UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav zdraví dětí a mládeže 3. LF

Klára Jeníková

Životní styl teenagerů

Teenagers´ lifestyle

Bakalářská práce

Praha, 2016

Autor práce: Klára Jeníková

Studijní program: Veřejné zdravotnictví – kombinované

Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: **MUDr. Eva Vaníčková, CSc.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav zdraví dětí a mládeže 3. LF**

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 3.6.2016 Klára Jeníková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce MUDr. Vaníčkové, CSc. za přinášení dodatečných podnětů a trpělivý přístup. Dále děkuji Ing. Kateřině Moudré za spolupráci a výpočty, při provádění statistických testů, zúčastněným školám a jejich žákům za spolupráci a své rodině za podporu.

Obsah

ÚVOD **7**

1. TEENAGEŘI **9**

1.1. TĚLESNÝ VÝVOJ, SEKUNDÁRNÍ POHLAVNÍ ZNAKY A JEJICH HODNOCENÍ 10
1.2. SEKULÁRNÍ AKCELERACE 12
1.3. ZÁKLADNÍ LIDSKÉ POTŘEBY 13
1.4. ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ PUBESCENCE 13
1.5. ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ ADOLESCENCE 16

2. ŽIVOTNÍ STYL **18**

2.1. ŽIVOTNÍ STYL, ŽIVOTNÍ ZPŮSOB, ŽIVOTNÍ SLOH 18
2.2. VRSTEVNICKÉ SKUPINY A JEJICH VÝZNAM 19
2.3. SUBKULTURY MLÁDEŽE 20
2.3.1. Subkultura a styl *20*
2.3.2. Hiphopeři *21*
2.3.3. Meatheads *22*
2.3.4. Hráči počítačových her *23*
2.3.5. Hipsteři *24*
2.3.6. Skejťáci *25*
2.4. NOVÉ TRENDY ŽIVOTNÍHO STYLU 26

3. ZDRAVÍ **29**

3.1. DETERMINANTY ZDRAVÍ 29
3.2. VÝŽIVA 31
3.3. PITNÝ REŽIM 35
3.4. FYZICKÁ AKTIVITA 36
3.5. STRES A PSYCHOHYGIENA 39
3.6. PROGRAM PODPORY ZDRAVÍ VE ŠKOLE A ŠKOLNÍ ZÁTĚŽ 42

4. RIZIKA **43**

4.1. RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ 43
4.1.1. Syndrom CAN *44*
4.1.2. Působící rizikové a protektivní faktory, podstata vzniku rizikového chování *45*
4.1.3. Prevence *47*
4.1.4. Index zdravotně rizikového chování *50*
4.2. NEZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL A DALŠÍ PŘÍČINY PORUCH ZDRAVÍ 51
4.2.1. Nadváha a obezita *51*
4.2.2. Další civilizační choroby *54*

5. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY **55**

5.1. HYPOTÉZA 1 55
5.2. HYPOTÉZA 2 55
5.3. HYPOTÉZA 3 56

6. METODIKA **56**

6.1. DOTAZNÍKOVÉ OTÁZKY 56
6.2. SBĚR DAT 57
6.3. CHARAKTERISTIKA SOUBORU 57

7. VÝSLEDKY **60**

7.1. VRSTEVNICKÉ VZTAHY 60
7.2. ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL 62

7.3. STRAVOVÁNÍ A PITNÝ REŽIM 63
7.4. FYZICKÁ AKTIVITA A VOLNÝ ČAS 67
7.5. VÝCHOVNÉ METODY 71
7.6. STRES A ODPOČINEK 72
7.7. ZDRAVÝ REŽIM DNE 74
7.8. KOUŘENÍ CIGARET 74
7.9. ALKOHOL 77
7.10. DROGY 79
7.11. INDEX ZDRAVOTNĚ RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ 81
7.12. NÁVYKOVÉ LÁTKY V SUBKULTURÁCH 82
7.13. ONLINE ČAS 82
7.14. ŠIKANA 83
7.15. KYBERŠIKANA 84
7.16. TĚLESNÉ TRESTY U AGRESORŮ A OBĚTÍ ŠIKANY A KYBERŠIKANY 85
7.17. VANDALSTVÍ 86
7.18. OZBROJOVÁNÍ 86
7.19. ADRENALINOVÉ SPORTY 87
7.20. MILOSTNÉ VZTAHY A PROSTITUCE 88
7.21. ÚCTA K VLASTNÍMU TĚLU 90

8. DISKUZE 92

8.1. HYPOTÉZA 1 92
8.2. HYPOTÉZA 2 93
8.3. HYPOTÉZA 3 94
8.4. DALŠÍ SLEDOVANÉ OBLASTI 95

9. ZÁVĚR 101

10. SOUHRN 104

11. SUMMARY 105

12. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 106

13. SEZNAM TABULEK 111

14. SEZNAM PŘÍLOH 113

Úvod

Téma pro tvorbu bakalářské práce životní styl teenagerů jsem zvolila, protože životní styl velmi výrazně ovlivňuje zdraví i kvalitu života každého jedince. Období dospívání je velmi náročnou životní etapou, která s sebou nese řadu rizik pro budoucí život a životní styl v pubescenci a adolescenci může být určující pro kvalitu života a zdraví v dospělosti. Během mého studia na 3. lékařské fakultě jsem, mimo jiné, získala řadu informací o vhodném a nevhodném chování ve vztahu ke zdraví a zajímalo mě, jaký životní styl dnešní mládež má a jak se odráží v jejím zdravotním stavu. Také to bylo důvodem, proč jsem se zaobírala zejména syndromem rizikového chování. I Světová zdravotnická organizace jej považuje za velmi výrazné riziko, kterému je třeba předcházet. Vzhledem k tomu, že není možné působit preventivně proti neznámému faktoru, považuji za zásadní krok zmapování tohoto syndromu a jím ohrožených skupin.

S neustálým technickým pokrokem a změnami v okolním prostředí dochází i ke změnám v životním stylu lidí a tak i vlastní charakteristika syndromu rizikového chování prochází vývojem. V posledních letech lze zaznamenat například rozšíření šikany mimo reálný fyzický prostor do počítačového virtuálního světa, jako novějšího fenoménu označovaného jako kyberšikana. Právě takovéto změny vyžadují neustálé rozšiřování pole působnosti preventivních programů v závislosti na vzniku nových rizikových oblastí. Mohlo by se tedy zdát, že s rozšiřujícím se syndromem rizikového chování musí zákonitě docházet i k jeho vyššímu výskytu. Tento vztah je ale ovlivněn právě prevencí a edukací, jak samotných členů rizikových skupin, tak i jejich okolí.

Zajímalo mne tedy, jaký je aktuální poměr sil mezi prevencí a působením rizikových faktorů. Jedinou možností reflexe bylo zjistit, kolik teenagerů je postiženo tímto syndromem. Zvolila jsem tak metodu dotazníkového šetření mezi žáky základních škol, kteří se tím stali referenční

skupinou pro zbytek této věkové kategorie v populaci. Vzhledem k velikosti sledovaného souboru je však třeba dodat, že data získaná tímto způsobem mohou být značně zkreslená a zatížená zejména chybou typu reporting bias. Umožní však vytvoření představy o životním stylu a jeho dopadech na zdraví u dnešní mladé generace, což bylo cílem mého snažení. Věřím, že tato práce pomůže tvorbě ucelenějšího obrazu o životním stylu teenagerů.

1. Teenageři

Výraz teenager vznikl přibližně ve čtyřicátých letech minulého století ve Spojených státech amerických, jako označení pro osoby ve věku třinácti až devatenácti let [1]. Z hlediska vývojové psychologie obsahuje dvě období dospívání a to pubescenci a adolescenci. [2]

Jako pubescenci nazýváme období vývoje jedince přibližně ve věku jedenácti až patnácti let. V literatuře se můžeme také setkat s ještě podrobnějším členěním a to na fázi prepubertální a fázi vlastní puberty [2]. Prepubertální fáze počíná výskytem prvních sekundárních pohlavních znaků a zrychlením vzrůstu. Ukončena je prvním menarché u dívek a první noční polucí u chlapců. V průměru se fáze prepuberty vyskytuje v rozmezí jedenáctého až třináctého roku věku. Následuje fáze vlastní puberty ve věku třinácti až patnácti let, která je ukončena plným vývojem sekundárních pohlavních znaků a dosažení reprodukčních schopností, protože první menstruační cykly bývají nepravidelné a anovulační a srovnatelně tak i první emise semene nebývají reprodukce schopné. Ukončení fáze vlastní puberty trvá přibližně jeden až dva roky. [2][3][4]

Následujícím obdobím je adolescence, která trvá přibližně od patnáctého roku věku do dvaceti až dvaceti dvou let. Ohraničena je dosažením reprodukčních schopností, což považujeme za konečnou fázi pubescence, a ukončením tělesného růstu, tedy mezníkem pro přechod do mladé dospělosti. [2][3][4]

Věkové hranice všech věkových období jsou pouze přibližné, neboť jsou zásadně ovlivněny individuálním vývojem jedince a to jak fyzickým tak psychickým. U chlapců je třeba také počítat s pozdějším fyzickým vývojem

1) BRADNOVÁ, Hana. Encyklopedický slovník. Praha: Odeon, 1993, 1253 s. Klub čtenářů (Odeon). ISBN 8020704388.
2) VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 8071783080.
3) LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie. Praha: Grada, 1998, 343 s. Psyché (Grada). ISBN 807169195X.
4) UNIVERZITA KARLOVA, 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA, STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA a Kamil PROVAZNÍK. Manuál prevence v lékařské praxi. Souborné vydání. [Praha]: Fortuna, 2004. ISBN 80-7168-942-4.

oproti dívkám, zvláště na počátku pubescence, kdy dívky předbíhají chlapce přibližně o jeden až dva roky. [2][3][4]

1.1. Tělesný vývoj, sekundární pohlavní znaky a jejich hodnocení

Tělesný růst dětí je dán výsledkem interakce mezi hlavními faktory genetickými a environmentálními. Mezi environmentální faktory je řazena výživa, zdravotní stav (ovlivněný úrovní hygieny), vzdělání, socioekonomické faktory a psychosociální faktory. Výšková dispozice je děděna polygenně a je typická i pro určité rasové a etnické skupiny, stejně jako postup kostního zrání. [5]

Fyzický pubertální vývoj je přesně řízen biologickými zákonitostmi udávajícími tempo nástupu jednotlivých změn. Čas nástupu těchto změn se však liší mezi populacemi i interpersonálně v rámci jedné populace. Za hlavní fyzické změny spojené s nástupem puberty jsou považovány procesy vývoje sekundárních pohlavních znaků, maturace a navozování dospělých funkcí nadledvin, vaječníků nebo varlat, vývoje skeletu, svaloviny a tukové tkáně i ukončování růstu dalších tělesných orgánů a tkání. Růst kostí do délky je nepřímo stimulován somatotropním hormonem. Somatotropní hormon svým působením stimuluje vylučování IGF-1 z jater. IGF-1, z anglického Insuline Like Grow Factor 1, působí v růstových zónách kostí a vyvolává proliferaci osteoblastů a chondroblastů. Játra však nejsou jediným zdrojem IGF-1, protože samotné růstové zóny dlouhých kostí jej v menší míře produkují také a dochází tak k jeho působení autokrinnímu a parakrinnímu. V období puberty je množství IGF-1 nejvyšší, což má za následek takzvaný růstový výšvih, tedy zrychlení růstu postavy. [4][5]

---

2) VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 8071783080.
3) LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie. Praha: Grada, 1998, 343 s. Psyché (Grada). ISBN 807169195X.
4) UNIVERZITA KARLOVA, 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA, STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA a Kamil PROVAZNÍK. Manuál prevence v lékařské praxi. Souborné vydání. [Praha]: Fortuna, 2004. ISBN 80-7168-942-4.
5) LEBL, Jan a Hana KRÁSNIČANOVÁ. Růst dětí a jeho poruchy. Praha: Galén, 1996, 157 s. ISBN 8085824302.

Pro hodnocení růstu dětí jsou užívány růstové percentilové grafy, které umožňují dlouhodobé sledování výšky postavy konkrétního jedince a následné hodnocení zohledňující interpersonální odlišnosti. Výška se pravidelně zapisuje do grafu a průběh hodnot tvoří růstovou křivku, která zařazuje dítě do růstového pásma. Náhlé vychýlení mimo pásmo, ve kterém se jedinec nachází, pak značí patologii růstu. Tyto percentilové grafy růstu byly sestaveny podle národních referenčních studií a pásmo normy je sestaveno dle Gaussovského rozložení hodnot. Současným podkladem pro tvorbu těchto grafů je celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže z roku 2001 [6]. Dlouhodobé a opakované sledování výšky umožňuje sledování a hodnocení růstového tempa. Růstové tempo lze opět zanášet do grafů růstové rychlosti umožňujících rychlé posouzení vývoje. Další částí hodnocení růstu dětí je posouzení genetického růstového potenciálu. Výpočtem z výšky obou biologických rodičů získáme pásmo očekávané tělesné výšky dítěte v dospělosti. Nejobjektivnější metodou hodnocení tělesného vývoje je určení kostního věku dítěte. Standardní metodou určování je takzvaná metoda TW2, založená na hodnocení tvaru a velikosti osifikačních center dvaceti kostí ruky. [4][5][6]

Hodnocení vzniku sekundárních pohlavních znaků je podstatné pro celostní posouzení fyzického vývoje jedince, protože se jedná o další znaky tělesného zrání. Pro toto hodnocení je celosvětově užívána Tannerova stupnice, která popisuje tělesné měření vývoje primárních a sekundárních pohlavních znaků u dívek i chlapců. Sekundární pohlavní znaky se vytváří v období dospívání a u obou pohlaví zahrnují rozvoj pubického ochlupení a tvarové a výškové změny tělesného schématu způsobem typickým pro jednotlivá pohlaví. U chlapců začíná zrání reprodukčního systému zvětšováním varlat následovaným vývojem penisu a růstovým výšvihem.

4) UNIVERZITA KARLOVA, 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA, STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA a Kamil PROVAZNÍK. Manuál prevence v lékařské praxi. Souborné vydání. [Praha]: Fortuna, 2004. ISBN 80-7168-942-4.

5) LEBL, Jan a Hana KRÁSNIČANOVÁ. Růst dětí a jeho poruchy. Praha: Galén, 1996, 157 s. ISBN 8085824302.

6) VIGNEROVÁ, Jana. 6. celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže 2001, Česká republika: souhrnné výsledky. Praha: SZÚ, 2006, 238 s. ISBN 8086561305.

Pubické ochlupení vzniká dříve než ochlupení axilární a to přibližně mezi obdobím počátku zvětšování varlat a obdobím zvětšování penisu. Jako poslední zahajuje vývoj fasciální ochlupení a prohlubování hlasu v důsledku růstu hrtanu. V průběhu celé puberty dochází k formování postavy do typicky mužských tvarů, kdy nejpatrnějšími změnami je nárůst svaloviny a rozšiřování ramen. Tannerova stupnice hodnotí vzhled genitálu kategorizací do pěti skupin. Rovněž zahrnuje hodnocení vzhledu pubického ochlupení, avšak tato škála je již s menšími odchylkami společná pro obě pohlaví. [4][5]

Sexuální zrání u dívek většinou začíná vývojem prsů, jejichž vzhled ve smyslu tvaru a velikosti můžeme hodnotit taktéž pomocí Tannerovy stupnice, zařazením do jedné z pěti skupin. Tento růst je dán zejména prodlužováním a ztlušťováním vývodů mléčné žlázy v důsledku působení estrogenů. Následuje růstový výšvih a redistribuce tělesného tuku, rozšiřování pánve s následným vývojem pubického a nakonec axilárního ochlupení. Jako poslední objevující se znak sexuálního vývoje dívek lze označit menarché, které nastupuje přibližně dva až dva a půl roku po prvním rozvoji prsů. Nástup vývoje jednotlivých znaků je nejčetnější ve výše popsaném pořadí, avšak je třeba počítat s interpersonálními odchylkami, které ještě nemusí značit patologický stav. Doba vývoje jednotlivých znaků nekoresponduje s časem nástupu jejich zrání. [4][5]

1.2. Sekulární akcelerace

Jako sekulární akceleraci označujeme trend nižšího průměrného věku nástupu puberty oproti předchozím stoletím. Tento trend zahrnuje změny v rychlosti zrání i odlišné hodnoty dosahované dospělé výšky. Informace se získávají srovnání antropometrických údajů z celostátních šetření u dětí a mládeže. Poslední Celostátní antropometrický výzkum dětí a mládeže pochází z roku 2001 a potvrzuje trend sekulární akcelerace, ale i jeho

4) UNIVERZITA KARLOVA, 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA, STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA a Kamil PROVAZNÍK. Manuál prevence v lékařské praxi. Souborné vydání. [Praha]: Fortuna, 2004. ISBN 80-7168-942-4.

5) LEBL, Jan a Hana KRÁSNIČANOVÁ. Růst dětí a jeho poruchy. Praha: Galén, 1996, 157 s. ISBN 8085824302.

postupné doznívání. Například doba dosažení maximální dospělé výšky u chlapců se nyní nachází mezi 17. a 18. rokem, zatímco v 19. století tomu bylo v průměru okolo 23. roku života. U dívek je velmi znatelný rozdíl v průměrném věku menarché, který ze 17 let klesl na 13. rok věku. Tyto současné hodnoty jsou pravděpodobně optimálním rozvojem genetických předpokladů, na němž se podílí stoupající životní úroveň. V posledních obdobích dochází ke zpomalení sekulárního trendu, což značí vyčerpání genetických rezerv, které byly dány nepříznivými podmínkami ovlivňujícími pubertální vývoj.[2][4][5][6]

1.3. Základní lidské potřeby

Základní lidské potřeby jsou přirozené potřeby pro existenci člověka a jejich nenaplňování, je rizikovým faktorem pro rozvoj poruch zdraví, u dětí a dospívajících zároveň zvyšuje riziko poruchy vývoje na všech úrovních.

Základní potřeby se člení do pěti kategorií dle Maslowova modelu lidských potřeb. Potřebami nejnižšího řádu jsou fyziologické potřeby nutné k přežití jedince. Následují potřeby bezpečí, sounáležitosti a uznání. Potřebou nejvyššího řádu je pak potřeba seberealizace a sebenaplnění. Toto hierarchické uspořádání naznačuje princip plnění potřeb. Pro uspokojení potřeb nejvyššího řádu je třeba nejdříve uspokojit potřeby nižší, avšak tato hierarchie neplatí absolutně. [4][7]

1.4. Základní charakteristika období pubescence

Období pubescence zahrnuje fázi prepuberty i vlastní puberty a je tedy lokalizováno mezi jedenáctým a patnáctým rokem věku, jak je již zmíněno výše. Tato životní fáze má řadu specifik, která se pokusím stručně

---

2) VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 8071783080.

4) UNIVERZITA KARLOVA, 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA, STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA a Kamil PROVAZNÍK. Manuál prevence v lékařské praxi. Souborné vydání. [Praha]: Fortuna, 2004. ISBN 80-7168-942-4.

5) LEBL, Jan a Hana KRÁSNIČANOVÁ. Růst dětí a jeho poruchy. Praha: Galén, 1996, 157 s. ISBN 8085824302.

