

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Nikol Vokáčová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Veřejné zdravotnictví B5347

Nikol Vokáčová

Studijní obor: Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví 5346R007

RIZIKOVÉ FAKTORY Z HLEDISKA PŘEDČASNÝCH ÚMRTÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Otto Kott, CSc.

Plzeň 2015

Prohlášení:

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

V Plzni dne 26.3.2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji panu MUDr. Ottu Kottovi, CSc. za odborné vedení a poskytování cenných rad a připomínek při zpracování této bakalářské práce.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Vokáčová Nikol

Katedra: Katedra záchranářství a technických oborů

Název práce: Rizikové faktory z hlediska předčasných úmrtí

Vedoucí práce: MUDr. Otto Kott, CSc.

Počet stran: 110 (číslované 84, nečíslované 26)

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 44

Klíčová slova: rizikové faktory – předčasné úmrtí – kouření – alkohol – nadměrná

hmotnost – nadváha – obezita – drogy – dopravní úrazy – sexuální chování – nedostatek pohybu – prevence – životní styl

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá rizikovými faktory z hlediska předčasných úmrtí. Práce byla rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou.

V teoretické části jsou popisovány rizikové faktory obecně, v dalších kapitolách je proveden rozbor konkrétních rizikových faktorů, které mohou vést k předčasným úmrtím. Práce je zaměřena na žáky a studenty.

Praktická část je zaměřena na informovanost žáků a studentů o rizikových faktorech a rizikovém chování. Dále se zaměřujeme na vyhodnocení dotazníku, který byl sestaven pro tuto práci.

ANOTATION

Surname and name: Vokáčová Nikol

Department: Department of Paramedical rescue work and Technical studies

Title of thesis: The risk of factors from aspect for premature death

Consultant: MUDr. Otto Kott, CSc.

Number of pages: 110 (numbered 84, not numbered 26)

Number of appendices: 2

Number of Literature items used: 44

Key words: risk factors – premature death – smoking – alcohol – overweight – obesity
– drugs – traffic injuries - sexual behavior - lack of exercise – prevention - lifestyle

Summary:

Bachelor's thesis deals with risk factors for premature death. The thesis has been divided into two parts - theoretical and practical. In the theoretical part are described universal risk factors, in the other parts we speak about specific risk factors, which can lead to premature death. The thesis is aimed at pupils and students. The practical part focuses on the informing of students about risk factors and risk behaviors. Furthermore, an evaluation questionnaire was compiled for this thesis.

OBSAH

ÚVOD	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 TEORIE ZDRAVÍ A NEMOCI	15
1.1 Diamantový model.....	15
2 RIZIKOVÉ FAKTORY V HISTORII	16
3 RIZIKOVÉ FAKTORY A JEJICH MĚŘENÍ.....	17
3.1 Význam měření rizikových faktorů	19
3.2 Způsoby měření.....	19
4 ROZDĚLENÍ DETERMINANT ZDRAVÍ.....	19
4.1 Neovlivnitelné faktory	19
4.2 Ovlivnitelné faktory	20
5 RIZIKOVÉ FAKTORY Z HLEDISKA PŘEDČASNÝCH ÚMRTÍ VYSKYTUJÍCÍ SE U ŽÁKŮ A STUDENTŮ.....	21
6 KOUŘENÍ.....	21
6.1 Vliv rizikového faktoru.....	22
6.2 Zdravotní rizika.....	23
6.2.1 Pasivní kouření.....	24
6.3 Prevence	24
6.3.1 Odvykání.....	24
6.3.2 Přestat kouřit se vyplácí.....	25
7 NADMĚRNÁ KONZUMACE ALKOHOLU.....	25
7.1 Vliv rizikového faktoru.....	26
7.2 Zdravotní rizika.....	26
7.3 Prevence	27
8 NADVÁHA A OBEZITA	28
8.1 Vliv rizikového faktoru.....	29
8.2 Zdravotní rizika.....	29

8.2.1	Funkční poruchy pohybového aparátu	29
8.2.2	Metabolické následky	30
8.2.3	Nealkoholická jaterní steatóza	30
8.2.4	Syndrom obstrukční spánkové apnoe	30
8.2.5	Krevní tlak a hypertenze u dětí s obezitou	30
8.2.6	Obezita a duševní poruchy	31
8.2.7	Obezita a craving	31
8.2.8	Obezita a poruchy příjmu potravy	31
8.3	Prevence	32
8.3.1	Starší školní věk	32
8.3.2	Raná plnoletost.....	33
9	ZÁVISLOST NA DROGÁCH	33
9.1	Vliv rizikového faktoru.....	34
9.2	Zdravotní rizika.....	35
9.3	Prevence	35
10	DOPRAVNÍ ÚRAZY	35
10.1	Vliv rizikového faktoru.....	36
10.2	Zdravotní rizika.....	36
10.3	Prevence	37
11	NEDOSTATEK POHYBU	37
11.1	Vliv rizikového faktoru.....	38
11.2	Zdravotní rizika.....	38
11.3	Prevence	39
12	SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ.....	39
12.1	Vliv rizikového faktoru.....	40
12.2	Zdravotní rizika.....	40
12.3	Prevence	41
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	42
13	FORMULACE PROBLÉMU	43
14	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	44
14.1	Cíle práce	44

14.2	Hypotézy	44
15	METODIKA ŠETŘENÍ.....	45
15.1	Dotazníky.....	45
16	VZOREK RESPONDENTŮ	46
17	PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	47
18	DISKUZE.....	92
	ZÁVĚR.....	95

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM OBRÁZKŮ

SEZNAM TABULEK

SEZNAM GRAFŮ

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHY

ÚVOD

K rizikovým faktorům, které ovlivňují životní styl člověka, patří především rizikové chování v několika oblastech, a to v oblasti kuřáctví, výživy, fyzické aktivity a dalších. Důležitý je vliv na tyto faktory. Vhodné ovlivňování rizikových faktorů má za následek kvalitnější životní styl, čímž by bylo možné zabránit až polovině předčasných úmrtí (1).

U populace v České republice přetrvává nízká úroveň péče o své zdraví. Lidé podceňují výskyt rizikových faktorů u sebe samých. Vzniklé komplikace se řeší především farmakoterapií, které se dává přednost před režimovými opatřeními. Většina preventivních opatření se zaměřuje pouze na sekundární prevenci, tedy vyhledávání osob s již přítomným rizikovým faktorem těchto nemocí. Hlavní důraz by měl být kladen na primární prevenci, která se snaží nemocem předcházet nebo oddálit jejich vznik. (2)

Rizikové faktory z hlediska předčasných úmrtí jako téma je velice rozsáhlé, proto bylo vybráno pouze několik rizikových faktorů, konkrétně kouření, nadměrná konzumace alkoholu, nadváha a obezita, závislost na drogách, dopravní úrazy, nedostatek pohybu a sexuální chování. Tyto faktory jsou charakteristické pro žáky a studenty, kteří v tomto věku začínají s rizikovými faktory a experimentují se svým životem.

Toto téma je aktuální, neboť se stále zvyšuje počet kuřáků a snižuje se věk, ve kterém začínají kouřit. Cigareta je pro děti první droga, kterou v životě vyzkouší. Alkohol ochutná téměř každý před dovršením 18 let. Pro žáky a studenty je v dnešní moderní době charakteristické několikahodinové vysedávání u počítače a televize, které vede k nedostatku fyzické aktivity a k následnému rozvoji nadváhy a obezity. Dopravní nehody patří k nejčastějším důvodům předčasných úmrtí u žáků a studentů. V tomto věku zahajují sexuální život a s ním se vystavují riziku pohlavních chorob.

Pro všechny uvedené rizikové faktory je společné, že jsou preventabilní. Proto vhodná a účinná prevence může přinést jednotlivcům i společnosti prospěch tím, že by došlo ke snížení výskytu onemocnění souvisejících s rizikovými faktory, a tím by se snížily náklady na jejich léčení.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORIE ZDRAVÍ A NEMOCI

Zdraví ovlivňuje celá řada zevních a vnitřních faktorů, které na sebe vzájemně působí. Souhrn těchto faktorů dohromady vytváří zdravotní stav, pocity spokojenosti a pohody jednotlivce. Kromě toho určují i délku a kvalitu života člověka (1).

„Zdraví a nemoc jsou výsledkem oboustranného dynamického vztahu mezi organismem a prostředím. Záleží na vlastnostech (schopnostech) organismu a nárocích (požadavcích) prostředí, jaký bude konečný výsledek: zdraví nebo nemoc“ (2, str.18).

Rizikové faktory ovlivňují zdraví souhrnně. Adaptabilita je obecnou vlastností organismů a člověk je schopen se mnohým faktorům přizpůsobit. Tato schopnost umožňuje lidem udržet si zdraví i při vlivu nepříznivých faktorů. Organismus člověka není schopen adaptovat se všemu. Pokud ohrožují zevní vlivy prostředí zdraví nadměrnou intenzitou nebo škodlivinou, adaptace selže a může vzniknout porucha zdraví (3).

Působení determinant je biopozitivní nebo bionegativní. Biopozitivní zdraví posilují a chrání, bionegativní zdraví oslabují a vyvolávají nemoc či poruchu zdraví, nebo mohou průběh nemoci zhoršovat (2).

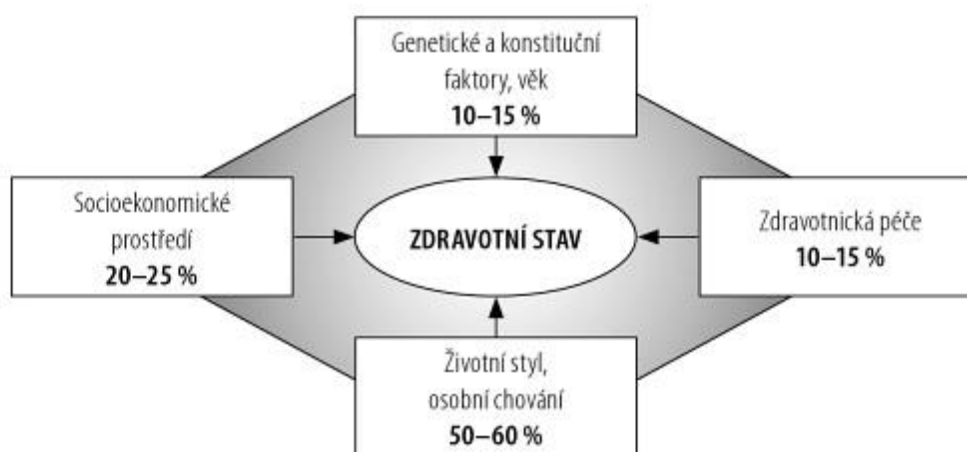
Jednotlivé faktory působí zprostředkovaně anebo přímo. Rizikové faktory se navzájem ovlivňují a je nutné je brát systémově (3).

1.1 Diamantový model

Základní determinanty, které ovlivňují zdraví člověka se zobrazují tzv. diamantovým modelem. Ten ukazuje příčiny nemocí a faktory ovlivňující zdravotní stav člověka.

Nejvíce zdravotní stav člověka ovlivňuje jeho životní styl a chování, a to z 50 - 60 %. Dalším faktorem je socioekonomické prostředí (20 - 25 %). Genetické faktory ovlivňují zdravotní stav z 10 - 15 %. Zdravotní péče a zdravotnické služby se podílejí na zdraví z 10 - 15 % (4).

Obrázek 1: Diamantový model příčin nemocí



Zdroj: Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy (4), str.19

2 RIZIKOVÉ FAKTORY V HISTORII

Již v historii se setkáváme s odhalováním determinant zdraví a hledáním metod adekvátní péče o zdraví v celospolečenském kontextu.

Otec medicíny Hippokrates (460 - 377 př. n. l.) v díle „O vzduchu, vodách a místech“ upozornil na význam prostředí a jeho faktorů na zdraví lidí. Ve svém díle se zabývá vztahem faktorů prostředí na vznik nemocí.

Paracelsus (1493) a Agricola se zabývali problematikou pracovního prostředí na zdraví u horníků.

V díle „O nemocích řemeslníků“ od Ramazziniho (1663 - 1714) komplexně rozebíral vliv pracovních podmínek na zdraví.

J. A. Komenský (1592 - 1670) propagoval myšlenky prevence nemocí a ochrany zdraví v závislosti na prostředí a životosprávě lidí. Komenský kladl důraz na význam tělesné a duševní hygieny, zdravé výživy, práce a odpočinku, tělesné výchovy pro zachování a posílení zdraví.

Významným dílem je od J. P. Franka „Systém úplné zdravotní policie“. Zde podal systematický přehled o tehdejších poznatcích preventivních, epidemiologických, hygienických, zdravotnických, právnických a etických aspektech lékařského povolání. Za důležitý faktor vzniku nemocí považoval sociální poměry. Zastával názor, že blahobyt země spočívá ve zdravé populaci.

Po Velké francouzské revoluci se začíná uplatňovat právo na zdraví, respektive právo na ochranu zdraví.

Německé hnutí za medicínskou reformu hlásalo, že stát má odpovídat za zdraví národa. Neadekvátní zdravotní péče a sociální poměry byly považovány za hlavní příčinu vzniku nemocí a špatného zdravotního stavu obyvatelstva v nižších vrstvách. Pozornost byla kladena na nerovnost lidí před nemocemi.

Zakladatelem sociální hygieny byl německý lékař A. Grotjahn (1869 - 1931). Uplatňoval názor, že sociální podmínky ovlivňují kauzálně zdravotní stav obyvatelstva a na druhé straně zdravotní stav zpětně působí na sociální podmínky. Příčiny nemocí nejsou jen na podkladu biologickém (mikrobiologickém), ale rovněž i na vlivu sociálního prostředí a ekonomických podmínkách, které v řadě případů jsou určujícími faktory pro to, zda dojde k onemocnění.

Po druhé světové válce vznikaly nové systémy zdravotní péče, systémy státního zdravotnictví, systémy založené na zdravotním pojištění a další. Rozšířila se mezinárodní zdravotnická spolupráce v oblasti Světové zdravotnické organizace (WHO)¹ (2).

3 RIZIKOVÉ FAKTORY A JEJICH MĚŘENÍ

Riziko je pravděpodobnost, která určuje výskyt nepříznivého jevu (nemoci, úmrtí, zdravotní komplikace). Na základě toho, že riziko je definováno jako pravděpodobnost, lze ho vyjádřit jako podíl počtu případů, u nichž sledovaný jev nastal, k počtu případů, u nichž mohl nastat.

Pro podrobnější a přesnější určení rizika se často uvádí rovněž časový interval, popřípadě věk, kdy mohl sledovaný jev nastat (5).

1 WHO (World Health Organization) = Světová zdravotnická organizace

Rizikovost vyjadřuje vnímavost jedince k určité předvídatelné události nebo poruše.

Rizikový faktor lze definovat jako biologický, ekonomický a sociální status, způsob chování a jiné stavy, které souvisejí nebo jsou příčinou zvýšené náchylnosti ke specifické nemoci, chorobnému stavu, úrazu nebo smrti (6).

Pravděpodobnost nemoci se odhaduje na základě relativní četnosti a je odvozována od ukazatelů incidence a prevalence (6).

Prevalence je definována jako podíl existujících případů (nemocí, poruch zdraví, nemocných osob, zdravotních problémů) k počtu osob v definované populaci. Prevalence se udává nejčastěji v procentech. Spolu s touto veličinou by měl být vždy uváděn časový údaj (časový okamžik nebo interval), ke kterému se vztahuje (5).

Incidence se vypočítává jako podíl nových případů nemoci, ke kterým došlo v definované populaci, během určitého časového intervalu (5).

3.1 Význam měření rizikových faktorů

Měření rizikových faktorů má značný význam v několika oblastech. Na základě výsledků měření lze zjišťovat rozložení zdravých, riziku vystavených a nemocných obyvatel. Dále měření slouží ke zvýšení efektivity zdravotnických služeb. Měření pomáhá k vyhledávání raných stádií nemocí a k poznávání zdravotnických problémů. Účelem je rovněž vytváření programů cílených preventivních opatření a zajištění kvalitní zdravotní výchovy (4, 7).

3.2 Způsoby měření

Mezi způsoby, kterými lze měřit zdravotní stav obyvatel a které slouží ke zjišťování rizikových faktorů, patří: individuální preventivní prohlídky, hromadné preventivní prohlídky (například u rizikových skupin populace), depistážní akce – formou detekce a screeningu, anamnestické údaje a záznamy v lékařské dokumentaci (4, 7).

4 ROZDĚLENÍ DETERMINANT ZDRAVÍ

Rizikové faktory z hlediska předčasných úmrtí lze rozdělit podle jejich ovlivnitelnosti do dvou skupin – na ovlivnitelné a neovlivnitelné (1).

4.1 Neovlivnitelné faktory

Vrozené předpoklady, věk a pohlaví, jsou faktory, které ovlivnit nelze. Je důležité upravit způsob života a dbát na zvýšenou zdravotní péči.

Dále do skupiny neovlivnitelných faktorů lze zařadit životní prostředí a životní podmínky. Životní prostředí působí na zdraví v trvalém komplexu. K základním ukazatelům životního prostředí patří zejména úroveň bydlení a pracoviště, zásobování nezávadnou pitnou vodou, čistota ovzduší, hluk, elektromagnetické, radiační a sluneční záření.

Dalším celkem determinant zdraví jsou klimatické podmínky a urbanistické řešení měst a obcí podporující zdraví (1).

4.2 Ovlivnitelné faktory

Ovlivnitelné faktory člověk ovlivní způsobem života. Způsob života je nejdůležitější ze všech oblastí ovlivňujících zdraví. Jedná se o úroveň pohybové aktivity, výživové návyky, škodlivé závislosti, osobní hygienu, zvládání stresu, sexuální chování a spotřební chování (1).

Problematika ovlivnitelnosti rizikových faktorů zdraví se zabývá zejména eliminací nebo neutralizací působení bionegativních faktorů, dále se zajímá o zvyšování faktorů biopozitivních (2).

Celkovou ovlivnitelností faktorů, které působí na zdravotní stav jedince, se zabývají příslušné lékařské vědy. Přírodní faktory připadají vědám hygienickým, epidemiologickým, pracovnímu lékařství a vědám klinickým. Sociálními faktory a sociálními aspekty ovlivnitelnosti přísluší sociálnímu lékařství (2).

Na základě mnoha epidemiologických a experimentálních studií stanovila WHO žebříček faktorů životního prostředí, podmínek a způsobu života, které se nejčastěji vyskytují mezi příčinami úmrtí.

Determinanty zdraví podle významu podílejících se na úmrtí (sestupně seřazeny):

1. kouření
2. nadměrná konzumace alkoholu
3. nadváha
4. pracovní rizika
5. nedostatek zeleniny ve výživě
6. chudoba
7. nezaměstnanost
8. závislost na drogách
9. dopravní úrazy
10. nedostatek pohybu (1).

5 RIZIKOVÉ FAKTORY Z HLEDISKA PŘEDČASNÝCH ÚMRTÍ VYSKYTUJÍCÍ SE U ŽÁKŮ A STUDENTŮ

Vývojové stádium mezi dětstvím (do 15 let) a mladistvým (od 15 do 18 let) patří k velmi kritickému, obtížnému a také rozhodujícímu období života člověka. Dochází ke komplexní proměně všech složek osobnosti dospívajícího.

Adolescence je fáze dospívání, během které dochází k dozrávání rozumových schopností, dotváření integrity osobnosti a k pohlavní zralosti. U chlapců k tomu dochází mezi 14. - 20. rokem a u dívek mezi 12. - 18. rokem (8, 9).

Vztah žáků a studentů ke svému zdraví je poněkud jiný než v dospělosti. Za nedostatky ve zdravotním stavu se stydí a neradi si je připouštějí, někteří své obtíže zlehčují. Rodiče méně sledují zdraví svých potomků v tomto věku. Žáci a studenti nejsou příliš zodpovědní, s lékaři málo spolupracují, nepřichází na kontroly a s nemocí dorazí relativně pozdě. Z toho vyplývají jiné požadavky na ně (10).

Ve své práci se budu zabývat zejména faktory kouření, nadměrná konzumace alkoholu, nadváha, závislost na drogách, dopravní úrazy, nedostatek pohybu a sexuálním chování.

6 KOUŘENÍ

Kouření s sebou nese mnoho zdravotních rizik a poškozuje zdraví. Kouření je jednou z nejčastějších příčin nemocí a předčasných úmrtí. Avšak těmto důsledkům se dá úspěšně předcházet prevencí (1).

Zapálená cigareta produkuje kouř, který obsahuje více než 4000 chemických látek. Minimálně 200 z nich jsou toxické a přibližně 50 představují kancerogeny. Mezi základní složky cigaretového kouře patří: nikotin, dehet, amoniak, oxid uhelnatý, nitrosaminy, formaldehyd, kyanid, arzenik a celá řada dalších (1).

V České republice v průměru kouří třetina dospělé populace. Varujícím je fakt, že se zvyšuje počet dětí, které jsou závislé na cigaretách, a snižuje se věk, ve kterém kouřit začínají. Vliv na to má snadná dostupnost cigaret. Z hlediska věku je nejvyšší prevalence kuřáctví ve skupině 15 - 24 letých (44,7 %). Mezi studujícími středních škol je přibližně pětina kuřáků, zatímco mezi uční učebního oboru více než 40 %. U osob, které začínají kouřit v časném věku, se rychleji rozvíjí nikotinová závislost (1, 11, 12).

V české populaci zejména převažuje užívání tabáku ve formě kouření cigaret. K dalším tabákovým výrobkům se řadí dýmky, doutníky, vodní dýmky a e-cigarety (11).

Elektronická cigareta (e-cigareta) obsahuje nikotin ve směsi aromatických esencí. Zákon 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákem, alkoholem a návykovými látkami elektronickou cigaretu neřadí mezi tabákové výrobky, ovšem § 3 omezuje její dostupnost. Prodej e-cigaret je osobám mladším 18 let zakázán. Pro užívání elektronické cigarety neexistují dostatečné studie, které by potvrdily její bezpečnost (11).

Někteří uživatelé vodní dýmky považují její užívání za bezpečnější, nebo zcela bez rizik. Ovšem kouření tabáku tímto způsobem přináší rizika z důvodu nižší kvality tabákové směsi, vyššího obsahu polutantů a nižší teplotě hoření (vzniká více karcinogenních produktů) (11).

6.1 Vliv rizikového faktoru

Nikotin způsobuje, že lidé potřebují kouřit a jsou závislí. Dehet je důvodem, že na následky kouření lidé umírají (1).

Nikotin je psychoaktivní látka a patří mezi vysoce návykové látky. Po vdechnutí se nikotin dostává za 7 sekund do mozku. Vyvolává závislost, která nutí kuřáka, aby pravidelným kouřením udržoval nikotin na potřebné hladině v organismu. Nikotin v první fázi má stimulační účinek, který se postupně mění a přechází do fáze mírného útlumu (1).

Nikotin nepůsobí pouze na mozek, ale ovlivňuje autonomní nervový systém, interferuje s fyziologickými procesy v organismu, výrazně ovlivňuje funkci endokrinního systému a zasahuje do metabolické homeostázy (14).

Dehty jsou nejvíce nebezpečné látky obsažené v cigaretovém kouří. Při inspiriu se v podobě aerosolu dostanou do alveol. Zde ochromují samočisticí schopnost dýchacích cest. Dehty jsou hlavní příčinou vzniku rakoviny a chronických plicních nemocí (1).

Oxid uhelnatý (CO) se pevně váže na erytrocyty, čímž zabraňuje přenosu kyslíku ke tkáním v organismu (1).

Každá závislost je provázena i abstinenčními příznaky. U kouření mezi abstinenční příznaky patří neschopnost soustředit se, deprese, nervozita, podrážděnost a stále větší nutkavá touha po cigaretě (1).

6.2 Zdravotní rizika

U kouření v porovnání s jinými rizikovými faktory je riziko předčasného úmrtí mimořádně vysoké. U dlouhodobých kuřáků je 25 % pravděpodobnost výskytu rakoviny (4, 13).

Kouření má negativní vliv téměř na všechny tkáně a orgány v lidském těle. Kouření vyvolává pestrou škálu onemocnění. Není pouze příčinou rakoviny plic, ale způsobuje také rakovinu rtu, ústní dutiny, hltanu, hrtanu, jícnu, žaludku, jater, slinivky břišní, močového měchýře, ledvin, děložního čípku, tlustého střeva, kůže, pohlavního údu a leukémii.

Kouření je etiologickým faktorem pro rozedmu plic, tedy pro onemocnění, při kterém je plicní tkáň postupně zničena a dochází ke smrti udušením. U dlouhodobých kuřáků se vyskytuje o šedesát procent více případů žaludečních a dvanácterníkových vředů než u nekuřáků. Kouření dále podporuje vylučování vápníku z kostí, a proto urychluje rozvoj osteoporózy. Má negativní vliv na pokožku a různá poranění se hůře hojí. Dále způsobuje předčasný výskyt vrásek (13).

6.2.1 Pasivní kouření

Kouření neohrožuje nejen zdraví kuřáka, ale i jeho okolí. Hořící cigareta má vedle hlavního proudu, který je vdechován kuřákem, i vedlejší proud, ve kterém je obsaženo mnohonásobně více zplodin. Nejvíce jsou takto exponovány děti v domácnostech kuřáků. Kouření během gravidity a v kojeneckém období je rizikové. Může být příčinou syndromu náhlého úmrtí po narození, kdy se toto riziko zvyšuje o 35 %. Dále může vyvolat vznik astmatu, zánět středního ucha, může být příčinou častých onemocnění dýchacích cest a celé řady dalších zdravotních komplikací.

U dospělých se zvyšuje výskyt onemocnění srdce, cév a karcinomu plic (1).

6.3 Prevence

Jak by bylo možné snížit počet kuřáků? Možnými opatřeními by mohlo být: zvýšení ceny tabákových výrobků, opakované zvýšení daní z tabákových výrobků, zákaz reklamy na tabákové výrobky, zvýšení věku, od kterého je zakázáno cigarety prodávat, zákaz kouření ve veřejných prostorách, zákaz kouření na pracovištích, informovanost veřejnosti o škodlivosti kouření a výchova ke zdravému způsobu života (1).

6.3.1 Odvykání

Kuřáci se v průměru dožívají nižšího věku než nekuřáci. Přestat kouřit není pro kuřáky jednoduché. Sami od sebe přestat kouřit dokážou max. 3 % kuřáků. Závislý na nikotinu, který se rozhodne přestat kouřit, může využít některého ze specializovaných center pro léčbu závislosti na tabáku (11).

Při odvykání lze využít farmakologické podpory. K dispozici jsou tři léčivé přípravky: náhradní nikotinová terapie (NNT), bupropion a vareniklin.

Náhradní nikotinová terapie zahrnuje užívání žvýkaček, náplastí a inhalátorů. Pastilky, které jsou rozpustné v ústech, nejsou v České republice k dispozici. Dále je k dispozici bupropion, jehož účinek spočívá ve zpětném vychytávání dopaminu a noradrenalinu, efekt nastupuje až po 3 týdnech užívání. Vareniklin zvyšuje hladinu dopaminu v centrální nervové soustavě a současně obsazuje nikotinový receptor, takže se efekt cigarety při vzniku libých pocitů nedostavuje (11).

6.3.2 Přestat kouřit se vyplácí

Ve chvíli, kdy kuřák přestane kouřit, nastává u něho proces hojení. Během 36 hodin se hladina oxidu uhelnatého v krvi vrátí na optimální hodnotu. Již za týden se zlepší dýchání. Za tři měsíce se zvýší funkce plic až o 30 %. Riziko karcinomu plic po deseti letech nekouření se podstatně sníží. Pokožka začne vypadat zdravě. Za týden se zúžené cévy opět rozšíří a sníží se riziko z infarktu myokardu. Po pěti letech se nebezpečí z infarktu myokardu sníží na polovinu a za deset roků se pravděpodobnost přiblíží stejnému procentu jako u nekuřáků (1, 13).

