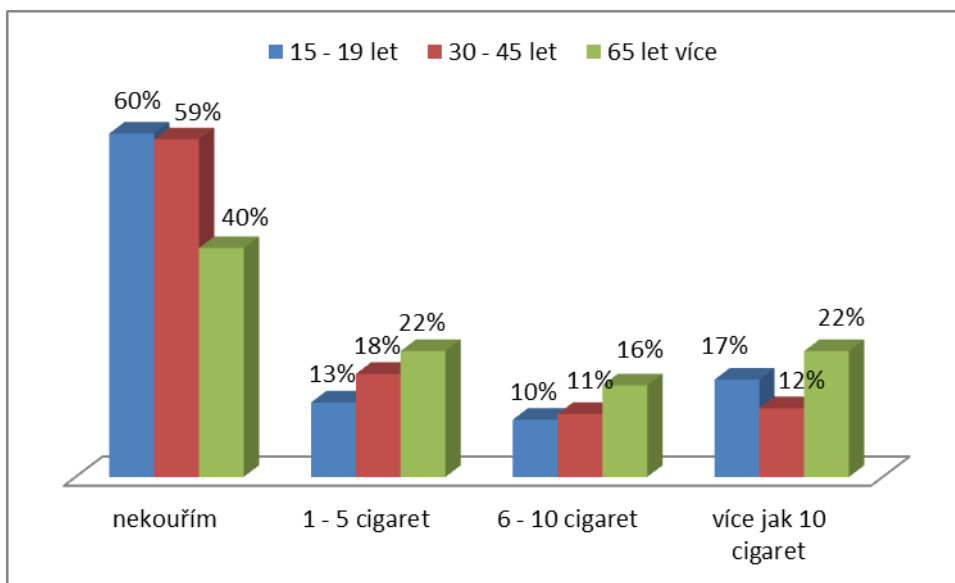
Graf č. 19 Užívání měkkých a tvrdých drog



V tomto případě zmínilo užívání drog 6 (6%) adolescentů (ze sta možných), 2 (2%) osob ve středním věku a nikdo z řad seniorů. Z toho vyplývá, že 94 (94%) respondentů ve věku 15 – 19 let v současné době neužívá během týdne žádné návykové látky tohoto druhu, taktéž 98 (98%) osob středního věku a celých 100% dotazovaných seniorů.

Otázka č. 15 Kolik vykouříte denně cigaret?

Graf č. 20 Kouření cigaret



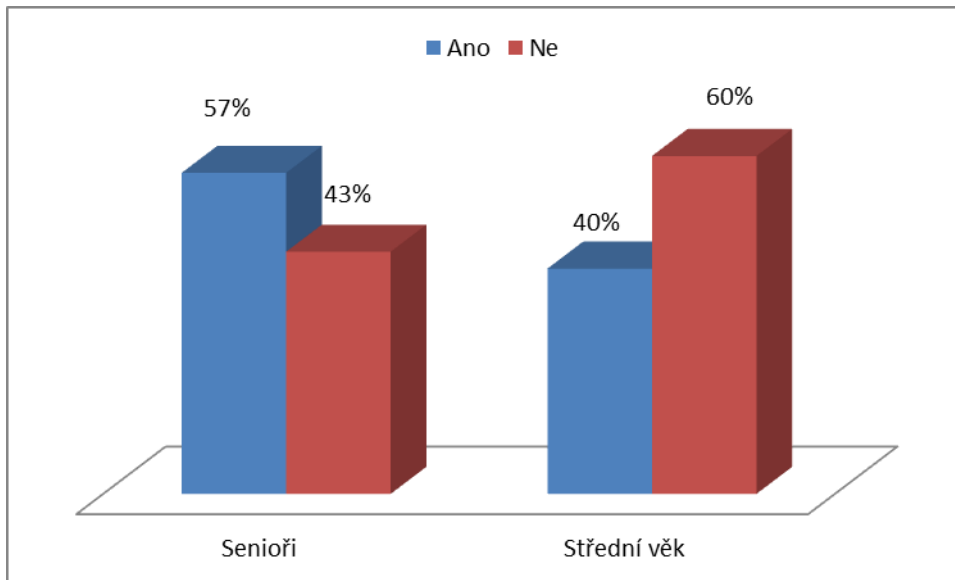
Z tohoto grafu vyplývá, že z celkového počtu 100 (100%) dotazovaných adolescentů 60 (60%) vůbec nekouří cigarety, 13 (13%) kouří denně v průměru 1 - 5 cigaret, více jak pět cigaret kouří 10 (10%) a 17 (17%) adolescentů vykouří denně více jak 10 cigaret. Osoby středního věku odpověděly následovně. 59 (59%) vůbec nekouří, 18 (18%) označilo odpověď 1 – 5 cigaret denně, 11 (11%) kouří více jak pět cigaret a 12 (12%) více jak 10 cigaret za den. Z osob starších 65 let nekouří 40 (40%) dotazovaných. Do celkového počtu 5 cigaret se vešlo 22 (22%), nad hranici 5 cigaret to bylo 16 (16%) a 22 (22%) seniorů vykouří denně více jak 10 cigaret.

9.2 Zpracované hypotézy dle stanovených kritérií

H 1: Skupina seniorů má větší tendence jíst zdravěji než lidé ve středním věku.

Hypotézu 1 zobrazují výsledky otázek č. 1, 2.

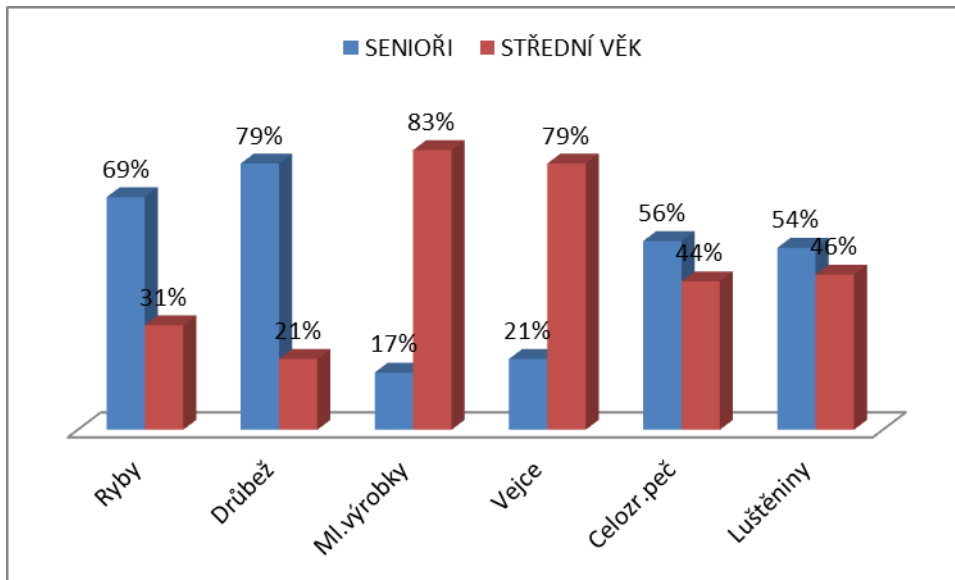
Graf č. 21 Zdravější stravování



Tento graf potvrzuje stanovenou hypotézu týkající se zdravého stravování. 57 (57%) respondentů starších 65 let se stravuje opravdu zdravěji, oproti tomu 60 (60%) osob ve středním věku zdravou životosprávu nedodrží.