6) VIGNEROVÁ, Jana. 6. celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže 2001, Česká republika: souhrnné výsledky. Praha: SZÚ, 2006, 238 s. ISBN 8086561305.

7) HAVLÍNOVÁ, Miluše. Program podpory zdraví ve škole: rukověť projektu Zdravá škola. 2., rozš. vyd. Praha: Portál, 2006, 311 s. ISBN 8073670593.

shrnout. Zásadní proměnou zde prochází fyzická, psychická i sociální stránka dospívajícího a změny v těchto jednotlivých oblastech na sebe většinou navazují a vzájemně se indukují. Není to však pravidlem, protože dle literatury se je možné setkat i s případy, i když nepočetnými, kdy jedinec dovršuje vývoj náležící do období pubescence v jedné oblasti, avšak v oblasti druhé vývoj ještě nezačal. Psychické změny jsou v této životní fázi velmi značné, neboť dochází k proměně všech složek osobnosti jedince, změnám sebepojetí i rozvoje způsobů myšlení. Změna v sebepojetí je indukována nejen fyzickými změnami, které pubescent na svém těle sleduje, ale i změnami v sociální sféře. Okolí vnímá změny vzhledu dospívajícího a mění své postoje a chování vůči němu. Nepřijímá jej již pozitivně bez ohledu na jeho chování a navyšují se i očekávání v oblasti výkonu. Typické je přesvědčení o vlastní jedinečnosti, které působí až egocentricky. Tyto faktory vyvolávají potřebu změny sociálního statusu dítěte, což přímo souvisí s potřebou odpoutání se od rodiny. Rodina stále zůstává velmi významná, ale není již zcela určující pro chování pubescenta. Vytváří se potřeba větší identifikace sama sebe s vrstevníky. Změna role rodiny a změna v sociálním přijímání dospívajícího působí pocit ztráty starých jistot a potřebu nalezení nových. Odpoutání od rodiny je nutné k dosažení vyššího vývojového stupně v oblasti psychické a sociální a k rozvoji a upevnění nových kompetencí. Psychické odpoutání od rodiny doprovází změny v postojích k dřívějším autoritám. Autoritou přestávají být jak rodiče, tak i učitelé, nebo třeba trenéři. Sílí naopak vliv vrstevníků. To bývá zdrojem rozepří zejména v rodině. Vznik nových kompetencí a nové sociální pozice přináší jistoty, ale také potřebu tyto nové životní role neustále potvrzovat a to jak před okolím tak i před sebou samým. Vliv zde mají i další okolnosti specifické tomuto věku, jako ukončení povinné školní docházky a volba budoucího povolání. Dochází i ke vzniku prvních zamilování a partnerských vztahů, které mají vliv na další vývoj jedince. Mění se způsob myšlení, jedinec začíná být schopen abstrakce, kterou v průběhu dospívání rozvíjí. Novinkou je nabývání schopnosti formálních logických operací, umožňující právě zmíněné uvažování ve variantách. Zde opět nacházíme zdroj rodinných rozepří,

protože pubescent již nebere získané informace jako absolutně pravdivé a dané, ale chce o nich diskutovat a polemizuje nad nimi. Toto chování je pak často bráno rodinou i vychovateli jako nekázeň a vzdorovitost. Emoční labilita typická pro pubescenty může být odrazem hormonálních změn, které ovlivňují funkci CNS a výše uvedených ztrát jistot a potřeby nabytí nové stability. Veškeré změny působí na jedince jako stresový faktor a je-li stres nepřiměřený, nebo působí-li na jedince nezralého, vyvolává obranné reakce, v krajních případech až stagnaci psychického vývoje a vznik patologií. Obraných reakcí, které může pubescent, ale obecně dospívající využít je řada, avšak zřejmě nejhorší dopad má tendence usilovat o návrat do dětství, tedy do období jistot. Tento návrat může snadno přerůst právě v patologickou stagnaci a poruchy psychického a sociálního vývoje. Proměny a jejich význam jsou různě chápány v závislosti na výchozí teorii. Uvedu zde tři teorie nejpodstatnější. [2][3][8]

První teorii definoval Sigmund Freud, který označil období pubescence jako genitální stadium, vyznačující se oživením sexuálního pudu, avšak na nové úrovni, kdy jedinec hledá uspokojení svých potřeb již mimo rodinu. Popisuje také změnu vztahu od egocentrické snahy o čisté uspokojení sebe sama po vyváženější vztah se snahou také uspokojení poskytovat a ne jen přijímat. [2]

Druhou teorii zastávala Anna Freudová, která oproti teorii svého otce, považovala toto stadium za podstatnější pro vhodné psychické dozrávání. Jako hlavní charakteristiku označila konflikt mezi id a egem vyúsťující v poruchu osobnostní rovnováhy s nárůstem pudových tendencí. [2]

Třetí teorii představuje Erik Erikson, který označuje období dospívání jako stadium identity. Další dělení tohoto stadia je na stadium sociální a osobní identity. Stadium sociální identity odpovídá pubescenci a vyznačuje se potřebou ztotožnění s vrstevnickou skupinou. Jako riziko uvádí moment,

---

2) VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 8071783080.

3) LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie. Praha: Grada, 1998, 343 s. Psyché (Grada). ISBN 807169195X.

8) ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. Dětská klinická psychologie. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 603 s. Psyché (Grada). ISBN 8024710498.

kdy dojde ke ztrátě místa ve skupině a v reakci na to k návratu závislosti na rodině. [2]

1.5. Základní charakteristika období adolescence

Jako adolescenci označujeme druhou fázi dospívání následující po pubescenci. Z hlediska psychosociologie začíná adolescence po ukončení procesu citové emancipace od rodiny, což vede i ke zklidnění vtahů v rodině. Rozdílné pohledy na ukončení adolescentního období mají biologie, psychologie a sociologie. Biologie uznává jako konec dospívání ukončení tělesného růstu a zrání, což přibližně odpovídá období obecně uznávanému z hlediska psychologie. Sociologie se však názorem poměrně odlišuje, neboť nachází a sleduje prvky adolescentních vztahů a chování i v pozdějším věku. Hranice je tak poměrně nejasná. [2][3][8]

Adolescentní období časem nových zážitků a prožitků. Ukončení povinné školní docházky může u některých jedinců spadat do adolescentního období. Na druhém konci adolescence se nachází ukončení středoškolského nebo učňovského vzdělávání a nástup do prvního zaměstnání. První zaměstnání může být zdrojem ekonomické samostatnosti, což je jedním z důkazů dospělosti dle psychologie. Nová škola, příprava na budoucí povolání a první povolání je zdrojem řady podnětů, zejména v oblasti vrstevnických kontaktů. Význam vrstevníků je silnější než době pubescence. Partnerské vztahy, které adolescent vytváří, jsou již zralejšího charakteru, než v období pubescentním a často dochází k prvnímu pohlavnímu styku. Novým podnětem je také dosažení plnoletosti, což posiluje snahu o získání nového postavení ve společnosti a nových kompetencí. Mění se i pohled na životní styl a názory rodinných příslušníků, kde již není patrná pubescentní nechuť k akceptaci těchto postojů, ale spíše ignorance ze strany adolescenta. V tomto období se vyskytuje i tendence usilovat o tvorbu vlastní kultury, při

2) VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 8071783080.
3) LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie. Praha: Grada, 1998, 343 s. Psyché (Grada). ISBN 807169195X.
8) ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. Dětská klinická psychologie. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 603 s. Psyché (Grada). ISBN 8024710498.

snaze o upevnění nových kompetencí. Pozornost je více směřována na tělo a jeho úpravu, protože sociální status je vázán na atraktivitu. Atraktivita je dána obecně přijímanými formami krásy, kde velký význam má vliv médií. [2][3][8]

V oblasti způsobů myšlení a výkonu dochází k dalšímu vývoji. Formální logické operace osvojené již v pubescenci se dále rozvíjejí. Maxima dosahuje flexibilita v uvažování, která však není ovlivněna zkušeností. To způsobuje často extrémní názory a způsoby jejich vyjadřování. Obtíže pak působí střet s realitou a to i v oblasti vzdělávání. Míra vzdělání jasně neurčuje sociální status a ekonomické zajištění, jak dospívající v pubescenci předpokládal. Snižuje se tedy často školní výkon na minimum, postačující k dokončení studia, nebo pro dosažení oprávnění k výkonu určitých profesí. Škola je tedy vnímána jako nutné zlo, stále však potřebné pro budoucnost. Dochází tak také k dokončování postojů a osobních strategií, které budou v dospělosti aplikovány v řadě oblastí jako v mezilidských vztazích, pracovním výkonu a v oblasti sebehodnocení. Výkon se však již stává hodnotou a základní postoje, které může adolescent začít zastávat, jsou dva. První z nich je snaha o maximální výkon a riskování, které může vést k dosažení většího úspěchu, než strategie druhá, založená na pasivním přístupu, ale bez ohrožení dobytých jistot. Ke konci adolescence si již jedinec začíná uvědomovat svou průměrnost a klesá tak potřeba individuálně se projevovat a odlišovat. Mění se tak sebepojetí, které se stává realističtějším, i volba vzorů. Opět se mohou vzory ve volbě životního stylu a názorech stávat rodinní příslušníci, jako reprezentanti známých a akceptovatelných hodnot. Dívky se začínají definovat spíše na základě svých sociálních vztahů, než přímo vlastnostmi, a nově u nich vzrůstá potřeba dlouhodobějšího a hlubšího partnerského vztahu. Objevovat se mohou již první známky touhy po dítěti tedy potřeba vztahu, ve kterém je druhý člen závislý. Chlapci se definují

2) VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 8071783080.
3) LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie. Praha: Grada, 1998, 343 s. Psyché (Grada). ISBN 807169195X.
8) ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. Dětská klinická psychologie. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 603 s. Psyché (Grada). ISBN 8024710498.

svými kompetencemi, výkonem a podle dosaženého sociálního postavení. Toto období je však stále plné stresových faktorů a jako takové, může vyvolat podle E. Eriksona touhu po návratu do mladšího věku. Stává se tak v momentě, kde adolescent posuzuje dospělost jako náročné a neatraktivní životní období. Odkládání nástupu dospělosti z těchto důvodů pak označuje psychosociální moratorium. [2][3][8]

2. Životní styl

2.1. Životní styl, životní způsob, životní sloh

Chceme-li popsat životní styl určité skupiny, je nutné definovat jak tuto skupinu, tak životní styl. Ve snaze o popis oblastí, které životní styl zahrnuje, je vhodné tento pojem odlišit od výrazů jako životní způsob a životní sloh. Může se zprvu zdát, že tyto pojmy jsou synonymy a do jisté úrovně zkoumání je lze za synonyma považovat. Ve chvíli, kdy je však potřebné uvést obsah těchto označení, je třeba vzájemně je odlišit. Možností, jak lze z hlediska sociologie tuto problematiku uchopit, je více a vzájemně se liší jednotlivými definicemi i strukturou rozdělení. První variantou je pojetí jednotlivých výrazů jako synonym, jak jsem již uvedla. Druhá varianta, ve snaze o obsahovou diferenciaci, nabízí dva různé směry pojetí a vzájemného vtahu mezi pojmy životní styl a životní způsob, ale pojem životní sloh je od obou možností jasně oddělen. Životní sloh v podstatě vytvořil architekt Karel Honzík a definoval jej jako soustavu „*vzájemně vztažených forem, jimiž se projevuje život lidské společnosti v určité historické situaci*"[9]. První směr vnímá životní styl a způsob jako souřadné jednotky. Životní způsob zde nabývá sociálně-ekonomického rozměru a životní styl kulturologického rozměru. Druhý směr považuje životní způsob za obecnější pojem a životní styl za podřazené konkrétnější vyjádření životního způsobu vztaženého

2) VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 8071783080.
3) LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie. Praha: Grada, 1998, 343 s. Psyché (Grada). ISBN 807169195X.
8) ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. Dětská klinická psychologie. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 603 s. Psyché (Grada). ISBN 8024710498.
9) HONZÍK, Karel. Co je životní sloh. Praha: Československý spisovatel, 1958, 103 s., 3 příl. Otázky a názory (Československý spisovatel).

k určité jednotce, tedy jednotlivci nebo skupině. Tímto však výčet variant nekončí. I zde se nachází dvojí pojetí životního stylu. Životní styl může nabýt dvou konkrétních významů, kdy jeden tento význam dále upřesňuje vztah mezi životním způsobem a stylem. Životní způsob je tak kvantitativním souhrnem jeho složek a životní styl pak systémem, charakterizovaným vazbou a vnitřní koherencí těchto složek a je vztažen k jedné osobě. Pro potřeby této práce je však vhodné užít výklad druhý, který považuje životní styl za typické společné rysy životního způsobu několika jedinců, patřících do určité sociální skupiny. [9][10][11]

Sociální skupiny obvykle zahrnují jedince, kteří se vzájemně znají a mají mezi sebou sociální vztahy. Chceme-li se ale zabývat popisem životního stylu teenagerů, je jasné, že musíme ustoupit od tohoto pojetí sociální skupiny a pojmenovat sociální skupinou množinu osob, které se vzájemně nemusí znát, ale svým životním stylem jsou si blízcí, protože zde existuje reálný faktor ovlivňující životní styl, který je jim společný. Veškeré závěry i definice týkající se takové sociální skupiny budou vždy jistým statistickým zobecnění empiricky získaných dat a tedy částečně i simplifikací konkrétní problematiky. Toto pojetí nám však dává lépe uchopitelnou jednotku jako subjekt, jehož konkrétní životní styl lze studovat. [9][10][11]

2.2. Vrstevnické skupiny a jejich význam

Sociální skupiny, které vytváří dospívající jedinci, jsou vymezeny svou dobrovolností, přítomností jen vrstevníků, orientací na volnočasové aktivity a absencí kontroly dospělých. Význam nachází zejména v procesu socializace, tedy v procesu „*při němž si jedinci osvojují pravidla chování, soubor názorů, hodnot a postojů s cílem stát se plnohodnotnými členy společnosti*" [12]. Proces

9) HONZÍK, Karel. Co je životní sloh. Praha: Československý spisovatel, 1958, 103 s., 3 příl. Otázky a názory (Československý spisovatel).
10) DUFFKOVÁ, Jana, Lukáš URBAN a Josef DUBSKÝ. Sociologie životního stylu. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008, 237 s. Vysokoškolské učebnice (Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk). ISBN 9788073801236.
11) KUBÁTOVÁ, Helena. Sociologie životního způsobu. Praha: Grada, 2010, 272 s. Sociologie (Grada). ISBN 9788024724560.
12) SMOLÍK, Josef. Subkultury mládeže: uvedení do problematiky. Praha: Grada, 2010, 281 s. ISBN 9788024729077.

socializace je však celoživotním pochodem, u kterého nacházíme dva základní zdroje. Primárním socializačním zdrojem je rodina, jejíž působení je nejvýraznější v dětství. Za sekundární zdroj pak můžeme označit právě vrstevnické skupiny, jejichž význam sílí s procesem dospívání. Jak již bylo řečeno v první kapitole této práce, skupiny zároveň poskytují dospívajícím určité nové jistoty, pro které jsou vyhledávány. Staré dětské jistoty byly ztraceny, což vyvolává výrazný pocit nejistoty, proto může být alespoň částečnou útěchou nalezení nových. Podstatou je pocit přijetí skupinou, identifikace na základě některých společných názorů, postojů a zájmů. To umožňuje vytvoření nové vrstevnické identity, která tak pomáhá dospívajícímu ve snaze definovat sám sebe. Vrstevnická skupina zároveň dává jedinci prostor pro testování, dobývání a obhajování svých nových kompetencí a sociálního postavení. Tyto zkušenosti jsou pak podkladem pro sociální chování v dospělosti. Jednotlivé vrstevnické skupiny jsou často postaveny na bázi subkultur mládeže. Pravidla platná v jednotlivých subkulturách jsou jasně dána a respektována členy všech vrstevnických skupin, které lze pod konkrétní subkulturu řadit, ale v rámci skupiny jsou pravidla dále upravována a definována přímo jejími členy. Proto by sledování životního stylu jednotlivých vrstevnických skupin vedlo ke vzniku popisu mnoha odnoží určité subkultury, ale tyto informace by velmi rychle přicházely o aktuálnost, neboť pravidla se mění s přítomností konkrétních členů. Z tohoto důvodu je snazší a přínosnější sledovat životní styl určité subkultury mládeže, tedy struktury nadřazené vrstevnické skupině, jejíž stálost v čase je větší. [12][13]

2.3. Subkultury mládeže

2.3.1. Subkultura a styl

Společným znakem většiny subkultur mládeže je zamítavý postoj k názorům a hodnotám dospělých, tedy mainstreamové společnosti. Tento,

12) SMOLÍK, Josef. Subkultury mládeže: uvedení do problematiky. Praha: Grada, 2010, 281 s. ISBN 9788024729077.

13) 518, Vladimir a Karel VESELÝ. Kmeny: současné městské subkultury. V Praze: Bigg Boss & Yinachi, 2011. ISBN 9788090397323.

téměř odpor, je často prezentován formou symboliky, která má vzájemně odlišit subkulturní menšinu mládeže od většiny dospělých. Symboly jsou však užívány i pro odlišení jednotlivých subkulturních směrů vzájemně a lze si všimnout, že čím výraznější je odlišnost symbolů, tím výraznější je i odlišnost názorová a hodnotová. Zřejmě nové kompetence a nové sebepojetí vybízí dospívající k výraznému prezentování svých často velmi vyhraněných názorů. Nejnápadnější formou je právě využití symboliky v oblékání a úpravě zevnějšku. Vzhledem k tomu, že pro dospívající je sociální status často vázaný právě na vzhled, je celkem pochopitelné, že tato forma sebeprezentace je užívána nejčastěji. Další možností je provozování specifických způsobů vystupování a komunikace. V rámci vystupování je možné užívat například různé typy chůze, výrazy tváře a v komunikaci pak nalézáme specifický argot, tedy slovní zásobu a způsob projevu. Tyto symboly a znaky jsou většinou nazývány stylem. Nejedná se však o styl ve smyslu životního stylu ale o styl sebeprezentace. [10][12]

Mládežnické subkultury jsou často spojovány se sociálně patologickými jevy, kam lze ještě zařadit i syndrom rizikového chování, ale i další jevy jako vypjatý feminismus, prostituci a další. Častý výskyt má agrese, jako vyhraněné chování, které je směřováno proti mainstreamu nebo proti jiné subkultuře. Lze tedy užít jistou typologii, například podle vztahu subkultury k násilí, zda agresi podporuje nebo odsuzuje, ale i dle řady dalších parametrů jako je společenská přijatelnost subkultury, rozšířenost, existence větších odnoží, politická angažovanost, společenská angažovanost a také podle vztahu k užívání návykových látek. [12]

2.3.2. Hiphopeři

Subkultura hiphoperů je založená na hudebním stylu hip hop, avšak přesahuje i do dalších dimenzí života jejích příslušníků. Typická je úprava zevnějšku, kde jsou standardem čepice se širokým rovným kšiltem, volné

10) DUFFKOVÁ, Jana, Lukáš URBAN a Josef DUBSKÝ. Sociologie životního stylu. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008, 237 s. Vysokoškolské učebnice (Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk). ISBN 9788073801236.