K těmto pozitivním změnám se přidávají další výhody, mezi něž patří pocit výhry nad cigaretami a sebou samým, zvýšené sebevědomí, lepší zdravotní stav, více energie a pocit celkové svobody (13).

7 NADMĚRNÁ KONZUMACE ALKOHOLU

Alkoholické nápoje dle zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami jsou uvedeny - lihoviny, destiláty, víno, pivo a další nápoje, které obsahují více než 0,5 objemového procenta alkoholu (15).

Nadměrná konzumace alkoholu zůstává jedním z hlavních problémů veřejného zdraví. Alkohol je třetí (po kouření a hypertenzi) nejčastější příčinou nemocí a předčasného v zemích Evropské unie (16).

Alkohol je ve společnosti mylně vnímán jako snadný a rychlý způsob, jak se cítit dobře, jak zahnat nudu, žít společenským životem a být akceptován druhými. Nadměrná konzumace alkoholu působí značné zdravotní komplikace, ale i sociální a ekonomické škody (1).

Průměrná spotřeba alkoholu v České republice je nejvyšší na celém světě a má stále rostoucí tendenci. Na jednoho obyvatele staršího 15 let připadá 14,97 litrů čistého alkoholu za rok (dle údajů WHO z roku 2011). Konzumace alkoholu je rozšířená i mezi žáky a studenty. Ze statistiky vyplývá, že ve věku jedenácti let má zkušenost s alkoholem více jak 80 % dětí (1, 3, 16).

V období 1995 až 2011 proběhlo v České republice šetření studentů různých středních škol v rámci mezinárodního projektu Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky ukazují, že skoro 98 % respondentů pilo alespoň jednou v životě alkohol.

Pravidelná konzumace piva je u 26 % dotázaných. Novým fenoménem je pití limonád s obsahem alkoholu, tj. alkopops (16).

Věk žáků a studentů, kdy poprvé ochutnávají alkohol, se snižuje. Častá konzumace alkoholických nápojů u nich přináší řadu rizik z několika důvodů – i po malých dávkách alkoholu může dojít k otravě, dochází ke zvýšenému riziku rychlého rozvoje závislosti na alkoholu a nevyhraněnosti vůči ostatním návykovým látkám (17).

7.1 Vliv rizikového faktoru

Alkohol je návyková látka, která má tlumivý účinek na centrální nervovou soustavu. Účinek závisí na množství vypitých alkoholických nápojů, na fyzickém a psychickém stavu konzumenta a na dalších faktorech (1).

Závislost na alkoholu se definuje jako chronická, progresivní nemoc. Charakteristické je pro ni nekontrolovatelná konzumace alkoholu, zaujatost alkoholem, pokračování v pití i přes nepříznivé následky a popírání závažnosti situace (1).

Pravidelná nadměrná konzumace alkoholu vede k postupnému poškozování mnoha vnitřních orgánů, nejčastěji však bývají postižena játra, neboť jsou základním orgánem přeměny alkoholu. Na postižení jater nemá příliš vliv druh konzumovaného alkoholu, rozhodujícím je množství přijatého čistého alkoholu a čas, za který je alkohol vypit (16).

7.2 Zdravotní rizika

Již ve starých dokumentech a textech se píše o škodlivých účincích alkoholu, zejména při jeho nadměrné konzumaci. Alkoholů se přičítají 4 % nemocí (16).

V první fázi alkohol potlačuje zábrany, v dalším stádiu nastávají změny - zpomalení reflexů, poruchy vnímání, snížení pozornosti a soudnosti. Při vyšších dávkách se zhoršuje svalová koordinace, nastávají příznaky opilosti, mezi které patří přehnané emoce a vratká chůze. Při nadměrné konzumaci může dojít k intoxikaci organismu, která může vést přes bezvědomí až k smrti následkem selhání kardiovaskulárního a dýchacího systému (1).

Alkohol je protoplazmatický jed – ničí buňky ledvin, jater a buňky nervového systému. Chronické pití alkoholu způsobuje řadu závažných nemocí (1).

Důsledkem nadměrné konzumace alkoholu jsou nemoci trávicího systému: gastritida, chronická i akutní pankreatitida, jaterní steatóza, zánět a cirhóza jater, maligní nádory dutiny ústní, jícnu, jater a tlustého střeva. U žen se vyskytuje i karcinom prsu. Na podkladě oslabené imunity jsou časté i recidivující pneumonie a tuberkulóza plic (18).

Alkohol dále způsobuje nemoci kardiovaskulárního systému, které bývají závažné. Patří sem hypertenze, ischemická choroba srdeční včetně infarktu myokardu, cévní mozkové příhody a dilatovaná kardiomyopatie (18).

Onemocnění mozku se projevuje kognitivními poruchami, dále demencí, deliriem, depresemi a halucinacemi (18).

Kontroverzní výsledky jsou při posuzování doporučeného množství. Prokázaný preventivní účinek je pouze při nižší dávce alkoholu cca 20 g denně. Za relativně bezpečnou dávku se považuje 24 g čistého alkoholu u mužů a 16 g u žen. Příznivý antioxidační účinek je přisuzován flavonoidům, které jsou obsaženy zejména v červeném víně. Toto však neplatí u žáků a studentů, kde je alkohol naopak asociován s vyššími riziky (16, 18).

7.3 Prevence

Alkohol není vnímán jako závažný problém. Je třeba posílit povědomí společnosti o jeho rizicích a to v podobě prevence, která je zanedbávaná.

Konzumovat alkohol nesmí děti, mladiství, těhotné ženy, osoby před a při řízení dopravních prostředků, osoby připravené k vykonávání činnosti vyžadující zvýšenou pozornost a osoby, které užívají léky neslučitelné s pitím alkoholu. Mírná konzumace alkoholu není vhodná u osob s předpokládaným rozvojem závislosti.

Pro vznik závislosti je rovněž rozhodující dostupnost alkoholu a jeho cena (16).

8 NADVÁHA A OBEZITA

Nadváha a obezita u žáků a studentů není pouze zdravotním problémem v tomto věku, ale představuje i zvýšené riziko pro období dospělosti. V současné době se jedná o jedno z nejčastějších metabolických onemocnění (20).

Nadváhu a obezitu lze definovat jako stav, při kterém přirozená energetická rezerva člověka stoupne nad optimální úroveň a poškozuje zdraví (19).

U obezity je BMI, neboli body mass index, hodnota přesahující 30. O nadváhu se jedná při hodnotě překračující 25. BMI se vypočítá jako tělesná hmotnost dělená druhou mocninou tělesné výšky. Tabulka BMI není 100 % přesná, protože nebere v úvahu věk a množství svalové hmoty.

U dětí se místo BMI upřednostňují percentilové grafy (20).

Obrázek 2: Kategorie BMI a zdravotní rizika

Kategorie dle WHO	BMI	Zdravotní rizika
Podváha	< 18,5	Poruchy příjmu potravy
Normální váha	18,5 – 24,9	Minimální
Nadváha	25,0 – 29,9	Lehce zvýšená
Obezita I. stupně	30,0 – 34,9	Středně vysoká
Obezita II. stupně	35,0 – 39,9	Vysoká
Obezita III. stupně	> 40	Velmi vysoká

Zdroj: vlastní

Nadváhu a obezitu lze hodnotit také podle procenta tělesného tuku. Děti ve věku 3 - 18 let s obsahem tělesného tuku více než 25 % u chlapců a 30 % u dívek jsou považované za obézní. Nedostatky u tohoto měření spočívají v tom, že se nezohledňuje věk dětí a svá úskalí má i vlastní měření obsahu tuku (21).

V současné době se v České republice vyskytuje nadváha u 50 % dospělých, z nichž 20 % jsou obézní. Tento podíl se však nedaří snižovat. Podíl dětí s vyšší než normální hmotností přibývá, zejména u chlapců. Obézní dětské populace je 5 - 10 %.

Žáci a studenti s obezitou mívají po třicátém roce vyšší mortalitu než ti, kteří mají optimální stav hmotnosti (19, 22).

Obezita je typické multifaktoriální onemocnění. Na jejím vzniku se podílí faktory vnějšího prostředí a genetická dispozice. U dětí se jedná zejména o běžnou obezitu na polygenním podkladu v 95 - 99 %. Zbylá procenta jsou podmíněna onemocněními (19, 20).

8.1 Vliv rizikového faktoru

Obezita je založena na vyšším energetickém příjmu, což je typická civilizační nemoc v rozvinutých zemích. Běžná nemoc se charakterizuje pozvolným nástupem a k rozvoji dochází při nevýhodném řazení genů a při kontinuálním zvýšeném příjmu stravy, která neodpovídá energetickému výdeji (19).

Obezitogenní prostředí tvoří 40 - 60 % zdrojů obezity. Obezitogenní faktory se určují klimatickou, politickou, národnostní, etnickou, geografickou, ekonomickou, kulturní, intelektuální specificitou a vzdělaností (19).

8.2 Zdravotní rizika

Obezita není jen estetickým problémem, ale přináší s sebou řadu zdravotních komplikací. Zmnožená tuková tkáň je největším endokrinním orgánem v těle. Při nadměrném množství tukové tkáně dochází k pozvolným, zejména rozsáhlým hormonálním, statokinetickým a metabolickým změnám. K nejzávažnějším zdravotním komplikacím obezity u žáků a studentů patří následky spojené s metabolickými změnami, které podmiňují rozvoj kardiovaskulárního onemocnění s hypertenzí, aterosklerózou a poruchami metabolismu, kam patří porušená glukózová tolerance, porucha lipidového metabolismu a hyperurikémie.

Metabolické důsledky obezity limitují život. Závažné jsou rovněž enterohepatální metabolické následky, které končí nealkoholickou steatohepatitidou. Sekundární metabolické následky jsou spojené s obstrukční spánkovou apnoí (19).

8.2.1 Funkční poruchy pohybového aparátu

Následky způsobené fyzikálním působením nadměrné hmotnosti jsou ovlivněny velikostí zátěže a délkou působení ve specifickém čase vývinu opěrného aparátu.

Obezita u žáků znemožňuje vytvořit si racionální pohybové vzorce a obratnost. Při obezitě dochází k narušení posturální stability, která zodpovídá za schopnost držet vzpřímenou polohu těla

a reagovat na zevní a vnitřní změny, které mohou vést k pádu. Obézní jedinci chodí pomaleji a o širší bázi, neboť dojde ke snížení schopnosti provádět pohyby ve vzpřímeném stoji. Obézní osoba má větší náchylnost k pádu.

V raném dětství dochází k rozvoji nesprávného držení těla s typickým klinickým obrazem (protrakce ramen, oslabení břišní stěny, předsunutí hlavy) (19).

8.2.2 Metabolické následky

Metabolické následky jsou nejzávažnější komplikace dětské obezity. Podílí se na rozvoji hyperkortikalismu, hyperkoagulaci, hyperestrogenismu a inzulinové rezistenci. Tento chronický stav vede v budoucnu k proimunosupresivnímu stavu. Komplexní metabolické změny vedou k rozvoji metabolického syndromu² (19).

8.2.3 Nealkoholická jaterní steatóza

Tento stav se stává nejvíce rozšířenou příčinou onemocnění jater u dětí v rozvojových zemích. Až v 80 % se vyskytuje u obézních žáků a studentů. Nealkoholická jaterní steatóza může vést až k jaterní cirhóze a jaternímu selhání (19).

8.2.4 Syndrom obstrukční spánkové apnoe

Jedná se o častou respirační komplikaci u nadměrně obézních dětí. Údaje o incidenci se mění podle závislosti na věku, stupni obezity a rase. Vyskytuje se častěji u chlapců. Obstrukční spánková apnoe způsobuje narušení kognitivních funkcí a poruchy soustředění, což se může u žáků projevat hyperaktivitou. Vyšší stupeň obezity způsobuje u dětských pacientů hromadění tuku v krční oblasti. Jeho nadměrné množství vede k obstrukci dýchacích cest a v abdominální oblasti způsobuje snížené dýchání. V těle dochází k hromadění oxidu uhličitého (CO₂), který způsobuje spavost a usínání během dne. Dlouhodobé působení vede až k pravostrannému srdečnímu selhání. Tento stav se nazývá Pickwickův syndrom a vyskytuje se u 5 % morbidně obézních dětí (19, 23).

8.2.5 Krevní tlak a hypertenze u dětí s obezitou

Výskyt hypertenze u žáků a studentů s nadváhou nebo obezitou je vyšší než u jejich vrstevníků s optimální tělesnou hmotností. Až polovina dětí s esenciální (primární) hypertenzí trpí

² Metabolický syndrom = inzulinová rezistence, endoteliální dysfunkce a dyslipidémie

nadváhou. Hypertenzi u dětských pacientů definuje krevní tlak roven nebo vyšší 95. percentilu pro daný věk, pohlaví a výšku dítěte (19).

8.2.6 Obezita a duševní poruchy

Žáci a studenti s obezitou nebo nadváhou netrpí jen po tělesné stránce, ale rovněž i po stránce psychické. Obézní jedinci často mají obtíže v sebeuplatnění a v oblasti sebevědomí. Psychické problémy mohou narušit další vývoj. Vyrůstá u nich zájem o jídlo a ubývá zájem o jiné oblasti života. Dále se přidružují problémy jako deprese, emoční labilita, hypersenzitivita a sociální izolace (19).

8.2.7 Obezita a craving

Craving je patologické bažení. Jedná se o silnou touhu a bývá jedním ze společných rysů u mnoha závislostí. Při bažení se na rozdíl od obyčejného chtění aktivují jiné části mozku. Bažení lidé nejsou schopni kontrolovat množství přijatého jídla. Bažení vyvolává pocity úzkosti. Craving vede k udržování obezity. Vystupňovaný craving ovlivňuje v podstatě všechny psychické procesy.

U kognitivních procesů může craving způsobovat poruchy paměti, koncentraci pozornosti a poruchy vnímání (19).

8.2.8 Obezita a poruchy příjmu potravy

Výskyt obezity a nadváhy vede k rozvoji duševní poruchy. Nejjasnějším příkladem jsou poruchy příjmu potravy. Nespokojenost se svou postavou může vést k bulimii nervosa, kdy dochází k nekontrolovatelnému přejídání a následné snaze snížit kalorický příjem zvracením. Na podkladě psychogenního přejídání obézní žáci a studenti konzumují velké množství potravy. Kritickým obdobím pro tyto poruchy je puberta, kdy je jedinec citlivý na svůj zevnějšek. Nemožnost dosáhnout vysněného vzhledu u osob s poruchami příjmu potravy navozuje pocity selhání, deprese a viny (19).

8.3 Prevence

Léčba a zároveň prevence se zaměřuje na dietu a cvičení. Pokud program, který vede ke snižování hmotnosti, trvale nedoprovází dietní léčba a fyzická aktivita, dochází k opětovnému zvyšování hmotnosti. Farmakologická léčba, která by byla trvale efektivní a vedla k dlouhodobému snížení hmotnosti, neexistuje (24).

Konkrétní preventivní opatření lze rozdělit podle věku.

8.3.1 Starší školní věk

Pro toto období je charakteristický rozvoj osobnosti žáka, vytrvá individualita a volní vlastnosti, kterými jsou vytrvalost, spolehlivost, odpovědnost, samostatnost, iniciativnost a sebekázeň v konzumaci jídla.

Značný vliv na chování ve výživě sehraává napodobování vrstevníků se snahou ztotožnit se se sociální skupinou. Další typickou vlastností pro období staršího školního věku je chybějící režim a nepravidelnost v jídle. Žáci konzumují jídlo u počítačů a televize ve vlastním pokoji místo toho, aby jedli u stolu. Kromě toho velmi často odmítají jídlo a dávají přednost nevhodným pokrmům.

V preadolescenci začínají experimentovat nejen s chutěmi, ale i s barevným vjemem jídla. V tomto období je nutné klást důraz na zdravou stravu a odolávat automatům, fast foodům a bufetům. Tím by si totiž žáci fixovali jídelní zmatek ve skladbě a struktuře jídelních zvyklostí (19).

Dvacet procent žáků ve starším školním věku jedí méně než čtyřikrát za den. U těchto žáků je pak větší pravděpodobnost výskytu poruch příjmu potravy, kam patří oba extrémy – obezita i mentální anorexie.

Rodiče mohou správným vedením včasné usměrnit preadolescenty k racionálnímu životnímu režimu. Je nutné předcházet nakupování nevhodných potravin v automatech a školních bufetech, kde si žáci velmi často kupují nevhodně plněné bagety, sušenky, slané pochutiny, hamburgery, hranolky a další (19).

Důležité je i využití volného času. Ve starším školním věku je nedostatečné provozování sportovních aktivit. Neaktivní preadolescenti představují rizikovou skupinu, v níž dochází k rozvoji obezity. Žáci velmi často tráví mnoho času u počítače a u televize. Denně by se neměla překračovat hranice dvou hodin sledováním televize a práce na počítači. Proto je pro rodiče důležité v této věkové skupině určit a přizpůsobit program pohybové aktivity zájmům dítěte. Středoškolské žáci

chápu jednotlivé složky tělesné zdatnosti a jsou schopni sami si navrhnout a rozvíjet osobní cvičení nebo tréninkový program, který umožní dosáhnout úrovně tělesné zdatnosti podporující zdraví. Preadolescent si uvědomuje souvislost mezi aktivitou a zjistitelnými efekty pohybové aktivity na tělo, sociální příležitosti, fyzické a psychické zdraví, vztahy a kvalitu života (19).

8.3.2 Raná plnoletost

V období adolescence dochází k ukončení fyzického a psychického růstu. Optimalizují se metabolické pochody a stabilizuje se analyticko-syntetické myšlení. Studenti si dokážou udržet určité zásady životního stylu. Prosazuje se trend vynechání snídani a v módě nejsou ani domácí svačiny. Zůstává problematika stráveného času u televize či počítače. Pro studenty je dobré mít alespoň jednu organizovanou pohybovou aktivitu, což je motivující k sociální interakci a pro pocit, že přísluší k určité sociální skupině. Klade se důraz na chůzi, denně by studenti měli ujít 4 kilometry. Negativní dopad na to má i moderní technika – mobilní telefony, automobily, domácí roboti a další. Tyto moderní techniky vedou k minimalizaci pohybu, což vede k nedostatku pohybu a následnému navyšování hmotnosti.

Pro studenty je důležitá dostatečná doba spánku, která by měla být minimálně 7 - 8 hodin nepřerušovaného klidného spánku (19).

9 ZÁVISLOST NA DROGÁCH

Drogová závislost je nejužívanější označení pro stav, který se uvádí také jako abúzus, toxikomanie a podobně. Drogou je míněna návyková látka, která navozuje pocit nutkavého opakovaného užívání (15).

Drogy jsou přírodní nebo syntetické látky, které ovlivňují chemické pochody mozku. Mají emoční, duševní a fyzické účinky. Drogy lze rozdělit do několika základních skupin: látky s tlumivým účinkem (morfin, heroin, kodein), alkohol, sedativa – hypnotika (benzodiazepiny, barbituráty) (1).

Věk, ve kterém vzniká návyk na drogu, se v poslední době snižuje. Již na základních školách se začaly vyskytovat problémy se zneužíváním drog. Drogy, se kterými člověk přijde poprvé do kontaktu, jsou nejen těkavé látky a marihuana, ale i pervitin. Osoby závislé na drogách vykazují určité zdravotní, rodinné, partnerské, finanční a společenské (problémy ve škole i v práci) potíže (8).

Závislost není jediné riziko, které návykové látky vyvolávají. K dalším rizikům patří dopravní nehody, sebevraždy, úrazy, otravy a další. U žáků a studentů jsou to nejčastější příčiny invalidity, nebo smrti, jelikož neodhadnou bezpečnou dávku a ohrožují tak svůj život. Závislost u dospívajících vzniká rychleji než v pozdějších letech (25).

Ve většině Evropských zemí má užívání nelegálních drog vzrůstající tendenci. Na středních školách není významný rozdíl mezi chlapci a děvčaty v užívání drog. Velmi často mají studenti zkušenosti s marihuanou nebo hašišem (8).

9.1 Vliv rizikového faktoru

Zneužívání může vyvolat fyzickou závislost, depresi a abstinční příznaky.

Při předávkování dochází k intoxikaci organismu (1).

K látkám se stimulačním účinkem patří nejznámější droga pervitin. Dále sem patří amfetaminy a kokain. Drogy se stimulačním účinkem vyvolávají zvýšení tlaku krve a zrychlení srdeční činnosti, dodají fyzickou sílu, navodí psychickou a fyzickou pohotovost organismu. Po duševní stránce dodávají pocity odvahy a euforie. K častým následkům dlouhodobého užívání patří pocit úzkosti, podrážděnost, zmatenost, vyčerpání a především závislost (1).

Další skupinu tvoří halucinogeny – LSD, hašiš, marihuana, houby obsahující psilocybin, extáze a další. Tyto látky mohou mít účinek zklidňující, nebo stimulační. Pro halucinogeny je typické, že jsou schopny deformovat způsob, jakým mozek vnímá informace, které k němu přichází od jednotlivých smyslů. Užívání halucinogenů navozuje iluze, halucinace a deziluze. Dále mají silný vliv na psychickou stránku osoby – na nálady, potlačují logické myšlení a soudnost. Biologická závislost na halucinogenech nevzniká, tedy i odvykací symptomy nejsou jednoznačně popsány (1, 26).

Další skupinu drog tvoří látky těkavé – toluen, ředidla a anabolické steroidy (1).

Nejčastěji užívanou drogou jsou konopné látky. Zkušenost s nimi má až 30 % lidí. Druhou nejčastěji užitou nelegální drogou jsou halucinogeny, zejména lysohlávky (lat. psilocybe). Zkušenosti s pervitinem nebo amfetaminy, kokainem a LSD má 2,3 - 2,8 % populace (22).

9.2 Zdravotní rizika

Zneužívání drog je ovlivněno faktory: schopnosti a vlastnosti jedince, vliv prostředí a vlastnosti samotné drogy. Při vyšších dávkách drog dříve nastupují jejich škodlivé následky (1).

Závislost na drogách způsobuje komplexní změny somatické, psychické a sociální. Závislost nevzniká náhle, ve většině případů tento proces probíhá v několika po sobě jdoucích fázích (26).

Začátek užívání drog má na člověka pozitivní účinek: pocit euforie, pozměněný stav vnímání a povznesení. Uživatelé drog se odpoutávají od všedních starostí, ulevují si od bolesti nebo stresu. Žáci a studenti užívají drogy z důvodu uznání od vrstevníků.

Při delším užívání dochází k toleranci organismu na drogu, která postupně ztrácí účinek. Závislý má potřebu si denní dávku navyšovat, nutkání se stupňuje a dochází ke ztrátě kontroly nad drogou (1).

9.3 Prevence

Prevenci jako u všeho, lze rozdělit na primární, sekundární a terciální. Toto platí i u užívání drog. Prevence primární se snaží předcházet problémům s návykovými látkami. Sekundární prevence přináší pomoc těm, kdo již zneužívají návykové látky a terciální prevence se kryje s léčbou závislosti a s mírněním následků z jejich užívání (27).

Zneužívání drog se snaží eliminovat všechny vlády pomocí legislativní politiky, která je naplňována v protidrogové strategii v jednotlivých státech, ale i na úrovni mezinárodní spolupráce (8).

10 DOPRAVNÍ ÚRAZY

Úraz, neboli trauma označuje poranění, které vzniká působením náhlé zevní události na organismus a poškozuje jej. Dopravní úraz je úraz, který má souvislost s dopravními prostředky v pohybu (27, 28).

Úrazy představují závažný světový zdravotnický, sociální a ekonomický problém. Podíl úmrtí v důsledku úrazů za poslední roky vzrostl a ve vyspělých státech patří mezi nejčastější příčiny úmrtí žáků a studentů (1).

Úrazy, které nekončí úmrtím, mohou na žácích a studentech zanechat trvalé následky, které pak ovlivňují život celé rodiny i pozdější uplatnění postiženého jedince (4).

10.1 Vliv rizikového faktoru

Dopravní úrazy a pády způsobují až 80 % závažných traumat. Nejrizikovější je jízda na motocyklu. Pro všechny úrazy platí, že rozhodující je ošetření zraněného v prvních 20 minutách úrazu. Na této době závisí i konečný výsledek (29).

V České republice a jiných vyspělých zemích je úrazovost u žáků a studentů na prvním místě mezi příčinami předčasného úmrtí. Dále jsou na druhém místě v příčinách nemocnosti. Žáci a studenti bývají zraněni jako chodci, cyklisté, špatně zabezpečení spolujezdci v motorových vozidlech. Ke studentům navíc patří i dopravní nehody, kdy jsou sami řidiči (27, 29).

10.2 Zdravotní rizika

Dopravní úrazy mívají širokou škálu nejrozumnějších zranění. Záleží, v jaké pozici se jedinec v dopravě pohybuje, od čehož se odvíjí i úrazy (1).

Chodci patří k nejvíce rizikové skupině účastníků dopravy, jelikož nejsou nijak chráněni proti nárazům jedoucích dopravních prostředků. Lokalizace, rozsah a charakter zranění hlavně závisí na typu vozidla a jeho kinetické energii, tzn. hmotnosti a rychlosti, jakou se pohybuje (28).

Studenti, starší 18 let, mohou vlastnit řidičské průkazy. Jako mladí a nezkušení řidiči je u nich vyšší riziko nehody. Častěji se dopravní úrazy vyskytují u mladých řidičů, kteří nemají dostatečné zkušenosti, jsou opojeni rychlou jízdou a rádi riskují. Právě tyto skutečnosti podstatně zvyšují riziko vzniku nehod.

Řidič sedí v automobilu za volantem vlevo (u automobilů konstruovaných pro podmínky kontinentální Evropy). Od této pozice se odvíjí rozsah, charakter a lokalizace jednotlivých zranění. Řadí se sem poranění hlavy, hrudníku, břicha, poranění horních a dolních končetin, dále poranění bezpečnostními pásy a airbagy (10, 28).

Řidiči jednostopých vozidel, cyklisté a motocyklisté, jsou prakticky nechráněni, ale na rozdíl od chodců se pohybují. Při nehodě torzo padá na vozovku a sune se po ní, při čemž vznikají oděrky. Při prudkých pádech dochází k závažnějším poraněním od hlubokých rozsáhlých kontuzí měkkých tkání až po fraktury kostí (10).

10.3 Prevence

Úrazovost u žáků i studentů je děj, který lze předvídat. Proto by měl být zajištěn dozor v situacích, které by mohly být pro žáky a studenty nebezpečné.

Prevence úrazovosti se zakládá především na výchovně propagačních otázkách. Žáci a studenti by měli být soustavně a přiměřeně věku poučováni o nebezpečných situacích a jak se jim vyhýbat. Hlavní úlohu musí sehrát rodina, dále výchovné působení na školách všech stupňů a ve společenských organizacích. Dalším platným pomocníkem jsou masové komunikační prostředky, mezi které se řadí tisk, televize, rozhlas, film. Nezastupitelnou úlohu rovněž mají administrativní složky, dopravní inspektoráty a obecní úřady (4, 30).

Pro prevenci je nutné dodržování preventivních opatření a používání ochranných pomůcek. Žáci a studenti jako cyklisté musí používat cyklistickou helmu, která 6,6 krát snižuje riziko poranění hlavy a řádně vybavené jízdní kolo, což je hlavně důležité za snížené viditelnosti. Další rizika hrozí u spolujezdce ve dvoustopých motorových vozidlech, proto je důležité věnovat pozornost při výběru vhodného místa sezení a používat bezpečnostní pásy.

Žáci a studenti jsou v dopravě ohroženi zejména jako chodci, kdy jsou v pozici nejzranitelnějších účastníků silničního provozu. Zde je možné se chránit užíváním reflexních doplňků. Nutné je rovněž být dostatečně edukován o tom, jak se v dopravě chovat (znalost pravidel silničního provozu) (27).

11 NEDOSTATEK POHYBU

Motto: „Odpočivej v pohybe a jedz len keď si hladný“

Nízká pohybová aktivita souvisí se sníženou odolností a vyvolává poruchy pohybového aparátu. Snižuje fyzickou zdatnost i psychickou výkonnost (3).