Hypotéza 1 zobrazující 3. Otázku dotazníku

Graf č. 22 Zdravé potraviny

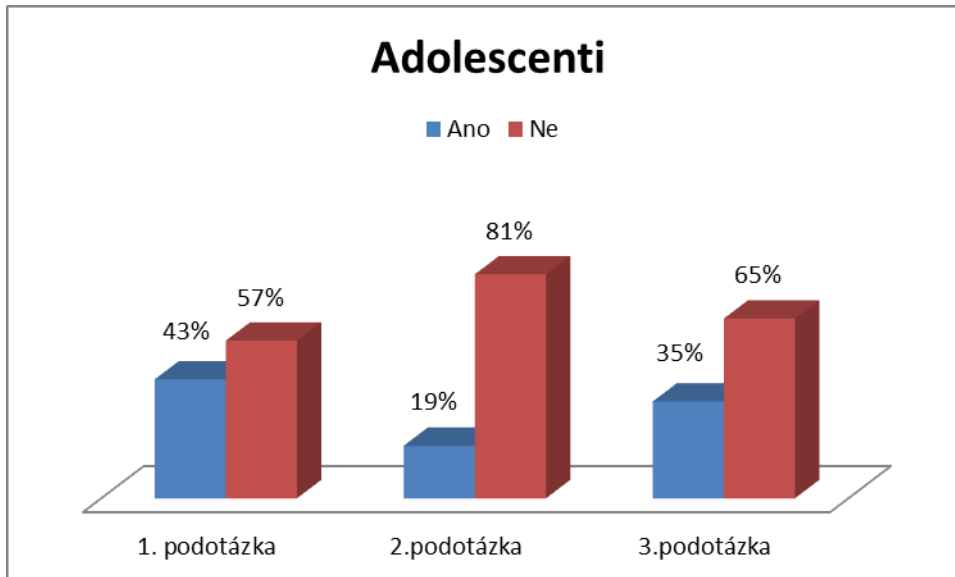


Z tohoto grafu vyplývá, že skupina seniorů jí v průměru zdravěji než skupina středního věku, to znamená, že se hypotéza v tomto případě potvrdila. Není tomu tak v případě konzumace mléčných výrobků, kde převažují odpovědi osob středního věku o 83 (83%). Dále pak u konzumace vajec, kde jsou odpovědi v poměru 21 / 79 (21% / 79%). Při porovnání a sjednocení výsledků z obou grafů se v závěru první hypotéza opravdu potvrzuje.

H 2: Skupina adolescentů nejméně dbá o svůj zdravý životní styl oproti ostatním věkovým skupinám.

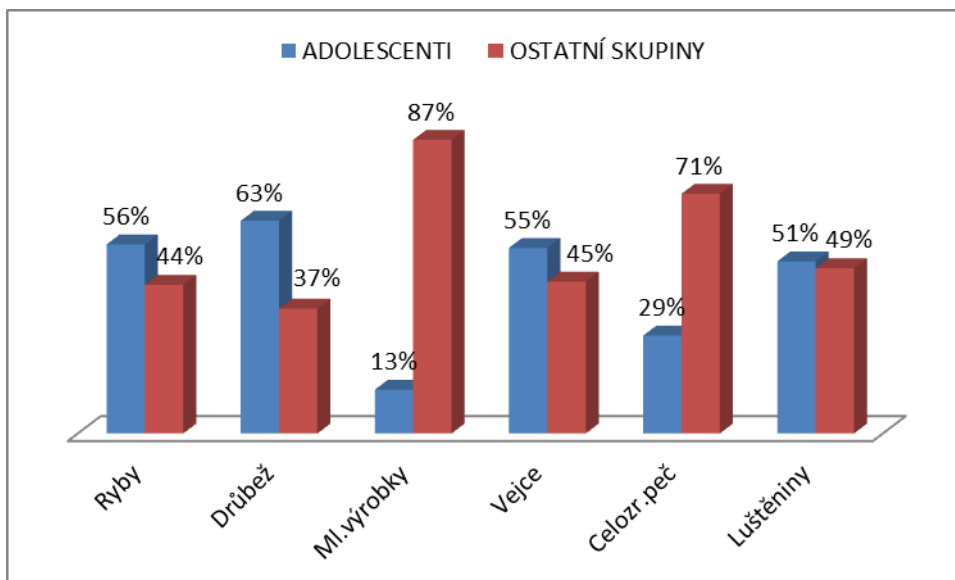
Hypotézu 2 zobrazují výsledky otázek č. 1, 2, 4, 5, 6,13, 14, 15.

Graf č. 23 Podotázky životního stylu



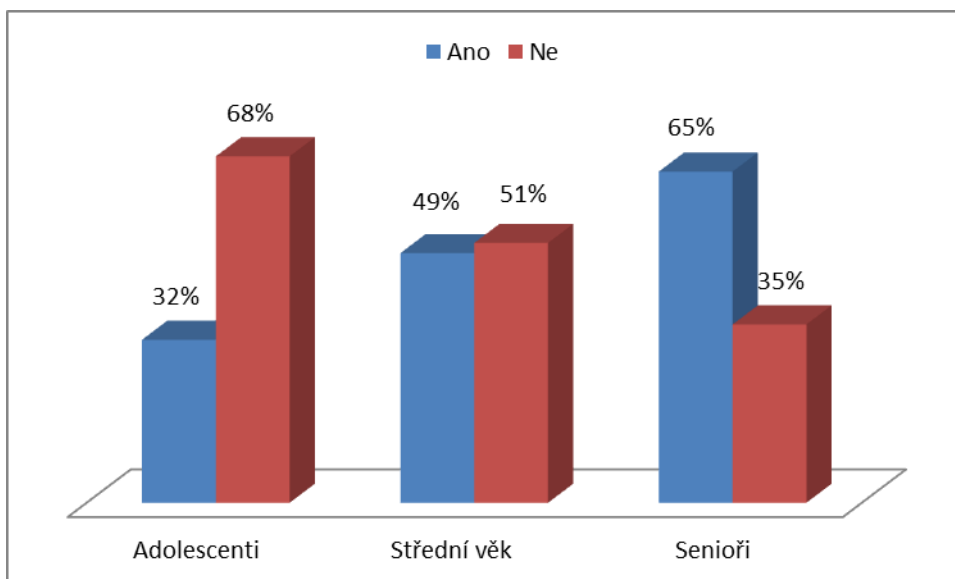
Tento graf zobrazuje hypotézu 2 a její jednotlivé podotázky. V první podotázce se zabývá oblastí stravování, kde 57% respondentů konzumuje zdravé potraviny, což potvrzuje i následující graf č. 18. U druhé podotázky se zaměřuji na pohybovou aktivitu, kde 81% dotazovaných odpovědělo kladně na všechny tři otázky vztahující se k této problematice. Třetí podotázka se týká užívání návykových látek, zde uvedlo 65% adolescentů, že nemají zkušenosti a ani nejsou závislí na některé ze zmiňovaných látek.

Graf č. 24 Hodnocení 3. Otázky dotazníku



Samostatně je opět vyhodnocena 3. otázka dotazníku, pro její vysoké bodové ohodnocení. Tento graf značí, že skupina adolescentů konzumuje čtyři z šesti druhů surovin ve větším množství než zbylé dvě skupiny respondentů. Konkrétně se jedná o ryby v poměru 56 / 44 (56% / 44%). Drůbeží maso 63 / 37 (63% / 37%), vejce 55 / 45 (55% / 45%) a luštěniny v poměru 51 / 49 (51% / 49%).

Graf č. 25 Zdravý životní styl

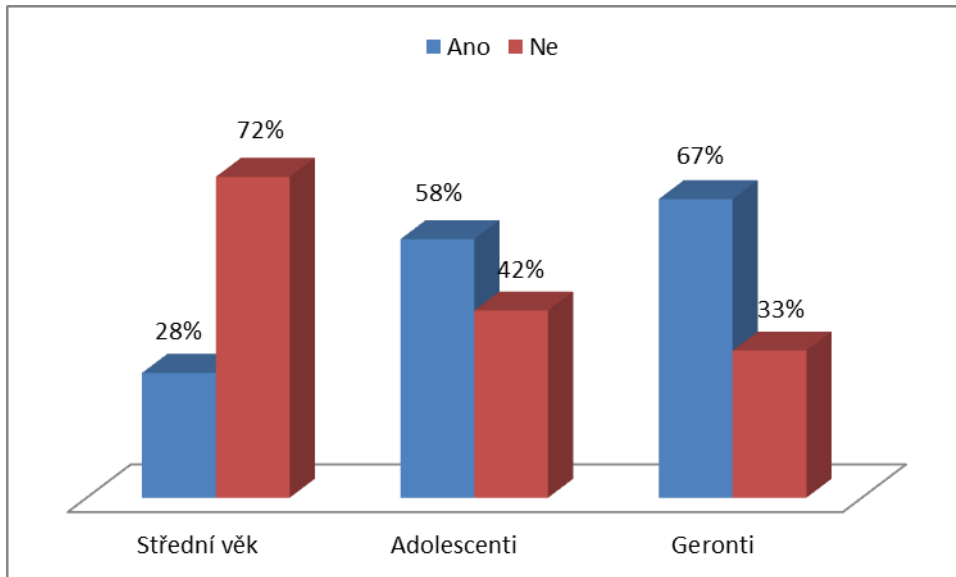


Z tohoto grafu je patrné, že skupina adolescentů dbá o svůj životní styl z 68 (68%). Pouhých 32 (32%) o svůj zdravý životní styl nedbá. Ze všech skupin o sebe dbají nejvíce lidé starší 65 let a to konkrétně z 65 (65%).