12) SMOLÍK, Josef. Subkultury mládeže: uvedení do problematiky. Praha: Grada, 2010, 281 s. ISBN 9788024729077.

kalhoty nošené s rozkrokem co nejníže a trička, mikiny a bundy v nadměrných velikostech. Výše popsané oblečení, je však více typické pro chlapce, dívky nemají tak jasně vymezeny požadavky na vzhled a lze se tedy setkat s různými variantami. To může být dáno tím, že v hiphopu se můžeme často setkat se sexistickým pohledem na ženy, který hudebníci povětšinou podporují a také tím, že autorek hiphopové hudby není mnoho, tedy jasnou převahu ve vytváření vzoru zde mají muži. Největší symbolický význam však zůstává čepicím, které nosí jak chlapci, tak dívky. Jedná se o typické poznávací znamení hiphoperů. Čím je ona kšiltovka zajímavější, originálnější a samozřejmě s označením vhodné značky, tím se zvyšuje obdiv okolí k jedinci. Hiphopová kultura zahrnuje pět zdánlivě nesouvisejících činností, kterým příslušník této subkultury fandí, nebo je provozuje aktivně. Jedná se o beatbox, rap, breakdance, graffiti a DJing. Nejedná se tedy pouze o hudební a oděvní vkus členů, ale i o jistý životní styl. Vzorem hiphoperům jsou převážně autoři hiphopové hudby, kteří se tradičně prezentují jako odchovanci ulice, lidé s ostrými lokty a trestnou minulostí. Působí tak jako vyvrhelové společnosti, kteří jsou však na svůj status pyšní. To je pravděpodobně největším lákadlem pro mládež, která se i pro to k hiphoperské subkultuře přidává. Životní styl tak může zahrnovat trestnou činnost a vandalství, zejména ve formě graffiti, ale i převážně pozitivní pohled na užívání drog, zejména na marihuanu. Marihuana zde má téměř výsostné postavení a je vedle alkoholu vnímána, jako běžně užívaná látka. Hiphoperská subkultura má i vlastní slang, který se vyznačuje častým užíváním vulgarismů a anglických výrazů. [13][14]

2.3.3. Meatheads

Výraz meatheads je anglického původu a vznikl složením dvou slov a to meat, tedy česky maso, a head, neboli hlava. Tímto spojením vzniklo označení pro skupinu mládeže a mladých dospělých, kteří se intenzivně

13) 518, Vladimir a Karel VESELÝ. Kmeny: současné městské subkultury. V Praze: Bigg Boss & Yinachi, 2011. ISBN 9788090397323.

14) ORAVCOVÁ, Anna, KOLÁŘOVÁ, Marta (ed.). Revolta stylem: hudební subkultury mládeže v České republice. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2011. Sociologické aktuality. ISBN 9788074190605.

věnují sportovním aktivitám a cvičení je jejich životním stylem. Meatheads tedy lze volně překládat jako maso v hlavě, výstižněji však jako sval místo mozku. Tuto subkulturu lze dále dělit na tři podskupiny, kde první označujeme jako skupinu kulturistů a wannabe bodybuilderů. Tento směr se vyznačuje snahou o maximální estetiku těla, které je podřízena jakákoliv každodenní aktivita. Kulturisté trénují své svaly pro vzhled a ideálem je vyrýsovaná postava s velkým objemem svalů, opálenou kůží a bez ochlupení. Kromě dlouhodobého pravidelného tréningu vyžaduje tento směr i úpravu jídelníčku, kde jsou výrazně zastoupeny bílkoviny a jídlo je přijímáno pravidelně v intervalech maximálně tří hodin. Ve snaze maximalizovat výsledek cvičení je obvyklé i užívání řady doplňků potravy. Pití alkoholických nápojů je výrazně omezeno, ale často se lze setkat s užíváním nelegálních steroidních látek převážně injekčně podávaných do svalu, ale i perorálně přijímaných s celkovým účinkem na tělo. Druhou skupinu tvoří takzvaní lifteři, silový trojbojaři či jednoduše silovkáři. Jejich cvičební program se již nesoustřeďuje na tvarování těla pro estetický dojem, ale na svalovou sílu ve třech poměřovaných cvicích. Tréning je tak zúžen pouze na dřep, bench press a mrtvý tah. Strava není nijak limitována a ve zvýšené míře se zde můžeme setkat s tetováním. Poslední skupinou jsou příznivci funkčního tréningu. Cvičení je zaměřeno na rozvoj všech svalových skupin, maximální sílu, obratnost, výdrž a výbušnost. Cílem je dosažení maximální fyzické kondice. Výživa není opět nijak výrazně omezena, avšak častým jevem je držení alternativních stravovacích diet. [13]

2.3.4. Hráči počítačových her

Subkultura hráčů počítačových her je založená na náklonnosti k těmto hrám, kterou její členové sdílí. Subkulturu lze dále rozdělit na několik směrů a to podle herní konzole, podle typu hraných her a také podle formy her. Jako typy her lze rozeznávat například hry založené na střílení, na strategii, RPG tedy role playing game a řadu dalších. Některé typy her zvláště realisticky

13) 518, Vladimir a Karel VESELÝ. Kmeny: současné městské subkultury. V Praze: Bigg Boss & Yinachi, 2011. ISBN 9788090397323.

zobrazují násilí a mohou tedy nepříznivě působit na vnímavého jedince. Za základní dvě formy her lze považovat hru jednoho hráče ve virtuálním světě, nebo hru více hráčů najednou například přes internet. Obecně lze předpokládat větší závislostní tendence u hráčů zaměřených na hry, které umožňují vzájemnou komunikaci a hru více jedinců současně. Sociální složka zde pak působí jako další motivační prvek pro hraní. Virtuální realita často vtáhne hráče mimo fyzický svět natolik, že je schopen zanedbávat nebo nevnímat vlastní tělesné potřeby, jako nutnost spánku i hlad a žízeň, během hry. Velkým rizikem u pravidelných hráčů je také ztráta schopnosti, byť třeba jen částečná, rozlišovat realitu od virtuálního světa. Samotné hraní může, jak jsem již zmínila, vykazovat známky závislosti, jako touhu po hře a zanedbávání jiných aktivit. Nelze opomenout ani finanční zátěž, kterou mohou některé hry působit. Životní styl hráčů počítačových her obvykle vyniká nedostatkem fyzické aktivity. Nutno však podotknou, že počítačové hry mohou být v některých oblastech i přínosné. Jako příklad přínosu lze jmenovat rozvoj strategických myšlenkových pochodů, nebo třeba postřeh. [12][13]

2.3.5. Hipsteři

Subkulturu hipsterů lze považovat za nově se rozvíjející trend, ke kterému se hlásí, nebo spíše nehlásí, stále více mládeže. Ač se nejedná o zcela novou subkulturu, změna jejího pojetí v posledních letech lákala zejména mladé dospělé. Nyní se k ní přidávají i teenageři, pravděpodobně ve snaze o simulaci vyššího věku a dospělosti. Základní myšlenku dnes tvoří maximální originalita a striktní odsouzení nejen mainstreamových směrů, ale i subkultur. To je důvodem, proč se členové hipsterské subkultury k hipsterství v podstatě nehlásí. Výraz hipster pak pro ně nabývá až pejorativního významu. Tato snaha o absolutní individualismus se odráží ve volbě hudebních žánrů, stylu oblékání, úpravě zevnějšku, v životním stylu

12) SMOLÍK, Josef. Subkultury mládeže: uvedení do problematiky. Praha: Grada, 2010, 281 s. ISBN 9788024729077.
13) 518, Vladimir a Karel VESELÝ. Kmeny: současné městské subkultury. V Praze: Bigg Boss & Yinachi, 2011. ISBN 9788090397323.

a zejména v názorech. Společným znakem se tak nestává pouze snaha o individualismus, ale až ironický pohled na dnešní společnost. V oblékání lze sledovat preferenci velmi úzkých kalhot, flanelových košil a doplňků v retro stylu. Jedná se tak často o velmi nesourodou směs, která symbolizuje pohrdání současným světem a zároveň umožňuje odlišení hipstera od jiných subkultur. Nezřídka se můžeme setkat i s unisexovým stylem, který neklade důraz na odlišení stylů oblékání mužů a žen. Velký důraz je kladen na vzdělanostní a umělecké schopnosti jedince. Životní styl často nese známky inklinace k alternativám a to jak ve stravování, tak i v dalších sférách. Ekologický přístup jako odpor proti konzumu se nachází jak v opětovném užívání již použitých věcí, tak v preferenci stylu založeném na minimalizování uhlíkové stopy. Snahou hipstera tak je být vnímán okolím jako unikátní intelektuál a umělec, s bohatým vnitřním životem, neokázalým dobrým vkusem a velmi specifickým životním stylem, který odmítá materiální přístup k životu. Za riziko této subkultury lze považovat onu tendenci k alternativním výživovým směrům, které často nejsou vhodné pro dospívající. Sledovat lze také inklinaci k tělesným modifikacím, jako způsob odlišování sebe od většinové společnosti. Tělesné modifikace lze již považovat za určitou formu sebepoškozování a to zvláště u extrémních případů. Subkultura hipsterů se velmi rychle mění, protože v momentě, kdy je nějaké jednání nebo projevování společné většímu množství osob, je jimi samými považováno za neakceptovatelné. [13][15][16][17]

2.3.6. Skejťáci

Základním společným rysem jedinců hlásících se k subkultuře skejťáků je záliba v jízdě na skateboardu. Tato sportovní aktivita se odráží

13) 518, Vladimir a Karel VESELÝ. Kmeny: současné městské subkultury. V Praze: Bigg Boss & Yinachi, 2011. ISBN 9788090397323.

15) Lachmann, Filip. Řekni mi že jsem hipster ještě jednou. Socialní teorie. [Online] 9. Únor 2013. [Citace: 20. Květen 2016.] http://socialniteorie.cz/rekni-mi-ze-jsem-hipster-jeste-jednou/.

16) Parasuco, Trey. Urban Dictionary: hipster. Urban Dictionary. [Online] 22. Listopad 2007. [Citace: 20. Květen 2016.] http://www.urbandictionary.com/define.php?term=hipster.

17) SOUKUP, Martin. Tělo: čichat, česat, hmatat, propichovat, řezat. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2014. Antropos (Pavel Mervart). ISBN 9788074651083.

i ve stylu oblékání, který může připomínat styl hiphoperů. Kalhoty jsou volné, stejně tak vrchní části oděvu. Velké oblibě se rovněž těší čepice s kšiltem, které zde již však nemají natolik výraznou symboliku. Svoji symboliku má ale obuv, kterou je typicky široká botaska se zesíleným jazykem a s neupraveně působícím vázáním. Hlavními vzory skejťáků jsou známí a úspěšní sportovci v jízdě na skateboardu. Tento sport vznikl jako zábavná činnost amerických dětí ulice a tak se zde vyskytují hojně anglické výrazy v mluvě. Rizikem této subkultury může být inklinace jejích členů k užívání marihuany a kouření cigaret, dále drobná kriminalita, která je však spíše vyjádřením životního postoje než potřeby, tedy více ve smyslu vandalství a přestupků. Samotná sportovní aktivita pak zvyšuje pravděpodobnost úrazů. [13][18]

2.4. Nové trendy životního stylu

Způsob života v civilizované společnosti zaznamenal během posledních let řadu výrazných proměn. S postupem vědeckého zkoumání, začínají být lidské životy stále více ovlivňovány zejména technickým pokrokem. Stroje již neslouží pouze ke zvýšení produktivity v průmyslové sféře, ale ulehčují běžný denní život jedince. Dnes si již málokdo dokáže představit život bez moderních vymožeností, které usnadňují vzájemnou komunikaci, práci a které se staly i způsobem zábavy, ale přinášejí i mnohá rizika. [11][19][20]

Zcela zjevným faktem je, že moderní technologie umožňují pohodlnější život. Tento pohodlnější život však snižuje nutnost každodenního pohybu, což přispívá k rozvoji řady civilizačních chorob. Stále více

11) KUBÁTOVÁ, Helena. Sociologie životního způsobu. Praha: Grada, 2010, 272 s. Sociologie (Grada). ISBN 9788024724560.

13) 518, Vladimir a Karel VESELÝ. Kmeny: současné městské subkultury. V Praze: Bigg Boss & Yinachi, 2011. ISBN 9788090397323.

18) POSPÍŠILOVÁ, Jana (ed.). Rajče na útěku: kapitoly o kultuře a folkloru dnešních dětí a mládeže s ukázkami. Brno: Doplněk, 2003. ISBN 8072391461.

19) Fleissigová, Marie. Obezitolog doc. Vojtěch Hainer varuje: Podstatou člověka není auto a počítač. VITA NOSTRA REVUE, Časopis Univerzity Karlovy v Praze, 3. lékařské fakulty. Praha: 3 lékařská fakulta, 2002, 104 s. stránky 67-69(25.5.2016). ISSN 1212-5083.

20) MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. Výchova ke zdraví: zdraví a prevence, životní styl - problémy a rizika, dospívání a zdravotní problémy. Praha: Grada, 2009, il. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024727158.

problematickými se zdají být sedavá zaměstnání, která člověku nejsou příliš přirozená. Tato několikahodinová hypoaktivita působí nepříznivě na zdraví a snahou o vyvážení by tak mělo být trávení volného času aktivně. U řady teenagerů se však dnes setkáváme spíše s opačným postojem a to vybíráním sedavých volnočasových aktivit. Sledování televize jako způsob zábavy jistě nelze považovat za vhodnou činnost, zvláště je-li pravidelné a časově delší. Za tolerovatelný čas strávený denně před televizní obrazovkou lze považovat maximálně dvě hodiny [21]. Výzkum realizovaný v rámci mezinárodní studie HBSC poukazuje na fakt, že podíl dětí a mládeže trávící ve volném čase před televizí více než dvě hodiny denně stoupá a v roce 2010 takto konalo 55% dívek a 60% chlapců ve věku 11 až 15 let [22]. Pro patnáctileté české chlapce byla zjištěna hodnota 65%, pro dívky 59%. Ze skupiny třináctiletých sleduje denně televizi dvě a více hodin 62% chlapců a 58% dívek. Z věkové kategorie jedenáctiletých se pak k tomuto jednání doznalo 62% chlapců a 48% dívek [23]. Ke sledování televize se dnes přidávají i počítačové hry, jejichž obliba stále stoupá, což dokládá i samotný vnik novější subkultury hráčů počítačových her. Komunikace je dnes také doménou počítačů a telefonů a o řadu domácích prací se také postarají stroje. Lze tedy hovořit o stále se rozvíjejícím trendu sedavého způsobu života. Mimo jiné, se můžeme nově

21) American Academy of Pediantrics. Policy statement: Children, Adolescent, and Television [Online]. Illinois: American Academy of Pediatrics,2001. [Citace: 25. Květen 2016.]. Pediatrics 107(2). ISSN 1098-4275. http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/107/2/423.full.pdf.

22) Hamřík, Zdeněk a Michal Kalman, Daniela Bobáková, Erik Sigmund. SEDAVÝ ŽIVOTNÍ STYL A PASIVNÍ TRÁVENÍ VOLNÉHO ČASU ČESKÝCH ŠKOLÁKŮ. [Online]. Olomouc a Košice: Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého a Lékarská fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, 2012, [Citace: 25. Květen 2016.]. Pohybová aktivita populace. http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1432570266.pdf

23) World Health Organization Regional Office for Europe. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC) STUDY: INTERNATIONAL REPORT FROM THE 2013/2014 SURVEY. UN City: WHO Regional Office for Europe, 2016. HEALTH POLICY FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS NO. 7 276s. ISBN 978 92 890 5136 1.

setkat i se závislostí na internetu nebo počítačových hrách, jako dopadech nadměrného a nekotrolovaného užívání počítače zejména dospívajícími. [11][19][20][21][22][23]

Reakcí na tento neaktivní životní styl je pak vzrůstající obliba alternativních životních stylů. Pod tímto pojmem můžeme vnímat subkultury meatheads, hipsterů, neohippies a další. Bez zaměření na subkultury však vidíme i měnící se postoje k výživě i medicíně. Důvěra v tradiční západní lékařství, založené na hledání převážně fyzických kauzálních souvislostí, zažívá jisté otřesy, jejichž důsledkem je stále častější vyhledávání jiných, často vědecky nedoložených způsobů léčby. V oblasti výživy stále sílí preference ekologicky získaných potravin a různé dietní omezení typu paleo a raw food. Tyto výživové odchylky jsou převážně založené na hledání způsobu stravování, který by mohl být tělu přirozenější než dnešní standardně technologicky a průmyslově upravené potraviny. [13][20]

Změnou prošly i motivy jednání. Cílem dnes již nebývá samotný aktuální prožitek a ani budoucí prožitek z aktuálního jednání pramenící, ale

11) KUBÁTOVÁ, Helena. Sociologie životního způsobu. Praha: Grada, 2010, 272 s. Sociologie (Grada). ISBN 9788024724560.

13) 518, Vladimir a Karel VESELÝ. Kmeny: současné městské subkultury. V Praze: Bigg Boss & Yinachi, 2011. ISBN 9788090397323.

19) Fleissigová, Marie. Obezitolog doc. Vojtěch Hainer varuje: Podstatou člověka není auto a počítač. VITA NOSTRA REVUE, Časopis Univerzity Karlovy v Praze, 3. lékařské fakulty. Praha: 3 lékařská fakulta, 2002, 104 s. stránky 67-69(25.5.2016). ISSN 1212-5083.

20) MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. Výchova ke zdraví: zdraví a prevence, životní styl - problémy a rizika, dospívání a zdravotní problémy. Praha: Grada, 2009, il. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024727158.

21) American Academy of Pediantrics. Policy statement: Children, Adolescent, and Television [Online]. Illinois: American Academy of Pediatrics,2001. [Citace: 25. Květen 2016.]. Pediatrics 107(2). ISSN 1098-4275. http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/107/2/423.full.pdf.