Závažným problémem žáků a studentů je „televizní a počítačový syndrom“. Má aspekt fyzický i psychický. Fyzicky se projevuje v postupné deformaci postavy a dochází k úbytku svalstva v důsledku nadměrného a nesprávného sezení před obrazovkou. Jedním řešením je zvolení jiného typu ergonomicky tvarovaných sedacích souprav. Samozřejmostí je pravidelná pohybová aktivita a redukce počtu hodin strávených před monitorem počítačů a obrazovkami televizí.

Druhým aspektem je určitá psychická závislost. Tato závislost souvisí s počítačovými hrami, kdy prostřednictvím počítače žáci a studenti vstupují do virtuálního světa. Dostávají nереálné

obrazy, které mohou vyústit až v agresivní chování.

S tím vším souvisí i nevhodné stravování a pitný režim. Žáci a studenti se ztotožňují s hrdiny z obrazovek, kteří velmi často konzumují alkohol, kofeinové nápoje a chodí často do fast foodů. Takové stravovací návyky vedou k velkému příjmu cukrů, které při nedostatku pohybu přispívají k nadváze a obezitě (20).

Nízká pohybová aktivita se podílí 6 - 10 % na celkové mortalitě chronických neinfekčních onemocnění a z 9 % na předčasných úmrtích (14).

11.1 Vliv rizikového faktoru

Hlavní podíl na snížené pohybové aktivitě má moderní technika a pohodlnost lidí. U žáků a studentů to jsou hlavně „sedavá a lehavá“ lákadla, ke kterým patří zejména počítačové hry, nikdy nekončící seriály, snadný přístup k filmům na internetu, ale i internet samotný (20).

To vše zatěžuje nejen oči, ale rovněž svalstvo a páteř. Nárůst nesprávného držení těla u žáků a studentů v posledních letech vzrostl téměř o třetinu a má vzestupnou tendenci. Pohybový systém neustále potřebuje impulzy, aby se dále rozvíjel a udržoval (20).

11.2 Zdravotní rizika

Nedostatečná pohybová aktivita vede k akumulaci viscerálního tuku s následnou aktivací zánětlivých procesů, jež podporují rozvoj neurodegenerativních procesů, aterosklerózy, inzulinové rezistence a růst nádorů. (14)

Při pohybu mají příznivé účinky na tukovou tkáň myokiny, které se uvolňují při kontrakci kosterního svalstva. Myokiny ovlivňují viscerální tukovou tkáň a podporují protizánětlivou aktivitu (14).

Snížená kondice se v posledních letech stává obvyklou známkou žáků a studentů. Pedagogové tělesné výchovy vyzorovali u žáků a studentů až tak ochablé svalstvo, že raději upustili od některých gymnastických cviků, neboť by bylo zvýšené riziko, že si žáci a studenti způsobí zranění. K nejvíce kritickým místům patří ochablé břišní svaly, zkrácené svalstvo zadní strany stehen a zádové svalstvo (20).

11.3 Prevence

Prevence proti nedostatku pohybu je jednoduchá, stačí v průběhu dne věnovat více času pohybové aktivitě (20).

Zároveň je třeba stanovit správný režim dne. Předpokladem je disciplína žáků a studentů. Roli zde hrají i rodiče, neboť žák nebo student s nimi žije v jedné domácnosti a jsou pro něj autoritou. Nejlepší je osobní příklad, kdy rodič dělá to, co by si představoval u svého potomka. Rodiče musí mít na vědomí, aby u dítěte nedocházelo k nadměrné psychické i fyzické zátěži a dále zabránit nerovnováze mezi zatížením, odpočinkem a regenerací.

Doporučené je provádět různé aktivity společně – jezdit na kole, chodit plavat, hrát společenské hry, chodit hrát fotbal a jiné míčové hry a další. To vše je vzájemně prospěšné pro potomka i pro rodiče (20).

Přiměřená pohybová aktivita vede ke snížení rizika mnoha onemocnění. Vhodný objem aktivity, který omezí riziko onemocnění, je 30 minut středně intenzivní aktivity po většinu dnů v týdnu.

Dostatečná pohybová aktivita snižuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění, hypertenze, diabetu 2. typu, obezity, osteoporózy, deprese. Kromě toho chrání před úbytkem kognitivních funkcí a rozvojem demence, podporuje duševní zdraví, kvalitu života, vytváří a upevňuje sociální vazby a redukuje stres (14, 31).

12 SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ

Sexuální vývoj je složitý a komplexní proces. K rozvoji erotické a sexuální aktivity dochází v dospívání. Zejména na rozhraní puberty a postpuberty, u některých jedinců dříve, u jiných později. Sexuální chování má párový charakter a cílem je nalezení vhodného partnera (10, 32).

Období dospívání ovlivňuje stupňující se citlivost jedince na sexuální podněty vzestupem produkce pohlavních hormonů a rozvojem sekundárních pohlavních znaků. U chlapců na začátku dospívání je v popředí biologická pudová složka sexuality, u dívek složka citová (10, 32).

Časné zahájení pohlavního života koitální aktivitou je spojené s častým střídáním partnerů. Zvyšuje se riziko přenosu pohlavních chorob, ale také možnost gravidity v době, která není pro mateřství vhodná. Předpoklad pro zdravé sexuální chování je fyzické i duševní zdraví a vývoj v přiměřeném sociálním prostředí (10, 33).

Nejčastějším zdrojem informací o sexualitě jsou kamarádi, média a škola. Rodina je jako zdroj informací nedostačující (34).

V sexuálním chování se u žáků a studentů uplatňuje alkohol a drogy. Vliv drog se projevuje v oblasti apetence a aktivity v sexuálních vztazích a jejich bezpečnosti (35).

12.1 Vliv rizikového faktoru

Sexuální chování je výrazem pudových a racionálních komponentů. Základem sexuálního chování je sexuální motivace, která obsahuje 4 složky, kterými jsou sexuální identifikace a přijetí příslušné sexuální role, preference sexuálního objektu (orientace), preference sexuální aktivity a sexuální emoce (vzrušení, zamilovanost, orgasmus, uspokojení) (36, 37).

Studenti a někteří žáci začínají předčasně sexuálně žít pod společenským tlakem konzumního přístupu k sexualitě bez přítomnosti emocionálního vztahu ke svému sexuálnímu partnerovi. V současné době tradiční dospívání spojené s pozvolným navazováním nejdříve citových projevů, a pak sexuálních vztahů, mizí (10).

Předčasný pohlavní život má své zdravotní důsledky. V této době není dosaženo reprodukční zralosti ve funkci pohlavních žláz a ve stavbě pohlavních orgánů. Děložní čípek je pokryt cylindrickým epitelem u dospívajících dívek. Citlivější cylindrický epitel při předčasné pohlavní aktivitě podléhá snadněji patologickým změnám, které v pozdějším věku mohou přejít v karcinom. Tento epitel chrání méně před průnikem mikrobiálních infekcí než dlaždicový epitel, který je u dospělé ženy. Toto je jeden z důvodů, proč je celosvětový výskyt pohlavně přenosných chorob nejvyšší ve věkové kategorii 15 - 24 let (10).

12.2 Zdravotní rizika

Sexuálně přenosné choroby (sexually transmitted diseases, sexually transmitted infections) jsou infekční onemocnění. Přenášejí se výhradně pohlavním stykem nebo je pohlavní styk a jiné sexuální praktiky jedním z možných způsobů přenosu. Mimopohlavní přenos je vzácný (10, 38, 39).

Pohlavně přenosné choroby lze rozdělit podle několika aspektů. Podle způsobu přenosu je lze rozdělit na dvě skupiny.

V jedné skupině jsou infekce šířené výhradně pohlavním stykem, které podle zákonů ČR podléhají povinnému epidemiologickému hlášení. Ze sexuálně přenosných chorob, které jsou povinně hlášeny, se na území České republiky vyskytuje jen syfilis a kapavka. Dále povinnému hlášení podléhají ulcus molle, donovanosis (granuloma inguinale) a lymfogranulom venerum (38, 40).

V druhé skupině jsou zahrnuty choroby, které jsou převážně šířené pohlavním stykem a nepodléhají povinnosti hlášení. Patří sem infekce vyvolané prvoky, bakteriální infekce, urogenitální nekapavčité infekce, urogenitální chlamydiové infekce, infekce mykotické, virové infekce (HVA, HVB a HVC, herpes virus, lidský papilloma virus HPV, cytomegalovirus, HIV – některé podléhají povinnému hlášení) a infekce ektoparazitární (38).

12.3 Prevence

Základním požadavkem pro zlepšení reprodukčního zdraví je výchova žáků a studentů, která se zejména orientuje na odsunutí pohlavního života na období vyšší věkové zralosti, výchovu k sebeovládání, používání ochrany, monogamní vztah a další (10).

Sexuální výchova má žáky a studenty informovat o pohlavních chorobách, cestě jejich šíření, správném užívání kondomu a lubrikačních prostředků, orálně-genitálních praktikách, análním sexu a jeho nežádoucích komplikacích.

Jedna z prevencí spočívá v povinném hlášení při zachování podmínek etiky a lidských práv a v kontrole rizikových osob.

Další preventivní opatření se zakládá na screeningu těhotných žen a kredeizaci novorozenců a jejich vyšetření.

Screening se provádí u dárců krve a orgánů, aby nedocházelo k dalšímu šíření nemocí (38).

PRAKTICKÁ ČÁST

13 FORMULACE PROBLÉMU

V současné době se neustále zvyšuje výskyt civilizačních chorob, které vznikají v důsledku nezdravého životního stylu. Výskyt rizikových faktorů z hlediska předčasných úmrtí se objevuje již u žáků a studentů, proto jsme se zaměřili na ty faktory, které značně ovlivňují jejich současný i budoucí život. Žáci a studenti si v tomto věku neuvědomují důsledky svých činů a jednání.

Práce je zaměřena na nejaktuálnější rizikové faktory – kouření, nadměrná konzumace alkoholu, nadváha a obezita, závislost na drogách, dopravní úrazy, nedostatek pohybu a sexuální chování, pro které je společné, že jsou do značné míry preventabilní. Následně byl vytvořen informační leták orientovaný na správné zásady stravování, který klade důraz na význam prevence proti nadváze a obezitě. Informační leták je součástí příloh.

14 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

14.1 Cíle práce

V bakalářské práci byly vytyčeny tyto cíle:

- C₁: Zmapovat informovanost žáků a studentů o rizikových faktorech vedoucích k předčasným úmrtím se zaměřením na kouření, výživu, drogy a rizikové chování.
- C₂: Zjistit, kde žáci a studenti získávají informace o rizikových faktorech vedoucích k předčasným úmrtím.
- C₃: Zjistit, zda se u žáků a studentů vyskytují rizikové faktory vedoucí k předčasným úmrtím.

14.2 Hypotézy

Na základě cílů byly stanoveny následující hypotézy:

- H₁: Předpokládáme, že nadpoloviční většina žáků a studentů zná alespoň 3 následky rizikových faktorů vedoucích k předčasným úmrtím.
- H₂: Domníváme se, že více než 25 % dotazovaných získává informace o rizikových faktorech z internetu a médií.
- H₃: Předpokládáme, že více než třetina žáků a studentů jsou kuřáci.
- H₄: Domníváme se, že 25 % respondentů nedodrжуje zdravý životní styl.

15 METODIKA ŠETŘENÍ

Pro praktickou část bakalářské práce byla vybrána metoda kvantitativního výzkumného šetření.

15.1 Dotazníky

Pro šetření byla použita kvantitativní metoda formou dotazníkového šetření.

Pro spolupráci byly vybrány tři školy z Plzeňského kraje, okresu Plzeň-jih.

Byl sestaven strukturovaný dotazník o třech listech a byl rozdělen do dvou částí, na část obecnou a znalostní. Obecná část obsahovala 18 otázek. Počáteční otázky byly orientovány na identifikaci respondenta, konkrétně na věk, pohlaví a údaje k výpočtu BMI.

Dále následovaly otázky týkající se jednotlivých rizikových faktorů. Znalostní část měla 5 otázek, které měly prověřit znalosti žáků a studentů. Dotazník se tedy skládal celkem z 23 otázek.

V dotazníku byly použity uzavřené, polouzavřené a otevřené otázky. Dotazník byl zcela anonymní a získané informace byly použity výhradně pro účely této práce.

Kompletní dotazník je uveden v příloze.

15.2 Metoda zpracování dat

K získání statistických údajů bylo použito ruční třídění dotazníků. Poznatky byly zpracovány pomocí programu OpenOffice.org a výsledky byly následně znázorněny prostřednictvím tabulek a grafů.

16 VZOREK RESPONDENTŮ

Dotazníkové šetření proběhlo v měsíci lednu roku 2015 na školách: Základní škola Nepomuk, Gymnázium Blovice a Střední škola Oselce, nástavbové studium, obor podnikání v Blovicích. Vedení těchto školských zařízení bylo předem písemně požádáno o umožnění dotazníkového šetření. Po dohodě byly dotazníky osobně předány do škol a prostřednictvím pedagogů byly dotazníky rozdány ve třídách.

Celkem bylo rozdáno 250 dotazníků, návratnost byla 100 %. Z těchto dotazníků muselo být 24 vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění. K analýze bylo použito 226 správně vyplněných dotazníků.

Šetření bylo zaměřeno na cílovou skupinu žáků a studentů. Věk respondentů byl od 13 do 21 let.

17 PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

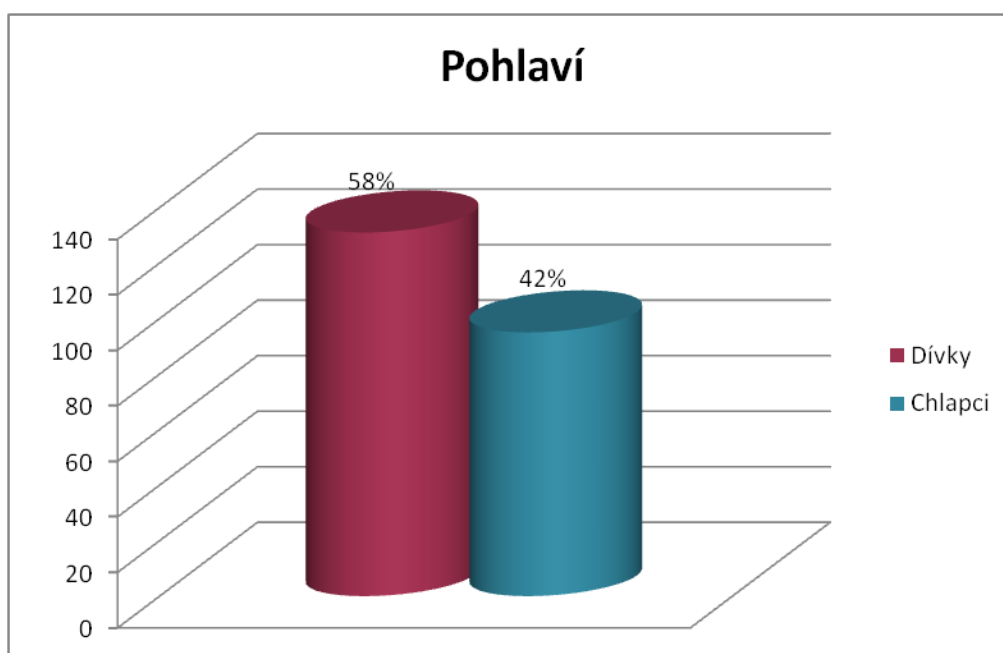
Otázka č.1: Pohlaví

Tabulka 1 Pohlaví

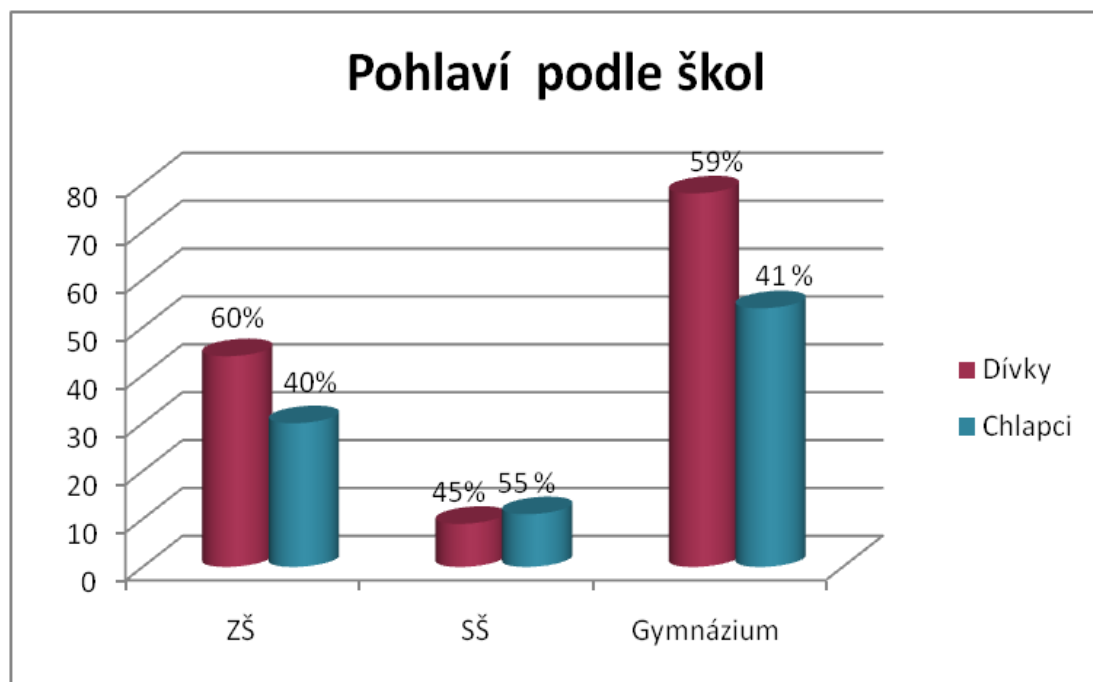
Škola	Počet	Žena	%	Muž	%
ZŠ	74	44	60%	30	40%
Gymnázium	132	78	59%	54	41%
SŠ	20	9	45%	11	55%
Celkem	226	131	58%	95	42%

Zdroj: vlastní

Graf 1 Pohlaví



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Tabulka a graf 1 znázorňují zastoupení dotazovaných žáků a studentů dle pohlaví.

Z celkového počtu 226 respondentů bylo více dívek (58 %) než chlapců (42 %). Více dívek a chlapců bylo na základní škole (60 % dívek a 40 % chlapců) i na gymnáziu (59 % dívek a 41 % chlapců). Na nástavbě bylo více chlapců (55 %) než dívek (45 %).

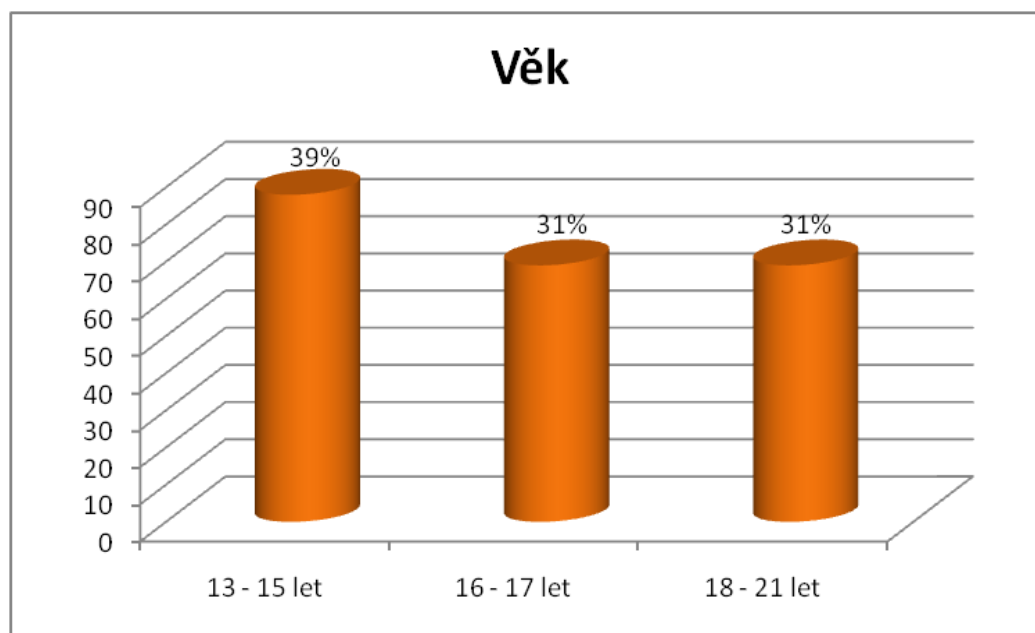
Otázka č.2: Věk

Tabulka 2 Věkové kategorie

Věk	Počet	%
13 - 15	88	39%
16 - 17	69	31%
18 - 21	69	31%

Zdroj: vlastní

Graf 2 Věkové kategorie



Zdroj: vlastní

Tabulka a graf znázorňují věkové rozložení dotazovaných žáků a studentů. Dle výsledků jsou jednotlivé kategorie vyvážené.

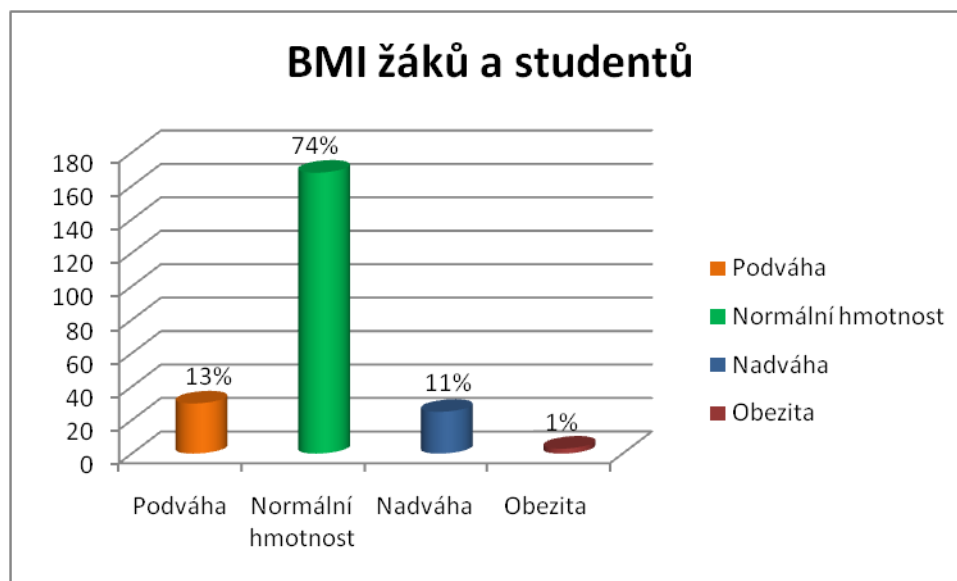
Otázka č. 3 a 4: BMI žáků a studentů

Tabulka 3 BMI žáků a studentů

BMI	Počet žáků a studentů	%
Podváha	30	13%
Normální hmotnost	168	74%
Nadváha	25	11%
Obezita	3	1%

Zdroj: vlastní

Graf 3 BMI žáků a studentů



Zdroj: vlastní

Získané údaje ukazují rozložení žáků a studentů dle výpočtu BMI. Nejvíce žáků a studentů (74 %) mělo normální hmotnost, tedy hodnotu BMI 18,5 – 24,9. Z grafu a tabulky vyplývá, že u žáků a studentů se více vyskytovala podváha (13 %) než nadměrná hmotnost, tj. nadváha (11 %) a obezita (1 %).

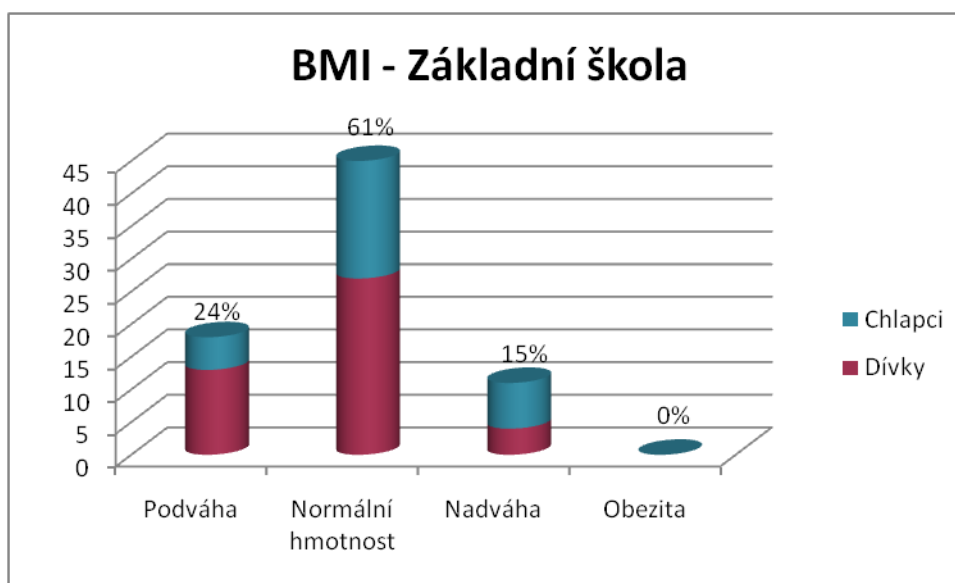
Vyhodnocení výsledků BMI podle škol

Tabulka 4 BMI – Základní škola

Základní škola						
BMI	Počet	%	Dívky	%	Chlapci	%
Podváha	18	24%	13	18%	5	7%
Normální hmotnost	45	61%	27	36%	18	24%
Nadváha	11	15%	4	5%	7	9%
Obezita	0	0%	0	0%	0	0%

Zdroj: vlastní

Graf 4 BMI – Základní škola



Zdroj: vlastní

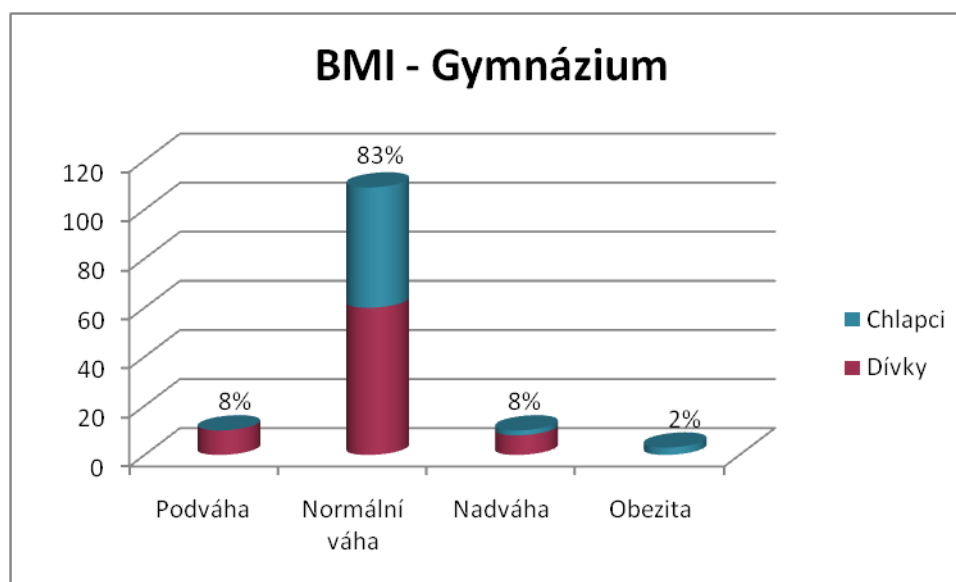
Tabulka a graf 4 zobrazují rozložení žáků dle BMI na základní škole. Na základní škole bylo celkem 74 (100 %) respondentů. Z tohoto počtu se podváha vyskytovala více u dívek (18 %) než u chlapců (7 %). Naopak nadváhou trpělo více chlapců (9 %) než dívky (5 %). Optimální hmotnost se vyskytovala u 61 % žáků. Žádný dotazovaný ze žáků základní školy nebyl obézní.