H 3: Lidé středního věku méně spí a odpočívají oproti ostatním věkovým skupinám.

Hypotézu 3 zobrazují výsledky otázek č. 7, 8, 9.

Graf č. 26 Spánek a odpočinek

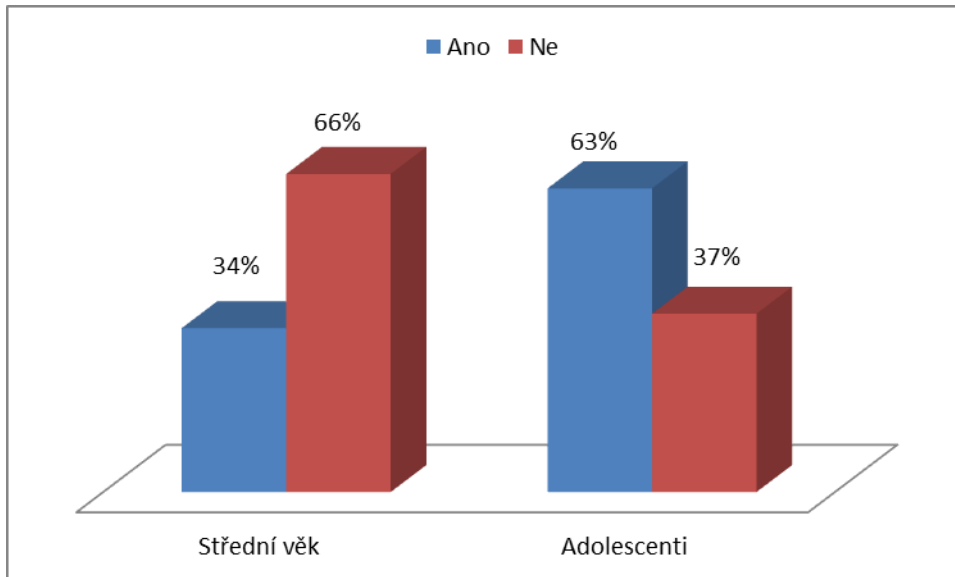


Tento graf znázorňuje skutečnost, že osoby středního věku spí a odpočívají v dostatečné míře, ze 100 (100%) dotazovaných 72 (72%). Naopak nejméně odpočatí a vyspalí jsou senioři, 67 (67%) z nich. U skupiny adolescentů to bylo obdobné 58 (58%) z nich se cítí nevyspalí.

H 4: Lidé středního věku jsou nejvíce vystaveni stresovým, náročným životním situacím oproti skupině adolescentů.

Hypotézu 4 zobrazují výsledky otázek č. 10, 11, 12.

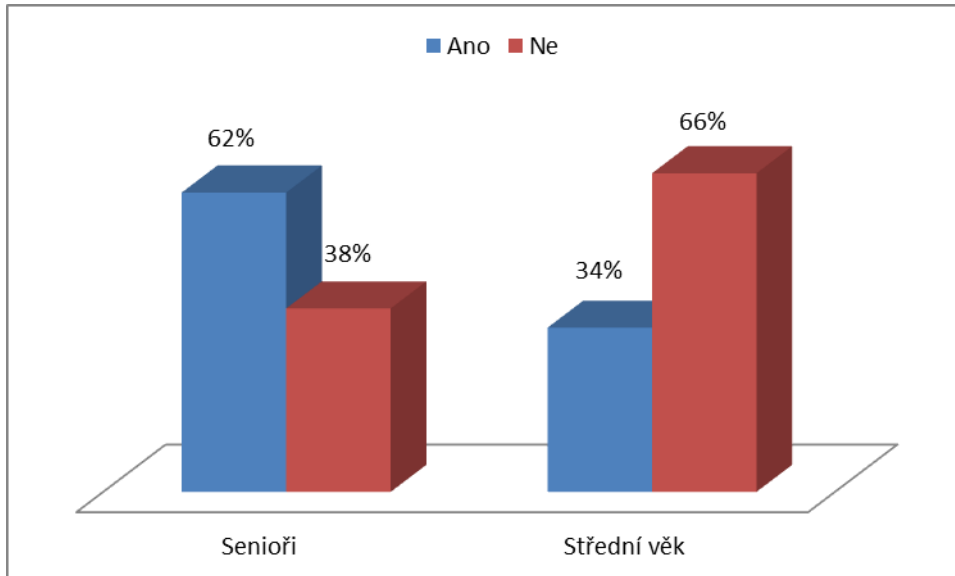
Graf č. 27 Náročné, stresové situace



Z toho grafu vyplývá, že 63 (63%) adolescentů je vystaveno náročným, stresovým situacím, oproti tomu u respondentů ve věku 30 – 45 let to je jen 34 (34%).

H 5: Skupina seniorů má méně pohybové aktivity než skupina středního věku.
Hypotézu 5 zobrazují výsledky otázek č. 4, 5, 6.

Graf č. 28 Seniori a pohybová aktivita



Tento graf potvrzuje mou domněnku o snížené pohybové aktivitě u skupiny seniorů. 62 (62%) osob starších 65 let potvrzuje danou hypotézu. Za to 66 (66%) osob ve středním věku má dostatek pohybové aktivity.

10 DISKUSE

Cílem mého šetření bylo zjistit, jak pohlíží jednotlivé věkové skupiny na problematiku zdravého životního stylu. Celkem jsem vytvořila pět hypotéz. Pro skupinu seniorů a osoby středního věku jsem zvolila dvě. Pro skupinu adolescentů jsem vytvořila jednu hypotézu a tři podotázky, které ji dále rozvíjí. Každou hypotézu jsem si ověřovala minimálně třemi otázkami v dotazníku. Pro daný výzkum jsem zvolila kvantitativní formu šetření. Tato metoda umožňuje shromáždit mnoho informací a rozličných názorů od velké skupiny respondentů, které se dají následně zobecnit.

Diskuse se zaměřuje výhradně na hypotézy, které se opírají o metodu multikriteriálního hodnocení, výsledky daného zkoumání lze nalézt v kapitole **9.2 Zpracované hypotézy dle stanovených kritérií**. Vyhodnocení dotazníkového šetření slouží pouze pro přehlednost a srozumitelnost diplomové práce.

Z prvních informativních otázek dotazníku, jsem získala následující hodnoty. Za skupinu adolescentů ve věku 15 – 19 let odpovídalo 57% žen a 43% mužů. U osob středního věku, řadící se do věkové kategorie 30 – 45 let, bylo 56% žen a 44% mužů. Poslední dotazovanou skupinou byli lidé starší 65 let, za ně odpovídalo 37% žen a 63% mužů.