22) Hamřík, Zdeněk a Michal Kalman, Daniela Bobáková, Erik Sigmund. SEDAVÝ ŽIVOTNÍ STYL A PASIVNÍ TRÁVENÍ VOLNÉHO ČASU ČESKÝCH ŠKOLÁKŮ. [Online]. Olomouc a Košice: Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého a Lékarská fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, 2012, [Citace: 25. Květen 2016.]. Pohybová aktivita populace. http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1432570266.pdf

23) World Health Organization Regional Office for Europe. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC) STUDY: INTERNATIONAL REPORT FROM THE 2013/2014 SURVEY. UN City: WHO Regional Office for Europe, 2016. HEALTH POLICY FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS NO. 7 276s. ISBN 978 92 890 5136 1.

spíše sběr zážitků. Tento sběr s rozvojem sociálních sítí dostává další rozměr, kterým není jen možnost v pomyslném seznamu zážitků si jeden odšktnout jako prožitý, ale tuto činnost zdokumentovat a vystavit na internet. Dochází tak ke vzájemnému předhánění se teenagerů v zážitcích, které mohou prezentovat na sociální síti a které mění jejich sociální status. Trendem tedy je sběr zážitků, kdy nejvyšší pomyslnou hodnotu mají ty, které jsou nejhůře dosažitelné nebo až riskantní. To je jedna z variant vysvětlení hazardního jednání se zdravím u dnešní mládeže. [11][20]

3. Zdraví

„Zdraví člověka je v současném pojetí podle definice Světové zdravotnické organizace chápáno jako vyvážený stav tělesné, duševní a sociální pohody. Je utvářeno a ovlivňováno mnoha činiteli, jako způsob života, zdravotně preventivní chování, kvalita mezilidských vztahů, kvalita životního prostředí a dalšími. Zdraví je předpokladem pro aktivní a spokojený život a pro dobrou pracovní výkonnost.“ [20]

3.1. Determinanty zdraví

Zdraví je tedy stav, který podmiňují a ovlivňují dva základní typy faktorů a to vnitřní, tedy genetické, a vnější. Za vnější faktory považujeme životní styl, jehož vliv se zdá být nejsilnější, dále následuje životní prostředí a kvalita zdravotní péče[20]. Jiný pohled na faktory ovlivňující zdraví je dělí do čtyř základních skupin, determinantů, jejichž jednotky se mnohdy prolínají. Těmito determinanty jsou osobnostní, sociální, ekonomické a environmentální faktory. [24]

Světová zdravotnická organizace upřesňuje a pozměňuje jednotlivé determinanty a definuje je jako oblasti zahrnující sociální a ekonomické

11) KUBÁTOVÁ, Helena. Sociologie životního způsobu. Praha: Grada, 2010, 272 s. Sociologie (Grada). ISBN 9788024724560.

20) MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. Výchova ke zdraví: zdraví a prevence, životní styl - problémy a rizika, dospívání a zdravotní problémy. Praha: Grada, 2009, il. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024727158.

24) NUTBEAM, D. Health Promotion Glossary. Health Promotion International [online]. 1998, 13(4), 349-364 [cit. 2016-03-12]. DOI: 10.1093/heapro/13.4.349. ISSN 09574824. Dostupné z: http://www.heapro.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/heapro/13.4.349

prostředí, fyzické prostředí, individuální osobnostní charakteristiky a chování. Upozorňuje také, že tyto determinanty obsahují velkou řadu dílčích faktorů a jejich absolutní kontrola jednotlivcem, ve snaze určit svůj zdravotní stav, není možná. Příkladem neovlivnitelných faktorů jsou genetické predispozice k určitým onemocněním a také pohlaví, protože ženy a muži mohou trpět různými typy onemocnění v odlišném věku. Naopak individuálně ovlivnitelným faktorem je osobní chování a zvládání dovedností ve smyslu vyváženého stravování, provozování fyzicky přiměřených sportovních aktivit, management stresu a vyhýbání se užívání návykových látek jako je alkohol, kouření a další drogy. Dalším faktorem, který ovlivňuje zdraví pozitivně i negativně je zaměstnanost, která úzce souvisí s velikostí příjmů a sociálním postavením ve společnosti, ale také s mírou dosaženého vzdělání. Determinant fyzické prostředí zahrnuje řadu faktorů, které nejsou již tak snadno ovlivnitelné přímo jedincem, ale spíše příslušnými státními orgány ve snaze zlepšit zdravotní stav populace. Patří sem dostupnost dostatečného množství zdravotně nezávadné vody, kvalita ovzduší a řada dalších faktorů. Dostupnost zdravotnické péče má významný vliv na obnovení i udržení zdraví. [25][26][27]

Determinanty zdraví lze tedy rozdělit na přímo ovlivnitelné jedincem a celospolečensky ovlivnitelné politickými procesy. Na obě tyto oblasti se snaží působit Světová zdravotní organizace pomocí řady svých aktivit a zejména programem Zdraví 2020. Posledním projektem Ministerstva zdravotnictví ČR je Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, která je implementací programu Světové zdravotnické organizace a navazuje na Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu

25) Health Impact Assessment (HIA): The determinants of health. World Health Organization [online]. Geneva: WHO [cit. 2016-05-30]. Dostupné z: http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/

26) NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International [online]. 15(3), 259-267 [cit. 2016-03-17]. DOI: 10.1093/heapro/15.3.259. ISSN 14602245. Dostupné z: http://www.heapro.oupjournals.org/cgi/doi/10.1093/heapro/15.3.259

27) Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014, 36, [75] s. ISBN 9788085047479.

obyvatelstva ČR – Zdraví 21. Cílem uvedené strategie je vytvoření vhodného prostředí pro podporu zdraví populace, ale i edukační a motivační působení na jedince, ve snaze o převzetí osobní odpovědnosti za vlastní zdraví. [27]

Některé faktory ovlivňující zdraví jedince jsou ovlivnitelné jeho zvyklostmi a chováním, tedy jeho životním stylem. Vhodným životním stylem lze předcházet řadě civilizačních onemocnění. Tato onemocnění jsou v Evropě příčinou až v 77% případů úmrtí [28]. Do této skupiny onemocnění řadíme diabetes, obezitu, chronické onemocnění dýchacích cest, rakovinu, kardiovaskulární onemocnění a duševní choroby. [28]

3.2. Výživa

Velký význam v prevenci má stravování a volba potravin. Vhodná výživa by měla být sestavena na základě výživových doporučení s přihlédnutím k individuálním potřebám. Zcela základním parametrem je energetický příjem, respektive poměr mezi příjmem a výdejem energie. Je-li tento poměr nevyvážený, dochází k jednomu ze dvou procesů. Prvním je nárůst hmotnosti daný uložením přebytečné energie do tukových zásob, což při dlouhodobé disbalanci vede k nadváze, obezitě a negativnímu ovlivnění celkového zdraví. Opakem je snižování hmotnosti, které může vést k podvýživě a deficitu jednotlivých nutrientů. Obdobný malnutriční stav lze však vyvolat i v případě vysokého energetického příjmu a to nevyváženou a nepestrou stravou. Dalším významným parametrem je vyvážený příjem jednotlivých složek stravy, makro a mikronutrientů. Mezi makronutrienty řadíme sacharidy, lipidy a proteiny, jejichž vzájemný poměr jako zdrojů energie je doporučen na 45-65% pro sacharidy, 20-35% pro lipidy a 10-35%

27) Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014, 36, [75] s. ISBN 9788085047479.

28) Noncommunicable diseases. World Health Organization: Regional Office for Europe [online]. UN City: World Health Organization [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases

pro proteiny [29][30]. Neopomenutelnou složkou stravy je také vláknina, která bývá řazena mezi sacharidy, ač se nepodílí na energetickém příjmu. Její doporučený příjem pro pubescentní a adolescentní děti je 2,4g/den [31], který je vhodné pokrýt dostatečným obsahem zeleniny, ovoce, luštěnin a celozrnných výrobků ve stravě. Jako mikronutrienty označujeme minerály, vitamíny a stopové prvky a lze jej dále dělit na makro a mikroelementy v závislosti na doporučené denní spotřebě. Tyto složky stravy se nepodílí na energetickém příjmu. Celkový příjem energie i mikronutrientů je individuální, ale základní orientaci nám poskytuje publikace Společnosti pro výživu a Státního zdravotního ústavu „Zdravá školní svačina aneb uzdravme svůj školní automat i bufet“ z roku 2014. [29][30]

Tabulka 1 Doporučený denní příjem živin [30]

Energie (denní průměr kJ)	věk 13-14 let	věk 15-18 let
dívky	9400	10500
chlapci	11200	13000

Základní živiny	věk 13-14 let	věk 15-18 let
bílkoviny (g/kg/den) dívky	0,9	0,8
bílkoviny (g/kg/den) chlapci	0,9	0,9
sacharidy (g)	> 276-329	> 309-382
vláknina (g/1000 kJ)	2,4	2,4
tuky (g) dívky	< 76,2-88,9	< 85,1
tuky (g) chlapci	< 90,8-105,9	< 105,4

Nenasycené mastné kyseliny	věk 13-14 let	věk 15-18 let
Ω-6 (% energie)	2,5	2,5
Ω-3 (% energie)	0,5	0,5
Cholesterol (mg/4200kJ)	80	80

29) LUTZ, Carroll A, Erin MAZUR a Nancy A LITCH. Nutrition and diet therapy. Sixth edition. Philadelphia, Pennsylvania: F. A. Davis Company, 2011, 1 online zdroj (687 pages). ISBN 9780803643901.

30) Zdravá školní svačina, aneb, Uzdravme svůj školní automat i bufet. Praha: Státní zdravotní ústav ve spolupráci se Společností pro výživu, 2014, 42 s. ISBN 9788070713341.

31) Referenční hodnoty pro příjem živin. V ČR 1. vyd. Praha: Společnost pro výživu, 2011, 192 s. ISBN 9788025469873.

Tabulka 1 Doporučený denní příjem živin [30]- pokračování

Minerální látky	věk 13-14 let	věk 15-18 let
vápník (mg)	1200	1200
hořčík (mg) dívky	310	350
hořčík (mg) chlapci	310	400
železo (mg) dívky	15	15
železo (mg) chlapci	12	12
jód (µg)	150-200	150-200
zinek (mg) dívky	7	7
zinek (mg) chlapci	9,5	10
sodík (mg)	550	550

Vitaminy	věk 13-14 let	věk 15-18 let
A (mg RE) dívky	1	0,9
A (mg RE) chlapci	1,1	1,1
D (µg)	5	5
B1 (mg) dívky	1,1	1
B1 (mg) chlapci	1,4	1,3
B2 (mg) dívky	1,3	1,2
B2 (mg) chlapci	1,6	1,5
B6 (mg) dívky	1,4	1,2
B6 (mg) chlapci	1,4	1,6
B12 (µg)	3	3
kyselina listová (µg)	400	400
C (mg)	100	100

Podstatná je také úprava potravin před konzumací. Z hlediska ztráty, případně znehodnocení živin až vzniku toxických produktů je vhodné upřednostňovat kulinářské postupy jako vaření a dušení. Naopak omezit se doporučuje smažení, pečení a grilování. Stravu je vhodné preferovat maximálně čerstvou, s důrazem na tepelně neupravenou zeleninu i ovoce. Tuky je nutno volit podle technologie a pro přípravu studených zeleninových salátů se doporučuje užívat oleje olivové a řepkové. Při zjištěném nedostatku

30) Zdravá školní svačina, aneb, Uzdravme svůj školní automat i bufet. Praha: Státní zdravotní ústav ve spolupráci se Společností pro výživu, 2014, 42 s. ISBN 9788070713341.

některých nutrientů je snahou je doplnit obohacenými potravinami nebo doplňky stravy. [32]

Příjem živin by měl být rozložen v průběhu dne tak, aby pokrýval energetické potřeby dospívajícího a nedocházelo například k dopolednímu hladovění a následně k odpolednímu přejídání, ve smyslu náhlého velkého příjmu potravy. Denní režim příjmu stravy by tedy optimálně měl být tvořen pěti až šesti jídly, sestávajícími ze tří hlavních jídel a dvou až tří svačin. Prvním jídlem dne by měla být snídaně, která přeruší období bez příjmu potravy v noci a měla by tedy obsahovat plnohodnotné zastoupení všech makronutrientů. Snídaně se tedy podle doporučení skládá ze sacharidů, nejlépe polysacharidů, bílkovin s tuky a rovněž by měla obsahovat dávku vlákniny a vitaminů získaných ze zeleniny, případně ovoce. Vhodná je tedy ranní konzumace mléčných výrobků a obilných produktů. Z hlediska energetického příjmu by měla tvořit 20-25% z celkového denního objemu energie. Oběd, jako druhé hlavní jídlo dne, by měl představovat 30-35% energetického příjmu dospívajícího. Stejně jako u snídaně je vhodné, aby poskytoval všechny makronutrienty a mikronutrienty s výraznější důrazem na množství bílkovin. Večeře pak má zastupovat 15-20% energetického denního příjmu a opět má být tvořená všemi makronutrienty a méně sladkým ovocem nebo zeleninou. Mezi jednotlivými hlavními jídly se doporučuje konzumace menších porcí ovoce a zeleniny, ale i sacharidů a bílkovin. Tyto svačiny by však měly tvořit jednotlivě jen 10-15% objemu přijaté energie. V případě potřeby je možné přidat šesté jídlo a to jako druhou odpolední svačinu nebo jako druhou večeři. Toto jídlo by však mělo být menší a chudší na sacharidy, tedy s preferencí méně sladkého ovoce nebo zeleniny. V rámci těchto jídel by měli dospívající přijmout pět porcí zeleniny a ovoce denně, s poměrem přibližně 2:1. Příjem bílkovin má být pokryt kvalitními zdroji s preferencí ryb, libového masa, vajec a luštěnin. Mléčné produkty je vhodnější nabízet dospívajícímu v kysané variantě nebo se

32) Výživová doporučení pro obyvatelstvo pro České republiky. Nasycené škodí [online]. Praha: Nasyceneskodi.cz, 2012 [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: http://www.nasyceneskodi.cz/vyzivova-doporuceni-pro-obyvatelstvo-ceske-republiky

sníženým množstvím tuku. Součástí každého hlavního jídla má být i podíl potravin s vysokým obsahem škrobů s preferencí celozrnných produktů. Vhodnými potravinami pro zisk tuků jsou ořechy, semínka a studenomořské ryby, pro svůj obsah omega-3 nenasycených mastných kyselin. Další možností jsou tepelně nezpracované pokrmy s vhodným olejem, jak je uvedeno výše. Strava by měly být co nejpestřejší s omezením zdrojů potravin s vysokým glykemickým indexem. [30]

Pravidelné snídání však dle studie HBSC, tedy Health Behaviour in School-age Children, není u nás zcela běžné. Z patnáctiletých chlapců uvedlo 53%, že pravidelně snídá a u dívek se jednalo o pouhých 44%. Třináctiletí uvedli mírně příznivější informace a to pravidelné snídání 60% chlapců a 54% dívek. U jedenáctiletých byla situace mezi pohlavími u nás rovnocenná a to pravidelné snídání u 66% žáků tohoto věku. Ne zcela vhodná je rovněž malá každodenní konzumace zejména zeleniny u chlapců. Čeští patnáctiletí chlapci jedí denně zeleninu jen z 20%, při průměru HBSC 38%, u třináctiletých chlapců splňuje tento požadavek jen 24% oproti 31% průměru HBSC. I třináctileté dívky s 30% jsou pod průměrnou úrovní HBSC, která je pro ně stanovena na 38%. Jen 27% jedenáctiletých českých chlapců konzumuje zeleninu denně, což je opět podprůměrná hodnota a to o celých osm procent. Jedenáctileté české dívky jsou s 33%v konzumaci oproti stejně starým chlapcům lepší. V porovnání s HBSC průměrem 42% jsou však stále podprůměrné. [23]

3.3. Pitný režim

K zajištění správného fungování organismu je nezbytný dostatečný příjem tekutin. Zdrojem mohou být jak nápoje, tak strava. Pro dospívající je

23) World Health Organization Regional Office for Europe. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC) STUDY: INTERNATIONAL REPORT FROM THE 2013/2014 SURVEY. UN City: WHO Regional Office for Europe, 2016. HEALTH POLICY FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS NO. 7 276s. ISBN 978 92 890 5136 1.

30) Zdravá školní svačina, aneb, Uzdravme svůj školní automat i bufet. Praha: Státní zdravotní ústav ve spolupráci se Společností pro výživu, 2014, 42 s. ISBN 9788070713341.

doporučeno přijmout denně 40 mililitrů tekutin na kilogram tělesné hmotnosti. Vhodnou formou získávání tekutin je pití hygienicky nezávadné pitné vody, kterou lze často získat z vodovodů, případně balených vod, některých nealkoholických nápojů, mléka a mléčných výrobků. Nejvyšší zastoupení by měla mít pitná kohoutková voda a z balených vod pitná, kojenecká a pramenitá voda. Minerální vody je lépe volit méně často, slabě mineralizované s nutností střídání druhů, a omezením příjmu na přibližně půl litru denně. U nealkoholických nápojů je třeba hlídat množství energie v nich obsažené a zohlednit tento příjem v jídelníčku. Studie HBSC uvádí, že čeští dospívající jsou s denním příjmem slazených nápojů buď pod anebo v průměru celé studie [23]. Mléko a mléčné výrobky svým složení spadají mezi potraviny, avšak množství tekutin jimi získané je třeba rovněž brát v potaz. Nevhodnými nápoji jsou zdroje chininu, kofeinu a další povzbuzujících látek, jako například guarany, a vysoce slazené nápoje. Silně a velmi silně mineralizované vody mohou představovat nepřiměřenou zátěž pro ledviny a pro to je nelze doporučit pro děti a dospívající. [30]

3.4. Fyzická aktivita

Zdravý životní styl pro udržení a podporu zdraví neodmyslitelně zahrnuje fyzickou aktivitu. Její pozitivní vliv pozorujeme jak v oblasti fyzické, tak psychické. Působí preventivně na řadu nemocí spojovaných s nevhodným životním stylem, protože sedavý způsob života je považován za rizikový faktor. Jako pohybovou aktivu lze označit *„jakýkoli tělesný pohyb spojený se svalovou kontrakcí, která zvyšuje výdej energie nad klidovou úroveň*“[33].

23) World Health Organization Regional Office for Europe. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC) STUDY: INTERNATIONAL REPORT FROM THE 2013/2014 SURVEY. UN City: WHO Regional Office for Europe, 2016. HEALTH POLICY FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS NO. 7 276s. ISBN 978 92 890 5136 1.

30) Zdravá školní svačina, aneb, Uzdravme svůj školní automat i bufet. Praha: Státní zdravotní ústav ve spolupráci se Společností pro výživu, 2014, 42 s. ISBN 9788070713341.

33) EU Physical Activity Guidelines: Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity. European Commission[online]. Brussels: European Commission, 2008 [cit. 2016-04-08]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_en.pdf

Z této definice tedy vyplývá, že fyzickou aktivitou je jakýkoliv pohyb prováděný během dne v rámci pracovní činnosti, domácích prací, přesunů mezi lokalitami a volnočasová aktivita.

Snížení volnočasové aktivy u dětí a dospívajících, ve spojení s nevhodnou životosprávou, bývá spojováno s nárůstem incidence dětské nadváhy a obezity. Zde pravděpodobně mají vliv změny zájmů, se sílící preferencí klidových aktivit jako je sledování televize a trávení času u počítače. Doporučení pro děti a dospívající je věnovat se fyzické aktivitě mírně a středně intenzivně po dobu minimálně 60 minut denně a zařadit alespoň třikrát do týdne posilovací techniky [34]. [33]

Ze studie HBSC lze vyčíst, že čeští teenageři jsou s každodenní aktivitou průměrní. Z patnáctiletých chlapců se každý den věnuje pohybové aktivitě 20% a z dívek 13%. U třináctiletých chlapců nacházíme procentuální zastoupení 27% a u dívek pak 20%, což jsou v rámci studie HBSC mírně nadprůměrné hodnoty. [23]

Preventivně proti rozvoji chorob působí fyzická aktivita svým účinkem na fyzické procesy těla, které ze své podstaty ovlivňuje. Protektivní funkci plní u kardiovaskulárního systému, kardiopulmonálního systému, metabolických procesů ve smyslu například prevence rozvoje cukrovky druhého typu a metabolického syndromu, dále u kostí, kde podporuje mineralizaci, trávicího traktu a samozřejmě u pohybového aparátu zvýšením fyzické zdatnosti a zlepšením motoriky. Na psychické úrovni působí jako metoda odbourání stresu, prevence depresí, zvýšení kvality spánku i proti

---

23) World Health Organization Regional Office for Europe. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC) STUDY: INTERNATIONAL REPORT FROM THE 2013/2014 SURVEY. UN City: WHO Regional Office for Europe, 2016. HEALTH POLICY FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS NO. 7 276s. ISBN 978 92 890 5136 1.