Tabulka 5 BMI - Gymnázium

Gymnázium						
BMI	Počet	%	Dívky	%	Chlapci	%
Podváha	10	8%	10	8%	0	0%
Normální hmotnost	109	83%	60	45%	49	37%
Nadváha	10	8%	8	6%	2	2%
Obezita	3	2%	0	0%	3	2%

Zdroj: vlastní

Graf 5 BMI - Gymnázium



Zdroj: vlastní

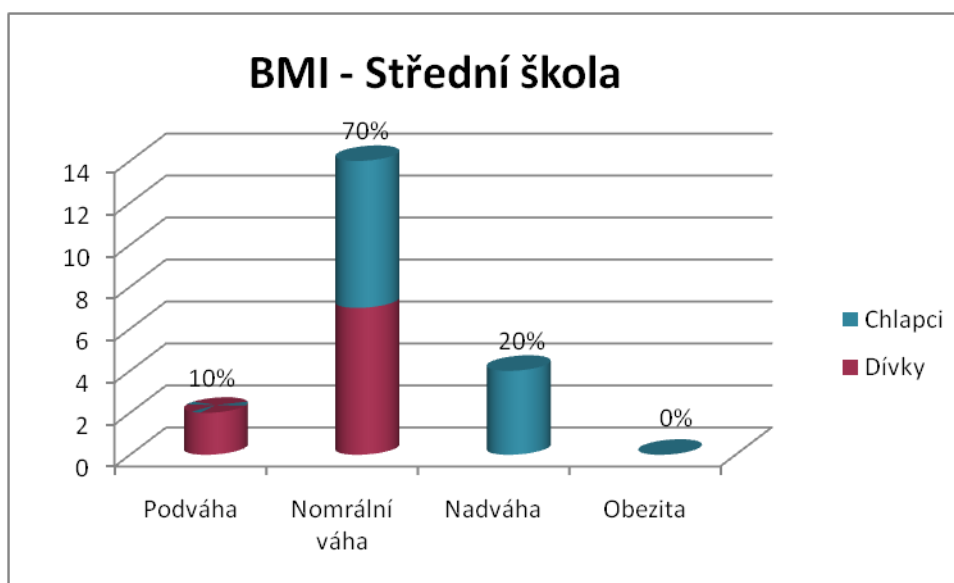
Tabulka a graf 5 zobrazují rozložení studentů dle BMI na gymnáziu. Na gymnáziu z celkového počtu respondentů 132 (100 %) bylo 109 (83 %) s normální hmotností. Podváhou trpělo 10 % studentů a to jen dívek, žádný z chlapců neměl hodnotu BMI menší než 18,5. Nadváha se vyskytovala u 10 (8 %) dotázaných studentů, a to u 8 dívek (6 %) a 2 chlapců (2 %). Hodnota BMI větší než 30 byla zjištěna třikrát a to jen u chlapců. Obézních studentů byla tedy 2 %.

Tabulka 6 BMI – Střední škola

Střední škola						
BMI	Počet	%	Dívky	%	Chlapci	%
Podváha	2	10%	2	10%	0	0%
Normální hmotnost	14	70%	7	35%	7	35%
Nadváha	4	20%	0	0%	4	20%
Obezita	0	0%	0	0%	0	0%

Zdroj: vlastní

Graf 6 BMI – Střední škola



Zdroj: vlastní

Tabulka a graf 6 zobrazují rozložení studentů dle BMI na střední škole. Hodnotu BMI od 18,5 do 24,9 mělo z celkového počtu 20 (100 %) studentů 70 % respondentů. Podváha se vyskytovala u 10 % studentů a to jen u dívek. Naopak nadváhou trpí jen chlapci. Nadměrná hmotnost tedy byla zjištěna u 20 % respondentů. Obézní studenti na střední škole nebyli.

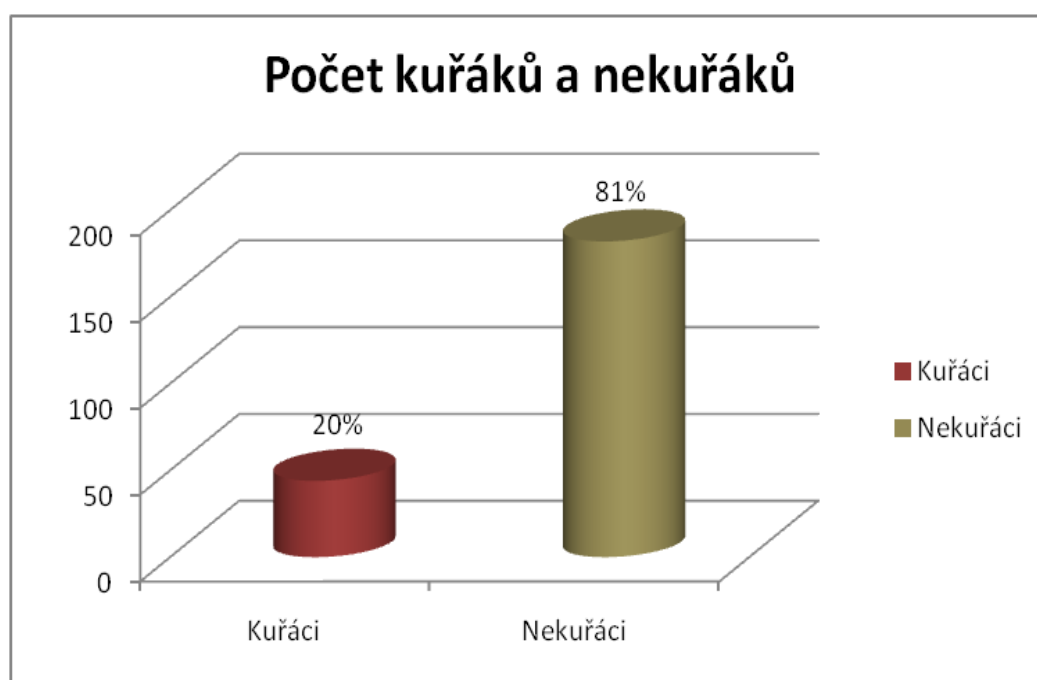
Otázka č.5: **Kouříš nyní?**

Tabulka 7 Počet kuřáků a nekuřáků

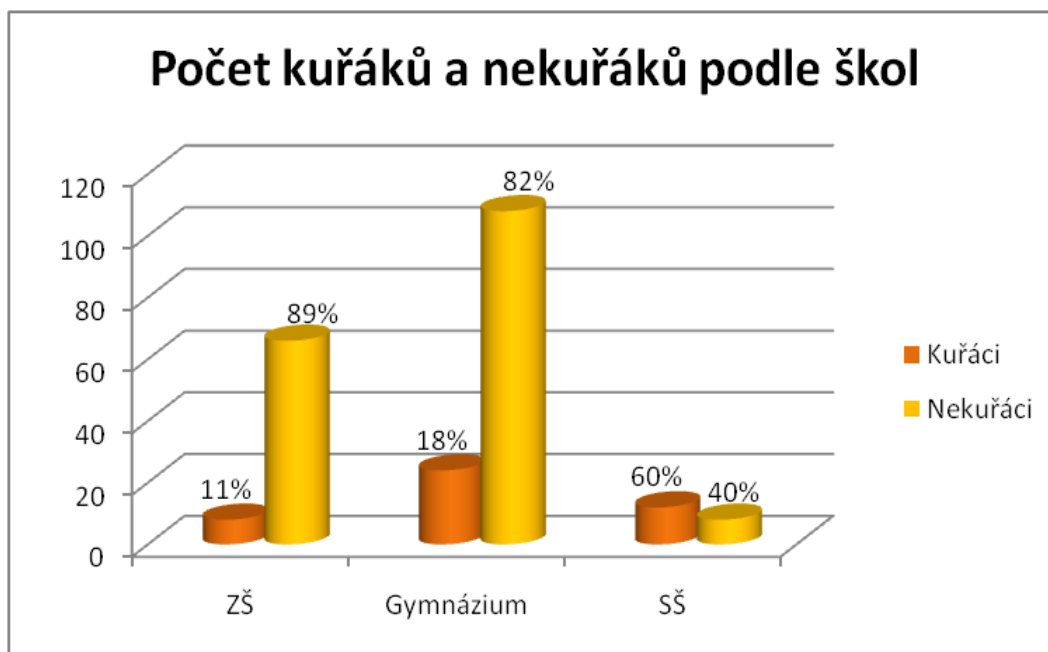
Škola	Počet	Ano	%	Ne	%
ZŠ	74	8	11%	66	89%
Gymnázium	132	24	18%	108	82%
SŠ	20	12	60%	8	40%
Celkem	226	44	20%	182	81%

Zdroj: vlastní

Graf 7 Počet kuřáků a nekuřáků



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Z tabulky a grafu 7 vyplývá, že z 226 (100%) žáků a studentů je celkem 20 % kuřáků a 81 % nekuřáků. Dle rozdělení žáků a studentů na kuřáky a nekuřáky podle jednotlivých škol jsou zřejmé rozdíly. Nejvíce je kuřáků na střední škole, kde kouří více jak polovina respondentů (60 %). Nejméně kuřáků je na základní škole, kde celkem 11 % žáků odpovědělo, že kouří.

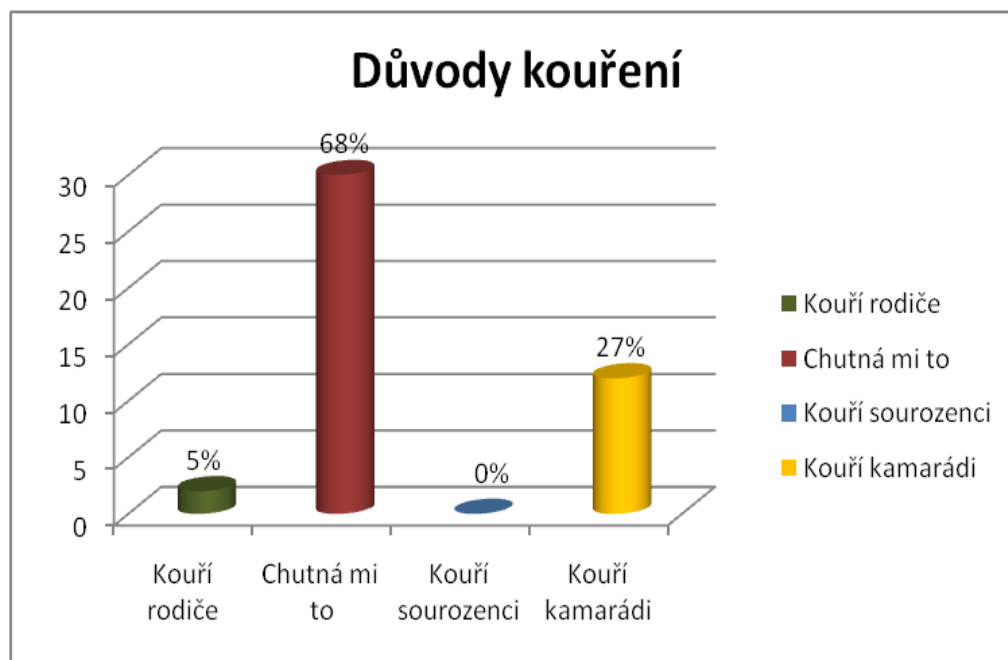
Otázka č.6: Proč kouříš?

Tabulka 8 Důvody kouření

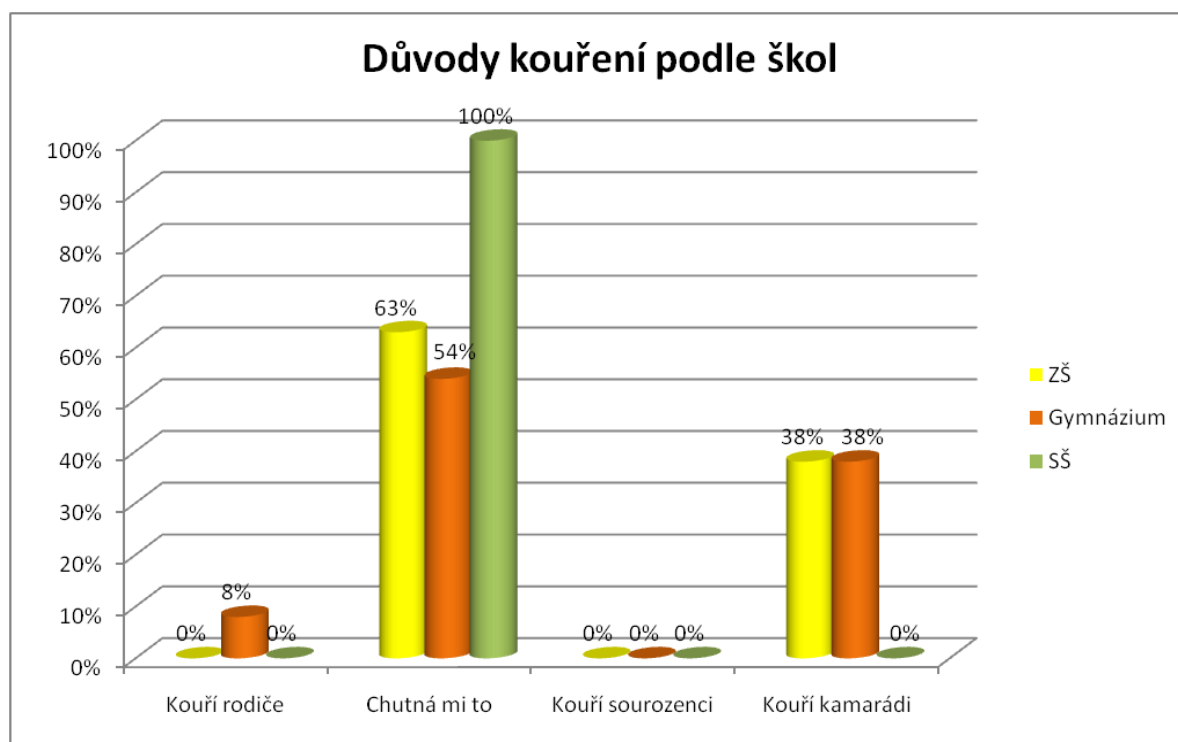
Škola	Počet	Kouří rodiče	%	Chutná mi to	%	Kouří sourozenci		Kouří kamarádi	%
ZŠ	8	0	0%	5	63%	0	0%	3	38%
Gymnázium	4	2	8%	13	54%	0	0%	9	38%
SŠ	2	0	0%	12	100 %	0	0%	0	0%
Celkem	44	2	5%	30	68%	0	0%	12	27%

Zdroj: vlastní

Graf 8 Důvody kouření



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Pokud respondenti uvedli, že jsou kuřáci, odpovídali na otázku číslo 6. Nekuřáci tuto otázku vynechali. Celkem na otázku číslo 6 tedy odpovídalo 44 žáků a studentů.

Na otázku, proč kouří, nejvíce odpovídali, z důvodu, že jim to chutná. Tuto odpověď celkem zvolilo 68 % respondentů. Na střední škole tuto odpověď zvolilo dokonce 100 % kuřáků. 8 % kuřáků z gymnázia uvedlo, že kouří proto, že kouří rodiče. Variantu „kouří sourozenci“ neuvedl žádný kuřák. Důvod „kouří kamarádi“ uvedli žáci a studenti ze základní školy a gymnázia shodně po 38 %.

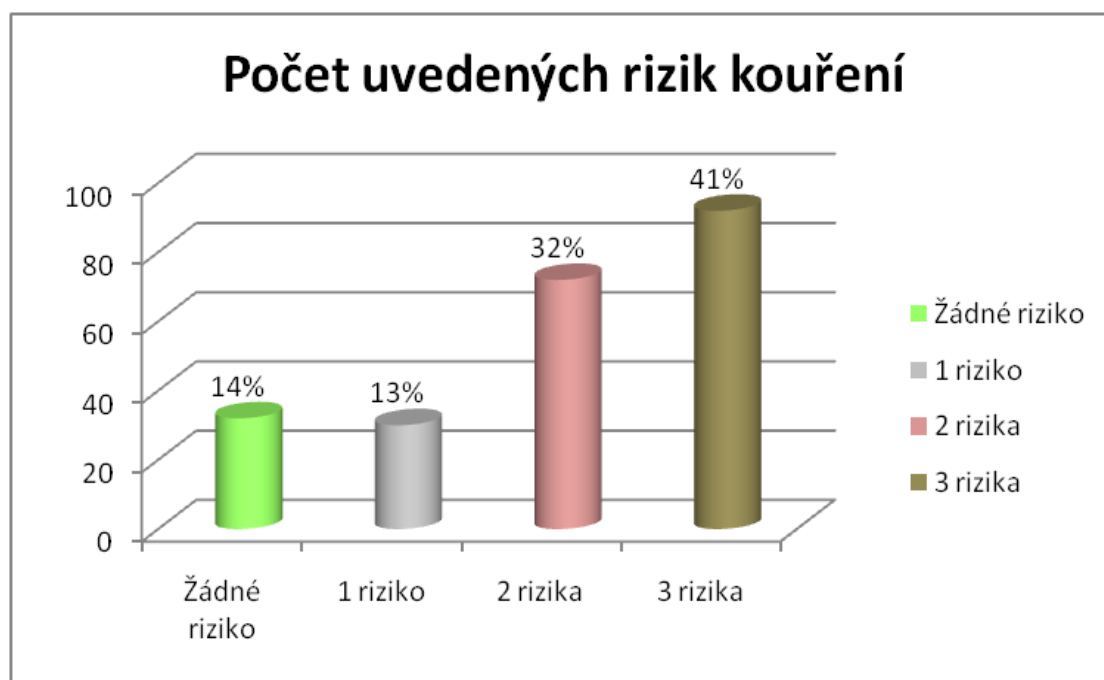
Otázka č. 7: **Dokážeš napsat zdravotní rizika kouření? Pokud ano, vypiš alespoň 3 rizika kouření.**

Tabulka 9 Počet uvedených rizik kouření

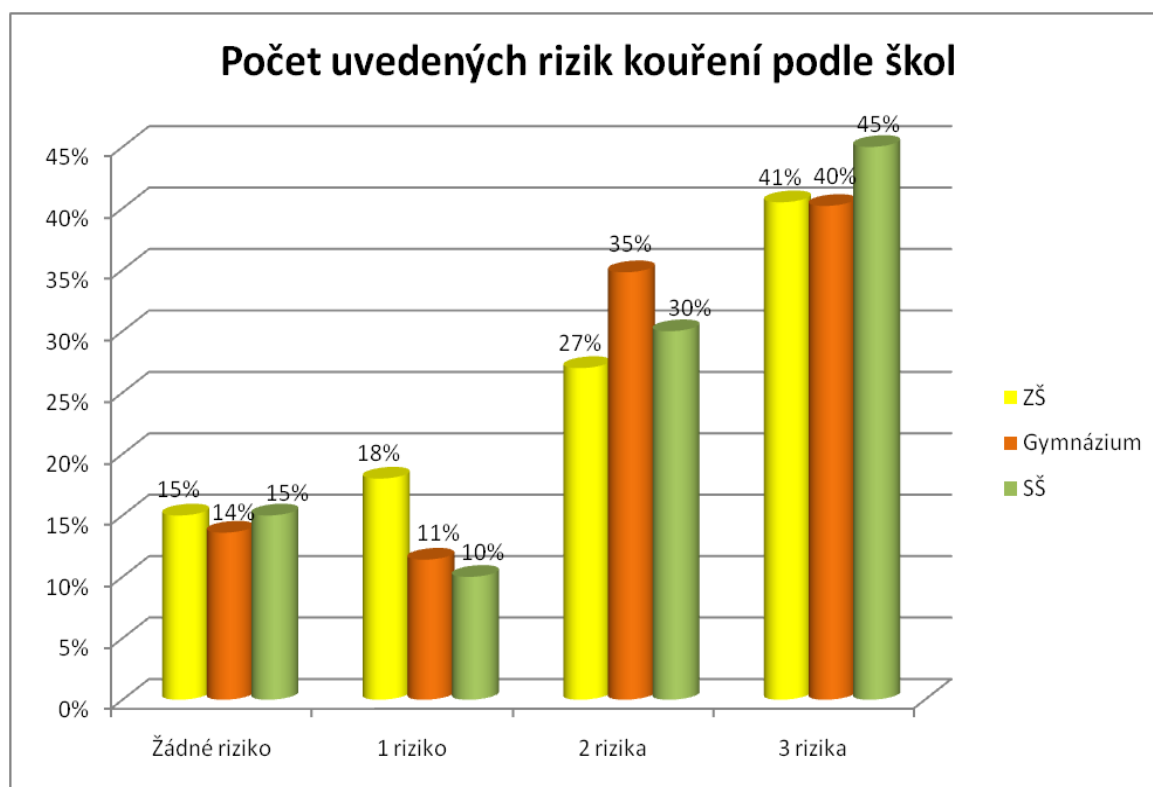
Škola	Počet	Žádné riziko	%	1 riziko	%	2 rizika	%	3 rizika	%
ZŠ	74	11	15%	13	18%	20	27%	30	41%
Gymnázium	132	18	14%	15	11%	46	35%	53	40%
SŠ	20	3	15%	2	10%	6	30%	9	45%
Celkem	226	32	14%	30	13%	72	32%	92	41%

Zdroj: vlastní

Graf 9 Počet uvedených rizik kouření



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

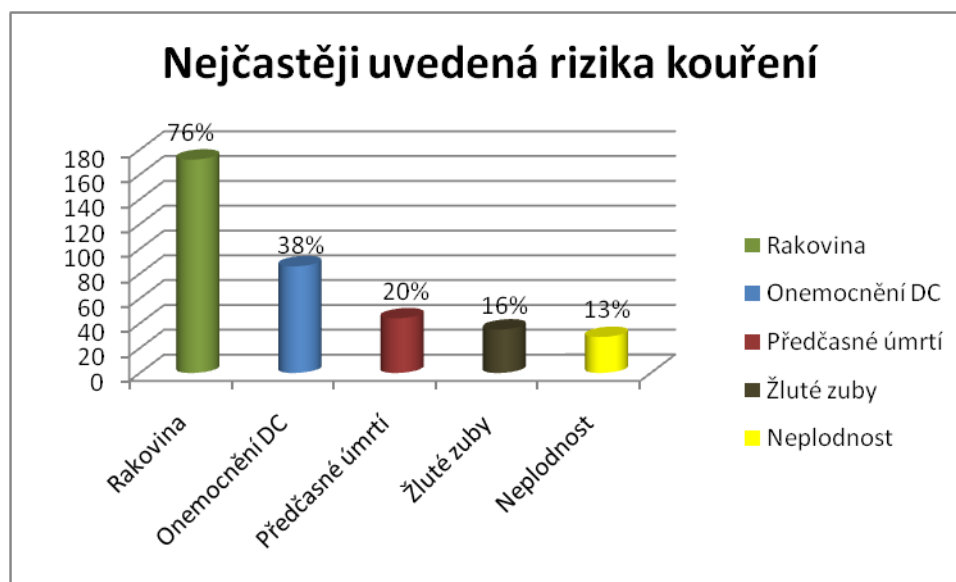
Tabulka a graf 9 znázorňují počet uvedených rizik kouření. Správně uvedlo 3 rizika celkem 41 % žáků a studentů. 2 rizika napsalo 32 % respondentů. 1 riziko napsalo 13 % dotázaných. Žádné riziko neuvedlo celkem 14 % studentů. Po rozložení na jednotlivé školy jsou výsledky vcelku vyvážené.

Tabulka 10 Nejčastěji uvedená rizika kouření

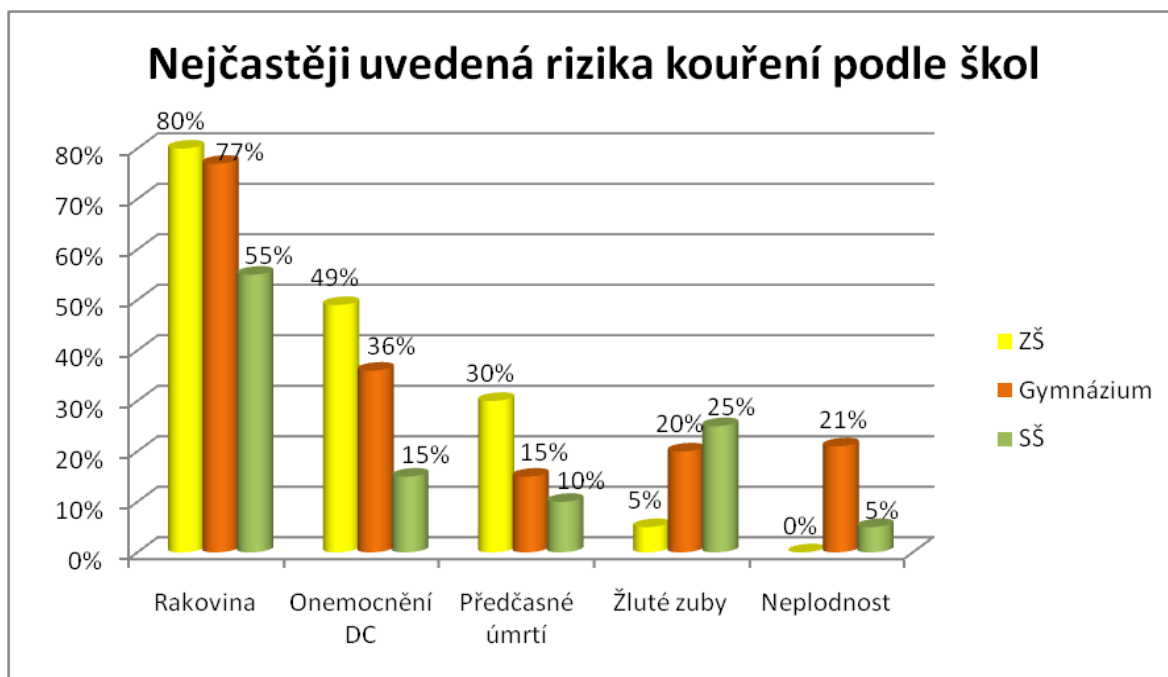
Nejčastěji uvedená rizika kouření											
Škola	Počet	Rakovina	%	Onemocnění DC	%	Předčasné úmrtí	%	Žluté zuby	%	Neplodnost	%
ZŠ	74	59	80%	36	49%	22	30%	4	5%	0	0%
Gymnázium	132	102	77%	47	36%	20	15%	26	20%	28	21%
SŠ	20	11	55%	3	15%	2	10%	5	25%	1	5%
Celkem	226	172	76%	86	38%	44	20%	35	16%	29	13%

Zdroj: vlastní

Graf 10 Nejčastěji uvedená rizika kouření



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Z tabulky a grafu 10 lze vyčíst, že nejvíce uvedené zdravotní riziko kouření bylo rakovina, kterou uvedlo 76 % žáků a studentů. Na druhém místě bylo onemocnění dýchacích cest. Tuto odpověď napsalo 38 % respondentů. Dále 20 % respondentů uvedlo předčasné úmrtí, 16 % žluté zuby a 13 % neplodnost.

Dle rozdělení na jednotlivé školy jsou výsledky vyvážené. Menší rozdíly jsou u odpovědi žluté zuby a neplodnost. Pouze 5 % žáků základní školy uvedlo odpověď žluté zuby oproti gymnáziu a střední škole, kde se tato odpověď vyskytla u 20 % a 25 % respondentů. Neplodnost jako riziko kouření neuvedl žádný žák základní školy (0 %), tato odpověď byla nejvíce napsána u studentů gymnázia (21 %).