K hypotéze 1 **Skupina seniorů má větší tendence jíst zdravěji než lidé ve středním věku**, se váží grafy č. 2, 3, 6, 8. Dále pak především grafy č. 15 a 16 v kapitole **9.2**, a přímo odkazují na konečné vyhodnocení dané hypotézy skrze multikriteriální metodu. Z těchto grafů je patrné, že skupina seniorů má větší tendence jíst zdravěji než osoby ve středním věku a tudíž je stanovená hypotéza v tomto případě potvrzena. 57 (57%) respondentů starších 65 let na otázky dotazníku týkající se stravovacích návyků odpovědělo kladně, kdežto z osob středního věku na tytéž otázky odpovědělo kladně jen 40 (40%). Domnívám se, že tyto výsledky šetření jsou podpořeny také tím, že starší osoby na sebe mají více času a zdravá doporučení sledují v mediích, časopisech a jiných publikacích. Dále pak proto, že v současné době existuje mnoho preventivních a podpůrných programů pro seniory, kteří se tímto způsobem mohou poučit, informovat a následně svým chováním zamezit vzniku kardiovaskulárních chorob, imobilitě či obezitě, které jsou způsobeny právě nezdravým stravováním. Jedním takovým programem je i Zdravé stárnutí – výzva Evropě, které se podílí na podpoře zdraví u starých lidí. (65)

Hypotéza 2 **Skupina adolescentů nejméně dbá o svůj zdravý životní styl oproti ostatním věkovým skupinám.** Tato hypotéza se skládá ze tří podotázek, které se týkají oblasti stravování, pohybové aktivity a užívání návykových látek typu měkké a tvrdé drogy. K této hypotéze a jejím podotázkám se váží grafy č. 2, 3, 4 – 1. podotázka, grafy č. 10, 11, 12, které se váží na 2. podotázku a tabulka č. 7, grafy č. 19, 20, vztahující se ke třetí podotázce.

Tabulku č. 7 jsem volila kvůli lepší přehlednosti a znázornění vyšších dat, které se týkají průměrné týdenní spotřeby alkoholu. Konečné výsledky stanovené hypotézy a jejích podotázek jsou znázorněny v kapitole **9.2**, grafech č. 17, 18, 19.

V první podotázce se zabývám oblastí stravování, kde 57% respondentů konzumuje zdravé potraviny, což potvrzuje i následující graf č. 18. V tomto grafu skupina adolescentů konzumuje čtyři z šesti druhů surovin ve větším množství než zbylé dvě skupiny respondentů. Konkrétně se jedná o ryby v poměru 56 / 44 (56% / 44%). Drůbeží maso 63 / 37 (63% / 37%), vejce 55 / 45 (55% / 45%) a luštěniny v poměru 51 / 49 (51% / 49%). Předpokládám, že je to zapříčiněno skutečností, že jsou mladí lidé více a snadněji ovlivnitelní skrze tlak okolních médií, převážně pak reklamou, internetem, ale také tlakem z okolí svých přátel a známých.

U druhé podotázky se zaměřuji na pohybovou aktivitu, kde 81% dotazovaných odpovědělo kladně na všechny tři otázky vztahující se k této problematice.

Třetí podotázka se týká užívání návykových látek, zde uvedlo 65 (65%) adolescentů, že nemají zkušenosti nebo nejsou závislí na některé ze zmiňovaných látek. Pouze 35 (35%) adolescentů zmínilo nějakou zkušenost s drogami či jinými návykovými látkami. Tuto skutečnost podporuje i Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, které v roce 2007 provádělo průzkum týkající se měkkých a tvrdých drog po celé Evropě. Prevalence užívaných drog v České republice vyšla za rok 2007 přibližně 36%. (66)

Ze všech oblastí týkajících se zdravého životního stylu je patrné, že skupina dotazovaných adolescentů dbá v dostatečné míře o svůj životní styl, potvrzuje to i graf č. 19, kde je tato skutečnost potvrzena z 68%. V tomto případě se zmiňovaná hypotéza nepotvrdila.

Hypotéza 3 **Lidé středního věku méně spí a odpočívají oproti ostatním věkovým skupinám.** K této hypotéze se vztahují grafy č. 13, 14, 15. Konkrétně ji však vystihuje graf č. 20, v kapitole **9.2.** Tento graf znázorňuje skutečnost, že osoby středního věku spí a odpočívají v dostatečné míře, ze 100 (100%) takto odpovědělo 72 (72%) dotazovaných. Naopak nejméně odpočatí a vyspalí jsou senioři, konkrétně 67 (67%) z nich. U skupiny adolescentů to bylo obdobné, 58 (58%) z nich se cítí nevyspale a neodpočatě. Z tohoto grafu je patrné, že se stanovená hypotéza opět nepotvrdila.

Nejvíce mne však zaujaly odpovědi adolescentů na otázku č. 8, kde se ptám na to, kolik hodin v průměru přes den respondenti spí. Tyto výsledky jsou znázorněny v grafu č. 8. Z celkového počtu 100 (100%) adolescentů spí 23% v průměru 4 – 6 hodin, 55% prospí 6 – 8 hodin denně a 22% 8 – 9 hodin.

V tomto případě jsem se domnívala, že výsledky u skupiny adolescentů budou převyšovat variantu třetí 8 – 9 hodin spánku, ve skutečnosti tomu tak nebylo.

Domnívám se, že je to z toho důvodu, že jsem dotazníkové šetření za skupinu adolescentů prováděla převážně na středních školách gymnaziálního typu, kde se předpokládá velký počet zájmových činností a vysokých školních nároků, tím pádem snížená spánková dotace.

K hypotéze 4 **Lidé středního věku jsou více vystaveni stresovým, náročným životním situacím oproti skupině adolescentů,** se váží grafy č. 16, 17, 18. Konkrétně ji však vystihuje graf č. 21 v kapitole **9.2.** Z tohoto grafu vyplývá, že 63 (63%) adolescentů je vystaveno náročným, stresovým situacím, oproti tomu u respondentů středního věku se jedná jen o 34 (34%). I přesto, že vnímání stresových situací je čistě subjektivní záležitost. Domnívám se, že tyto výsledky vzešly ze zvýšených nároků, které jsou na gymnazijní adolescenty kladeny. Jak psychického, tak fyzického rázu.

Hypotéza 5 **Skupina seniorů má méně pohybové aktivity než skupina středního věku.** Tato hypotéza se potvrdila z 62%. Toto tvrzení prokazuje i graf č. 22. Poukazuje na dostatek pohybové aktivity u osob středního věku z 66 %, ale nikoliv u osob starších 65 let, u kterých se dostatek pohybové aktivity pohyboval jen okolo 38 %. Další grafy, které se váží ke zmiňované hypotéze, jsou grafy č. 10, 11, 12. Z grafu č. 10 mne zaujalo, že ze 100 (100%) dotazovaných osob starších 65 let aktivně provozuje nějaký sport 44 (44%). I přesto, že tato hodnota prokazuje další potvrzení mé hypotézy, tak si myslím, že není nikterak nízká a zanedbatelná.

ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se snažila získat rozdílné názory široké veřejnosti na problematiku životního stylu. Konkrétně jsem se zaměřila na tři věkové kategorie. Skupinu adolescentů, osoby středního věku a jedince starší 65 let. Abych získala dostatečné informace o dané problematice, vytvořila jsem pět hypotéz a tři podotázky vztahující se k jednotlivým věkovým skupinám. Domnívám se, že tento cíl byl splněn.

V teoretické části diplomové práce jsem obsáhla vše, co jsem mínila v úvodu. Ať už to byla oblast stravování, pohybové aktivity, spánku, odpočinku, stresu nebo návykových látek.

Analýza výsledků přinesla několik zajímavých pohledů a postřehů od všech zmiňovaných skupin respondentů. Pro mne však asi největším překvapením bylo vyhodnocení druhé hypotézy a jejích podotázek, neboť jsem se domnívala, že skupina adolescentů nebude v dostatečné míře dbát o svůj životní styl. Ale výsledky šetření vypovídají o opaku. Veškeré zmiňované oblasti životního stylu byly za skupinu adolescent zodpovězeny kladně. Příjemné zjištění nadále shledávám v tom, že skupina starší 65 let má opravdu tendence jíst zdravěji než respondenti středního věku. I přes potvrzení páté hypotézy, mne zaujaly odpovědi seniorů na otázku týkající se aktivního sportování, kde skoro polovina dotazovaných odpověděla, že provozuje nějaký aktivní sport.

Z mého průzkumu vyplývá, že skupina adolescentů dbá v dostatečné míře o svůj životní styl, dále pak skupina středního věku není vystavena nadměrnému množství náročným stresovým situacím a jejich kvalita spánku je dostačující.