33) EU Physical Activity Guidelines: Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity. European Commission[online]. Brussels: European Commission, 2008 [cit. 2016-04-08]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_en.pdf

34) Pohybová aktivita. Státní zdravotní ústav [online]. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 2016-04-11]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/seminare/pohybova_20aktivita.pdf

demenci. Fyzicky aktivní jedinci mají vyšší sebehodnocení, sebeúctu a optimističtější vnímání reality. [33][35][36]

Jednotlivé sporty nabízí rozvoj rozličných dovedností a mimo jiné je i proto vhodné střídat různé druhy aktivity. Argumentem pro provozování různých sportů jedincem je, že tímto se snižují možné negativní důsledky, které by mohla přílišná specializace zejména v dětství a dospívání mít. Výběr vhodného sportu limitují dva základními faktory a to předpoklady dítěte a okolní podmínky k realizaci sportovní aktivity. Předpoklady dítěte zahrnují jak jeho fyzické nadání pro konkrétní sportovní aktivity a z toho vyplývající zájem o jejich provozování i v období dospívání, tak i zájem čistě osobnostní bez nadání, kdy však často bývá tato aktivita v období pubescence ukončena. Okolními podmínkami se myslí možnosti provozování sportu v okolí bydliště, případně školy a finanční náročnost konkrétního sportu. [37]

Pro uskutečnění jakéhokoliv pohybu je nutné štěpení makroenergetických vazeb ATP, tedy adenosintrifosfátu v myofibrilách svalu, jako základního energetického zdroje. Proces získávání ATP může být realizován dvěma odlišnými mechanismy v závislosti na přítomnosti kyslíku ve svalu. Rozlišujeme tak aerobní metabolismus, kterým svalová buňka získává energii cestou oxidativní fosforylace a anaerobní metabolismus, kde dochází ke glykolytickému štěpení se vznikem intermediálního produktu, laktátu. Zda bude využit aerobní nebo anaerobní metabolismus závisí na intenzitě pohybu. Intenzita tělesné aktivity se dá snadno odhadnout dle dechu cvičícího. "*Pokud jedinec dýchá normálně a nemá při cvičení problémy*

33) EU Physical Activity Guidelines: Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity. European Commission[online]. Brussels: European Commission, 2008 [cit. 2016-04-08]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_en.pdf

35) Facts about Physical Activity. Centers for Disease Control and Prevention [online]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention USA, 2014 [cit. 2016-04-11]. Dostupné z: http://www.cdc.gov/physicalactivity/data/facts.htm

36) Physical Activity and Health: The Benefits of Physical Activity. Centers for Disease Control and Prevention [online]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention USA, 2015 [cit. 2016-04-11]. Dostupné z: http://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/pa-health/index.htm

37) KUČERA, Miroslav, Pavel KOLÁŘ a Ivan DYLEVSKÝ. Dítě, sport a zdraví. Praha: Galén, c2011, 190 s. ISBN 9788072627127.

souvisle mluvit, pak se pravděpodobně nachází v pásmu snížené intenzity. Pokud dýchá zhluboka, schopnost mluvit je velmi snížena, ale ještě nelapá po dechu, pak se pravděpodobně vyskytuje v optimálním (středním, aerobním) *pásmu intenzity. Pokud dojde k lapání po dechu a jedinec není schopen vyslovit více než tři slova, pak se dostal do příliš intenzivního cvičení a je již v anaerobním pásmu, které je často doprovázeno svalovou bolestí a únavou*[38]". Reálně se však vždy jedná o využívání obou mechanismů v různém poměru. [34][37]

Většina sportovních činností je tvořena kombinací více druhů pohybových aktivit, kdy v závislosti na konkrétním sportu dochází k převaze jednoho druhu, tedy vytrvalostní, rychlostní, nebo silové složky. Vytrvalostní pohyb je ten, který se dlouhou dobu cyklicky opakuje se střední intenzitou v rozmezí aerobního metabolismu. Tato aktivita probíhá za spotřeby ATP získaného oxidativní fosforylací a vyvolává při delším působení odbourávání tělesného tuku, je tedy vhodná při redukci nadváhy a obezity. Hlavním ovlivněným systémem je kardiopulmonální v důsledku vysoké potřeby kyslíku. Rychlostní aktivita je činnost, při níž je vykonáván pohyb s maximální intenzitou v minimálním čase a dochází tak ke spotřebě zejména glykogenu jako zdroje energie. Tato fyzická aktivita vyžaduje anaerobní metabolismus se vznikem kyseliny mléčné. Silová cvičení mají za cíl překonat vnější odpor svalovým úsilím, hlavním ovlivněným systémem je kardiovaskulární a také metabolismus buněk svalů. Zdroje energie poskytují glykolytické procesy. [34][37]

3.5. Stres a psychohygiena

Stres je nedílnou součástí života osob žijících v moderní civilizované společnosti a nevyhýbá se ani dětem, natož dospívajícím. Jak je popsáno výše, dospívání s sebou přináší celou řadu stresových okamžiků a faktorů, které

34) Pohybová aktivita. Státní zdravotní ústav [online]. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 2016-04-11]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/seminare/pohybova_20aktivita.pdf

37) KUČERA, Miroslav, Pavel KOLÁŘ a Ivan DYLEVSKÝ. Dítě, sport a zdraví. Praha: Galén, c2011, 190 s. ISBN 9788072627127.

38) Jak zjistit intenzitu cvičení. STOB Klub [online]. Praha: STOB Klub, 2012 [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: http://www.stobklub.cz/clanek/jak-zjistit-intenzitu-cviceni

pubescenta i adolescenta ovlivňují. Stres můžeme rozdělit na dva typy a to distres, negativně dlouhodobě působící stres spojený s negativními emocemi, a eustres, krátkodobý stres spojený s pozitivními emocemi, který má účinky méně zatěžující, avšak stále se jedná o stres. Existuje řada metod usnadňujících vyrovnávání se a překonávání stresu, avšak zde žádné doporučení není univerzální pro všechny dospívající. Nevhodnou reakcí na dlouhodobější stres může být vznik rizikového schování, a to zvláště při narušení rodinných vztahů, ale i další stavy stresem vyvolané, jako například somatické projevy neřešeného stresu, a je tedy vhodné hledat cestu jak stres zvládat. [39][40][41]

Zdrojem stresu může být řada podnětů, ale nejčastěji se jedná o osobní nespokojenost a konflikty v mezilidských vztazích, u žáků a studentů i o školní zátěž. Z HBSC studie vyplývá, že 31% patnáctiletých chlapců a 32% patnáctiletých dívek považuje školu za jistý zdroj stresu. Ve skupině třináctiletých pak stejného názoru bylo 32% chlapců a 35% dívek [23]. Významným stresorem u pubescentů je puberta jako taková, protože přináší řadu nových situací a nových pohledů na situace předchozí. Zda se umí jedinec se stresovými situacemi adekvátně vyrovnat nebo ne, závisí na jeho osobní schopnosti odolávat stresu. [3][4][23][40]

Základem zvyšování osobní odolnosti vůči stresu je fyzická aktivita, která nemusí být nutně spojena se sportem, ale která působí relaxačně. Jedná

---

3) LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie. Praha: Grada, 1998, 343 s. Psyché (Grada). ISBN 807169195X.

4) UNIVERZITA KARLOVA, 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA, STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA a Kamil PROVAZNÍK. Manuál prevence v lékařské praxi. Souborné vydání. [Praha]: Fortuna, 2004. ISBN 80-7168-942-4.

23) World Health Organization Regional Office for Europe. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC) STUDY: INTERNATIONAL REPORT FROM THE 2013/2014 SURVEY. UN City: WHO Regional Office for Europe, 2016. HEALTH POLICY FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS NO. 7 276s. ISBN 978 92 890 5136 1.

39) KEBZA, Vladimír a Lumír KOMÁREK. Pohyb a relaxace. 2., upr. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav ve vzdělávací agentuře Erasmus, 2003, 23 s. ISBN 8070712171.

40) KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. Komunikace a stres. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004, 24 s. ISBN 8070712465.

41) VANÍČKOVÁ, Eva a Hana PROVAZNÍKOVÁ. Stručný průvodce dětskou krizovou intervencí: stres a zdraví dětí. Vyd. 2., dopl. V Praze: UK - 3. LF, 2006, 71 s. ISBN 8023983474.

se tedy o jakýkoliv pohyb spojený s pocity uvolnění, odpoutání od všedních starostí, klidu v mysli, radostí a dalšími pozitivními emocemi. Každá osoba má však tyto pocity spojeny s odlišnými činnostmi a právě tyto činnosti by měly být základem pro její odpočinek. V rámci rozvíjení osobní odolnosti proti stresu je důležité neustrnout pouze na jednom bodu a nespokojit se jen s jedinou metodou relaxace. Je vždy lepší mít jistou zásobu metod a činností i pro případ, že preferovaná relaxační metoda nebo činnost nebude moci být prováděna. Dostupná je z tohoto důvodu řada relaxačních technik, které pozitivně působí na většinu osob. Za základní techniku lze považovat dechová cvičení, která jsou založená na celkovém tělesném i duševním zklidnění cestou kontroly a modifikace dechu. Další metodou je snaha o soustředění a odvedení pozornosti, založená na detailním pozorování a rozmýšlení nad momentální realitou prostředí. Možností je i sportovní aktivita, která působí pozitivně na psychické rozpoložení jedince a při pravidelném provozování ji můžeme považovat za efektivní prevenci pociťování distresu. [39][40]

Kvalitní odpočinek vyžaduje fyzickou a psychickou relaxaci. Významnou relaxací a fyzickou potřebou je spánek. Jeho pravidelný režim a dostatečná délka i kvalita, jsou nezbytnou složkou vhodného životního stylu. Poruchy spánku jsou rizikovým faktorem rozvoje řady onemocnění fyzických i psychických. Jako vhodná délka spánku je obecně uváděna hodnota 8 hodin denně pro dospělou osobu. Tato hodnota je však velmi přibližná, protože reálná potřeba spánku je podmíněna geneticky a je individuální. S nárůstem věku se potřebná doba spánku snižuje. Pro věkové období pubescence je průměrný vhodný čas 9 až 10 hodin. Adolescenti se potřebou spánku blíží dospělému. V průběhu spánku se fyziologicky střídají fáze REM a non-REM spánku a doba strávená v nejhlubší části, non-REM fázi, spánku určuje subjektivní pocit odpočinku, nebo nevyspání.

39) KEBZA, Vladimír a Lumír KOMÁREK. Pohyb a relaxace. 2., upr. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav ve vzdělávací agentuře Erasmus, 2003, 23 s. ISBN 8070712171.

40) KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. Komunikace a stres. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004, 24 s. ISBN 8070712465.

Za kvalitní spánek lze považovat ten, který trvá přiměřenou dobu vzhledem k věku, je nepřerušovaný a fáze spánku se fyziologicky cyklicky střídají. [41][42][43]

3.6. Program podpory zdraví ve škole a školní zátěž

Zátěž spojená s pobytem a činnostmi ve škole v rámci výuky může neblaze působit jak na fyzický stav, delší setrvání ve vynucené poloze, tak na psychiku dospívajícího. Zdrojem nepřiměřené zátěže, která se může projevovat fyzicky od nechutenství po vznik koktavosti řeči, psychicky snížením výkonnosti, v chování simulací nemocí až vyhledáváním rizikové činnosti, v citové oblasti například změnami nálad a agresivitou, může být nevhodné uspořádání výuky, pracovního prostředí a nepřiměřenost povinností a kladených nároků. Prevencí vzniku takovýchto poruch je minimalizace nadměrné zátěže a organizační i prostorové uspořádání, odpovídající potřebám dospívajících a dětí. [4][7]

Primární preventivní činnosti a podpoře zdraví na základních školách se věnuje program Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy nazvaný Škola podporující zdraví. Jedná se o aplikaci programu Světové zdravotnické organizace Škola podporující zdraví. Koordinátorem a garantem programu škola podporující zdraví je Státní zdravotní ústav se sídlem v Praze. Účast v tomto programu je pro školy dobrovolná a Státní zdravotní ústav podporuje a metodicky řídí individuální programy, které si základní, nebo i střední školy sestaví samy a samy jej zpětně hodnotí metodou autoevaluací. Zařazení do projektu Škola podporující zdraví vyžaduje schválení

4) UNIVERZITA KARLOVA, 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA, STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA a Kamil PROVAZNÍK. Manuál prevence v lékařské praxi. Souborné vydání. [Praha]: Fortuna, 2004. ISBN 80-7168-942-4.

7) HAVLÍNOVÁ, Miluše. Program podpory zdraví ve škole: rukověť projektu Zdravá škola. 2., rozš. vyd. Praha: Portál, 2006, 311 s. ISBN 8073670593.

41) VANÍČKOVÁ, Eva a Hana PROVAZNÍKOVÁ. Stručný průvodce dětskou krizovou intervencí: stres a zdraví dětí. Vyd. 2., dopl. V Praze: UK - 3. LF, 2006, 71 s. ISBN 8023983474.

42) BORZOVÁ, Claudia. Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada Publishing, 2009, 141 s. ISBN 9788024729787.

43) LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika. Praha: Grada, 2014, xxii, 890 s. ISBN 9788024750675.

individuálního programu školy Centrem podpory veřejného zdraví Státního zdravotního ústavu na základě reálných možností plnění hlavních myšlenek programu. Základní snahou tak je vytvoření vhodného prostředí s dostatkem motivačních elementů, které vedou k podpoře zdravého životního stylu u dětí. Působení se však nevztahuje pouze na děti, ale i na rodiče, kteří mají pro formování osobního chování dítěte rozhodující vliv. Program je zaměřen na holistické vnímání dítěte s důrazem na respektování potřeb a vývojových specifik dětí a dorostu. Stěžejními oblastmi působení je vytvoření pohody věcného, sociálního a organizačního prostředí. Dále ve výuce zohledňovat principy smysluplnosti a možnosti výběru, přiměřenosti zátěže, spoluúčasti, spolupráce a motivačního hodnocení. Škola by zároveň měla sloužit jako model demokratické společnosti a být kulturním a vzdělávacím centrem. [7][44]

4. Rizika

4.1. Rizikové chování

Rizikové chování je definováno "*jako aktivity, které přímo nebo nepřímo vyúsťují v psychosociální nebo zdravotní poškození jedince, jiných osob, majetku nebo prostředí*"[45]. Aktivit, které lze považovat za rizikové, je velká řada, avšak tradičně uváděné je užívání návykových látek, jako jsou cigarety, alkohol a drogy. Dále hraní hazardních her a to již prepatologické, hraní počítačových her se znaky závislosti a agresivní chování v různých formách. Rizikové chování zahrnuje i rizikové sexuální chování, za které považujeme promiskuitu, předčasný začátek pohlavního života, nechráněný pohlavní styk s riziky přenosu onemocnění a nechtěného otěhotnění u dívek. Do této skupiny spadá i provozování rizikových a extrémních sportů, poškozování cizího majetku jako vandalismus a krádeže a rizikové chování ve

7) HAVLÍNOVÁ, Miluše. Program podpory zdraví ve škole: rukověť projektu Zdravá škola. 2., rozš. vyd. Praha: Portál, 2006, 311 s. ISBN 8073670593.

44) Všeobecné informace. Státní zdravotní ústav [online]. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: http://www.szu.cz/vseobecne-informace

45) MIOVSKÝ, Michal, Lenka SKÁCELOVÁ, Jana ZAPLETALOVÁ, et al. Prevence rizikového chování ve školství. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015, 328 stran. ISBN 9788074223914.

vztahu ke společenským institucím například formou záškoláctví. V rámci školní prevence je definováno pět oblastí rizikového chování, kdy řada bodů se s předchozím hodnocením shoduje, ale některé oblasti vynechává, nebo naopak rozšiřuje. Školní programy se soustředí na prevenci záškoláctví, šikany a extrémních projevů agrese, rizikových sportů a rizikového chování v dopravě, rasismu, xenofobie, negativního působení sekt, sexuálního rizikového chování, dále na prevenci v adiktologii, poruch příjmu potravy, okruh poruch a problémů spojených se syndromem CAN. [41][45][46]

4.1.1. Syndrom CAN

Jako syndrom CAN označujeme syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte definovaný jako vědomé i nevědomé aktivity, kterých se dopouští dospělý člověk na dítěti, jejichž následkem dochází k poškození zdraví nebo zdravého vývoje dítěte, zahrnující tělesné, sexuální a citové týrání a zanedbávání. Tělesné týrání je fyzické ublížení dítěti zahrnující tělesné tresty až zapříčinění úmrtí, ale i nezabránění tělesnému týrání a utrpení dítěte. Tělesný trest je považován za tělesné týrání je-li k trestání užito předmětu, nebo je-li bití či rána směřována na citlivé místo, nebo dojde-li trestáním ke vzniku tělesných stop. Sexuální týrání je "*nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti a chování*"[47]. Světová zdravotnická organizace uvádí, že sexuálně týraná v dětství byla přibližně jedna žena ze tří a jeden muž ze třinácti [48]. Citové týrání je chování dospělé

41) VANÍČKOVÁ, Eva a Hana PROVAZNÍKOVÁ. Stručný průvodce dětskou krizovou intervencí: stres a zdraví dětí. Vyd. 2., dopl. V Praze: UK - 3. LF, 2006, 71 s. ISBN 8023983474.

45) MIOVSKÝ, Michal, Lenka SKÁCELOVÁ, Jana ZAPLETALOVÁ, et al. Prevence rizikového chování ve školství. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015, 328 stran. ISBN 9788074223914.

46) Vymezení rizikového chování. Klinika adiktologie [online]. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, 2011 [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3074/vymezeni-rizikoveho-chovani

47) VANÍČKOVÁ, Eva, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Hana PROVAZNÍKOVÁ. Násilí v rodině: syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Dot. Praha: Karolinum, 1995, 64 s. ISBN 8071840084.