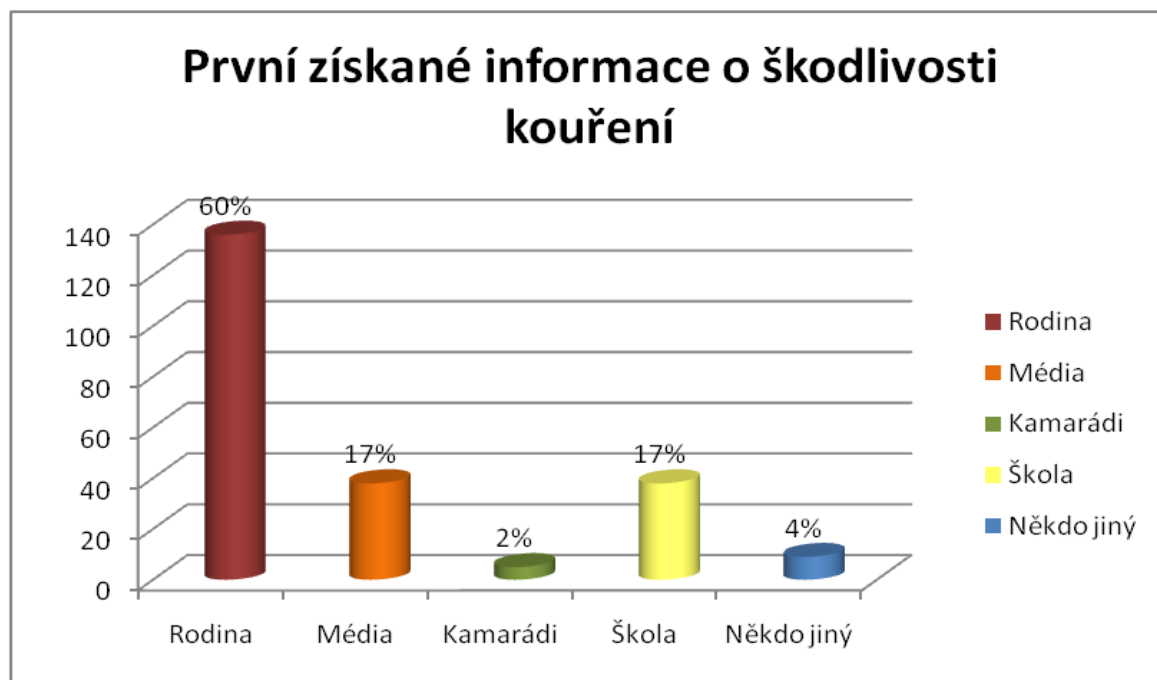
Otázka č.8: Kdo tě poprvé informoval o škodlivosti kouření?

Tabulka 11 První získané informace o škodlivosti kouření

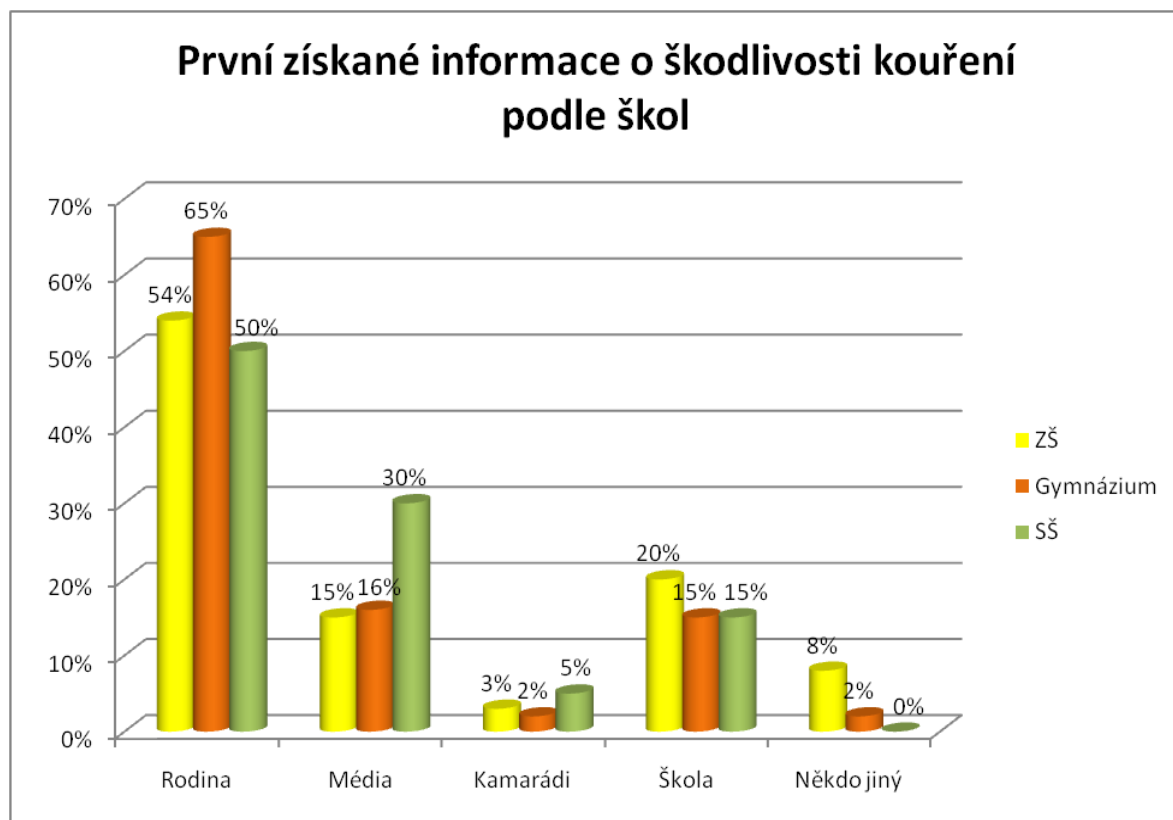
Škola	Počet	Rodi- na	%	Média	%	Kama- rádi	%	Škola	%	Někdo jiný	%
ZŠ	74	40	54%	11	15%	2	3%	15	20%	6	8%
Gymnází- um	132	86	65%	21	16%	2	2%	20	15%	3	2%
SŠ	20	10	50%	6	30%	1	5%	3	15%	0	0%
Celkem	226	136	60%	38	17%	5	2%	38	17%	9	4%

Zdroj: vlastní

Graf 11 První získané informace o škodlivosti kouření



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Tabulka a graf 11 ukazují, kdo žáky a studenty poprvé informoval o škodlivosti kouření. První získané informace mají žáci a studenti nejčastěji od rodiny (60 %). Dále nejčastěji informace získali ze školy a z médií a to shodně v 17 %. Kamarádi jako zdroj informací o škodlivosti kouření je nedostatečný, tuto možnost zvolilo pouze 2 % respondentů.

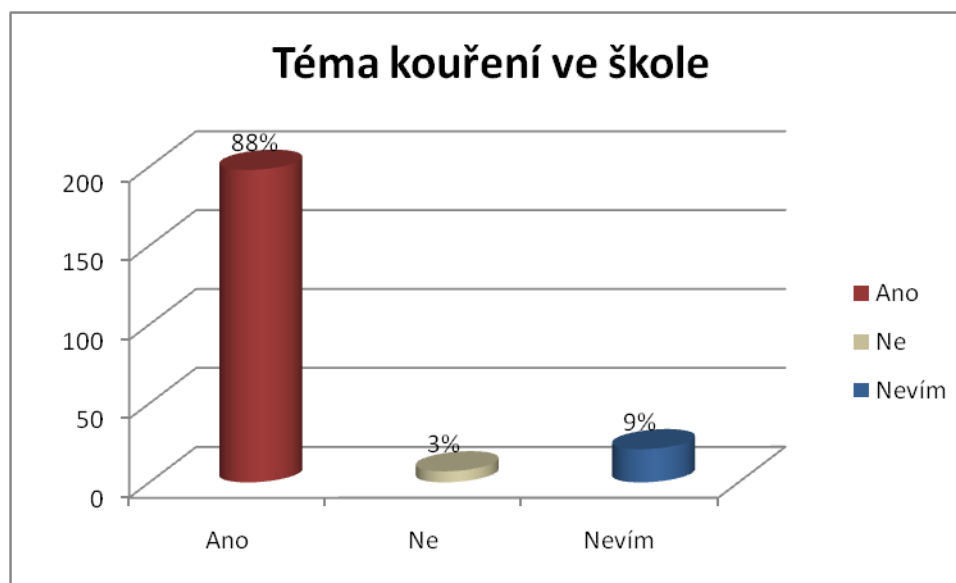
Otázka č.9: **Probírali jste ve škole téma kouření?**

Tabulka 12 Téma kouření ve škole

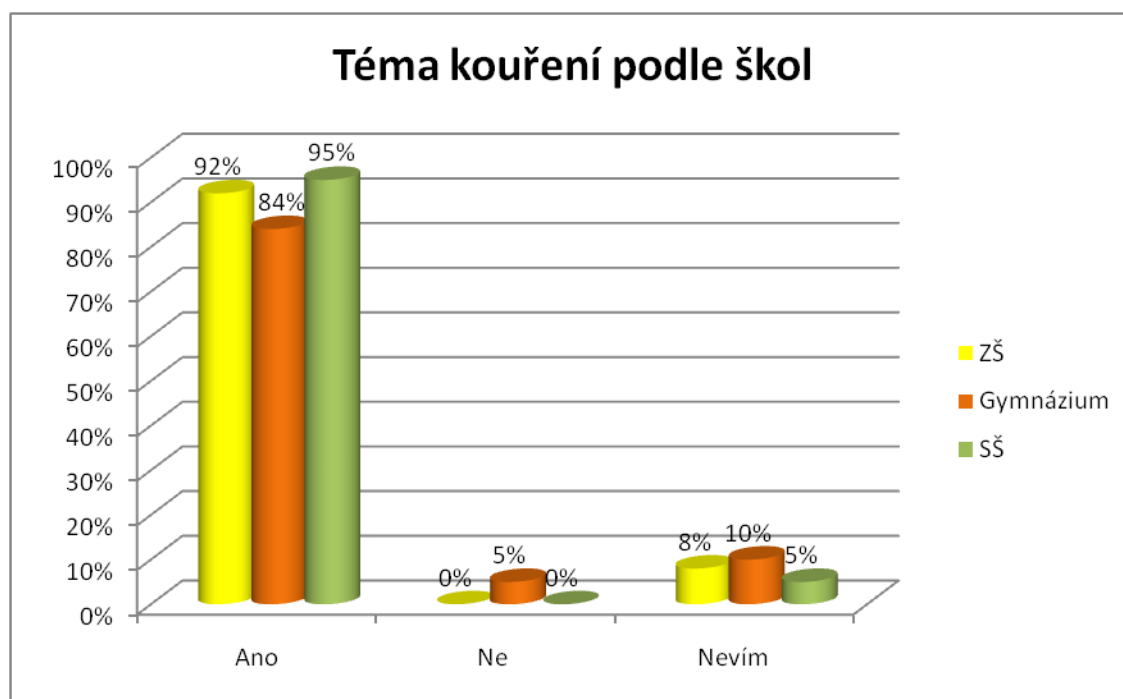
Škola	Počet	Ano	%	Ne	%	Nevím	%
ZŠ	74	68	92%	0	0%	6	8%
Gymnázium	132	111	84%	7	5%	14	10%
SŠ	20	19	95%	0	0%	1	5%
Celkem	226	198	88%	7	3%	21	9%

Zdroj: vlastní

Graf 12 Téma kouření ve škole



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Tabulka a graf 12 ukazují, zda žáci a studenti ve škole probírali téma kouření. Celkem 88 % respondentů uvedlo, že ve škole téma kouření probírali. 9 % dotazovaných nevěděli a 3 % dotazovaných napsali, že toto téma neprobírali.

Při rozložení na jednotlivé školy jsou získané údaje vyrovnané.

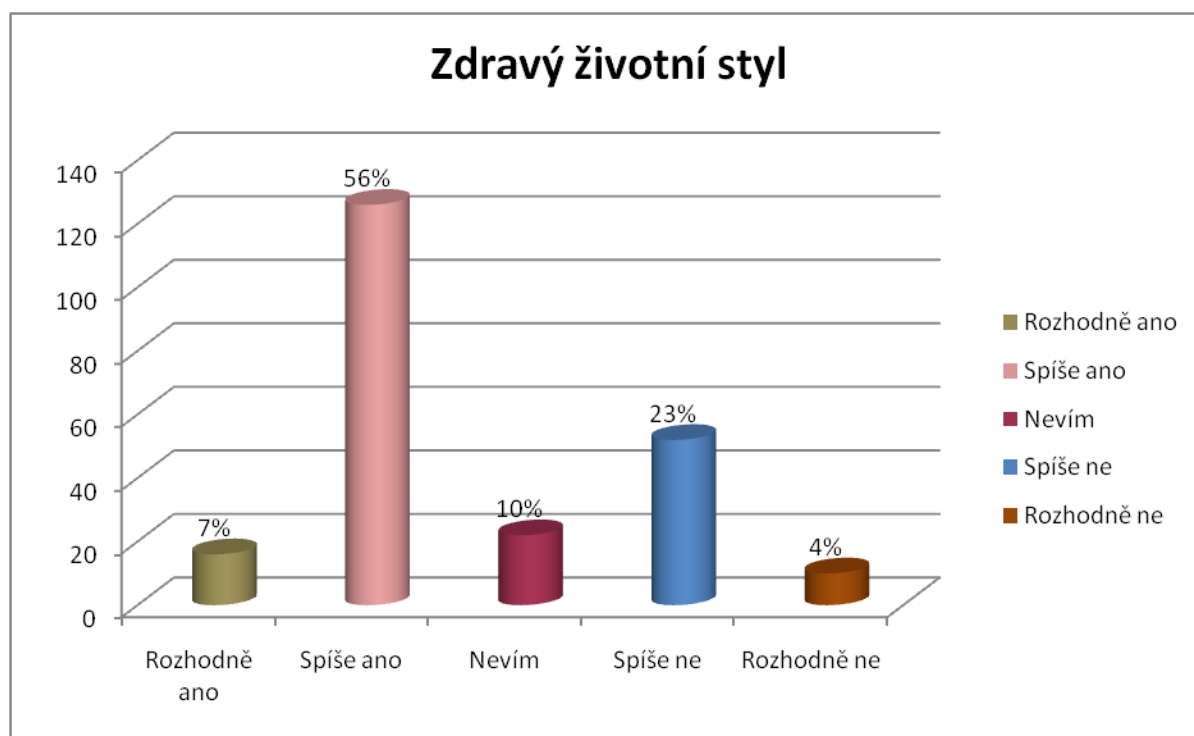
Otázka č. 10: **Myslíš si, že dodržuješ zásady zdravého životního stylu?**

Tabulka 13 Dodržování zdravého životního stylu

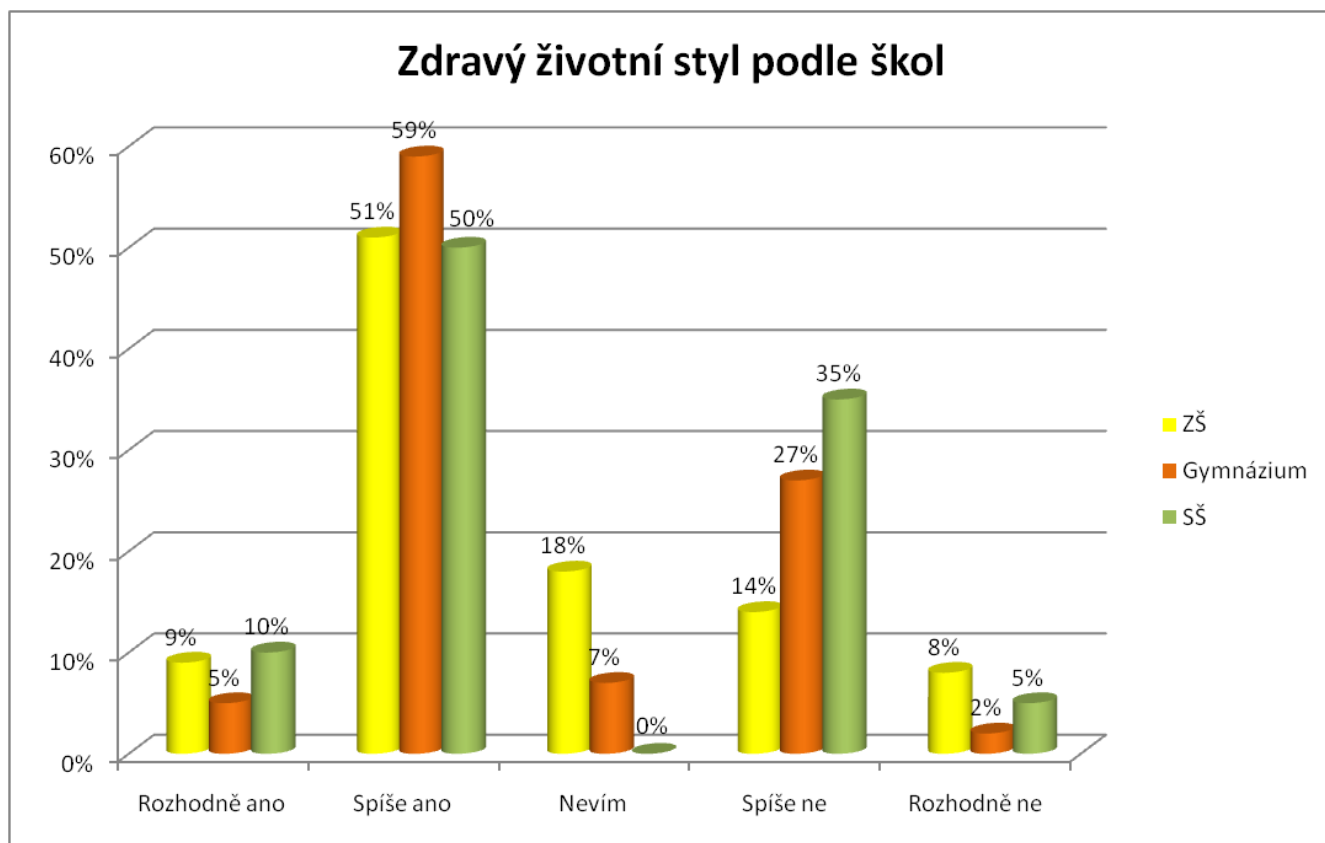
Škola	Počet	Roz- hodně ano	%	Spíše ano	%	Nevím	%	Spíše ne	%	Roz- hodně ne	%
ZŠ	74	7	9%	38	51%	13	18%	10	14%	6	8%
Gymnázium	132	7	5%	78	59%	9	7%	35	27%	3	2%
SŠ	20	2	10%	10	50%	0	0%	7	35%	1	5%
Celkem	226	16	7%	126	56%	22	10%	52	23%	10	4%

Zdroj: vlastní

Graf 13 Dodržování zdravého životního stylu



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Tabulka a graf 13 se zaměřuje na otázku, zda žák či student dodržuje zdravý životní styl. Nejčastěji se vyskytovala odpověď – spíše ano. Tuto variantu zvolilo 126 dotazovaných (56 %). Druhou nejčastější odpovědí byla možnost – spíše ne. Tuto odpověď uvedlo 52 respondentů (23 %). Ze získaných údajů vyplývá, že zdravým životním stylem žije pouze 7 % dotazovaných žáků a studentů. 4 % respondentů napsalo, že rozhodně zdravý životní styl nedodržuje.

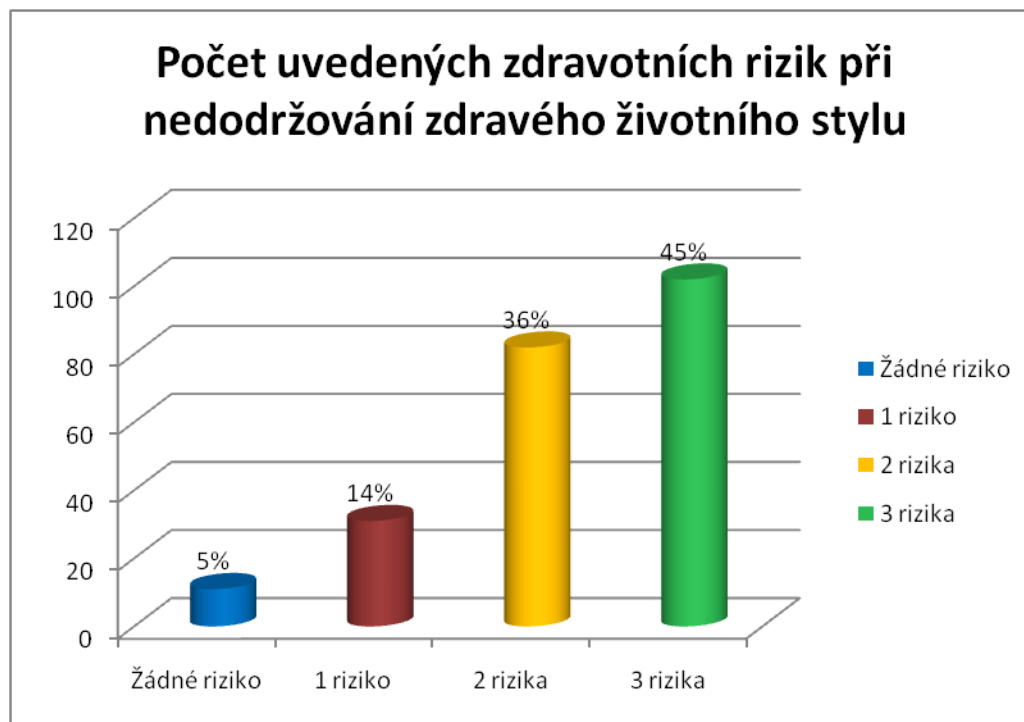
Otázka č. 11: **Jaká zdravotní rizika podle tebe mohou vzniknout při nedodržování zdravého životního stylu?**

Tabulka 14 Počet uvedených zdravotních rizik při nedodržování zdravého životního stylu

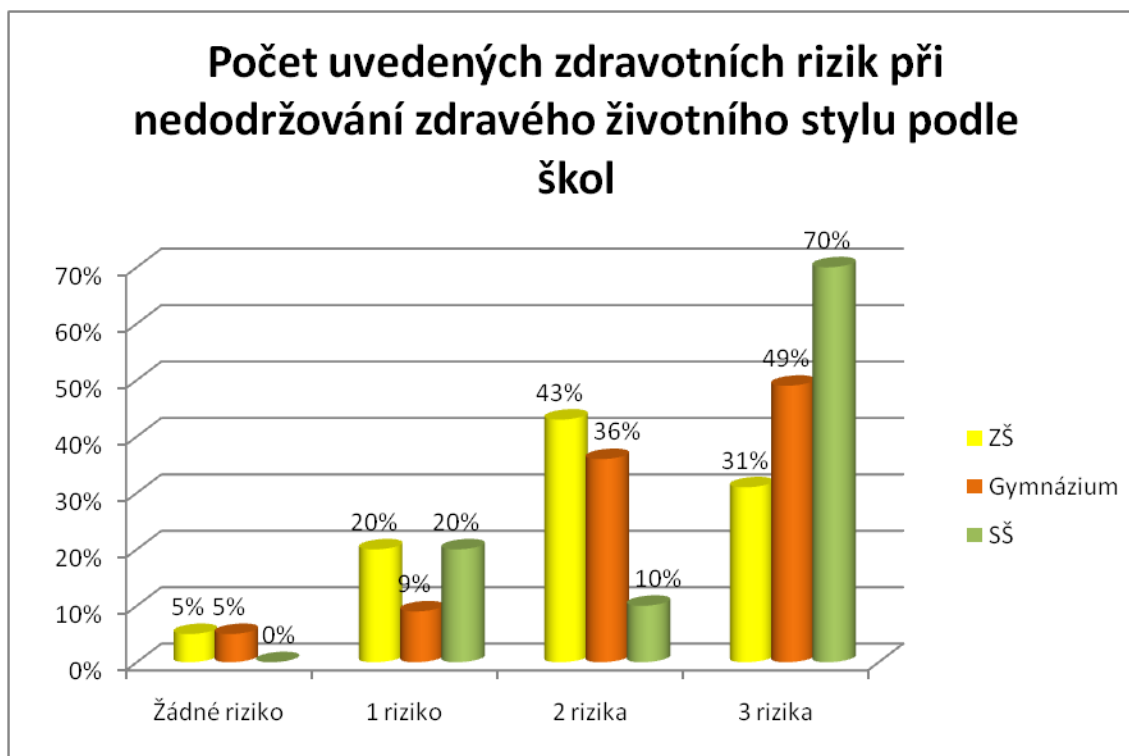
Škola	Celkem	Žádné riziko	%	1 riziko	%	2 rizika	%	3 rizika	%
ZŠ	74	4	5%	15	20%	32	43%	23	31%
Gymnázium	132	7	5%	12	9%	48	36%	65	49%
SŠ	20	0	0%	4	20%	2	10%	14	70%
Celkem	226	11	5%	31	14%	82	36%	102	45%

Zdroj: vlastní

Graf 14 Počet uvedených zdravotních rizik při nedodržování zdravého životního stylu



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Z tabulky a grafu 14 lze vyčíst, že žáci a studenti mají dobré znalosti o rizicích, které hrozí při nedodržování zdravého životního stylu. Nejvíce žáků a studentů (45 %) dokázali napsat 3 rizika. 36 % dotazovaných napsali 2 rizika. Pouze jedno riziko uvedlo 14 % respondentů. Žádné riziko nedokázalo napsat 5 % žáků a studentů.

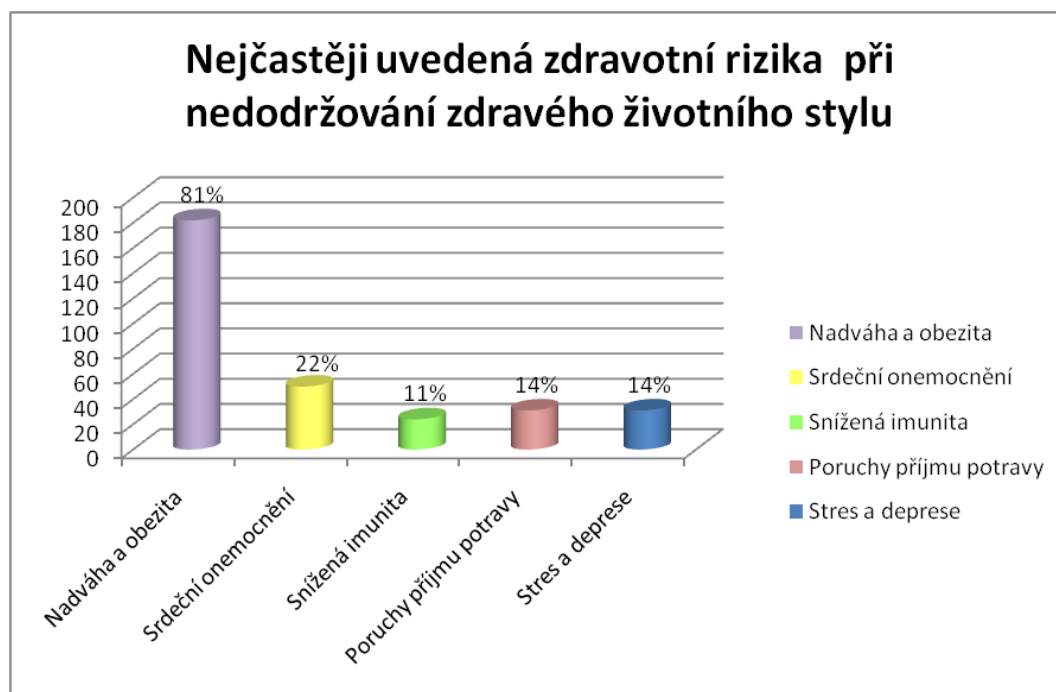
Po rozložení na jednotlivé školy nejlépe dopadla střední škola, kde 70 % studentů uvedlo správně 3 rizika.