Za hlavní přínos diplomové práce považuji sestavení návrhu semináře, který je zkonstruován na základě výsledků výzkumu týkajícího se všech oblastí životního stylu, je určen pro širokou veřejnost a mohl by blíže seznamovat a rozvíjet danou problematiku. Lze jej nalézt v příloze č. 6. Za další přínos diplomové práce považuji metodiku práce, kde se mi pomocí multikriteriálního hodnocení podařilo zohlednit vždy sadu otázek týkající se širší hypotézy.

Téma životní styl je tak rozsáhlé a složité, že v mnohém přesahuje záměr mé diplomové práce. Věřím však, že tato práce poslouží jak odborné, tak i laické veřejnosti, k dalším výstupům na toto velmi diskutované téma.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. FOŘT, Petr. *Výživa pro dokonalou kondici a zdraví*. Praha: GRADA, 2005. ISBN 80-247-1057-9
2. ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví*. Praha: GRADA, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8
3. HAVLÍNOVÁ, Miluše a kol. *Kurikulum podpory zdraví v mateřské škole*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-061-5
4. KŘIVOHLAVÍ, Jaro. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: GRADA, 2001. ISBN 80-247-1370-5
5. MACHOVÁ, Jitka, KUBÁTOVÁ, Dagmar a kol. *Výchova ke zdraví*. Praha: GRADA, 2009. ISBN 80-247-2715-3
6. KOTULÁN, Jaroslav. *Zdraví a životní prostředí*. Praha: Avicenum, 2005. ISBN 80-201-0158-6
7. COPYRIGHT © 2013 ROCHE, s.r.o. [on line] *Obezita ve světě*. [cit. 2012-11-11]. Dostupné na: <<http://www.obezita.cz/obezita/v-cr-a-ve-svete/>>
8. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života*. Praha: GRADA, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9
9. KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5
10. SIKOROVÁ, Lucie. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: GRADA, 2011. ISBN 978-80-247-3593-1

11. POLEDNE, Rudolf, PÍŤHA, Jan. *Zdravá výživa pro každý den*. Praha: GRADA, 2009. ISBN 978-80-247-2488-1
12. MUŽÍK, V, KREJČÍ, M. *Tělesná výchova a zdraví*. Olomouc: Hanex, 2007. ISBN 80-85789-17-7
13. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora*. Praha: GRADA, 2007. ISBN 987-80-247-1868-2
14. SPOLEČNOST PRO VÝŽIVU. [on line] *Výživová doporučení pro ČR*. Praha 2004. [cit. 2012-11-8]. Dostupné na: <<http://www.vyzivaspol.cz/rubrika-dokumenty/konecne-zneni-vyzivovych-doporuceni.html>>
15. STŘEDA, Leoš. *Univerzita hubnutí*. Vydavatelství: Euroinstitut, 2009. ISBN 978-80-87372-00-5
16. MOUREK, Jindřich. *Fyziologie*. Učebnice za studenty. Praha: GRADA, 2012. ISBN 978-80-247-3918-2
17. LEBL, Jan, HEJCMANOVÁ Ludmila. *Preklinická pediatrie*. Praha : Galén, 2003. ISBN 80-7262-207-2
18. PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: GRADA, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6
19. ELLINGEROVÁ, Michaela. *Downův syndrom*. Brno 2009, Diplomová práce. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Lucie Procházková.
20. VITALION. [on line] *Anorexie*. [cit. 2012-11-12]. Dostupné na: <<http://nemoci.vitalion.cz/anorexie/>>
21. VITALION. [on line] *Bulimie*. [cit. 2012-11-12]. Dostupné na: <<http://nemoci.vitalion.cz/bulimie/>>

22. BERGHOFER, Anne et al. *Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review*. BMC Public Health, 2008. ISBN 1471-2458-8-200
23. VÍTEK, Libor. *Jak ovlivnit obezitu*. Praha: GRADA, 2008. ISBN 80-247-2247-4
24. JENÍČEK, Vladimír, FOLTÝN, Jaroslav. *Globální problémy světa*. Praha: C. H. Beck, 2010. ISBN 978-80-7400-326-4
25. FRAŇKOVÁ, Slávka., DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, Věra. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0548-1
26. ŠTEFÁNEK, Jiří. [online]. *Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK* [cit. 11.12. 2012]. Dostupné na: <<http://www.stefajir.cz>>
27. RABLÍK, Michal, JANOTOVÁ, Michaela, MOTYKOVÝ, Eva, et al. *Endoteliální dysfunkce – první stadium aterosklerózy*. Med Pro Praxi. 2011, roč. 8, čís. 3, s. 119-122. ISSN 1803-5310
28. SEKOT, Aleš. *Sociologické problémy sportu*. Praha: GRADA, 2008. ISBN 978-80-247-2562-8
29. MÁČEK, Miloš. *Pohybová aktivita a sport v dětském věku*. In: *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Praha: Galen, 2011. ISSN 127-140
30. EISENHUT, Andrea, RENNER, Thomas. *Fit na hory*. Praha: GRADA, 2007. ISBN 80-85572-21-4
31. ANDERSEN, N., WOLD, B. *Parental and Peer Influences on Leisure –Time Physical Activity in Young Adolescent*. Research Quarterly for Exercise and Sport, 63(4), 1992. 341–348
32. MANDOVEC, Antonín. *Kardiovaskulární choroby u žen*. Praha: GRADA, 2008. ISBN 80-247-2807-0

33. HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X
34. KLESCHT, Vladimír. *Pět pilířů zdravého života*. Computer press, 2008. ISBN 978-80-2512-149-8
35. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN: 978-80-7013-324-8
36. TICHÝ, Jan et al. *Neurologie*. Praha: Karolinum, nakladatelství UK, 1999. ISBN 80-85787-35-0
37. ŠINDELÁŘOVÁ, Helena. [on line] *Spánek* [cit. 20. 1 2013] Dostupné na: <<http://www.dobry-spanek.cz>>
38. PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana. *Trápí vás nadměrný stud: aneb jak překonat sociální fobii*. Praha: GRADA, 1999. ISBN 80-7169-733-8
39. ČESKÁ SPOLEČNOST PRO VÝZKUM SPÁNKU A SPÁNKOVOU MEDICINU. [on line] *Nespavost* [cit. 12. 10. 2011] Dostupné na: <<http://www.psychicke-zdravi.cz/novinky/laik-nespavost/svetovy-den-spanku-19-brezna-2010-516>>
40. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, ŠONKA, Karel. *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Galén, 2007. ISBN 80-85800-37-3
41. KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: GRADA, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4
42. KELNAROVÁ, Jarmila a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: GRADA, 2009. ISBN 978-80-247-3105-6

43. JONES, E. K., JOHNSON, R. K., HARVEY-BERINO, J. R. *Is losing sleep making us obese? Nutrition bulletin*. British nutrition foundation November 2008, vol. 33, p. 272-278
44. DORZOVÁ, Claudia. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. Praha: GRADA, 2009. ISBN 978-80-247-2978-7
45. CAUTER, Eve, KNUTSON, Kristen. Sleep and the epidemic of obesity in children and adults. *European journal of endocrinology*. 2008, p. 59-66
46. DOLEŽAL, *Projektový management podle IPMA*. Praha: GRADA, 2009. ISBN 978-80-247-2848-3
47. STRNADOVÁ, VĚRA. *Kurz Psychologie I*. Gaudeamus: Hradec Králové, 2009 ISBN 80-. 85943-58-1
48. DVOŘÁKOVÁ, Zuzana a kol. *Management lidských zdrojů*. Praha: C. H. Beck, 2007. ISBN 80-7179-893-4
49. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce*. Praha: GRADA, 2005. ISBN 80-247-0708-X
50. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres*. Praha: GRADA, 2010. ISBN 80-247-3149-0
51. LUDECKE, Kraska. *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: GRADA, 2007. ISBN 80-247-1833-0
52. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: GRADA, 2010. ISBN 80-247-2959-8
53. VÝROST, Josef, SLAMĚNÍK, Ivan. *Sociální psychologie*. Praha: GRADA, 2001. ISBN 80-247-1428-0