48) Child maltreatment. World Health Organization [online]. Geneva: World Health Organization [cit. 2016-04-27]. Dostupné z: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/

osoby takovým způsobem, že vyvolává v dítěti silné negativní emoce jako stres, strach, úzkost, pocit bezmoci, ponížení, izolace, zavržení a jednání vedoucí k poruše citového vývoje. Zanedbávání se může realizovat na různých úrovních a to jako tělesné, citové, zanedbávání výchovy a vzdělání. Syndrom CAV je příčinou vzniku řady poruch a je tedy i výraznou predispozicí pro vznik rizikového chování. [41][47][48][49]

4.1.2. Působící rizikové a protektivní faktory, podstata vzniku rizikového chování

Řada rizikových aktivit se často vyskytuje současně u jednoho jedince, avšak nejedná se o pravidlo. Zejména období adolescence bývá typické nárůstem případů tohoto chování v populaci teenagerů. Zdá se, že sklon dospívajících k rizikovému chování je dán psychosociologickými změnami v jejich životě a jedná se o snahu zkoušení nových možností a kompetencí a tedy testování hranic platných pro jejich nově nabytou identitu. Takovéto testování možností však může vyvolat poruchy zdraví na všech úrovních a je tedy nutné jej považovat za rizikový faktor pro rozvoj chorob a poruch zdraví. Tyto formy jednání jsou povětšinou motivovány sociálními vztahy. Typickým příkladem tak může být adolescent, který se po psychickém odpoutání od rodiny a sesazení dosavadních autorit přidává ke skupině adolescentů, ve které se snaží o prosazení své pozice. Toto prosazení však často zahrnuje potřebu zapadnout a to i chováním. Je-li tedy v této skupince kladně hodnocena některá nebo i více aktivit spadajících do rizikového chování, pravděpodobně je začne adolescent provozovat. Zahrnuje-li toto chování užívání návykových látek, mohou se stát tyto látky symbolem

41) VANÍČKOVÁ, Eva a Hana PROVAZNÍKOVÁ. Stručný průvodce dětskou krizovou intervencí: stres a zdraví dětí. Vyd. 2., dopl. V Praze: UK - 3. LF, 2006, 71 s. ISBN 8023983474.

47) VANÍČKOVÁ, Eva, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Hana PROVAZNÍKOVÁ. Násilí v rodině: syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Dot. Praha: Karolinum, 1995, 64 s. ISBN 8071840084.

48) Child maltreatment. World Health Organization [online]. Geneva: World Health Organization [cit. 2016-04-27]. Dostupné z: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/

49) VANÍČKOVÁ, Eva. Tělesné tresty dětí: definice - popis - následky. Praha: Grada, 2004, 116 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 8024708140.

nezávislosti na rodině a autoritách, tedy intervenční snahy poté působí na adolescenta, jako snahy o odejmutí nezávislosti a svobody. [45]

Podstatou vzniku rizikového chování je tedy osobnost jedince a interakce s prostředím, ve kterém se vyskytuje. Dělení rizikových faktorů je nejednotné, ale obsahem se většina teorií neliší. Jedním ze základních systémů je členění do pěti skupin faktorů, které vznik tohoto chování podněcují. Biologická skupina obsahuje faktory geneticky podmíněné jako pohlaví, kdy chlapci mívají větší tendence k rizikovému chování, dále tělesná konstituce a rozumové předpoklady. Sociální prostředí a percipované environmentální prostředí jako skupiny faktorů jsou považovány za zřejmě nejvýznamnější, ale kromě daných skutečností, tedy sociálního prostředí, ve kterém adolescent žije, jsou ovlivněny i subjektivním vnímáním této reality jedincem. Osobnostní systém a systém chování udávají faktory jako motivace, postoje, sebehodnota a seberegulační mechanismy, jako faktory jak rizikové, tak i protektivní. Větší tendence k rizikovému chování mají jedinci, jejichž rodinné vztahy byly již před nástupem puberty poškozené, anebo se v průběhu puberty významně narušily. Jejich motivem je pak hledání náhradních vztahů a snaha o odreagování. Řada dospívajících ale po prodělání adolescentní fáze vývoje v rámci přechodu do mladé dospělosti rizikových aktivit zanechává. Problémem pak zůstávají případné následky výše zmíněných aktivit jako nevratné poškození zdraví například úrazem, vzniklé závislosti na návykových látkách, patologické hráčství a řada dalších. [45]

Již zmíněné oblasti rizikových faktorů jsou obdobou faktorů protektivních. V oblasti biologické, geneticky podmíněné, jím může být například vyšší inteligence než je typická pro daný věk. V rámci sociálního prostředí působí protektivně systém zdravé školy, dobré rodinné vztahy, příznivá lokalita bydliště a přítomnost pozitivních vzorů z řad dospělých. Percipované environmentální prostředí může působit protektivním směrem

45) MIOVSKÝ, Michal, Lenka SKÁCELOVÁ, Jana ZAPLETALOVÁ, et al. Prevence rizikového chování ve školství. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015, 328 stran. ISBN 9788074223914.

svými modely konvenčního chování a kontrolou rizikového chování. Osobnostní systém nabízí ochranné faktory založené na individuálním žebříčku hodnot, zvláště je-li vysoce postavena hodnota zdraví a úspěchu, a na názorech, jako je negativní postoj k rizikovému chování. V rámci systému chování pak lze kladně hodnotit mimoškolní zájmové aktivity i aktivity spojené se studiem. [45]

Motivy vedoucí ke vzniku rizikového chování jsou významné zejména z hlediska prevence a možností vedoucích k učení rizikových aktivit. Užívání návykových látek a hráčství, původně začínající se sociálním motivem, v období mladé dospělosti a i později již nevyžadují tuto motivaci a začínají být zlozvykem až závislostí. Za zlozvyk lze považovat chování, kterým se jedinec dobrovolně poškozuje a to jak zdravotně, sociálně tak i finančně. Jedná se tedy o chování s velkými riziky pro budoucí život jedince a je vhodné působit proti němu preventivně. Agresivní a delikventní jednání bývá naopak vázáno spíše na sociální prostředí a je tedy reálná šance, že dojde k jejich vymizení při změně tohoto prostředí. Je-li však riziková aktivita provozována jako způsob řešení potíží, což je typické zejména pro alkohol a kouření cigaret, může se snadno stát maladaptivním mechanismem zakotveným ve stabilních vzorcích chování i v budoucím životě. [13][41]

4.1.3. Prevence

"*Za prevenci rizikového chování považujeme jakékoli typy výchovných, vzdělávacích, zdravotních, sociálních či jiných intervencí směřujících k předcházení výskytu rizikového chování, zamezujících jeho další progresi, zmírňujících již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhajících řešit jeho důsledky* "[45]. Primární prevenci dělíme na nespecifickou, která nemá přímou souvislost s rizikovým chováním, ale svou

13) 518, Vladimir a Karel VESELÝ. Kmeny: současné městské subkultury. V Praze: Bigg Boss & Yinachi, 2011. ISBN 9788090397323.

41) VANÍČKOVÁ, Eva a Hana PROVAZNÍKOVÁ. Stručný průvodce dětskou krizovou intervencí: stres a zdraví dětí. Vyd. 2., dopl. V Praze: UK - 3. LF, 2006, 71 s. ISBN 8023983474.

45) MIOVSKÝ, Michal, Lenka SKÁCELOVÁ, Jana ZAPLETALOVÁ, et al. Prevence rizikového chování ve školství. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015, 328 stran. ISBN 9788074223914.

podstatou působí protektivně, a specifickou, úzce zaměřenou na předcházení provozování konkrétní rizikové aktivity. Specifická primární prevence se dále dělí na všeobecnou se zaměřením na běžnou dětskou populaci, dále na selektivní pro jedince se zvýšeným rizikem a nakonec na individuální primární prevenci, jejíž cílovou skupinou je jedinec s výrazným působením rizikových faktorů. [45][50]

Prevence vzniku rizikového chování je založena na potlačování působení rizikových faktorů a posilování a vytváření působení protektivních faktorů ve všech oblastech, ve kterých se uplatňují. Primární školní prevence se odehrává na základních školách pod záštitou Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, které mimo jiné poskytuje poradenství metodikům primární prevence a poradcům pedagogicko-psychologických poraden v souladu se zákony č. 561, 562, 563 z roku 2004 a zákonem č. 379 z roku 2015 a dále dle platných vyhlášek vztahujících se k prevenci. Jednotlivé programy prevence rizikového chování jsou certifikovány Národním ústavem pro vzdělávání. [45][51][52]

Světová zdravotnická organizace uvádí dva odlišné procesy preventivního působení v oblasti syndromu CAN, v závislosti na věkové skupině ohroženého dítěte či mladistvého. Týrání a zanedbávání dětí a pubescentů ve věku 0-14 let se nejčastěji odehrává v rodině, nebo jsou pachateli násilí či zanedbávání pečovatelé. Z tohoto důvodu lze preventivně působit snížením počtu nechtěných těhotenství, snížením případů užívání návykových látek těhotnými ženami, snížením užívání návykových látek

45) MIOVSKÝ, Michal, Lenka SKÁCELOVÁ, Jana ZAPLETALOVÁ, et al. Prevence rizikového chování ve školství. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015, 328 stran. ISBN 9788074223914.

50) Prevence: Rozdělení primární prevence. Klinika adiktologie [online]. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, 2011 [cit. 2016-04-27]. Dostupné z: http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3073/

51) CERTIFIKACE ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI PROGRAMŮ PRIMÁRNÍ PREVENCE. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, 2013 [cit. 2016-05-03]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/certifikace-programu-primarni-prevence-1

52) Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy: Legislativa [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, 2016 [cit. 2016-05-03]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/pravni-predpisy-1

u nových rodičů, poskytováním služeb profesionálních sester a sociálních pracovníků v rodinách dětí s vysokým rizikem, informováním, poradenstvím a poskytováním školení v oblasti vývoje dítěte, nenásilných výchovných metod a způsobů řešení problémů rodičům. Adolescenti ve věku 15 až 18 let jsou nejčastěji ohroženi týráním v komunitním prostředí, tedy mimo rodinu. Prevence je zde doporučena podporou dokončení školní docházky, snížením dostupnosti legálních návykových látek jako alkoholu a cigaret cestou zvyšování ceny, vyšším zdaněním a zákony omezujícími užívání těchto látek a snížením dostupnosti střelných zbraní. [53]

Na prevenci rizikového chování i syndromu CAN a dopadů nezdravého životního stylu se podílí Program podpory zdraví ve škole popsaný výše.

Zásadní roli v záchytu případů dětí a dospívajících zasažených syndromem CAN mají hlavně pedagogičtí pracovníci a pediatři. Pedagogové, kteří se podílí na výuce dítěte, mají velkou příležitost sledovat dítě a jeho fyzické a především psychické a sociální proměny. Pediatři pak mohou lépe odhalit fyzické příznaky týrání a zanedbávání. Obě tyto profese mají zákonem danou povinnost hlásit i podezření na syndrom CAN. Ohlašovací povinnost je však uložena i kterémukoliv občanu dle zákona č. 359/1999 Sb. o sociálně právní ochraně dětí ve znění pozdějších právních přepisů a zákona č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku ve znění pozdějších právních předpisů, v případě, že je přesvědčen o takovéto situaci. Nehlášení týrání je posuzováno jako nepřekažení trestné činnosti a stává se tak trestným činem. Dítě samo má právo ohlásit, že je týráno, zanedbáváno nebo zneužíváno a to i bez vědomí rodičů. K tomuto a dalším účelům je zřízena Linka bezpečí pro děti a mládež a Linka důvěry Dětského krizového centra. [47][54]

---

47) VANÍČKOVÁ, Eva, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Hana PROVAZNÍKOVÁ. Násilí v rodině: syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Dot. Praha: Karolinum, 1995, 64 s. ISBN 8071840084.

53) How can violence against children be prevented? World Health Organization [online]. Geneva: WHO, 2013 [cit. 2016-05-06]. Dostupné z: http://who.int/features/qa/44/en/

54) Oznamovací povinnost. Šance Dětem [online]. [Praha]: Obecně prospěšná společnost Sirius, 2016 [cit. 2016-05-19]. Dostupné z: http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/rizikove-chovani-dospeleho-k-diteti/oznamovaci-povinnost.shtml

4.1.4. Index zdravotně rizikového chování

Ke stanovení jisté míry rizikového chování je užíván index zdravotně rizikového chování, tedy Health Risk Behaviour, zkráceně HRB. Tento index se zaměřuje na oblast kouření v posledních 30 dnech, zkušenosti s alkoholem a užívání marihuany. U zkušenosti s alkoholem se sleduje, zda již proband zažil opilost a v oblasti užívání marihuany, zda ji již někdy užil. Test má čtyři stupně výsledků a nabývá hodnot 0 až 3. Za každou odpověď ano, tedy má zkušenost v dané oblasti, je udělen jeden bod. [55] [56]

Studie HBSC , tedy Health Behaviour in School-aged Children, uvádí, že v populaci českých žáků lze sledovat opakované opití častěji než v průměru HBSC ostatních zemí. Celých 32% patnáctiletých chlapců a 29% dívek uvádí, že se již opili dvakrát a více, přičemž průměrná hodnota výsledků je v rámci HBSC 24% pro chlapce a 20% pro dívky. Rovněž zkušenosti s kouřením tabáku jsou u nás vyšší, zejména u věkových skupin 13 a 15 let. Chlapci ve věku patnácti let jsou s procentuálním zastoupením 11% se zkušeností s kouřením tabáku lehce pod průměrem HBSC, který je 12%. Avšak patnáctileté dívky uvádí tuto zkušenost v 16% oproti HBSC průměru 11%. U věkové skupiny třináctiletých zůstávají chlapci procentuálním zastoupením 4% v průměru HBSC, ale dívky se 4% zkušeností hranici HBSC 3% překračují. V oblasti užívání marihuany jsou čeští teenageři rovněž nad průměrnou úrovní. Užití v posledních 30 dnech u patnáctiletých chlapců s 8% je mírně pod průměrem HBSC 9%, ale dívky hranici 6% pro svou kategorii o jedno procento přesahují. Vyšší je u nás obecná zkušenost s užitím marihuany a to u obou pohlaví. Průměrnou hodnotou HBSC pro chlapce je 17%, chlapců u nás, kteří mají nějakou zkušenost je 23%

55) Výzkum zdravotně rizikového chování mládeže 2014. Drogy-info [online]. [Praha]: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2015 [cit. 2016-05-20]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/drogova-situace-2014/uzivani-drog-v-populaci-2014/uzivani-drog-ve-skolni-populaci-2014/vyzkum-zdravotne-rizikoveho-chovani-mladeze-2014-2014/

56) MRAVČÍK, V., P. CHOMYNOVÁ, K. GROHMANNOVÁ, et al. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014: Česká republika. Praha: Úřad vlády ČR, 2015. ISBN 978-80-7440-134-3.

Pro dívky je průměr podle studie HBSC 13%. Dívky tuto hranici překročily o deset procent, tedy 23% českých dívek má nějakou zkušenost s užitím marihuany. [23]

4.2. Nezdravý životní styl a další příčiny poruch zdraví

Nedodržování zásad zdravého životního stylu ve smyslu chování, které působí preventivně, a naopak vystavování se nadbytečným rizikovým faktorům může mít za následek vznik poruch zdraví. Řada těchto poruch nevzniká náhle, ale až působením nevhodného životního stylu, případně také působením genetických predispozic pro rozvoj určitých chorob. Většinou se jedná o současné působení faktorů ve více oblastech, jako jsou výživa, tělesná aktivita, stres a nekvalitní spánek.

4.2.1. Nadváha a obezita

Nadváha a obezita jsou poruchami výživy, jejichž společným znakem je větší množství tělesné hmoty, než je fyziologické vzhledem k tělesné výšce. Vzájemnou odlišností je míra této nerovnováhy a rizikovost pro jedince. Obě tyto poruchy lze orientačně snadno zjistit výpočtem Body Mass Indexu, který dává do vztahu váhu a výšku osoby. Odečtením tohoto indexu z tabulek, lze rozpoznat podváhu, normální váhu, nadváhu a stupně obezity. Rozeznáváme tak první stupeň obezity, neboli lehkou otylost, druhý stupeň obezity tedy výraznou otylost a třetí stupeň zvaný morbidní otylost. Tento výsledek je však stále pouze přibližným odhadem, neboť nevypovídá o složení těla. Možností zpřesnění tohoto výsledku je vyšetření kožních řas pomocí kaliperu. "*Obezita je multifaktoriálně podmíněná metabolická porucha charakterizovaná zmnožením tělesného tuku*"[57]. Pojmem nadváha myslíme pouze nadbytečnou hmotnost. Míra rizikovosti těchto výživových poruch je ale také dána rozložením tukových zásob po těle. Rozlišujeme tak androidní

23) World Health Organization Regional Office for Europe. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC) STUDY: INTERNATIONAL REPORT FROM THE 2013/2014 SURVEY. UN City: WHO Regional Office for Europe, 2016. HEALTH POLICY FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS NO. 7 276s. ISBN 978 92 890 5136 1.

57) ALDHOON HAINEROVÁ, Irena. Dětská obezita. Praha: Maxdorf, 2009, 114 s. Novinky v medicíně, sv. 3. ISBN 9788073451967.

a gynoidní formu obezity. Gynoidní forma se vyznačuje preferenčním ukládáním tuku v oblasti stehen a hýždí, androidní forma pak zvýšeným množstvím tukové tkáně na břiše. Diferenciaci těchto forem lze provést změřením Waist Hip Ratio, tedy výpočtem podílu obvodu pasu a boků. Hodnoty nad 0,95 u mužů a 0,85 u žen, starších 16 let, jsou znakem androidní obezity, která je všeobecně považována za rizikovější. Celostí posouzení stavu však vyžaduje komplexnější vyšetření i s hodnocením řady dalších antropometrických ukazatelů. Příčinou vzniku nadváhy a obezity je nevyváženost příjmu a výdeje energie. Význam zde tedy má, kromě nevhodné stravy nebo jejího nevhodného množství, i hypoaktivita. [4][57][58][59]

Poslední celostátní antropometrický výzkum z roku 2001 uvádí, že z mládeže ve věku 13-17 let trpí 5% obezitou a dalších 6% této populace nadváhou [6]. Studie HBSC provedená ve školním roce 2013/2014 uvádí, že 23% chlapců a 12% dívek ve věku patnácti let u nás je zasaženo nadváhou nebo obezitou. Ve věku třináct let se tyto zdravotní problémy vyskytují u 28% chlapců a 12% dívek [23]. Mezi nejvýznamnější riziko tohoto stavu patří vzniku diabetu 2. typu, metabolického syndromu, změny hodnot krevních lipidů, poruchy glukozové tolerance, kardiovaskulární poruchy a poruchy ortopedického charakteru v pozdějším věku. Pravděpodobnost vzniku určitých chorob v dospělosti bývá spojována s obezitou jedince v období dospívání více, než s aktuálním stavem. Sem se řadí riziko vzniku

---

4) UNIVERZITA KARLOVA, 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA, STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA a Kamil PROVAZNÍK. Manuál prevence v lékařské praxi. Souborné vydání. [Praha]: Fortuna, 2004. ISBN 80-7168-942-4.

6) VIGNEROVÁ, Jana. 6. celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže 2001, Česká republika: souhrnné výsledky. Praha: SZÚ, 2006, 238 s. ISBN 8086561305.

23) World Health Organization Regional Office for Europe. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC) STUDY: INTERNATIONAL REPORT FROM THE 2013/2014 SURVEY. UN City: WHO Regional Office for Europe, 2016. HEALTH POLICY FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS NO. 7 276s. ISBN 978 92 890 5136 1.

57) ALDHOON HAINEROVÁ, Irena. Dětská obezita. Praha: Maxdorf, 2009, 114 s. Novinky v medicíně, sv. 3. ISBN 9788073451967.

58) KIESS, W, Claude MARCUS a Martin WABITSCH. Obesity in childhood and adolescence. New York: Karger, c2004, x, 269 p. ISBN 3805577303.