Tabulka 15 Nejčastěji uvedená zdravotní rizika

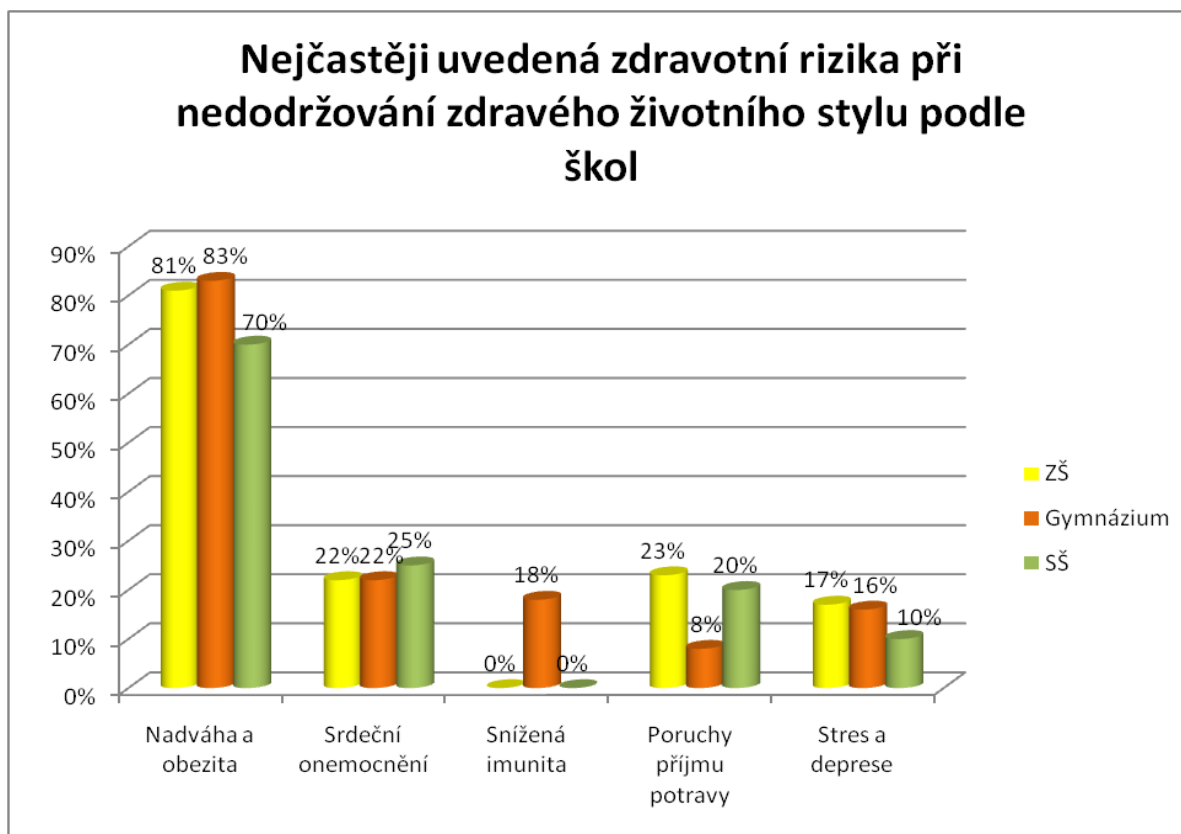
Nejčastěji uvedená zdravotní rizika											
Škola	Počet	Nadváha a obezita	%	Srdeční onemocnění	%	Snížená imunita	%	Poruchy příjmu potravy	%	Stres a deprese	%
ZŠ	74	59	81 %	16	22 %	0	0%	17	23%	8	17 %
Gymnázium	32	109	83 %	29	22 %	24	18%	10	8%	21	16 %
SŠ	0	14	70 %	5	25 %	0	0%	4	20%	2	10 %
Celkem	226	182	81 %	50	22 %	24	11%	31	14%	31	14 %

Zdroj: vlastní

Graf 15 nejčastěji uvedená zdravotní rizika



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Tabulka a graf 15 ukazují znalosti, které žáci a studenti měli o nedodržování zdravého životního stylu a jaká rizika jsou s tím spjata. Nejčastější odpověď na otázku, jaká zdravotní rizika mohou vzniknout, byla nadváha a obezita. Tuto odpověď uvedlo nejvíce žáků a studentů ze všech škol (81 %). Dále respondenti uvedli srdeční onemocnění (22 %).

Dle rozložení na jednotlivé školy se odpovědi mění. Na gymnáziu uvedlo jako riziko sníženou imunitu 24 dotázaných (18%). Tato odpověď se nevyskytla ani jednou na základní škole ani nástavbě. Menší odlišnosti jsou rovněž u odpovědi poruchy příjmu potravy, kde žáci a studenti uváděli bulimii a anorexii. Na základní škole a nástavbě se tato odpověď vyskytla u 23 % a 20 % respondentů, na gymnáziu byla pouze u 8 % dotazovaných.

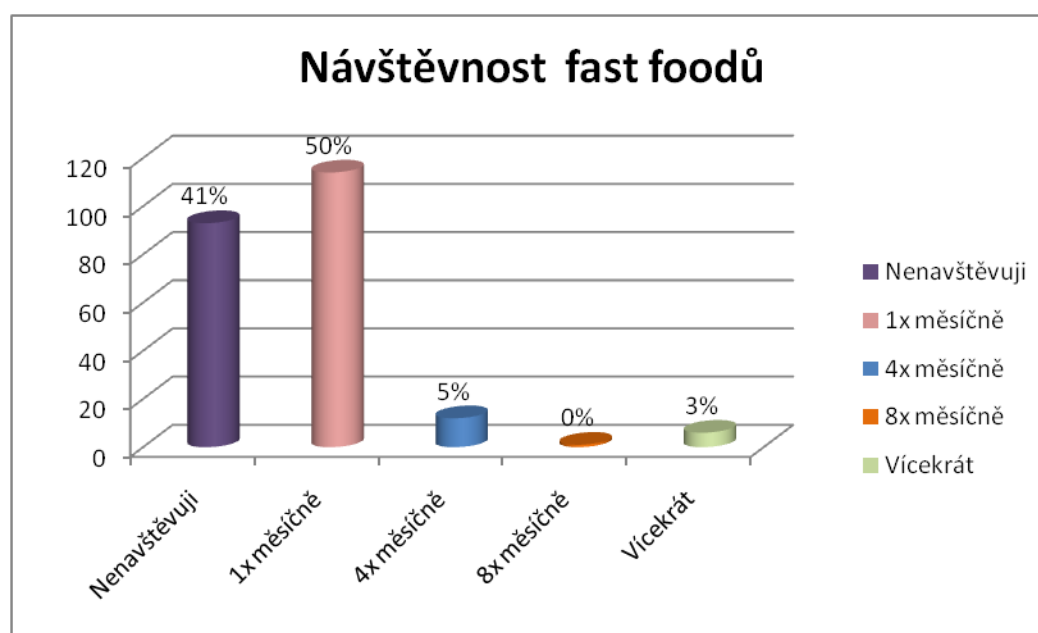
Otázka č. 12: **Kolikrát měsíčně navštěvuješ fast foody?**

Tabulka 16 Návštěvnost fast foodů

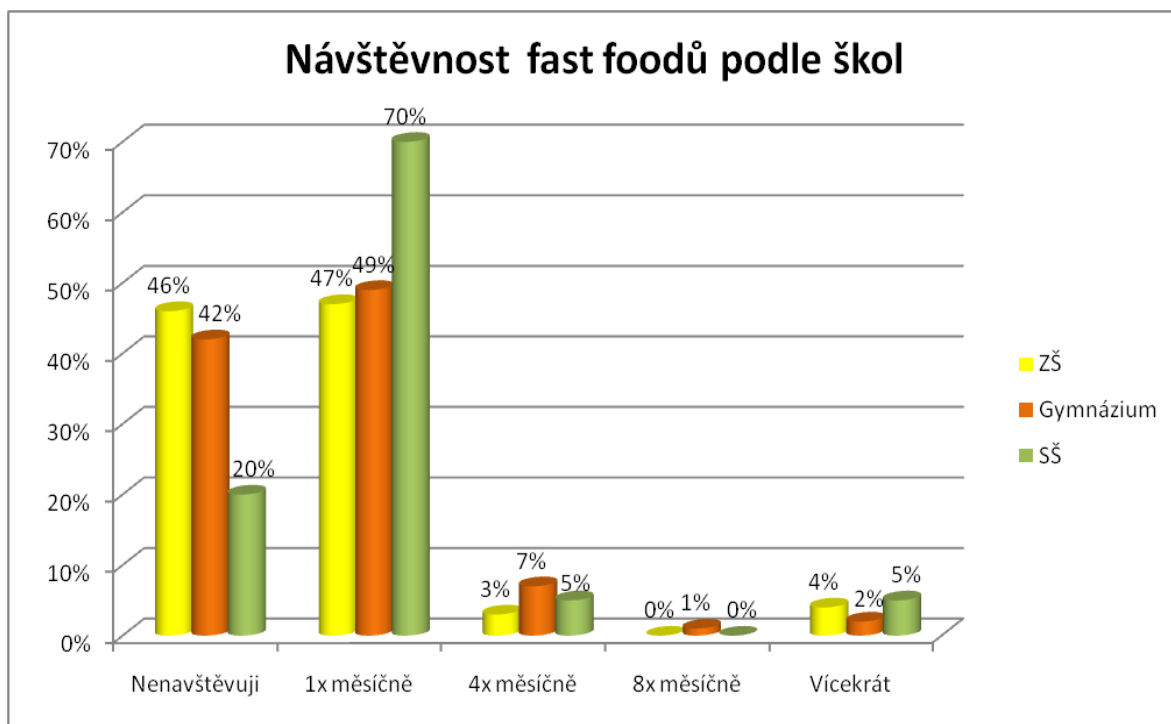
Škola	Počet	Nenavštěvuji	%	1x	%	4x	%	8x	%	Vícekrát	%
ZŠ	74	34	46%	35	47%	2	3%	0	0%	3	4%
Gymnázium	132	55	42%	65	49%	9	7%	1	1%	2	2%
SŠ	20	4	20%	14	70%	1	5%	0	0%	1	5%
Celkem	226	93	41%	114	50%	12	5%	0	0%	6	3%

Zdroj: vlastní

Graf 16 Návštěvnost fast foodů



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Tabulka a graf 16 se zaměřuje na návštěvnost žáků a studentů ve fast foodech. Získané výsledky ukazují, že žáci a studenti nejčastěji navštěvují fast foody jedenkrát měsíčně (50 %). 93 dotázaných, tedy 41 %, uvedlo, že fast foody nenavštěvuje vůbec. Častější návštěvnost fast foodů je u žáků a studentů nízká.

Výsledky po rozložení podle škol jsou vyvážené.

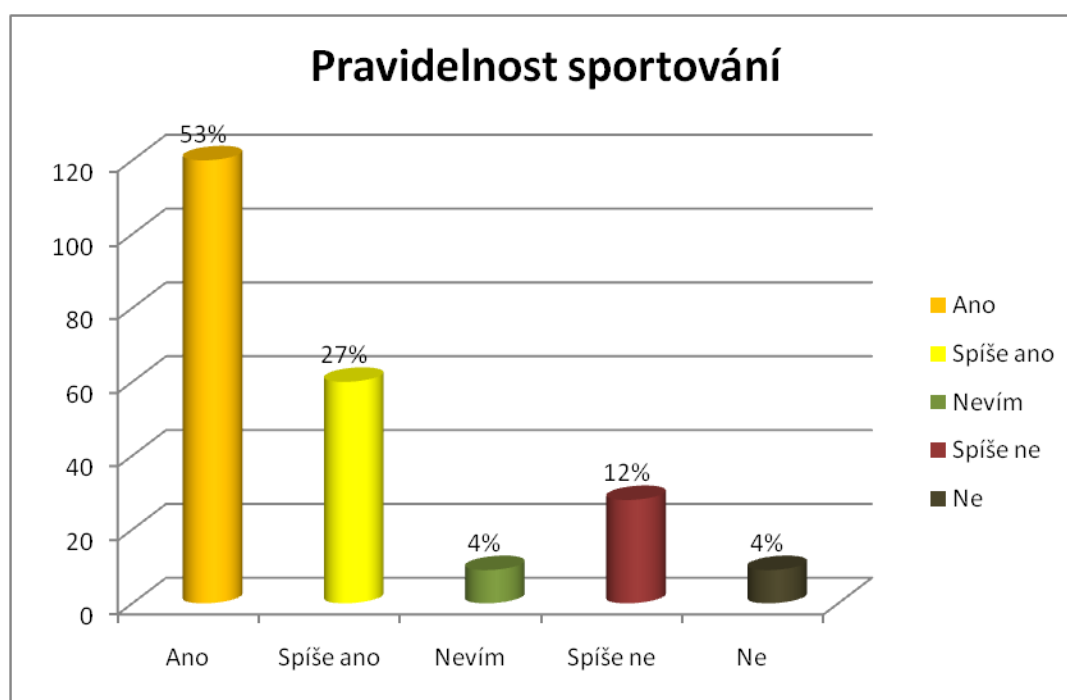
Otázka č.13: Sportuješ pravidelně (alespoň 2x týdně 30 minut)?

Tabulka 17 Pravidelnost sportování

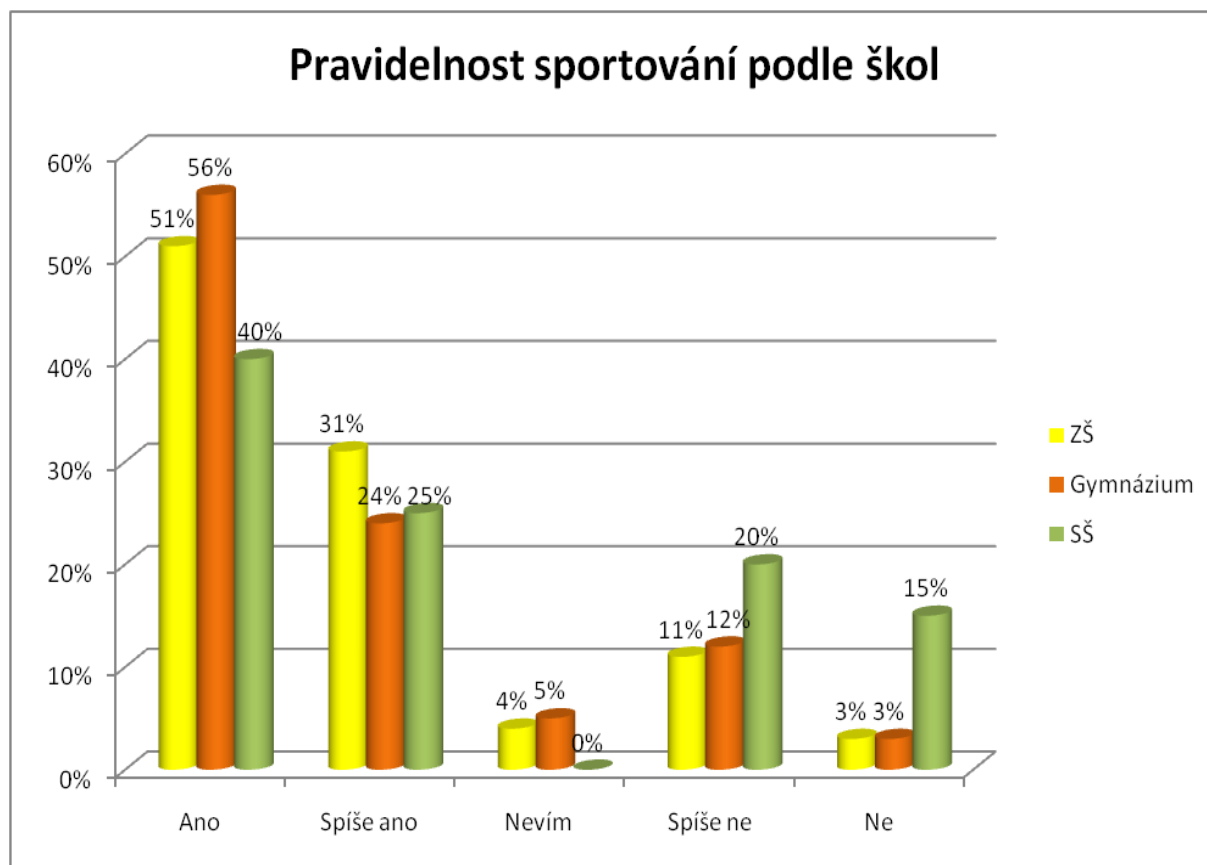
Škola	Počet	Ano	%	Spíše ano	%	Nevím	%	Spíše ne	%	Ne	%
ZŠ	74	38	51%	23	31%	3	4%	8	11%	2	3%
Gymnázium	132	74	56%	32	24%	6	5%	16	12%	4	3%
SŠ	20	8	40%	5	25%	0	0%	4	20%	3	15%
Celkem	226	120	53%	60	27%	9	4%	28	12%	9	4%

Zdroj: vlastní

Graf 17 Pravidelnost sportování



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Tabulka a graf 17 zobrazuje, jak žáci a studenti pravidelně sportují. Nejvíce (53 %) respondentů uvedlo, že sportuje pravidelně, tedy alespoň dvakrát týdně třicet minut. Dále 27 % respondentů označilo variantu – spíše ano. 12 % respondentů uvedlo, že pravidelně spíše nesportují.

Po rozložení na jednotlivé školy jsou výsledky poměrně vyvážené. Výraznější rozdíl je u odpovědí studentů ze střední školy, kde 20 % uvedlo, že pravidelně spíše nesportuje a 15 % uvedlo, že nesportuje vůbec.

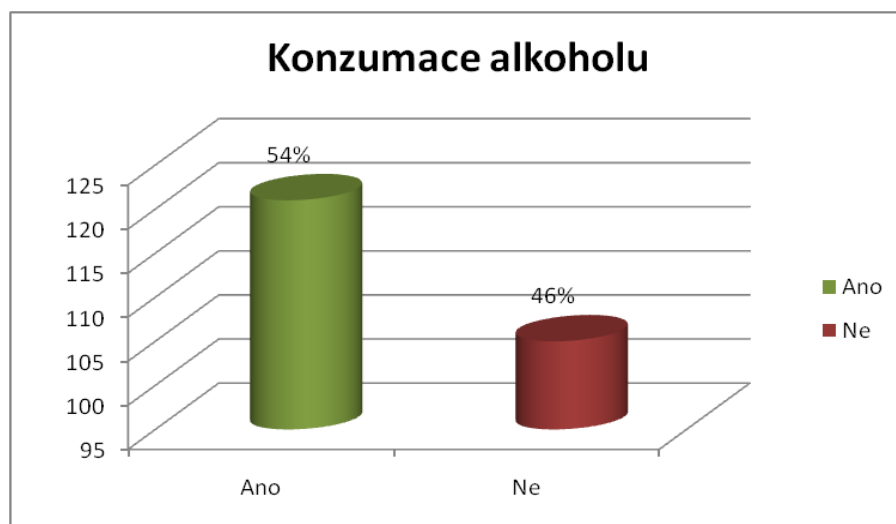
Otázka č.14: **Piješ alkohol? Pokud ano, jaký?**

Tabulka 18 Konzumace alkoholu

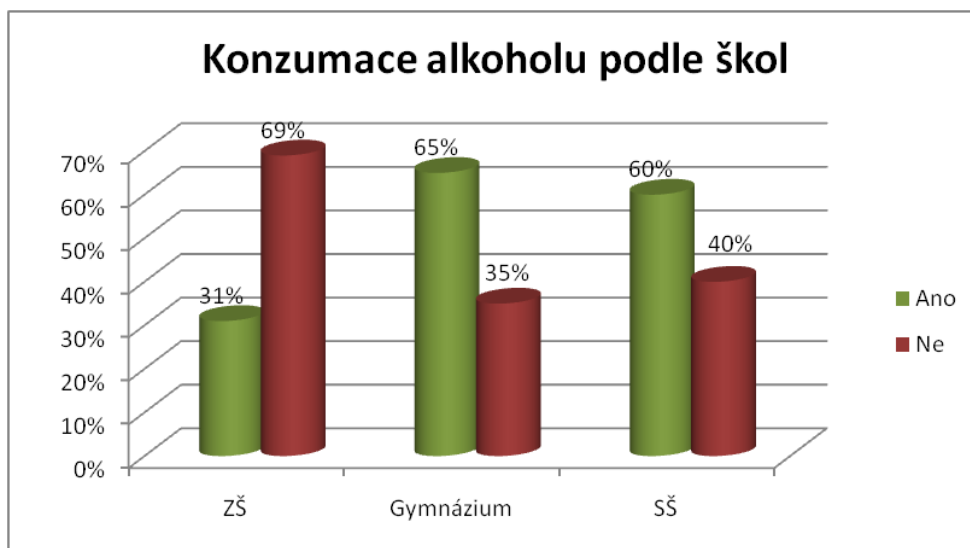
Škola	Počet	Ano	%	Ne	%
ZŠ	74	23	31%	51	69%
Gymnázium	132	86	65%	46	35%
SŠ	20	12	60%	8	40%
Celkem	226	121	54%	105	46%

Zdroj: vlastní

Graf 18 Konzumace alkoholu



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Tabulka a graf 18 se zabývá problematikou konzumace alkoholu u žáků a studentů. Více jak polovina (54 %) uvedlo, že konzumuje alkohol.

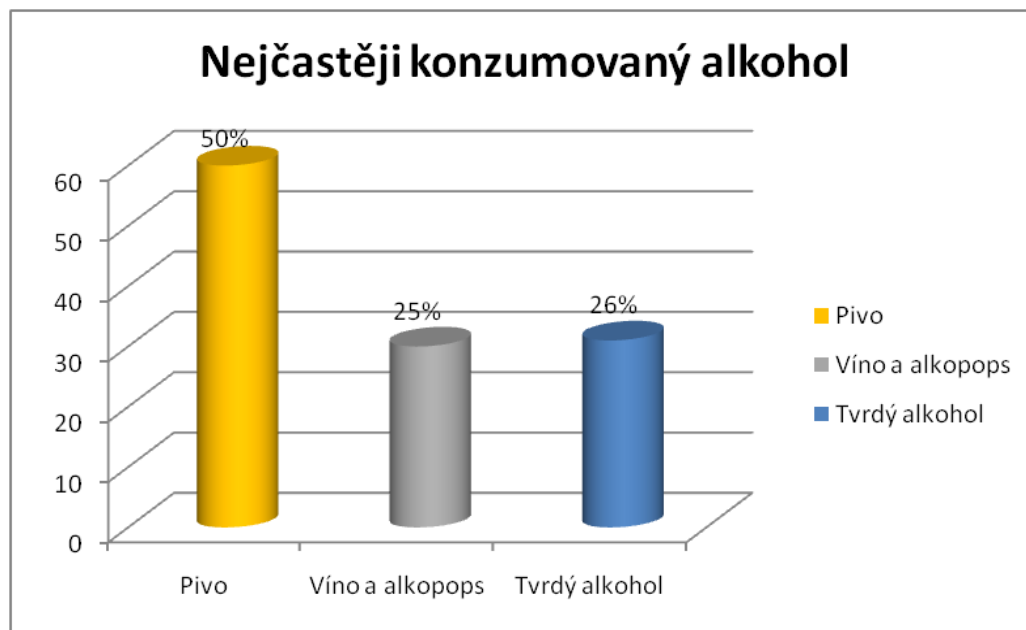
Podle rozložení na jednotlivé školy vyplývá, že ve vyšším věku je častější konzumace alkoholu. Výstražné je, že 31 % žáků základní školy konzumuje alkohol, i když dle zákona se může alkohol prodávat až od 18 let.

Tabulka 19 Nejčastěji konzumovaný alkohol

Škola	Počet	Pivo	%	Víno a alkopops	%	Tvrdý alkohol	%
ZŠ	23	14	61%	4	17%	5	22%
Gymnázium	86	40	47%	25	29%	21	24%
Nástavba	12	6	50%	1	8%	5	42%
Celkem	121	60	50%	30	25%	31	26%

Zdroj: vlastní

Graf 19 Nejčastěji konzumovaný alkohol



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Tabulka a graf 19 zobrazují nejčastěji konzumovaný alkohol. Na tuto otázku odpovídali pouze ti, kteří uvedli, že alkohol konzumují, tedy 121 respondentů (100 %). Nejoblíbenější alkohol mezi žáky a studenty je pivo (50 %). Před víno a alkopops se zařadil tvrdý alkohol, který konzumuje 26% respondentů. Nejčastěji uvedený tvrdý alkohol byl rum a vodka. Víno a alkopops (25 %), tedy limonády obsahující alkohol, uvedlo 25 % žáků a studentů.

Otázka č.15: Kolikrát týdně konzumuješ alkohol?

Tabulka 20 Četnost konzumace alkoholu

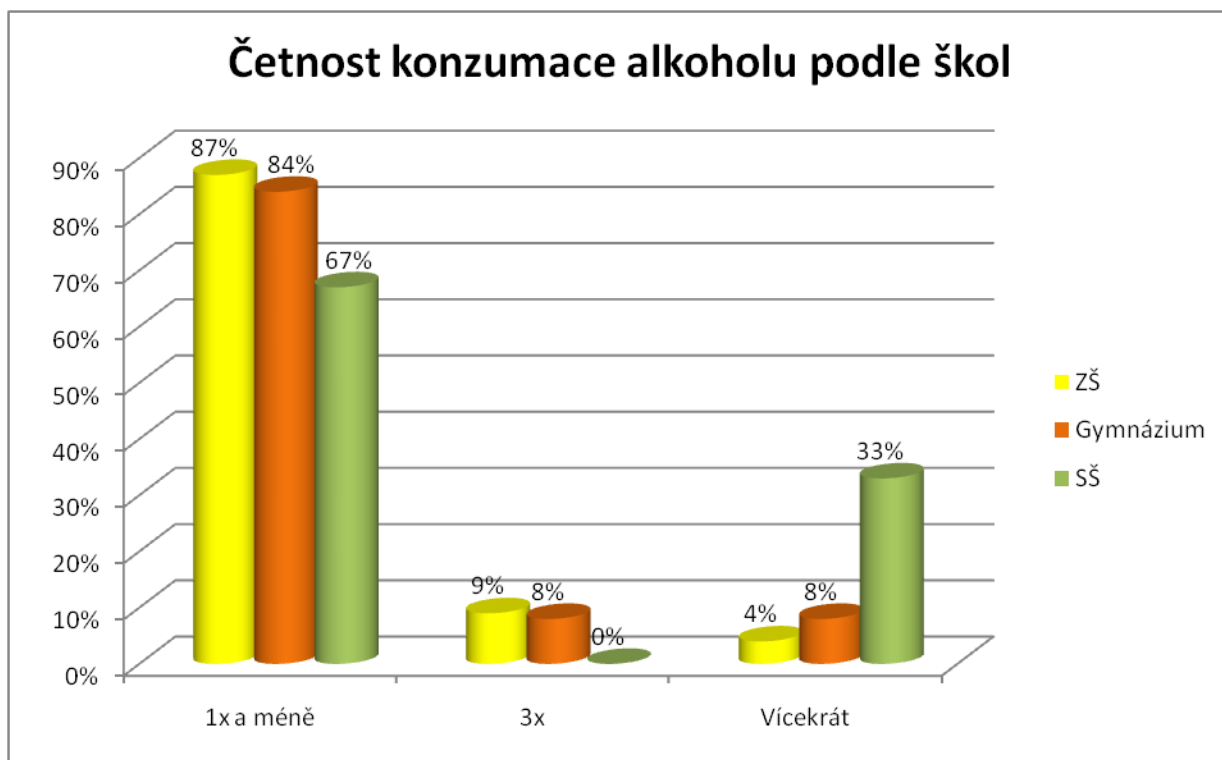
Škola	Počet	1x a méně	%	3x	%	Vícekrát	%
ZŠ	23	20	87%	2	9%	1	4%
Gymnázium	86	72	84%	7	8%	7	8%
SŠ	12	8	67%	0	0%	4	33%
Celkem	121	100	83%	9	7%	12	10%

Zdroj: vlastní

Graf 20 Četnost konzumace alkoholu



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Tabulka a graf 20 se zaměřuje na to, jak často žáci a studenti konzumují alkohol. Na tuto otázku tedy odpovídali pouze ti, kteří uvedli, že alkohol konzumují. Nejčastěji alkohol konzumují jedenkrát týdně a méněkrát, tedy v době víkendu, kdy se konají akce a zábavy, kde se alkohol popíjí. Zajímavé je zjištění, že alkohol konzumují vícekrát, a to v 10 %, než třikrát za týden (7 %).