54. LANGMEIER, Josef, MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychická deprivace v dětství*. Univerzita Karlova, 2011. ISBN 80-246-1983-0
55. EGGERT, Max, FALZON, Wendy. *Řešení konfliktů*. Portál, 2005. ISBN 80-7367-011-9
56. NEŠPOR, Karel. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-515-6
57. FISCHER, Slavomír. ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie*. Praha: GRADA, 2009. ISBN 80-247-2781-1
58. MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. Praha: GRADA, 2009. ISBN 80-247-2310-7
59. VIKTORA, Antonín. [on line] *Dva miliony Čechů neumějí odolat alkoholu. Každý dvacátý je závislý*. [cit. 12. 10. 2011] Dostupné na: <http://zpravy.idnes.cz/dva-miliony-cechu-neumeji-odolat-alkoholu-kazdy-dvacaty-je-zavisly-1f2-/domaci.aspx?c=A100405_173017_domaci_vel>
60. KRÁLÍKOVÁ, Eva. *Farmakoterapie závislosti na tabáku*. Zdravotnické noviny. 2/2011, roč. 60, s. 22, ISSN 0044-1996
61. MARKOVÁ, Eva a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: GRADA, 2006. ISBN 80-247-1151-6
62. KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: GRADA, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4
63. GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. 1. vyd. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4
64. KOPP, Jan. *Nauka o krajině a životním prostředí*, ZČU v Plzni, 2001 Plzeň. ISBN 80-7082-732-7

65. STÁTNÍ ZDRAVOTNICKÝ ÚSTAV. *Projekt podpory zdraví - Zdravé stárnutí*. 1. Vyd. Praha: GEOPRINT, 2008. ISBN 978-80-7071-302-0
66. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. [on line] *Zaostřeno na drogy 3.- obrázek č.2* [cit. 12. 10. 2011]
Dostupné na: < www.vlada.cz/assets/media-centrum/.../Zaostreno-1_12>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1, Oblast stravování

Tabulka 2, Hodnocení otázky č. 3

Tabulka 3, Oblast pohybové aktivity

Tabulka 4, Oblast návykových látek

Tabulka 5, Oblast spánku a odpočinku

Tabulka 6, Oblast stresu

Tabulka 7, Průměrná spotřeba alkoholu

SEZNAM GRAFŮ

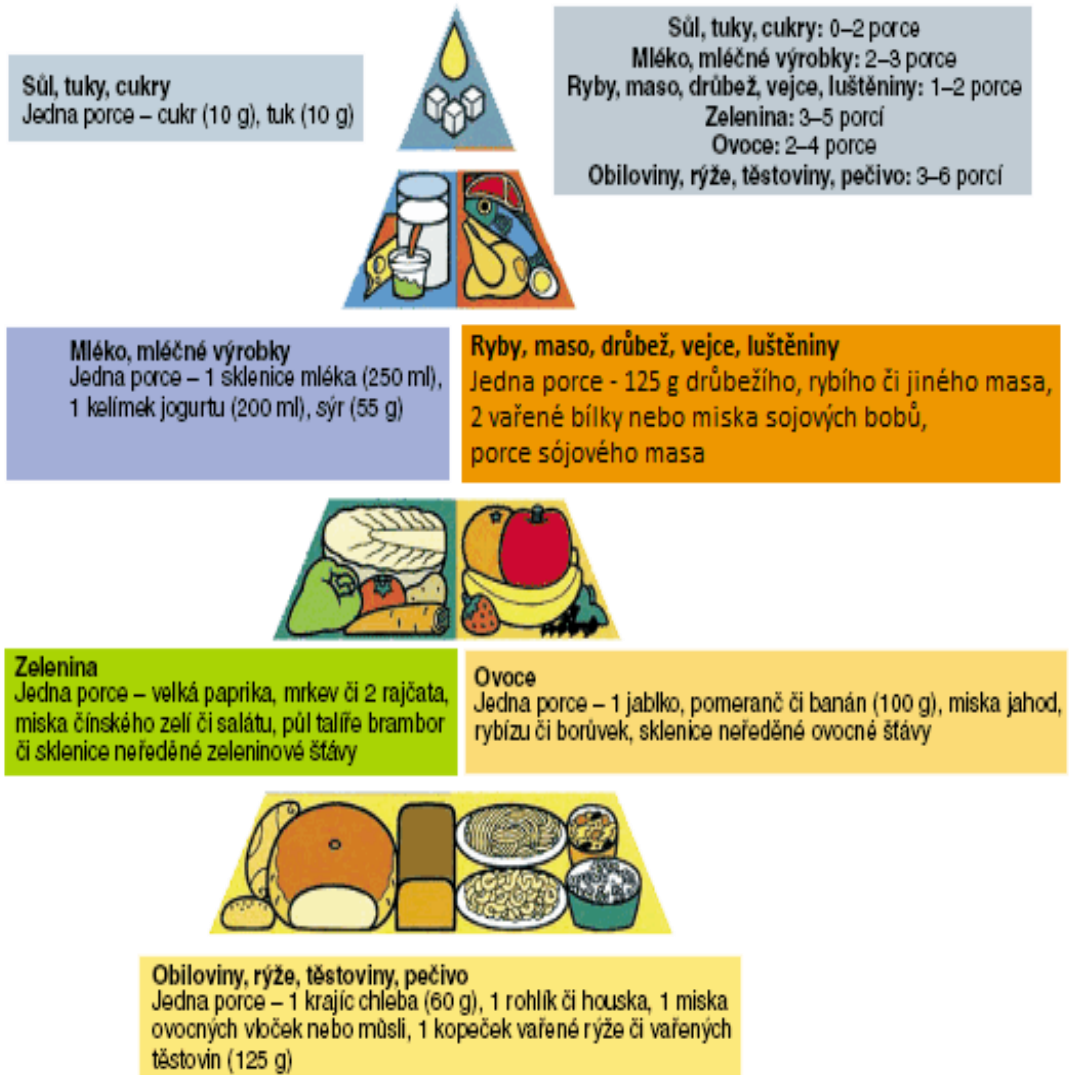
- Graf č. 1 Pohlaví respondentů
- Graf č. 2 Pitný režim
- Graf č. 3 Ovoce a zelenina
- Graf č. 4 Zdravé potraviny z pohledu adolescentů
- Graf č. 5 Nezdravé potraviny z pohledu adolescentů
- Graf č. 6 Zdravé potraviny z pohledu osob ve středním věku
- Graf č. 7 Nezdravé potraviny z pohledu osob středního věku
- Graf č. 8 Zdravé potraviny z pohledu osob starších 65 let
- Graf č. 9 Nezdravé potraviny z pohledu osob starších 65 let
- Graf č. 10 Aktivní sport
- Graf č. 11 Tělesný pohyb
- Graf č. 12 Čas trávený u PC a TV
- Graf č. 13 Pasivní odpočinek
- Graf č. 14 Průměrný spánek
- Graf č. 15 Odpočinek
- Graf č. 16 Stresové okamžiky
- Graf č. 17 Ztráta energie během dne
- Graf č. 18 Rozzlobení se
- Graf č. 19 Užívání měkkých a tvrdých drog
- Graf č. 20 Kouření cigaret
- Graf č. 21 Zdravější stravování
- Graf č. 22 Zdravé potraviny
- Graf č. 23 Podotázky životního stylu
- Graf č. 24 Hodnocení 3. Otázky dotazníku
- Graf č. 25 Zdravý životní styl
- Graf č. 26 Spánek a odpočinek
- Graf č. 27 Náročné, stresové situace
- Graf č. 28 Senioři a pohybová aktivita

11 PŘÍLOHY

- 8.1 Příloha č. 1 Pyramida správné výživy
- 8.2 Příloha č. 2 Přehled vitamínů a minerálů
- 8.3 Příloha č. 3 Pyramida pohybové aktivity
- 8.4 Příloha č. 4 Fagerstömův test závislosti na nikotinu
- 8.5 Příloha č. 5 Dotazník k diplomové práci
- 8.6 Příloha č. 6 Návrh semináře

Příloha č. 1

Pyramida správné výživy



Zdroj:

STÁTNÍ ZDRAVOTNICKÝ ÚSTAV. [on line] *Potravinová pyramida*. [cit. 2012-11-11]. Dostupné na: <<http://www.szu.cz/czzp/vvv/zasady.php>>