59) Antropometrická vyšetření. Státní zdravotní ústav [online]. Praha: Státní zdravotní ústav, 2007 [cit. 2016-05-22]. Dostupné z: http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/antropometricka-vysetreni

koronárních příhod a riziko aterosklerózy, dále výskyt dny, kolorektální karcinom u mužů a artritida u žen. Komplikací v dětství nebo dospívání může být u těžkých obezit výskyt syndromu spánkového apnoe, které významně snižuje kvalitu spánku. Možný je vliv obezity na astma, choleolitiazu, nádorová onemocnění prsu a endometria. Přímým působením nadměrné tukové tkáně může docházet k urychlení růstového tempa a rychlejšímu kostnímu zrání, ovariálnímu hyperandrogenismu, gynekomastii, jaterní steatóze, pankreatitidě, cerebrálnímu pseudotumoru a to již ve věku dospívání. Vzhledem k tomu, že nadváha i obezita jsou poruchy často jasně patrné, přispívají i ke vzniku patologií v oblasti psychiky jedince. Velké množství tělesného tuku přímo potencuje vznik diabetu 2. typu a vyšší tělesná hmotnost způsobuje nepřiměřenou zátěž pro nosné klouby, zvláště kolena a kyčle. Vzhledem k nedokončenému kostnímu vývoji, existují i jistá rizika vzniku kostních deformit. Jednou takovou změnou může být například vznik *genua vara*, která potencují deformitu fibuly. Jako prediabetické stavy spojené s obezitou jsou popisovány porušená glukozová tolerance a porucha glykemie na lačno. Poruchy glukozové tolerance u dětí neobézních, jsou poměrně vzácné. [4][6][23][57][58][59][60] .

---

4) UNIVERZITA KARLOVA, 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA, STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA a Kamil PROVAZNÍK. Manuál prevence v lékařské praxi. Souborné vydání. [Praha]: Fortuna, 2004. ISBN 80-7168-942-4.

6) VIGNEROVÁ, Jana. 6. celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže 2001, Česká republika: souhrnné výsledky. Praha: SZÚ, 2006, 238 s. ISBN 8086561305.

23) World Health Organization Regional Office for Europe. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC) STUDY: INTERNATIONAL REPORT FROM THE 2013/2014 SURVEY. UN City: WHO Regional Office for Europe, 2016. HEALTH POLICY FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS NO. 7 276s. ISBN 978 92 890 5136 1.

57) ALDHOON HAINEROVÁ, Irena. Dětská obezita. Praha: Maxdorf, 2009, 114 s. Novinky v medicíně, sv. 3. ISBN 9788073451967.

58) KIESS, W, Claude MARCUS a Martin WABITSCH. Obesity in childhood and adolescence. New York: Karger, c2004, x, 269 p. ISBN 3805577303.

59) Antropometrická vyšetření. Státní zdravotní ústav [online]. Praha: Státní zdravotní ústav, 2007 [cit. 2016-05-22]. Dostupné z: http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/antropometricka-vysetreni

60) Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: Childhood overweight and obesity. World Health Organization [online]. Geneva: WHO [cit. 2016-05-24]. Dostupné z: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en

4.2.2. Další civilizační choroby

Mezi zásadní rizika nevhodného životního stylu patří zejména zvyšování pravděpodobnosti vzniku poruch zdraví řazených do skupiny civilizačních onemocnění. Vedle obezity sem patří diabetes druhého typu, chronické choroby dýchacích cest, nádorová onemocnění, kardiovaskulární onemocnění a duševní choroby, jak již bylo zmíněno výše. Na rozdíl od obezity však tyto další poruchy nejsou příliš časté již v období pubescence a adolescence, ale až v dospělém věku. Výskyt jedné z těchto chorob však zvyšuje pravděpodobnost vzniku další a tak lze jejich přítomnost hodnotit jako další rizikový faktor pro rozvoj civilizačních onemocnění. Významný vliv lze připsat i rizikovému chování, které tuto pravděpodobnost silně zvyšuje. Kauzální se zde zdá být například vztah mezi užíváním drog a poruchami duševního zdraví, nebo mezi kouřením tabáku a vznikem chronických onemocnění dýchacích cest. Zmíněná onemocnění však podléhají multifaktoriálnímu vlivu. Prevetabilita je však poměrně příznivá, proto je vhodné snažit se jim maximálně předcházet volbou vhodného životního stylu. [28]

28) Noncommunicable diseases. World Health Organization: Regional Office for Europe [online]. UN City: World Health Organization [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases

5. Cíl práce a hypotézy

Dospívání je složitý proces, který klade velké nároky na teenagera zejména v psycho-sociální oblasti. Toto období je v řadě ohledů určující pro budoucí život. Proto bylo cílem mého výzkumu zjistit, jaký je životní styl teenagerů ve věkovém rozmezí 12 až 16 let na základních školách v Ostravě a Kobeřicích a jaké jsou jeho dopady na zdravotní stav. Výzkum byl zaměřen na syndrom rizikového chování, jakožto nejvýraznější dopad na zdraví mládeže.

5.1. Hypotéza 1

Pracovní hypotéza: První pracovní hypotéza je vyslovena na podkladě všeobecného povědomí o režimu dne teenagerů. Očekává se zde zdravý režim dne nejméně u 1/3 respondentů ve věku 12 až 16 let.

Hypotéza A: Zdravý režim dne má 33% respondentů, nebo víc.

Hypotéza 0: Zdravý režim dne má méně než 33% respondentů.

5.2. Hypotéza 2

Pracovní hypotéza: Autorka předpokládá na základě vlastního mínění, že zkušenosti s užíváním návykových látek se ve významných subkulturách nebudou významně lišit od průměru ve sledované skupině. Autorka se totiž domnívá, že vliv vrstevníků v rámci subkultury není příliš významný.

Hypotéza A: Skupina Hiphopeři, nebo Hipsteři, nebo Meatheads, nebo Hráči počítačových her, nebo Skejťáci je v hodnotě Užívání návykových látek rovna průměru, na hladině významnosti 0,05 a vliv vrstevníků je malý.

Hypotéza 0: Skupina Hiphopeři, nebo Hipsteři, nebo Meatheads, nebo Hráči počítačových her, nebo Skejťáci jsou v hodnotě Užívání návykových látek významně vyšší než průměr, nebo významně nižší než průměr a vliv vrstevníků je větší než malý.

5.3. Hypotéza 3

Pracovní hypotéza: Autorka se na základě závěrů vyplývajících z odborných publikací domnívá, že mezi agresory a oběťmi šikany a kyberšikany je více než 50% tělesně trestaných žáků.

Hypotéza A: Více než 50% žáků ze sledovaných skupin bylo tělesně trestáno.

Hypotéza 0: Méně, nebo rovno 50% žáků ze sledovaných skupin bylo tělesně trestáno.

6. Metodika

Na základě informací získaných v průběhu studia oboru Veřejné zdravotnictví na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze a informací získaných studiem odborné literatury, autorka sestavila dotazník tvořený 53 otázkami s převážně uzavřeným počtem možných odpovědí. Některé otázky umožňovaly volbu více odpovědí, případně formulaci odpovědi vlastní. Vlastní odpovědi byly většinou zařazeny pod již existující varianty, v případě shody více respondentů byla vytvořena nová kategorie odpovědí. Možnost předložení dotazníku žákům byla ústně stvrzena cestou telefonického hovoru se zástupci vzdělávacích zařízení. Dotazník byl vyplňován dobrovolně a anonymně v průměrném čase 15 minut. Ve snaze předejít nejasnostem byly vybrané otázky a odpovědi doplněny příklady a zpřesňujícími informacemi. Dále bylo vyučujícím umožněno telefonicky kontaktovat autorku dotazníku v průběhu jeho vyplňování. Instrukce pro vyplnění dotazníku a cíl práce byly popsány v záhlaví každého dotazníku. Zástupci dotčených vzdělávacích zařízení byli informování o dostupnosti výsledků šetření, které jsou součástí bakalářské práce. Testování statistické významnosti rozdílů a závislostí bylo u vybraných výsledků provedeno pomocí Testu dobré shody, neboli Chí-kvadrátu, na hladině významnosti 0,05 a Cramer´s contingency coefficient.

6.1. Dotazníkové otázky

V úvodní části dotazníku se nachází tři otázky sloužící k zatřídění respondentů do skupin podle věku, pohlaví a místa vzdělávání. Následují

vlastní otázky dotazníku, které lze rozdělit do dvou skupin. První skupinou jsou otázky zkoumající životní styl, které byly zaměřeny na oblasti vrstevnických vztahů, zdravého životního stylu, výživy a stravovacích návyků, pitného režimu, fyzických aktivit, volnočasových aktivit, stresu, výchovných metod, tělesných trestů a spánku. Druhou skupinu tvoří otázky zaměřené na dopady životního stylu na zdraví. Hlavním sledovaným dopadem je syndrom rizikového chování respondentů, kde dotazovanými oblastmi jsou užívání návykových látek a závislostní chování, agresivní chování se zaměřením na šikanu, kyberšikanu, vandalství, ozbrojování a dále vyhledávání adrenalinových aktivit, sexuální chování, tělesné modifikace a v závěru jsou položeny dva dotazy na hodnocení fyzického vzhledu a na redukční diety. Vlastní dotazník je součástí příloh této práce.

6.2. Sběr dat

Dotazník byl na žádost škol vytvořen v online elektronické formě se snahou minimalizovat dopad šetření na životní prostředí. Dotazník byl sestaven pomocí aplikace společnosti Google a internetový odkaz byl rozeslán zástupcům škol. Vyučující následně zprostředkovali přístup k tomuto dotazníku žákům v květnu roku 2016 v rámci výuky předmětů rodinné a občanské výchovy v počítačových učebnách. Vyučující byli informováni o cíli výzkumu a struktuře dotazníku. Současně byli seznámeni s instrukcemi pro vyplnění a s možností telefonické konzultace v případě nejasností. Respondenti byly vyučujícími a úvodním textem dotazníku upozorněni na anonymnost dotazníku, jeho cíl a byli poučeni o způsobu odpovídání na otázky. Vlastní sběr dat probíhal po dobu 7 dnů, poté bylo šetření ukončeno a přístup k dotazníku omezen pouze pro autorku. Matematicko-statistické zpracování a vyhodnocení bylo provedeno s pomocí počítačového programu Microsoft Excel. Výstupem tohoto zpracování jsou tabulky užité v textu a grafy, které jsou součástí přílohy.

6.3. Charakteristika souboru

Za cílovou skupinu pro výzkum autorka zvolila žáky sedmých až devátých tříd ze dvou základních škol a to z Ostravy a z Kobeřic.

Dotazníkového šetření se účastnilo celkem 173 žáků. Výsledky dotazníku dvou žáků musely být vyřazeny ze zpracování, neboť jevily jasné známky neseriózního vyplnění. Výsledky šetření jsou tak zpracovány z celkem 171 vyplněných dotazníků se zastoupením 92 dívek a 89 chlapců, ve věku 12 až 16 let, jak je uvedeno v Tabulce 2. Poměr v zastoupení dospívajících z jednotlivých vzdělávacích zařízení podle místa je znázorněn v Tabulce 3.

Tabulka 2 Rozdělení souboru respondentů podle věku

Věk	Počet (absolutně)	Procent souboru
12 let	7	4,1%
13 let	44	25,7%
14 let	65	38,0%
15 let	49	28,7%
16 let	6	3,5%
Celkem	171	100,0%

Tabulka 3 Rozdělení souboru respondentů podle pohlaví a místa studia

Škola	Chlapci		Dívky		Celkem	
Kobeřice	48	28%	41	24%	89	52%
Ostrava	31	18%	51	30%	82	48%
Celkem	79	46%	92	54%	171	100%

Základní škola Krestova se nachází v městské části Hrabůvka v Ostravě. Tato škola zajišťuje v současné době vzdělávání 382 žáků. Výuka probíhá se zaměřením na umělecké vzdělávání a to rozšířením výuky hudební a výtvarné výchovy. V rámci prevence sociálně patologických jevů působí specializovaný školní metodik prevence a dále dochází k pravidelné spolupráci s řadou organizací, které rozšiřují vzdělávací programy pro žáky i v problematice syndromu rizikového chování. Žáci mají možnost stravování ve školní jídelně.

Základní škola Kobeřice je situována v obci Kobeřice na Opavsku. Škola je od roku 1997 zapojena do celostátního projektu škol podporujících zdraví a nabízí doplňující programy pro děti se zdravotními a vývojovými problémy. Dále je škola zapojena do rozvojového programu „Strategie prevence - program pro školy“, soustředícího se na prevenci sociálně

patologických jevů a na škole jako metodik prevence působí pověřený pedagog. Stravu žáků zajišťuje školní jídelna a škola nabízí volně dostupné nápoje a na žádost rodičů objednává školní mléko.

7. Výsledky

7.1. Vrstevnické vztahy

Jak znázorňuje Tabulka č. 4, sebezařazení k subkultuře se s věkem příliš nemění. Nejvyšší hodnotou je 100% zařazení, které vidíme u věkové skupiny 16 let, kdy však počet respondentů znázorněný rovněž v Tabulce 4 značí, že tento údaj může být značně zkreslený. Naopak nejnižší zařazení k subkultuře vykazuje věková skupina 14 let.

Tabulka 4 Řazení se k subkulturám podle věku

Věk	Zařazuje se		Nezařazuje se		Celkem	
	Počet	Procent	Počet	Procent	Počet	Procent
12	6	86%	1	14%	7	100%
13	41	93%	3	7%	44	100%
14	54	83%	11	17%	65	100%
15	45	92%	4	8%	49	100%
16	6	100%	0	0%	6	100%

Rozložení subkultur ve sledovaném souboru uvádí Tabulka 5 a Tabulka 6, kde z 26,3% jsou zastoupeni Hráči počítačových her, 13,0% tvoří skupina Ostatní, tvořená statisticky nevýznamnými subkulturami čítajícími jednotlivce, 11,1% obsazují respondenti, kteří se k žádné subkultuře nehlásí. Subkultura Hiphoperů je v souboru obsažena z 10,5% a subkultura Meatheads z 8,8%. K Hipsterům se hlásí 7,0% a ke Skejťákům 6,4% respondentů. Zbylých několik procent dotazovaných uvádí subkultury Hooligans, Technařů, Sportovců, Umělců a Emařů v zastoupení, které uvádí Tabulka 5 a pokračuje jako Tabulka 6. 100% je tvořeno 171 odpověďmi.

Tabulka 5 Řazení se k subkulturám 1

Subkultura	procent
Hráči počítačových her	26,3%
Ostatní subkultury	13,0%
Nezařazení	11,1%
Hiphopeři	10,5%
Meatheads	8,8%
Hipsteři	7,0%
Skejťáci	6,4%
Hooligans	4,1%

Tabulka 6 Řazení se k subkulturám 2

Subkultura	procent
Technaři	4,1%
Sportovci	3,5%
Umělci	2,9%
Emaři	2,3%

Míru vlivu vrstevnických názorů sleduje Tabulka 7. Hodně záleží na názoru vrstevníků 15% dotazovaných a spíše záleží 37%. Naopak vůbec na názoru vrstevníků nezáleží pouze 8% respondentů a spíše nezáleží 29%. Celkem 11% dotazovaných uvedlo, že neví, nebo neumějí na otázku odpovědět. Procenta jsou vztažena k počtu 171 odpovědí.

Tabulka 7 Vliv názoru vrstevníků na chování

Jak záleží na názoru vrstevníků	Procenta
Hodně záleží	15%
Spíše záleží	37%
Spíše nezáleží	29%
Vůbec nezáleží	8%
Neumím posoudit, nevím	11%

Životní styl teenagerů je v 39% převážně podobný životnímu stylu vrstevníků. Podobnost bezvýhradnou naopak uvedly pouze 4% respondentů. Další odpovědi byly rozprostřeny s procentuálním zastoupením, které uvádí Tabulka 8. Stoprocentní hodnotou je 171 odpovědí.

Tabulka 8 Podobnost životního stylu s vrstevníky

Podobnost životnímu stylu vrstevnických přátel	
Ano, bezvýhradně	4%
Liší se jen v 1 – 2 činnostech	22%
Převážně ano	39%
Spíše ne	23%
Vůbec ne	4%
Nevím, neumím posoudit	8%

7.2. Zdravý životní styl

Zájem o zdravý životní styl mezi teenagery částečně koreluje s místem jejich studia. Nejvyšší zájem mají žáci kobeřické základní školy s 28,1% oproti žákům ostravské základní školy s 19,5%. Že zájem spíše mají, naopak více volili žáci základní školy v Ostravě a to z 53,7%, kdy žáci z Kobeřic byli zastoupeni ve 47,2%. Nižší zájem pak nacházíme opět u skupiny ostravských žáků, kteří uvedli, že spíše zájem nemají v 18,3% případů a ve 2,4% nemají zájem vůbec. Kobeřičtí žáci pak zájem spíše nemají ve 13,5% a v 6,7% případů se o zdravý životní styl nezajímají jak je patrné z Tabulky 9.

Tabulka 9 Zájem o zdravý životní styl

Zájem o zdravý životní styl	Kobeřice		Ostrava		Celkem	
Se zajímá	25	28,1%	16	19,5%	41	24,0%
Spíše se zajímá	42	47,2%	44	53,7%	86	50,3%
Spíše se nezajímá	12	13,5%	15	18,3%	27	15,8%
Nezajímá se	6	6,7%	2	2,4%	8	4,7%
Neumí posoudit	4	4,5%	5	6,1%	9	5,2%

To, jak životní styl ovlivňuje zdraví je pro 16% dotazovaných vždy podstatné, pro 42% většinou a pro 35% jen za určitých okolností. Za zcela nepodstatné to považuje pouze 6% respondentů ze 171, jak vidíme v Tabulce 10.

Tabulka 10 Vnímání vlivu životního stylu na zdraví

Na vlivu životního stylu na zdraví …	
Nezáleží	6%
Záleží vždy	16%
Většinou záleží	42%
Někdy záleží	35%
Nevím	1%

Svůj životní styl za zdravý považuje pouze 12% dotazovaných, ale 42% uvádí, že jejich životní styl zdravý spíše je. Za nezdravý je hodnotí celých 8% a spíše nezdravý se zdá 32% respondentů. Tyto hodnoty a další lze odečíst z Tabulky 11.

Tabulka 11 Hodnocení vlastního životního stylu

Hodnocení vlastního životního stylu	
Rozhodně zdravý	12%
Spíše zdravý	42%
Spíše nezdravý	32%
Nezdravý	8%
Nevím, neumím posoudit	6%

7.3. Stravování a pitný režim

Vždy zdravé stravování nalézáme u pouhých 6,4% dotazovaných, kdy zdravým stravováním je myšlena vhodná skladba potravin. Dalších 6,4% přiznává, že zdravě se nestravují. Celých 51,5% však uvádí, že zdravě se většinou stravují, jen někdy pak 34,5% respondentů, jak je zřejmé z Tabulky 12, kde hodnotou sta procent je 171 odpovědí.

Tabulka 12 Dodržování zásad zdravého stravování

Dodržování zásad zdravého stravování	
Ano, pravidelně	6,4%
Většinou ano	51,5%
Jen někdy	34,5%
Ne	6,4%
Nevím, neumím posoudit	1,2%

Pravidelnost stravování znázorňuje Tabulka 13, který poukazuje na pouhé 16% zastoupení teenagerů, kteří jedí pravidelně vždy, 12% jen ve všední dny, 39% jen někdy a 25% se pravidelně nestravuje. Tabulka byla vypracována ze 171 odpovědí teenagerů.