Při rozložení na jednotlivé školy jsou výsledky poměrně vyvážené, až na odpověď „vícekrát“. Tuto variantu zvolilo 33 % dotazovaných studentů ze střední školy, u gymnázia a základní školy byla tato odpověď uvedena u 4 % (ZŠ) a 8 % (gymnázium) respondentů.

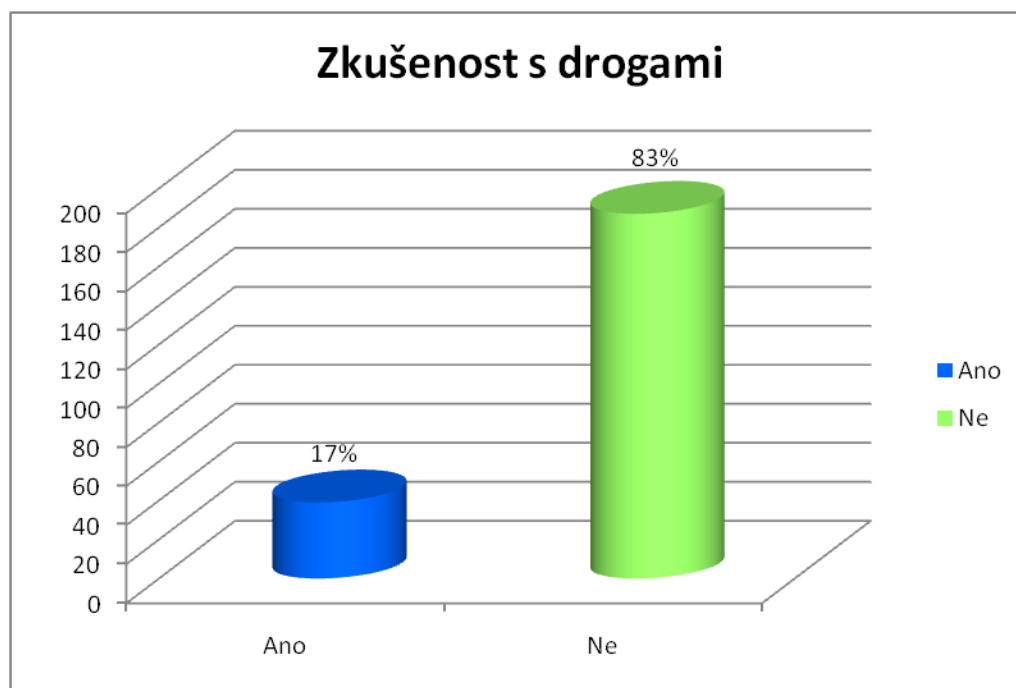
Otázka č.16: **Máš vlastní zkušenost s drogami?**

Tabulka 21 Zkušenost s drogami

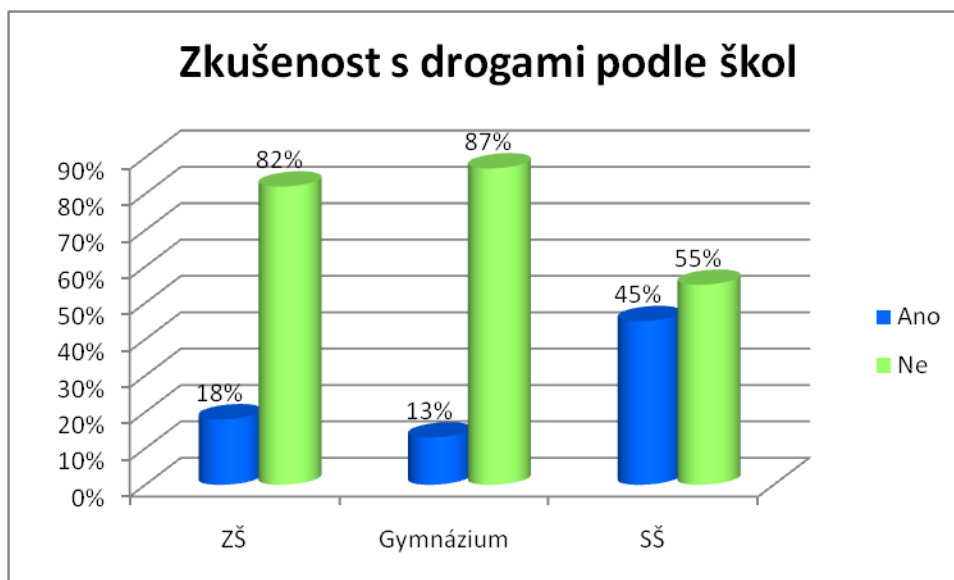
Škola	Počet	Ano	%	Ne	%
ZŠ	74	13	18%	61	82%
Gymnázium	132	17	13%	115	87%
SŠ	20	9	45%	11	55%
Celkem	226	39	17%	187	83%

Zdroj: vlastní

Graf 21 Zkušenost s drogami



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Tabulka a graf 21 zobrazují zkušenost žáků a studentů s drogami. Z celkového počtu 226 (100 %) respondentů má zkušenost s drogami 39 dotazovaných (17 %).

Podle rozložení na jednotlivé školy se ukazuje, že nejvíce zkušeností s drogami měli studenti ze střední školy a to v 45 %. Překvapivé je zjištění, že nejméně zkušeností měli studenti z gymnázia (13 %). Na základní škole vyzkoušelo drogy 18 % žáků.

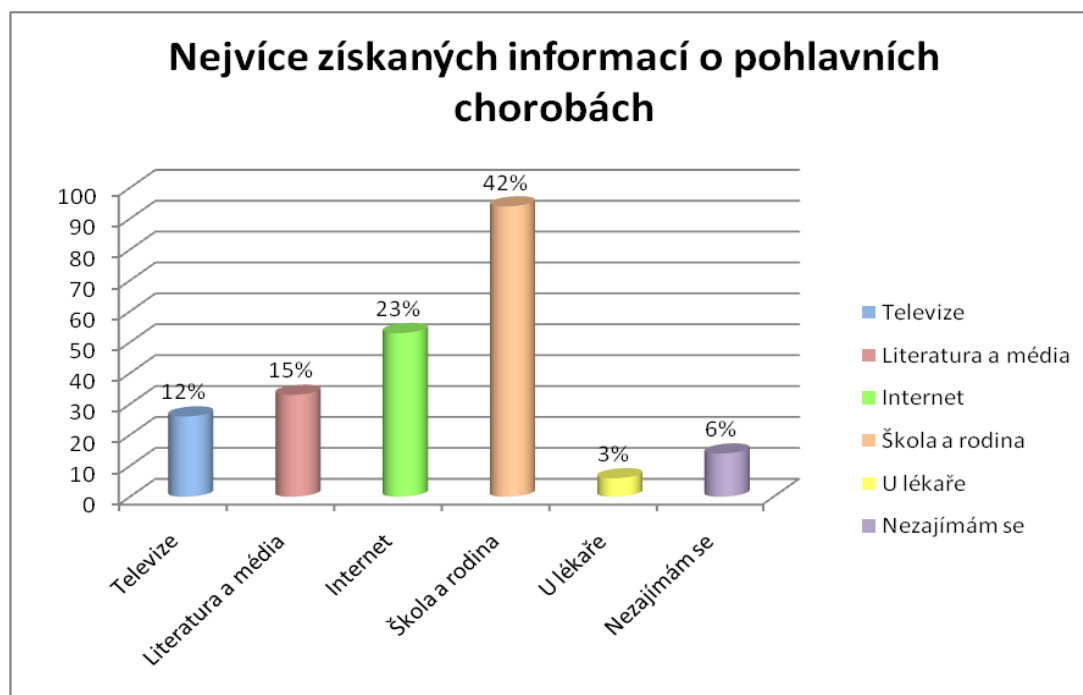
Otázka č.17: Kde jsi nejvíce získal informací o pohlavních chorobách?

Tabulka 22 Nejvíce získaných informací o pohlavních chorobách

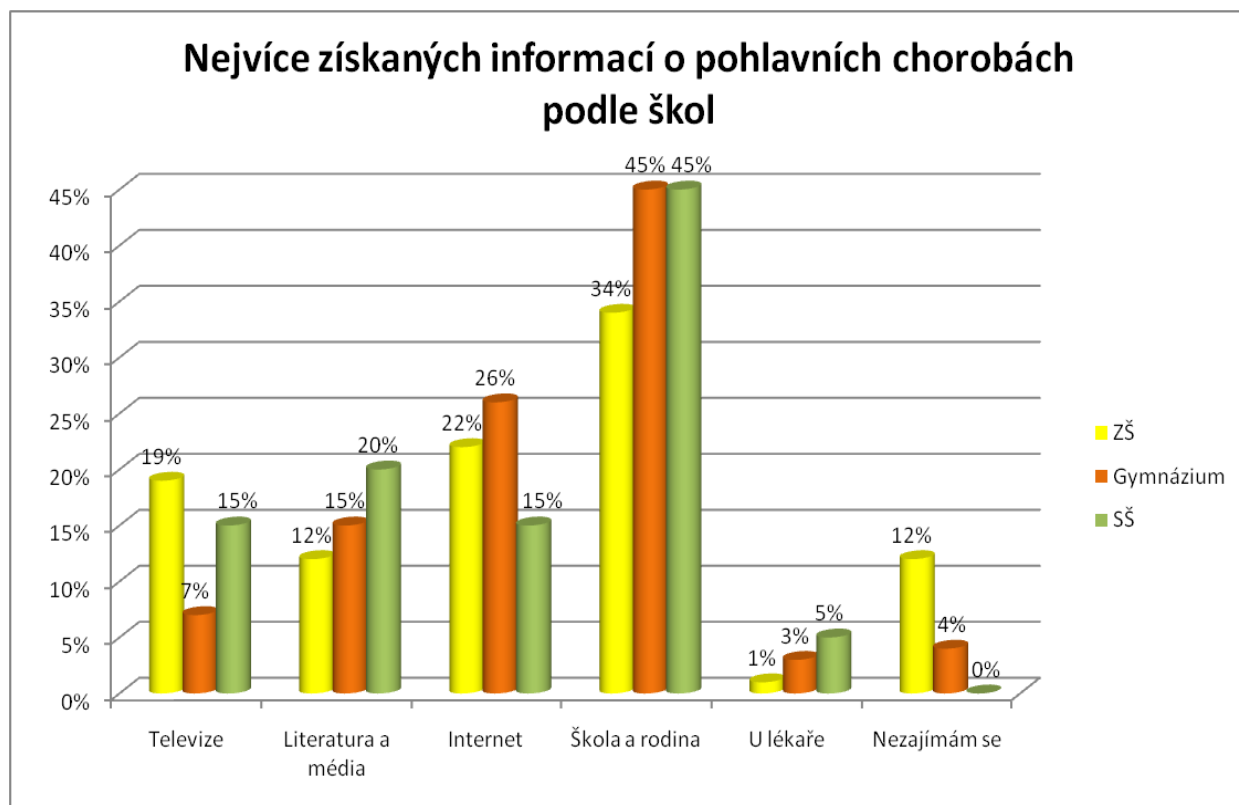
Škola	Počet	Televize	%	Literatura a média	%	Internet	%	Škola a rodina	%	U lékaře	%	Nezajímám se	%
ZŠ	74	14	19%	9	12%	16	22%	25	34%	1	1%	9	12%
Gymnázium	132	9	7%	20	15%	34	26%	60	45%	4	3%	5	4%
SŠ	20	3	15%	4	20%	3	15%	9	45%	1	5%	0	0%
Celkem	226	26	12%	33	15%	53	23%	94	42%	6	3%	14	6%

Zdroj: vlastní

Graf 22 Nejvíce získaných informací o pohlavních chorobách



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Tabulka a graf 22 se zaměřují na získané informace o pohlavních chorobách. Tabulka a graf ukazují, kde žáci a studenti získávají nejvíce informací o této problematice. Ze získaných údajů vyplývá, že hlavním zdrojem informací pro žáky a studenty byla škola a rodina (42 %). Dále nejvíce informací získali z internetu (23 %). K dalším zdrojům informací patřila literatura a média (15 %) nebo televize (12 %). U lékaře informace o pohlavních chorobách získalo 3 % žáků a studentů. 6 % respondentů se nezajímá. Tato odpověď se nejvíce objevila u žáků základní školy, kde je možné, že se o pohlavní život tolik nezajímají, a proto informace o dané problematice nevyhledávají.

Dle rozložení na jednotlivé školy jsou výsledky vyvážené.

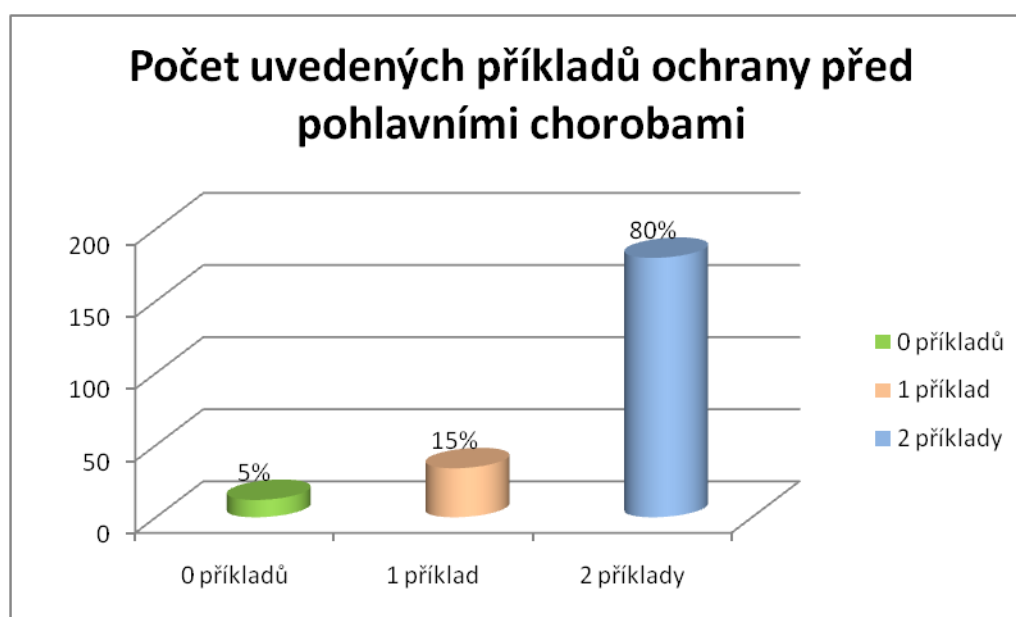
Otázka č.18: Vyjmenuj 2 příklady, jak se můžeš chránit proti pohlavním chorobám.

Tabulka 23 Počet uvedených příkladů ochrany před pohlavními chorobami

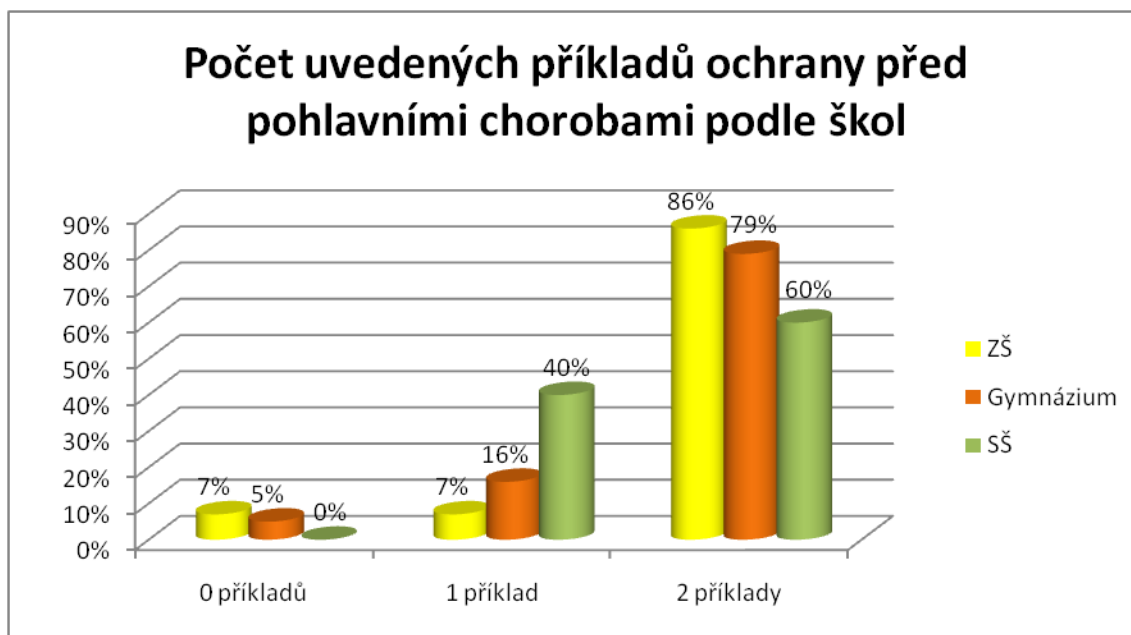
Škola	Počet	0 příkladů	%	1 příklad	%	2 příklady	%
ZŠ	74	5	7%	5	7%	64	86%
Gymnázium	132	7	5%	21	16%	104	79%
SŠ	20	0	0%	8	40%	12	60%
Celkem	226	12	5%	34	15%	180	80%

Zdroj: vlastní

Graf 23 Počet uvedených příkladů ochrany před pohlavními chorobami



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Tabulka a graf 23 ukazují počet uvedených příkladů, jakým způsobem se lidé mohou chránit před pohlavními chorobami. 80 % žáků a studentů napsalo dva příklady ochrany. 15 % respondentů uvedlo jeden příklad a 5 % neuvedlo žádný příklad.

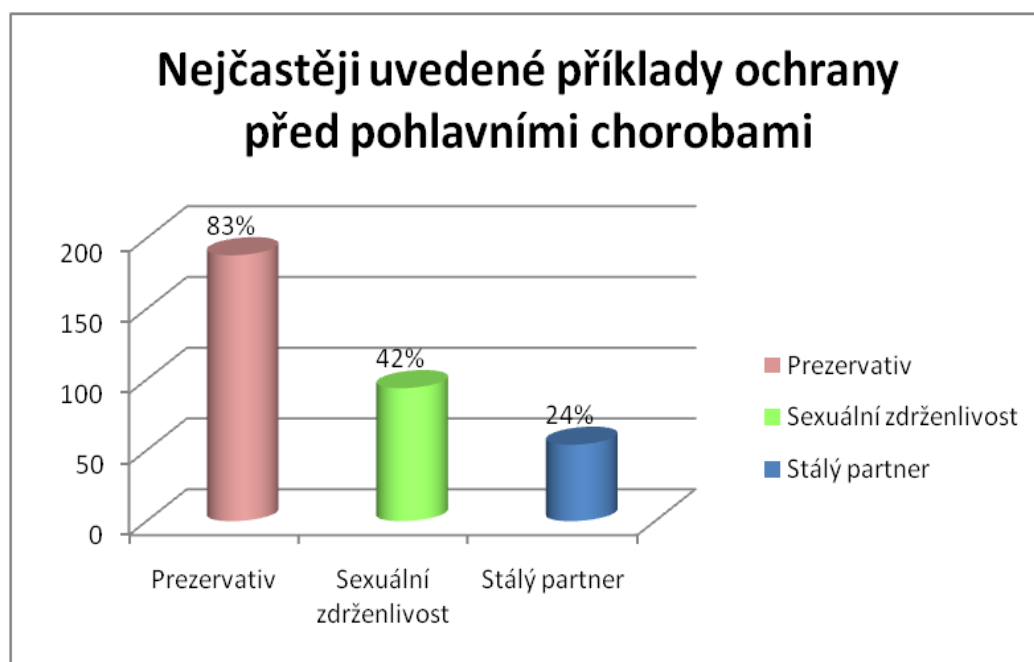
Počet uvedených příkladů ochrany před pohlavními chorobami podle škol je vyvážený.

Tabulka 24 Nejčastěji uvedené příklady ochrany před pohlavními chorobami

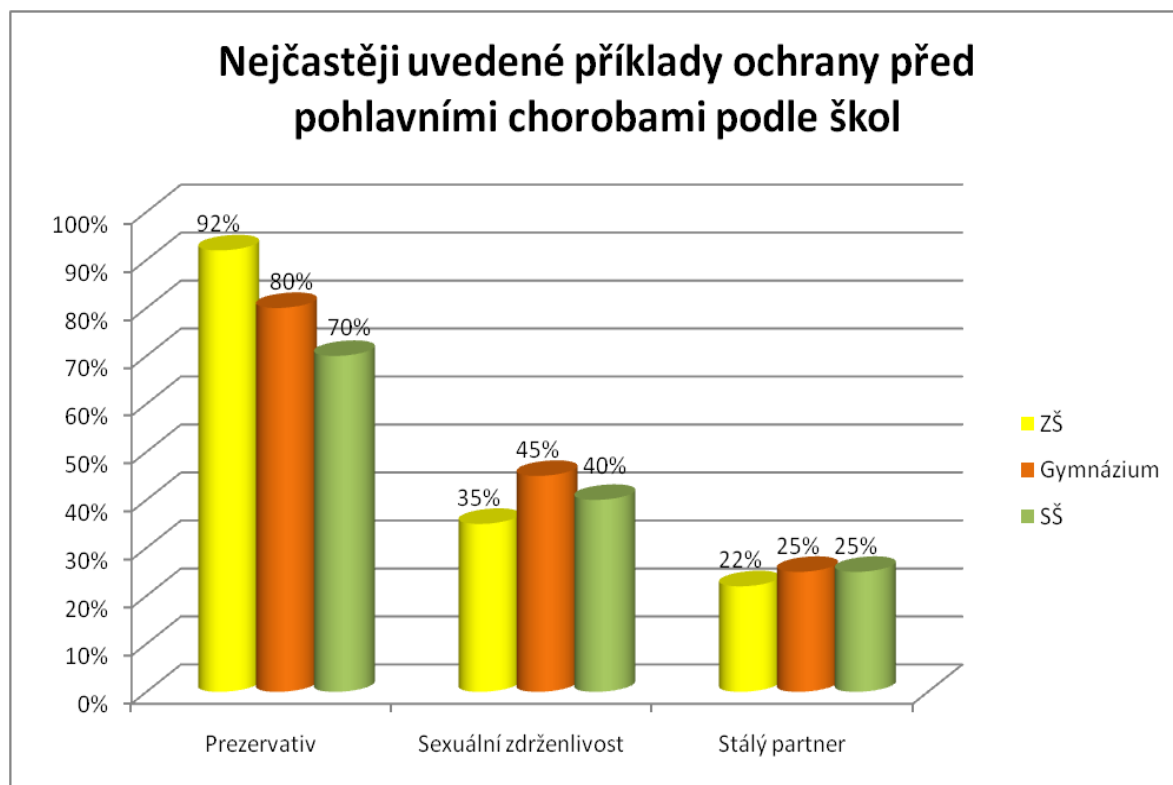
Nejčastěji uvedené příklady ochrany před pohlavními chorobami							
Škola	Počet	Prezervativ	%	Sexuální zdrženlivost	%	Stálý partner	%
ZŠ	74	68	92%	26	35%	16	22%
Gymnázium	132	106	80%	60	45%	33	25%
SŠ	20	14	70%	8	40%	5	25%
Celkem	226	188	83%	94	42%	54	24%

Zdroj: vlastní

Graf 24 Nejčastěji uvedené příklady ochrany před pohlavními chorobami



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Tabulka a graf 24 znázorňují nejčastěji uvedené příklady, jak se chránit proti pohlavním chorobám. Z celkového počtu žáků a studentů 226 (100 %) uvedlo nejvíce respondentů jako ochranu před pohlavními chorobami prezervativ. Tuto odpověď uvedlo 83 % dotázaných. Další možnost ochrany je sexuální zdrženlivost, kterou uvedlo 42 % žáků a studentů. Další ochrana před pohlavními chorobami je stálý partner, tuto možnost napsalo 24 % respondentů.

Nejčastěji uvedené příklady ochrany před pohlavními chorobami jsou na jednotlivých školách vyvážené.

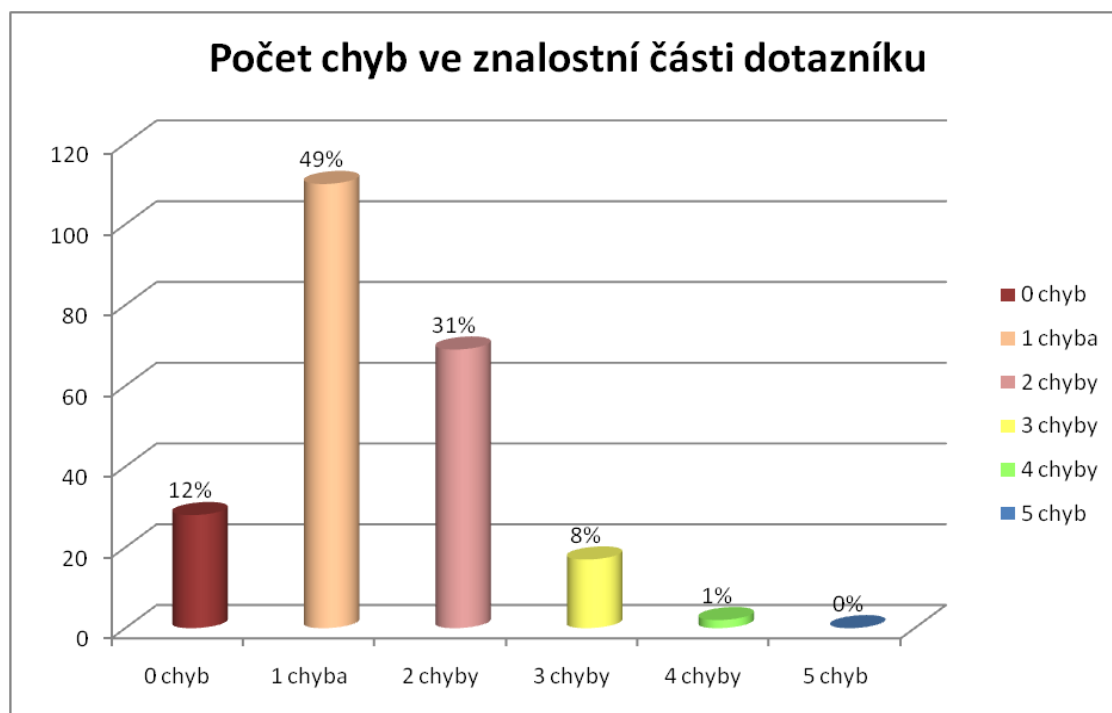
Znalostní část dotazníku

Tabulka 25 Počet chyb ve znalostní části dotazníku

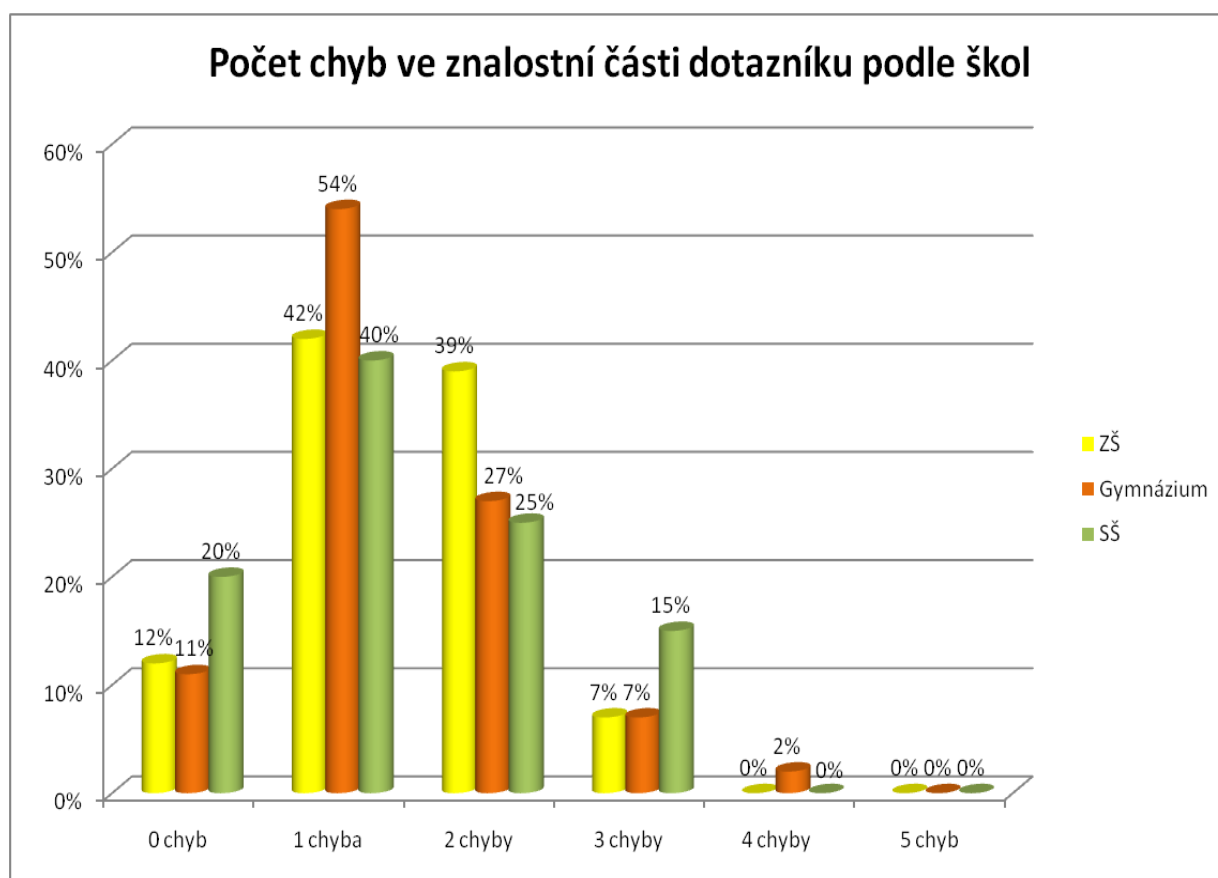
Škola	Počet	0 chyb	%	1 chyba	%	2 chyby	%	3 chyby	%	4 chyby	%	5 chyb	%
ZŠ	74	9	12 %	31	42 %	29	39 %	5	7 %	0	0 %	0	0 %
Gymnázium	132	15	11 %	71	54 %	35	27 %	9	7 %	2	2 %	0	0 %
SŠ	20	4	20 %	8	40 %	5	25 %	3	15 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	226	28	12 %	110	49 %	69	31 %	17	8 %	2	1 %	0	0 %

Zdroj: vlastní

Graf 25 Počet chyb ve znalostní části dotazníku



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Znalostní část dotazníku obsahovala 5 otázek, které se týkaly rizikových faktorů. Konkrétně kolik látek obsahuje cigaretový kouř, co je to pasivní kouření, od kolika let je povolený prodej alkoholu, jaká je nejvíce používaná droga a jaké znají žáci a studenti pohlavně přenosné choroby.