Příloha č. 2

Přehled vitaminů a minerálů

Vitamin	Nedostatek	Zdroje v potravě
B1 (thiamin)	poruchy nervového systému, poruchy koordinace, nechutenství, únava, snížená koncentrace	celozrnné pečivo, pšeničné klíčky, otruby, těstoviny, rýže, vepřové a rybí maso, játra, ledviny, vejce, ořechy, fazole, hrášek, kapusta, ryngle
B2 (riboflavin)	poruchy růstu, kožní změny	pivní kvasnice, pšeničné klíčky, mléko, sýr, vejce, játra, ledviny, paštika, kakao, čokoláda, sója, houby, brokolice, špenát
B6 (pyridoxin)	poruchy růstu, chudokrevnost	rybí, kuřecí, vepřové maso, játra, brambory, sója, celozrnné pečivo, banány
B12 (cyanokobalamin)	chudokrevnost, nervová onemocnění	rybí, kuřecí, hovězí, vepřové maso, mušle, krevety, játra, ledviny, mléko, sýry a vejce
B13 (kyselina orotová)		mléko, syrovátka, kořenová zelenina
C (kyselina askorbová)	únava, oslabení imunitního systému, snížená duševní a tělesná výkonnost	citrusové plody, rybíz, jahody, zelená paprika, rajčata, brokolice, šípky, brambory, papája, česnek
E (tokoferol)	poruchy prokrvení, poruchy vývoje a metabolismu ve svalech	celozrnné pečivo, obilné klíčky, rostlinné oleje, sója, ořechy, boby, mrkev, kapusta, kopřivy, ořechy, avokádo, maso, tučné ryby, žloutek
D (kalciferol)	osteomalacie u dospělých, u dětí křivice, zpomalený růst	rybí tuk, tučné ryby (tuňák, sledř, losos, sardinky), játra, mléko, sýry, žloutek, kakao sluneční záření aktivuje vitamín D

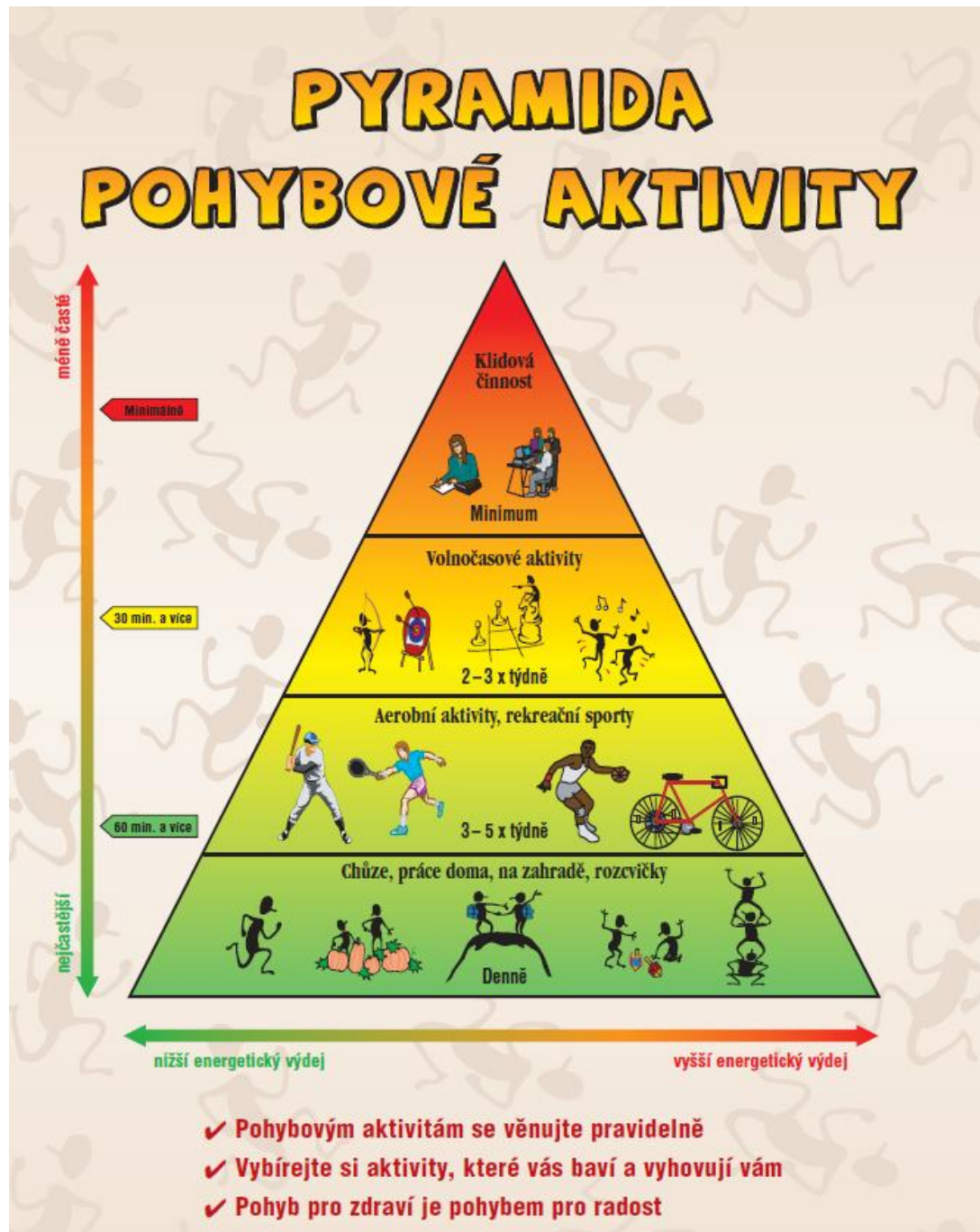
Minerály	Účinek v organismu	Nedostatek	Zdroje v potravě
Hořčík (Mg)	metabolismus vápníku a fosforu, nervosvalový přenos, růst, aktivace enzymů	křeče svalů, třes, deprese, hubnutí	kakao, pšeničné klíčky, sója, fazole, hrách, boby, ořechy, mandle, rozinky, kokos, otruby, rýže, těstoviny, celozrnné pečivo, jablka, fíky, banány, avokádo, olivy, špenát, ryby, maso, mléko
Selén (Se)	působí zároveň s vitamínem E antioxidantně, posiluje imunitu	chronická únava, svalová slabost	játra, ledviny, mozek, brzlík, ryby, korýši, ořechy, celozrnné pečivo, kukuřice, cibule, droždí
Zinek (Zn)	metabolismus nenasycených mastných kyselin, růst, imunitní reakce	padání vlasů, kožní vyrážky, špatné hojení ran	játra, ledviny, ryby, korýši, maso, sýr, celozrnné výrobky, semínka slunečnice, vejce, listová zelenina
Mangan (Mn)	metabolismus tuků a cukrů, využití vitamínu C, růst kostí	porucha metabolismu tuků, pokles hmotnosti	celozrnné pečivo, pšeničné klíčky, ořechy, kořenová zelenina, hlávkový salát, špenát, borůvky, jahody, ořechy, čaj
Měď (Cu)	antioxidační a detoxikační funkce, lepší využití železa	poruchy krevního obrazu	rybí maso, humry, ústřice, vnitřnosti, fazole, rozinky, švestky, mléko, rýže, otruby, cukr, mouka, kakao, ořechy, olivy, houby
Železo (Fe)	zásobení organismu kyslíkem, součást hemoglobinu a některých enzymů, imunitní systém	anémie, únavnost, náchylnost k infekci	červené maso, vnitřnosti, ústřice, celozrnné pečivo, vejce, čočka, sója, boby, fazole, kedlubny, kapusta, hlávkový salát, brokolice, pažitka, kokos, rybíz, švestky, avokádo
Vápník (Ca)	pevnost kostí, nervosvalová vzrušivost denní dávka 800 - 1000 mg	lomivost kostí, bolesti, tetanie, hormonální poruchy	mléko, mléčné výrobky, sýr, tvaroh, mák, ořechy, sója, žloutek, mořské ryby, sardinky, kakao, kapusta, špenát, brokolice, petržel, pórek, pažitka, mrkev, fazole, citrusové plody, datle, brusinky, avokádo, olivy, kokos, mandle
Fluor (F)	odolnost kostí a zubů	kazivost zubů	žitný chléb, rýže, špagety, hovězí maso, čaj, káva, mrkev, meruňky

Zdroj:

WALMARK, a.s. [on line] *Přehled vitamínu a minerálů*. [cit. 2012-11-11]. Dostupné na: <http://www.klubzdravi.cz/clanky/20_vitaminy-a-mineraly-prehled.aspx>

Příloha č. 3

Pyramida pohybové aktivity



Zdroj:

VÝCHOVA KE ZDRAVÍ. [on line] *Pohybová pyramida*. [cit. 2012-11-11]. Dostupné na: <http://www.vychovakezdravi.cz/download/file/POHYB/Pyram_POHYB_A2.pdf>

Příloha č. 4

Fagerstömův test závislosti na nikotinu

FTND (Fagerström Test of Nicotine Dependence)

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?
do 5 minut 3 body
za 6-30 minut 2 body
za 31-60 minut 1 bod
po 60 minutách 0 bodů
2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?
ano 1 bod
ne 0 bodů
3. Kterou cigaretu byste se nerad postrádal?
první ráno 1 bod
kteroukoli jinou 0 bodů
4. Kolik cigaret denně kouřit ?
0-10 0 bodů
11-20 1 bod
21-30 2 body
31 a více. 3 body
5. Kouříte častěji během dopoledne?
ano 1 bod
ne 0 bodů
6. Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?
ano 1 bod
ne 0 bodů

Orientační hodnocení:

0 – 1 žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu

2 – 4 střední

5 – 10 silná závislost na nikotinu

Modifikovaný Fagerströmův test závislosti pro adolescenty – (modified Fagerström Tolerance Questionnaire)

1. Kolik cigaret denně kouříš?
více než 25 3 body
6 – 25 2 body
1-15 1 bod
méně než 1 0 bodů
2. Kouříš více během prvních dvou hodin po probuzení než pak ve zbytku dne?
Ano 1 bod
Ne 0 bodů
3. Jak brzo po probuzení si zapaluješ první cigaretu?
Do 30 minut 2 body
Za déle než 30 minut, ale před polednem 1 bod
Odpoledne nebo večer 0 bodů
4. Které cigarety by ses nejméně rád vzdal/a (která je nejdůležitější, nejvíc si ji vychutnáš)?
První ranní 2 body
Kterákoli před polednem 1 bod
Kterákoli odpoledne nebo večer 0 bodů
5. Je pro tebe těžké nekouřit tam, kde to nejde
Ano 1 bod
Ne 0 bodů
6. Kouříš, i když jsi nemocný/á a většinu dne v posteli?
Ano 1 bod
Ne 0 bodů

Orientační hodnocení:

0-1 žádná nebo slabá závislost

2-4 střední závislost

5-10 silná závislost

Zdroj: ČESKÁ KOALICE PROTI TABÁKU, o. s. [on line] *Fagerströmův test nikotinové závislosti*. [cit. 2012-11-11]. Dostupné na: <<http://www.bez cigaret.cz/fagerstemuv-test-zavislosti-pro-adolescenty>>

Příloha č. 5

Dotazník

Vážení,

jmenuji se Hana Škvarková a studuji prvním rokem magisterské studium v oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech, na Fakultě zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který slouží k zjištění a shromáždění dat týkajících se zdravého životního stylu. Získané údaje budou vyhodnoceny a zpracovány v mé diplomové práci. Dotazník je anonymní, svou odpověď, prosím, označte křížkem. Předem děkuji za Váš čas a spolupráci

Kolik je Vám let?

- 15 - 20 let
- 30 - 45 let
- 65 let a více

Jaké je Vaše pohlaví?

- Muž
- Žena

1. Vypijete alespoň 2 l tekutin (ne alkohol) za den?

- Ano
- Ne

2. Kolik gramů ovoce a zeleniny sníte přibližně za jeden den? (100 g = 1 jablko)

- 50 – 150 g
- 200 – 300 g
- 400 a více g

3. Jak často obvykle jíte tyto potraviny?

	Téměř nikdy	1x- 3x za měsíc	1x-3x týdně	Více než 3x týdně	1x denně	Vícekrát za den
Červené maso						
Drůbež						
Ryby						
Uzeniny						
Mléčné výrobky						
Vejce						
Smažené pokrmy						
Sladkosti						
Bílé pečivo						
Celozrnné pečivo						
Luštěniny						

4. Provozujete pravidelně nějaký aktivní sport?

- Ano
- Ne

5. Kolik minut denně trávíte tělesným pohybem? (sport, chůze, práce na zahrádce...)

- 20 - 40 min
- 40 – 60 min
- více jak 60 min

6. Kolik hodin denně trávíte u počítače nebo televize? (ne prací)

- méně než 1 hodinu
- 1 až 2 hodiny
- více jak 3 hodiny

7. Trávíte alespoň 2 hodiny týdně pasivním odpočinkem?

- Ano
- Ne

8. Kolik hodin denně v průměru spíte?

- 4 – 6 hodin
- 6 – 8 hodin
- 8 – 10 hodin

9. Cítíte se většinou odpočínutý po spánku?

- Ano
- Ne

10. Zažíváte více než 3x týdně nepříjemné (stresové) okamžiky?

- Ano
- Ne

11. Cítíte se často během dne unaven(na) a bez energie?

- Ano
- Ne

12. Rozzlobíte se snadno a rychle na druhé osoby?

- Ano
- Ne

**13. Kolik gramů / litrů alkoholu (ne tvrdého alkoholu) v průměru vypijete?
(10 g se rovná přibližně 1 dl vína, 2 dl piva)**

	Denně	2 -3x týdně	1 x týdně	Občas – zvláštní příležitosti	Vůbec nepiji alkohol
10 – 30 g					
30 – 50 g					
50 g a více					

**14. Konzumujete nejméně jedenkrát za týden nějaké návykové látky?
(měkké, tvrdé drogy)**

- Ano
- Ne

15. Kolik vykouříte denně cigaret?

- nekouřím
- průměrně 1 – 5 cigaret za den
- průměrně 6 až 10 cigaret za den
- více jak 10 cigaret za den

Děkuji za Váš čas a trpělivost při vyplňování tohoto dotazníku.

Příloha č. 6 Návrh semináře

Téma: Zdravý životní styl

Cílová skupina: Adolescenti, osoby středního věku a jedinci starší 65 let

Obsah semináře: Přednáška o 5 zvolených tématech

1. Oblast stravování
2. Pohybová aktivita
3. Spánek a odpočinek
4. Stres a náročné životní situace
5. Návykové látky

Délka trvání:

- 320 minut celkem
- 50 minut na každé zvolené téma
- po každém tématu 10 minutová pauza a jedna 30 minutová

Cíle:

Posluchači budou seznámeni s:

- výživovými doporučeními
- problematikou poruch příjmu potravy (mentální anorexie, bulimie) a civilizační choroby (obezita, hypertenze).
- rozdílem mezi aktivním a pasivním odpočinkem
- vlivem směnných povolání a denních biorytmů
- s prevencí, typy, projevy a metody zvládnání stresu a konfliktu
- autodestruktivními závislostmi, závislostí na alkoholu a tabákových přípravcích

Z výsledků výzkumu diplomové práce vyplývá, že by se seminář u skupiny adolescentů měl konkrétně týkat oblasti stresu, u skupiny středního věku by se měl zaměřit na stravovací návyky a u skupiny seniorů na pohybovou aktivitu.

Interaktivní podpora:

- Presentace,
- Letáky, brožury
- Výživová doporučení, testy závislosti
- Video ukázka
- Prostorové uspořádání pro seminář a následná diskuse se zpětnou vazbou

Program semináře

„Zdravý životní styl pro všechny“	
Název	Doba trvání
Uvítání posluchačů	10 minut
1. Oblast stravování	50 minut
Přestávka	10 minut
2. Pohybová aktivita	50 minut
Přestávka	10 minut
3. Spánek a odpočinek	50 minut
Přestávka	30 minut
4. Stres a náročné životní situace	50 minut
Přestávka	10 minut
5. Návykové látky	50 minut
Diskuze a prostor na dotazy	Volná