Tabulka a graf znázorňují úspěšnost žáků a studentů ve znalostní části, respektive kolik chyb udělali. Bezchybně odpovědělo pouze 12 % žáků a studentů. Nejčastější byla jedna chyba, kterou mělo 49 % respondentů. Nejvíce se chybovalo u otázky, kolik látek obsahuje cigaretový kouř. Zajímavé bylo zjištění, že všichni žáci základní školy odpověděli na otázku: „Jaká je nejvíce používaná droga?“, bezchybně. Na gymnáziu a střední škole bylo několik odpovědí chybných. 31 % dotazovaných odpovědělo dvakrát chybně. 17 žáků a studentů, tedy 8 % dotazovaných, měli tři chyby. Čtyři chyby se objevily u 1 % dotazovaných a to u dvou studentů gymnázia.

18 DISKUZE

Úvod této práce je věnován rizikovým faktorům obecně. Následovaly kapitoly zabývající se problematikou rizikových faktorů, které se vyskytují u žáků a studentů.

Dotazníkové šetření a stanovené hypotézy jsou rozebírány v praktické části. Před začátkem psaní bakalářské práce byly stanoveny 4 hypotézy. Na základě dat získaných z dotazníkového šetření verifikujeme či falzifikujeme dané hypotézy. Vyhodnocením nasbíraných dat jsme dospěli k těmto závěrům.

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že nadpoloviční většina žáků a studentů zná alespoň 3 následky rizikových faktorů vedoucích k předčasnému úmrtí.

K této hypotéze se vztahují otázky číslo 7 a 11. Otázkami mělo být zjištěno, zda žáci a studenti znají alespoň 3 rizikové faktory. Na základě získaných údajů u otázky číslo 7 uvedlo 41 % žáků a studentů 3 rizikové faktory. U otázky číslo 11 uvedlo 3 rizikové faktory 45 % respondentů. Obě otázky nepřekročily hranici 50 %. Domněnka předpokládala, že více než 50 % žáků a studentů uvede 3 rizikové faktory.

Hypotéza nebyla potvrzena.

Hypotéza č. 2: Domníváme se, že více než 25 % dotazovaných získává informace o rizikových faktorech z internetu a médií.

Tato hypotéza byla stanovena za předpokladu, že žáci a studenti tráví značné množství času u počítačů, před obrazovkami televizí a využívají internet v mobilu. V dotazníku se k této hypotéze vztahovaly otázky číslo 8 a 17. Otázkou č. 8 mělo být zjištěno, kde žáci a studenti získali poprvé informace o škodlivosti kouření. 17 % dotazovaných uvedlo v odpovědích časopisy, média a internet. Otázka číslo 17 byla zaměřena na to, kde žáci a studenti získali nejvíce informací o pohlavních chorobách. Celkem 50 % dotazovaných uvedlo v odpovědích televizi, literaturu, časopisy a internet. Lze předpokládat, že o této problematice se stydí mluvit s rodiči, a proto je rozdíl v procentech tak značný na rozdíl od kouření.

Ze získaných údajů vyplývá, že 27 % dotazovaných získává informace o rizikových faktorech z internetu a médií.

Hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že více než třetina žáků a studentů jsou kuřáci.

K této hypotéze se vztahuje otázka č. 5., která obsahovala přímý dotaz, zda žák či student kouří. Z výsledků dotazníkového šetření je zřejmé, že s vyšším věkem stoupá i procento kuřáků. Na základní škole bylo 11 % kuřáků, na gymnáziu 18 % a na střední škole dokonce 60 % studentů uvedlo, že kouří.

Z těchto údajů je zřejmé, že 20 % žáků a studentů jsou kuřáci, což je méně než třetina.

Hypotéza nebyla potvrzena.

Hypotéza č. 4: Domníváme se, že 25 % respondentů nedodrží zdravý životní styl.

Hypotéza byla stanovena na základě předpokladu, že dnešní životní styl žáků a studentů není optimální. Pod hranicí plnoletosti kouří, často konzumují alkohol a někteří mají dokonce vlastní zkušenosti s drogami. Volný čas tráví u počítačů a televizí, což má za následek nedostatečnou pohybovou aktivitu a s tím spjaté riziko nadváhy a obezity. Častá je i pohodlnost a oblíbenost v jídlech z fast foodů.

K této otázce se vztahují otázky číslo 3, 4, 5, 10, 12, 13, 14, 15 a 16.

Otázky číslo 3 a 4 sloužily k výpočtu BMI. Optimální hmotnost má 74 % žáků a studentů. Ze zjištěných údajů je překvapivé, že se u respondentů více vyskytuje podváha (13 %) než nadměrná hmotnost, tj. nadváha a obezita (12 %).

V otázce číslo 5 jsme zjišťovali, zda dotazovaní kouří. Žáků a studentů kuřáků bylo 20 %, nekuřáků 81 %.

Následovala otázka číslo 10, týkající se hypotézy č. 4, kde byl činěn dotaz, zda žáci a studenti dodržují zdravý životní styl. 63 % si myslí, že zdravý životní styl dodržuje, 10 % neví a 27 % zásady zdravého životního stylu nedodrží.

Otázka číslo 12 se zaměřuje na návštěvnost ve fast foodech. Zde je příjemným zjištěním, že 41 % respondentů uvedlo, že fast foody nenavštěvuje a 50 % navštěvuje jedenkrát měsíčně. Výsledky mohou být dány tím, že školy jsou orientovány v malých městech, kde se fast foody nenacházejí.

V otázce číslo 13 jsme zkoumali, jak často žáci a studenti sportují. Pozitivní je fakt, že 80 % uvedlo, že sportuje pravidelně, 4 % se nerozhodli a 16 % pravidelně nesportuje.

Otázky číslo 14 a 15 slouží ke zmapování problematiky ohledně konzumace alkoholu. Tyto otázky byly konkrétně zaměřeny na to, zda žáci a studenti konzumují alkohol, pokud ano, tak jaký a kolikrát týdně. 54 % žáků a studentů uvedlo, že konzumují alkohol. Toto zjištění je výstražné, neboť značná část respondentů nedosáhla plnoletosti. Může to být dáno tím, že alkohol je snadno dostupný a nehledí se na něj jako na závažný problém.

Otázka číslo 16 obsahovala dotaz, zda žáci a studenti mají vlastní zkušenost s drogami. 17 % dotazovaných odpovědělo, že mají zkušenost s drogami. Dle získaných výsledků z jednotlivých škol je varovné, že na střední škole má zkušenost s drogou téměř polovina studentů (45 %).

A na základní škole má zkušenost s drogami 18 %, což je více než na gymnáziu, kde vlastní zkušenost s drogami má 13 %.

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že 27% žáků a studentů nežije zdravým životním stylem, což je více jak 25%.

Hypotéza byla potvrzena.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnuje tématu Rizikové faktory z hlediska předčasných úmrtí. Byla zaměřena na žáky a studenty, neboť v tomto věku nejčastěji dochází k prvním kontaktům s rizikovými faktory.

Prvním cílem práce bylo zmapovat informovanost žáků a studentů o rizikových faktorech vedoucích k předčasným úmrtím. Dotazníkovým šetřením bylo zjišťováno, zda žáci a studenti, navštěvující základní školu, gymnázium a střední školu, mají povědomí o rizikových faktorech. Dále bylo ověřováno, zda žáci a studenti mají dostatečné znalosti o této problematice. K tomu bylo použito znalostní části dotazníku. Výsledky ukazují, že úspěšnost ve znalostní části dotazníku byla 70 %. Tento výsledek je pozitivní, ale je nutno neustále pravidelně žáky a studenty edukovat.

Druhý cíl byl zaměřen na to, kde žáci a studenti získávají informace o rizikových faktorech vedoucích k předčasným úmrtím. Ze získaných výsledků vyplývá, že 60 % žáků a studentů získává nejvíce informací od rodiny a ze školy. Vliv školy je vysoký, neboť 88 % dotazovaných potvrdilo, že ve škole téma kouření probíralo. 34 % žáků a studentů má informace z médií a internetu.

Třetím cílem práce bylo zjistit, zda se u respondentů vyskytují rizikové faktory vedoucí k předčasným úmrtím. Bylo zjišťováno, zda žáci a studenti kouří, jak často navštěvují fast foody, zda konzumují alkohol, jestli mají vlastní zkušenost s drogami, zda pravidelně sportují a jestli si udržují optimální hmotnost. Výsledky ukazují, že některé faktory se u žáků a studentů vyskytují ve vysoké míře, jiné jsou méně častější. Získané údaje jednoznačně ukazují, že největší riziko představuje alkohol, který konzumuje 54 % dotazovaných. Důležité je si uvědomit, že značná část respondentů nepřesáhla hranici plnoletosti. Druhé největší riziko je kouření, ze všech dotazovaných žáků a studentů je 20 % kuřáků. Alarmující je to, že na střední škole je to téměř polovina studentů (45 %). Vlastní zkušenost s drogami má 17 % respondentů. Nedostatek pohybové aktivity je u 16 % žáků a studentů, kteří uvedli, že pravidelně nesportují. S tím je spojené riziko z nadměrné hmotnosti, která se vyskytla u 12 % žáků a studentů. Oproti tomu podváha byla zjištěna u 13 %. Jednalo se zejména o dívky (83 %), kdy trendem je být štíhlá. U všech uvedených rizikových faktorů je důležité si uvědomit, že mnohé jsou preventabilní a lze tak předcházet řadě zbytečných předčasných úmrtí.

Výstupem této bakalářské práce je informační leták, který je orientován na zdravý životní styl. Leták je určen pro základní a střední školy, které si jej mohou umístit na nástěnky. V letáku si žáci a studenti mohou přečíst desatero zásad zdravého stravování a sami se rozhodnout, zda chtějí pro své zdraví něco udělat, či nikoli.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. WASSERBAUER S. a kol., *Výchova ke zdraví*, Praha, 2001, ISBN 80-7071-172-8.
2. ZAVÁZALOVÁ Helena a kol., *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*, Praha, 2004, ISBN 80-246-0467-1.
3. PODSTATOVÁ H., *Základy epidemiologie a hygieny*, Praha, 2009, ISBN 978-80-7262-597-0.
4. ČVELA R., ČELEDVÁ L., DOLANSKÝ H., *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*, Praha, 2009, ISBN 978-80-247-2860-5.
5. ŠTEJFA M a kol., *Kardiologie, 3., přepracované a doplněné vydání*, Praha, 2007, 69-74 s., ISBN 978-80-247-1385-4.
6. GLADKIJ I., STRNAD L., *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*, Olomouc, 2002, ISBN 978-80-244-0500-1.
7. ČELEDVÁ L., ČVELA R., *Výchova ke zdraví - vybrané kapitoly*, Praha, 2010, ISBN 978-80-247-3213-8.
8. HUBINKOVÁ Z. a kol., *Psychologie a sociologie ekonomického chování*, Praha, 2008, 86-89 s., ISBN 978-80-247-1593-3.
9. SEDLÁČKOVÁ D., *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*, Praha, 2009, 23-33 s., ISBN 978-80-247-2685-4.
10. MACHOVÁ J., KUBÁTOVÁ D. a kol., *Výchova ke zdraví*, Praha, 2009, 171-175 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
11. MÜLLEROVÁ D. a kol., *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*, Praha, 2014, 116 – 132s., ISBN 978-80-246-2510-2.
12. BÁRTOVÁ S., *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, Praha, 2005, 21- 43 s., ISBN 80-247-1197-4.
13. DIEHL H., LUDINGTON A., PRIBIŠ P., *Dynamický život: program New start v praxi*, Praha, 2000, ISBN 80-7172-312-6.
14. KUNZOVÁ Š., HRUBÁ D., ŘIMÁK P., SOCHOR O., *Chování a zdraví III : Psychosociální faktory, životní styl a komplexní choroby*. Tigris s.r.o., 2014, roč. 59, č. 2, s. 79-86. ISSN 1802-6281.
15. ŠTĚFAN J., HLADÍK J. a kol., *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*, Praha, 2012, 201-215 s., ISBN 978-80-247-3594-8.
16. EHRMANN J., HŮLEK P. a kol., *Hepatologie*, Praha, 2014, 315-356 s., ISBN 859-404-924-027-2

17. VRÁNOVÁ D., *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*, Olomouc, 2013, 55-60 s., ISBN 978-80-7263-788-1.
18. KALVACH Z., ZADÁK Z., JIRÁK R., ZAVÁZALOVÁ H., SUCHARDA P. a kol., *Geriatric a gerontologie*, Praha, 2011, 564-569 s., ISBN 80-247-0548-6.
19. MARINOV Z., PASTUCHA D. a kol., *Praktická dětská obezitologie*, Praha, 2012, ISBN 978-80-247-4210-6.
20. KOLEKTIV AUTOROV, *Psychologia zdravia v praxi*, Bratislava, 2009, 46-69 s., ISBN 978-80-968092-5-7.
21. VÍTEK L., *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*, Praha, 2008, 9-21 s., ISBN 978-80-247-2247-4.
22. KOLEKTIV AUTORŮ, *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*, Praha, 2006, 94-118 s., ISBN 978-80-85047-49-3.
23. PASTUCHA D. a kol., *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*, Praha, 2011, 11-17 s., ISBN 978-80-247-4065-2.
24. O'Rourke Robert A., WALSH R., Fuster Valentin a kol., *Kardiologie - Hurstův manuál pro praxi, překlad dvanáctého vydání*, Praha, 2010, 260-263 s., ISBN 978-80-247-3175-9.
25. PROVAZNÍK K., *Manuál prevence v lékařské praxi: 1.- 5. díl : souborné vydání*, Praha, 1998, ISBN 8070710802.
26. Slavomil Fischer, Jiří Škoda, *Sociální patologie*, Praha, 2014, 95-112 s., ISBN 978-80-247-5046-0.
27. Lumír Komárek, Kamil Provazník a kolektiv autorů, *Ochrana a podpora zdraví*, Praha, 2011, ISBN 978-80-260-1159-0.
28. HIRT M. a kol., *Dopravní nehody v soudním lékařství a soudním inženýrství*, Praha, 2012, 9-40 s., ISBN 978-80-247-4308-0.
29. ŠEBLOVÁ J., KNOR J. a kol., *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*, Praha, 2013, 187-201 s., ISBN 978-80-247-4434-6.
30. ZEMAN M., KRŠKA Z. a kol., *Chirurgická propedeutika*, Praha, 2011, 315-318 s., ISBN 978-80-247-3770-6.
31. David Tod, Joanne Thatcher, Rachel Rahman, *Psychologie sportu*, Praha, 2012, 139-150 s., ISBN 978-80-247-3923-6.
32. ROZTOČIL A. a kol., *Moderní gynekologie*, Praha, 2011, 139-153 s., ISBN 978-80-247-2832-2.
33. PAVLOVSKÝ P. a kol., *Soudní psychiatrie a psychologie*, Praha, 2012, 171-173 s., ISBN 978-80-247-4332-5.
34. SOBOTKOVÁ N. V. a kol., *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*, Praha, 2014, 39-60 s., ISBN 978-80-247-4042-3.

35. WEISS P. a kol., *Sexuologie*, Praha, 2010, 625-637 s., ISBN 978-80-247-2492-8.
36. KITTMAR O. a kol., *Lékařská fyziologie*, Praha, 2011, 404-406 s., ISBN 978-80-247-3068.
37. RAHOCH J., PAVLOVSKÝ P. a kol., *Psychiatrie*, Praha, 2012, 309-311 s., ISBN 978-80-246-1985-9.
38. SLEZÁKOVÁ L. a kolektiv, *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*, Praha, 2011, 49-53 s., ISBN 978-80-247-3373-9.
39. NOVÁKOVÁ I., *Ošetrovatelství ve vybraných oborech, Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*, Praha, 2011, 36-40 s., ISBN 978-80-247-3422-4.
40. RESL V. a kol., *Dermatovenerologie: učební texty pro bakalářské studium*, Praha, 2002, 136 s., ISBN 80-246-0456-6.
41. GangsterChimp. *Deviant Art*. [online]. 19.3.2012 [cit. 2015-03-15]. Dostupné z: <http://deadpea.deviantart.com/art/Gangster-Chimp-291225819>
42. Abstract Gangster Art Wallpapers . *Hot hd wallpaper*. [online]. [2011] [cit. 2015-03-15]. Dostupné z: <http://www.hothdwallpaper.net/wallpapers/hd/13707/abstract-gangster-art>
43. Healthy eating for a healthy weight. *Let us learn about health and healthcare*. [online]. 16.7.2012 [cit. 2015-03-15]. Dostupné z: <http://draggawal.org/2012/07/16/healthy-eating-for-a-healthy-weight/>
44. Health fair. *Simply Colorado*. [online]. 17.3.2014 [cit. 2015-02-15]. Dostupné z: <http://www.livesimplycolorado.com/>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	body mass index
cca	cirka
CO	oxid uhelnatý
CO ₂	oxid uhličitý
č.	číslo
ČR	Česká republika
DC	dýchací cesty
ESPAD	Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách
g	gram
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	human papilloma virus
HVA	Virus hepatitidy A
HVB	Virus hepatitidy B
HVC	Virus hepatitidy C
lat.	latinsky
LSD	Diethylamid kyseliny lysergové
max.	maximálně
NNT	náhradní nikotinová terapie
př.n.l.	před naším letopočtem
sb.	sbírka
SŠ	střední škola
tj.	to je
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaný
WHO	World Health Organization
ZŠ	základní škola

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Diamantový model příčin nemocí

Obrázek 2 Kategorie BMI a zdravotní rizika

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Pohlaví
Tabulka 2	Věkové kategorie
Tabulka 3	BMI žáků a studentů
Tabulka 4	BMI – Základní škola
Tabulka 5	BMI - Gymnázium
Tabulka 6	BMI – Střední škola
Tabulka 7	Počet kuřáků a nekuřáků
Tabulka 8	Důvody kouření
Tabulka 9	Počet uvedených rizik kouření
Tabulka 10	Nejčastěji uvedená rizika kouření
Tabulka 11	První získané informace o škodlivosti kouření
Tabulka 12	Téma kouření ve škole
Tabulka 13	Dodržování zdravého životního stylu
Tabulka 14	Počet uvedených zdravotních rizik při nedodržování zdravého životního stylu
Tabulka 15	Nejčastěji uvedená zdravotní rizika
Tabulka 16	Návštěvnost fast foodů
Tabulka 17	Pravidelnost sportování
Tabulka 18	Konzumace alkoholu
Tabulka 19	Nejčastěji konzumovaný alkohol
Tabulka 20	Četnost konzumace alkoholu
Tabulka 21	Zkušenost s drogami
Tabulka 22	Nejvíce získaných informací o pohlavních chorobách
Tabulka 23	Počet uvedených příkladů ochrany před pohlavními chorobami
Tabulka 24	Nejčastěji uvedené příklady ochrany před pohlavními chorobami
Tabulka 25	Počet chyb ve znalostní části dotazníku

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	Pohlaví
Graf 2	Věkové kategorie
Graf 3	BMI žáků a studentů
Graf 4	BMI – Základní škola
Graf 5	BMI - Gymnázium
Graf 6	BMI – Střední škola
Graf 7	Počet kuřáků a nekuřáků
Graf 8	Důvody kouření
Graf 9	Počet uvedených rizik kouření
Graf 10	Nejčastěji uvedená rizika kouření
Graf 11	První získané informace o škodlivosti kouření
Graf 12	Téma kouření ve škole
Graf 13	Dodržování zdravého životního stylu
Graf 14	Počet uvedených zdravotních rizik při nedodržování zdravého životního stylu
Graf 15	Nejčastěji uvedená zdravotní rizika
Graf 16	Návštěvnost fast foodů
Graf 17	Pravidelnost sportování
Graf 18	Konzumace alkoholu
Graf 19	Nejčastěji konzumovaný alkohol
Graf 20	Četnost konzumace alkoholu
Graf 21	Zkušenost s drogami
Graf 22	Nejvíce získaných informací o pohlavních chorobách
Graf 23	Počet uvedených příkladů ochrany před pohlavními chorobami
Graf 24	Nejčastěji uvedené příklady ochrany před pohlavními chorobami
Graf 25	Počet chyb ve znalostní části dotazníku

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Informační leták

PŘÍLOHY

Příloha č.1 Dotazník

DOTAZNÍK

Vážení žáci,

mé jméno je Nikol Vokáčová a studuji na Západočeské univerzitě v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, studijní obor Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví. Téma mé práce je: Rizikové faktory z hlediska předčasných úmrtí. Dotazníkem bych ráda zmapovala informovanost žáků o rizikových faktorech předčasného úmrtí a zda se některým rizikům vystavují.

Dotazník zpracuji a získané informace použiji v praktické části bakalářské práce.

Dotazník je anonymní, prosím o jeho vyplnění.

Dotazník vyplňte zaškrtnutím příslušné odpovědi. Dotazník je rozdělen do dvou částí, na obecnou a znalostní část.

OBECNÁ ČÁST

1.Jsi:

☐ Muž

☐ Žena

2.Kolik ti je let?

.....

3.Kolik měříš?

..... cm

4.Kolik vážíš?

..... kg

5.Kouříš nyní?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

(Pokud je tvá odpověď ne, neodpovídej na otázku č.6)

6.Proč kouříš?

- ☐ Kouří rodiče
- ☐ Chutná mi to
- ☐ Kouří sourozenci
- ☐ Kouří kamarádi

7.Dokážeš napsat zdravotní rizika kouření? Pokud ano, vypiš alespoň 3 rizika kouření.

- ☐ Ano:
- ☐ Ne

8.Kdo tě poprvé informoval o škodlivosti kouření?

- ☐ Rodina
- ☐ Časopisy, média, literatura, internet
- ☐ Kamarádi
- ☐ Škola
- ☐ Někdo jiný

9.Probírali jste ve škole téma kouření?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím

10. Myslíš si, že dodržíš zásady zdravého životního stylu?

- ☐ Rozhodně ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Nevím
- ☐ Spíše ne
- ☐ Rozhodně ne

11. Jaká zdravotní rizika podle tebe mohou vzniknout při nedodržování zdravého životního stylu?

Prosím, uveď alespoň 3 rizika:

.....

12. Kolikrát měsíčně navštěvuješ fast foody?

- ☐ Nenavštěvuji
- ☐ 1x měsíčně
- ☐ 4x měsíčně
- ☐ 8x měsíčně
- ☐ Vícekrát

13. Sportuješ pravidelně (alespoň 2x týdně 30 minut)?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Nevím
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

14. Piješ alkohol? Pokud ano, jaký?

- ☐ Ano:
- ☐ Ne

(Pokud je tvá odpověď ne, neodpovídej na otázku č.15)

15. Kolikrát týdně konzumuješ alkohol?

- ☐ 1x týdně a méně
- ☐ 3x týdně
- ☐ Vícekrát

16.Máš vlastní zkušenost s drogami?

☐ Ano

☐ Ne

17. Kde jsi nejvíce získal informace o pohlavních chorobách?

☐ Televize

☐ Literatura, média, časopisy

☐ Internet

☐ Škola a rodina

☐ U lékaře

☐ Nezajímám se

18.Vyjmenuj 2 příklady, jak se můžeš chránit proti pohlavním chorobám.

.....

ZNALOSTNÍ ČÁST

1. Kolik škodlivých látek obsahuje cigaretový kouř?

☐ Max. 2

☐ 20-100

☐ 120-500

☐ Více než 2000

2.Pasivní kouření:

☐ Není zdraví škodlivé

☐ Způsobuje onemocnění

☐ Jen je nepříjemné pro nekuřáky

3.Od kolika let si můžeš koupit alkohol?

☐ Od 15 let

☐ Od 16 let

☐ Od 18 let

4. Jaká je nejvíce používaná droga?

☐ Marihuana

☐ Pervitin

☐ Kokain

☐ Extáze

5. Jaké znáš pohlavně přenosné choroby? Vyjmenuj alespoň 3.

.....

Děkuji za vyplnění dotazníku.



**KALORIE JSOU GANGSTŘI!
KRADOU ŽIVOT !**

**Necháš se okrádat
I TY ??**

**DESÁTERO ZÁSAD
ZDRAVÉHO STRAVOVÁNÍ**

1. Jez, když máš hlad, ne chut'!
2. Rozjez se! Jez 5-6x denně po menších porcích.
3. Nezapomínej na snídani, je nejdůležitějším jídlem dne.
4. Nehltej! Jez v klidu a jídlo důkladně rozkousej.
5. Přednost dávej čerstvé zelenině a ovoci.
6. Vyhýbej se malým, ale vysoko kalorickým potravinám.
7. Pij hodně vody a nízkokalorické nealkoholické nápoje.
8. Jez střídavě, nepřejídej se.
9. Dej přednost jídlům s nízkým obsahem tuku.
10. Dbej na pestrou stravu - teplé jídlo by mělo mít alespoň čtyři barvy.



Zdroje: modifikováno dle zdrojů (41, 42, 43, 44)