Tabulka 13 Pravidelnosti stravování

Dodržování pravidelnosti stravování	
Každý den	16%
Jen ve všední dny	12%
Jen o víkendu	4%
Jen někdy	39%
Nikdy	25%
Nevím	4%

Spojením informací z Tabulky 12 a Tabulky 13, které značí zdravé a pravidelné stravování, nacházíme průnik neustálého plnění těchto dvou

požadavků zdravého životního stylu pouze u 3 ze 171 dotazovaných. Jak nám popisuje Tabulka 14, obtížnější se zdá být dodržování vhodné skladby stravy, než pravidelnost jídel.

Tabulka 14 Zdravé a pravidelné stravování

	Pravidelně denně	Pravidelně všední dny	Pravidelně víkendy	Pravidelně někdy	Nepravidelně	Nevím
Stravuji se zdravě	3	2	1	5		
Stravuji se většinou zdravě	15	14	3	34	18	4
Zdravě jen někdy	9	4	3	21	21	1
Nestravuji se zdravě				7	4	
Neumím posoudit						2

Pravidelně jedená jídla sleduje Tabulka 15, kde lze odečíst, že 88% všech dotazovaných pravidelně obědvá, 77% večeří, 57% dopoledne svačí, 53% snídá, 47% odpoledne svačí a 13% mívá pravidelně i druhou večeři.

Tabulka 15 Denní stravování

Snídá	53%
Svačí dopoledne	57%
Obědvá	88%
Svačí odpoledne	47%
Večeří	77%
Večeří 2. večeři	13%

Četnost zařazování ovoce a zeleniny do stravy všech dotazovaných uvádí Tabulka 16 a graf, který je součástí přílohy, kde lze odečíst, že 50% respondentů jí ovoce a zelinu několikrát do týdne, 33% sní 1 až 3 porce denně a pět porcí mají pouze 4% dotazovaných. 11% teenagerů uvádí, že ovoce a zeleninu jedí pouze výjimečně a 1% je nezařazuje do svého jídelníčku vůbec. Zajímavé je srovnání těchto hodnot mezi zástupci obou pohlaví zvlášť a podle místa studia, které nabízí Tabulka 17. Graf, který se nachází v příloze,

znázorňuje tyto odlišnosti, kde si lze všimnou zvláště jiného tvaru křivky skupiny dívek z Ostravy, který značí častější konzumaci ovoce a zeleniny v této skupině.

Tabulka 16 Četnost zařazení ovoce a zeleniny do jídelníčku

Konzumace ovoce a zeleniny	
5 porcí za den	4%
1 – 3 porce za den	33%
Několikrát do týdne	50%
Výjimečně	11%
Vůbec ne	1%
Nevím	1%

Tabulka 17 Četnost zařazení ovoce a zeleniny do jídelníčku podle pohlaví a místa

	Kobeřice		Ostrava	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky
5 porcí za den	2%	5%	3%	6%
1 – 3 porce za den	27%	34%	33%	39%
Několikrát do týdne	50%	54%	58%	43%
Výjimečně	19%	5%	3%	12%
Vůbec ne	2%		3%	
Nevím		2%		

Denní konzumaci mléčných výrobků uvádí 40% ostravských žáků a 27% kobeřických žáků. Několikrát do týdne jsou mléčné výrobky zařazeny do jídelníčku u 59% kobeřických teenagerů a 45% ostravských teenagerů. Výjimečná konzumace nebo žádná konzumace mléčných výrobků se mezi místy studia již příliš neliší, jak je patrné z Tabulky 18.

Tabulka 18 Četnost konzumace mléčných výrobků

	Kobeřice (89)	Ostrava (82)	Celkem (171)
Denně	27%	40%	33%
Několikrát do týdne	59%	45%	52%
Výjimečně	12%	11%	12%
Vůbec	1%	3%	2%
Nevím	1%	1%	1%

Dodržování pitného režimu ve smyslu dostatečného množství přijímaných tekutin a pravidelnosti tohoto příjmu zobrazuje Tabulka 19. Chlapci dodržují pitný režim pravidelně častěji (52%), než dívky (32%).

Převážně pak dodržuje pitný režim 32% chlapců a 20% dívek, tedy chlapci jsou stále v plnění tohoto požadavku zdravého životního stylu úspěšnější, protože dívky v 29% uvádí, že jej dodržují jen někdy a 17% dívek jej nedodržuje. U chlapců se dodržování jen někdy vyskytuje pouze u 13% dotazovaných a 2% tvoří chlapečtí respondenti, kteří pitný režim nedodržují.

Tabulka 19 Pitný režim

Dodržování pitného režimu	Chlapci	Dívky	Celkem
Ano, pravidelně	52%	32%	41%
Převážně ano	32%	20%	25%
Jen někdy	13%	29%	22%
Ne	2%	17%	10%
Nevím	1%	2%	2%

Tabulka 20 zobrazuje nápoje, které jsou teenagery denně pité. Denně pije 63% teenagerů slazené čaje, 60% sirupy s vodou, 58% ochucené minerální vody a jen 50% teenagerů kohoutkovou vodu. Za nevhodné nápoje k dennímu pití pro teenagery lze považovat sladké nápoje kolového typu, které pravidelně popíjí 27% dotazovaných. Dále jsou nevhodnými nápoji káva a energetické kofeinové nápoje v zastoupení 23% a 13%.

Tabulka 20 Denně konzumované nápoje

Nápoj	Denní konzumace
Kohoutková voda	50%
Neslazené čaje	23%
Slazené čaje	63%
Sirupy s vodou	60%
Ovocné mošty	21%
Balené pitné vody	32%
Neochucené minerální vody	10%
Ochucené minerální vody	58%
Sladké nápoje kolového typu	27%
Káva	23%
Energetické nebo kofeinové	13%
Mléčné nápoje	30%
Nevím, neumím posoudit	1%

7.4. Fyzická aktivita a volný čas

V Tabulce 21 je znázorněno procentuální zastoupení odpovědí respondentů na otázku z dotazníku, jak často sportují, vztažené k 171 odpovědím. Dostatečnou fyzickou aktivitu cestou sportu uvádí pouze 26% teenagerů v rámci odpovědí dvou a více hodin sportu denně s 12% zastoupením a jednu až dvě hodiny denně se 14% zastoupením. Zbylá část respondentů uvádí ve 27%, že sportují pouze 1x až 3x do týdne, ve 24% se sportu věnují 4x až 6x do týdne a 11% dotazovaných sportuje méně než hodinu, ale denně.

Tabulka 21 Četnost sportování

Denně více než 2 hodiny	12%
Denně 1 – 2 hodiny	14%
Denně méně než 1 hodinu	11%
4x-6x do týdne	24%
1x-3x do týdne	27%
1x-3x do měsíce	5%
Několikrát do roka	1%
Nevím	5%
Vůbec	1%

Fyzicky náročnou činnost, která může být prováděna například v rámci brigád, domácích prací nebo prací na zahradě, znázorňuje Tabulka 22. Denně tyto činnosti provádí 19% teenagerů, rovněž tak 6x až 4x do týdne. Nejčastěji respondenti volili možnost 3x až jednou týdně a to v 36%. Procentuální zastoupení je vztaženo k hodnotě 171 odpovědí.

Tabulka 22 Četnost fyzicky náročných aktivit bez sportu

Denně	19%
4x-6x do týdne	19%
1x-3x do týdne	36%
1x-3x do měsíce	11%
Několikrát do roka	6%
Vůbec	4%
Nevím, neumí posoudit	5%

Průměrný čas věnovaný pohybové aktivitě denně mimo sport zobrazuje Tabulka 23. Nejčastěji se teenageři věnují takovýmto činnostem

30 až 45 minut denně a to v 16%. 15% teenagerů pak uvedlo, že pohybovým aktivitám se mimo sport věnují 45 až 60 minut denně. Neobvykle velký počet dotazovaných uvedl, že neví kolik času pohybem stráví a to v 15%. V Tabulce 23 můžeme sledovat postupný pokles procentuálního zastoupení souboru s nárůstem, ale i poklesem věnovaného času s vrcholem právě 16% pro 30 až 45 minut denně.

Tabulka 23 Čas denně strávený pohybovou aktivitou vyjma sportu

Více než 3 hodiny	5%
2 - 3 hodiny	8%
90 - 120 minut	11%
60 - 90 minut	12%
45 - 60 minut	15%
30 - 45 minut	16%
15 - 30 minut	11%
5 - 15 minut	4%
Téměř žádný čas, žádný čas	3%
Nevím	15%

Procentuální zastoupení teenagerů, kteří se věnují volnočasovému kroužku, se dle výsledků výzkumu s věkem příliš nemění a průměrně se věnuje ve volném čase kroužku 80% žáků. Znázornění těchto výsledků je uvedeno v Tabulce 24, kde si lze všimnou jediné výraznější odchylky a to pro věkovou skupinu šestnáctiletých. Vzhledem k počtu respondentů v této skupině je však nutné počítat se zkreslením výsledků, ač je pochopitelně možné tuto změnu hodnotit i jako změnu preferencí volnočasových aktivit u starších dětí, zvláště při srovnání se skupinou dvanáctiletých, kde poměr žáků s kroužkem a bez kroužku je zachován i v obdobně nízkém počtu teenagerů v této skupině.

Tabulka 24 Volnočasové kroužky celkem

Věk	Má kroužek	Nemá kroužek
12let (7)	86%	14%
13let (44)	84%	16%
14let (65)	74%	26%
15let (49)	80%	20%
16let (6)	100%	0%
Celkem	80%	20%

Z druhů volnočasových kroužků zřetelně oblibou vynikají sporty a to jak u dívek, tak u chlapců, kterým se věnuje celkem 45% dotazovaných. U dívek jsou pak velmi oblíbené i hudební a pěvecké kroužky s celkem 23,4% celkového zastoupení, jak uvádí Tabulka 25. Tabulka 26 uvádí, že 22% dotazovaných, se věnuje hře na strunné nástroje, 20% hře na dechové nástroje, což lze z hlediska zdraví hodnotit kladně, neboť hra na dechový hudební nástroj může působit pozitivně na dechové funkce. Výraznější fyzickou aktivitu u dívek pak můžeme sledovat v rámci tanečního kroužku, kterému se věnuje celkem 12,3% teenagerů a u chlapců v turistickém kroužku, ke kterému se hlásí celkem 10,5% respondentů, jak lze odečíst z Tabulky 25. Výjimkou nejsou respondenti, kteří navštěvují několik kroužků například současně turistický i sportovní. Pro výpočet hodnot v tabulce byl brán jako základ celkový počet respondentů, kteří byly započítáni ve všech kroužcích, které navštěvují.

Tabulka 25 Obliba jednotlivých volnočasových kroužků

Kroužek	Chlapci	Dívky	Celkem
Turistický	16,5%	5,4%	10,5%
Výtvarný a rukodělný	1,3%	10,9%	6,4%
Skaut a podobné	2,5%	2,2%	2,3%
Sportovní	51,9%	39,1%	45,0%
Jazykový	3,8%	2,2%	2,9%
Hudební a pěvecký	12,7%	32,6%	23,4%
Dramatický	0,0%	2,2%	1,2%
Přírodovědný	0,0%	4,3%	2,3%
Taneční	1,3%	21,7%	12,3%
Sběratelský	0,0%	0,0%	0,0%
Společenské hry	0,0%	1,1%	0,6%
Čtenářský	1,3%	9,8%	5,8%
Technický	17,7%	2,2%	9,4%
Žádný	22,8%	18,5%	20,5%

Tabulka 26 Hra na hudební nástroje

Nástroje	Celkem
Strunné	22%
Dechové	20%
Elektrické	4%
Blanozvučné	1%
Samozvučné	0%
Nehrající	53%

Čas strávený pouhým pasivním sledováním televize znázorňuje Tabulka 27. Nejčastěji tráví teenageři u televize méně než jednu hodinu denně a to 44% respondentů. Do této skupiny byli řazeni i žáci, kteří uvedli, že televizi nesledují vůbec. 33% teenagerů pak stráví před televizní obrazovkou denně jednu až dvě hodiny, 16% dvě až čtyři hodiny a 5% více než čtyři hodiny.

Tabulka 27 Doba strávená denně u televize

Sledování TV denně	Z chlapců	Z dívek	Chlapci + dívky
4 hodiny a více	6%	4%	5%
2-4 hodiny	11%	20%	16%
1-2 hodiny	37%	30%	33%
Méně než 1 hodinu	46%	43%	44%
Neví, neumí posoudit	0%	3%	2%

Teenagerů trávících u počítače méně než jednu hodinu je 35% a do této kategorie se řadí i respondenti, kteří počítač využívají minimálně nebo vůbec ne. Dalších 30% dotazovaných uvádí, že denně stráví u počítače jednu až dvě hodiny a 17% pak dvě až čtyři hodiny. Více než čtyři hodiny prosedí u počítače 16% teenagerů. Tato možnost byla nejvyšší možnou volbou času a hodnota 16% je proto poměrně překvapující. (viz Tabulka 28)

Tabulka 28 Čas strávený denně u počítače

	Z chlapců	Z dívek	Celkem
4 hodiny a více	23%	11%	16%
2-4 hodiny	22%	13%	17%
1-2 hodiny	32%	27%	30%
Méně než 1 hodinu	20%	47%	35%
Nevím	3%	2%	2%

Chlapci se nejvíce na počítači věnují hraní her (29%) a 21% chlapců surfování po internetu a rovněž 21% komunikaci. Nejvíce dívek (25%) věnuje čas u počítače komunikaci a 24% pak surfování po internetu. Dívky se častěji věnují přípravě do školy a to ve 14% oproti chlapcům, kteří tuto činnost provádějí jen v 8% případů. Dívky však výrazně méně hrají počítačové hry (9%). Vyhledávání informací a online nákupy nejsou příliš

procentuálně odlišné mezi skupinami a tvoří spíše okrajovou činnost, jak je patrné z Tabulky 29.

Tabulka 29 Využití počítače

Hlavní aktivita	Chlapci	Dívky	Celkem
Příprava do školy	8%	14%	11%
Hry	29%	9%	19%
Surfování po internetu	21%	24%	23%
Komunikace	21%	25%	23%
Hledání informací	13%	16%	14%
Online nákupy	5%	9%	7%
Neumím posoudit	3%	3%	3%

Teenageři téměř z 67% tráví domácí přípravou do školy méně než jednu hodinu. Více než hodinu, ale méně než 2 uvádí téměř 29% respondentů, kde necelé dvě třetiny tvoří dívky. Dotazovaní také v omezených případech doma studují více než dvě hodiny, jedná se spíše o jednotlivce, jak znázorňuje Tabulka 30.

Tabulka 30 Čas strávený denně učením doma

	Z chlapců	Z dívek	Z celku
4 hodiny a více	0,00%	1,09%	0,58%
2-4 hodiny	1,27%	2,17%	1,75%
1-2 hodiny	21,52%	34,78%	28,66%
Méně než 1 hodinu	73,41%	60,87%	66,67%
Nevím, neumím posoudit	3,80%	1,09%	2,34%

7.5. Výchovné metody

Výchovné metody, konkrétně způsoby trestání sledovala jedna dotazníková otázka, z jejíchž výsledků vyplývá, že nejčastěji užívaným trestem je zákaz oblíbené činnosti, jako například sledovaní televize, hraní počítačových her a podobně. Touto metodou je nejčastěji trestáno 27% teenagerů. Druhým nejvýraznějším výsledkem je 25% zastoupení, jako nejčastějšího trestu, domlouvání. Jak je zřejmé z Tabulky 31,

ostatní metody trestů jsou poměrně méně zastoupeny, ale za povšimnutí stojí fyzické a psychické tresty. Tyto dvě metody trestání jsou užívány z velké části u dívek, ale velmi málo u chlapců, jak popisuje Tabulka 31. Celých 7% dívek uvádí jako nejčastější metodu trestu fyzickou a 8% psychickou.

Tabulka 31 Nejčastěji používané tresty

Trest	Z chlapců	Z dívek	Celkem
Fyzický	1%	7%	4%
Psychický	1%	8%	5%
Zákaz oblíbené činnosti	42%	14%	27%
Odejmutí předmětu	11%	15%	13%
Přidání domácích prací	8%	3%	5%
Domácí vězení	4%	5%	5%
Domlouvání	16%	33%	25%
Nikdy žádný	8%	10%	9%
Neumím posoudit	9%	5%	7%

Nikdy nebylo fyzicky trestáno 31% teenagerů, jedenkrát nebo dvakrát 24%, vícekrát, ale stále výjimečně 26%, občas 10% a často 6%. Variantu občas a často volily častěji dívky, jak popisuje Tabulka 32.

Tabulka 32 Fyzické tresty

Četnost trestu	U chlapců	U dívek	Celkem
Často	4%	8%	6%
Občas	4%	15%	10%
Výjimečně	25%	26%	26%
Maximálně 2x	29%	20%	24%
Nikdy	35%	28%	31%
Neví	3%	3%	3%

7.6. Stres a odpočinek

Teenageři se nejčastěji (36%) ukládají ke spánku mezi 22 a 23 hodinou, což umožnuje více než třetině dospívajících osmihodinovou délku spánku. Mezi 21 a 22 hodinou chodí spát 30% dotazovaných a 5% uléhá ke spánku ještě před devátou hodinou večerní. Naopak 14% teenagerů uvádí, že spát odchází mezi 23 hodinou a půlnocí. Ještě později se ukládá ke spánku 5% respondentů (viz Tabulka 33).

Tabulka 33 Čas ukládání ke spánku

Nejčastější hodina	Z chlapců	Z dívek	Celkem
19 - 20	1%	0%	1%
20 - 21	5%	5%	5%
21 - 22	27%	33%	30%
22 - 23	34%	37%	36%
23 - 24	16%	13%	14%
24 - 1	10%	5%	7%
Po 1 hodině ranní	4%	5%	5%
Nevím	1%	2%	2%

Průměrná doba spánku se podle věku příliš neliší, výjimku tvoří věková kategorie šestnáctiletých, kde nacházíme jako nejčastější délku šest hodin a to u 32% teenagerů této kategorie. Pouze 2% patnáctiletých uvádí dobu spánku delší než osm hodin a 14% dvanáctiletých a šestnáctiletých naspí pět hodin nebo méně, jak vidíme v Tabulce 34.

Tabulka 34 Trvání spánku

Věk/Doba spánku	5 a méně hodin	6 hodin	7 hodin	8 hodin	9 hodin	10 hodin a více	Nevím
12 let	14%	0%	14%	43%	29%	0%	0%
13 let	0%	14%	18%	43%	11%	7%	7%
14 let	4%	12%	22%	45%	12%	2%	3%
15 let	8%	18%	20%	48%	2%	0%	4%
16 let	14%	32%	18%	18%	18%	0%	0%
Celkem	5%	15%	20%	44%	10%	2%	4%

Více stresovány se cítí být dívky, kdy 13% z nich pociťuje stres každý den, 41% několikrát do týdne a 33% několikrát do měsíce, oproti chlapcům, z nichž stres pociťují denně pouze 3% a několikrát do týdne 30%. Pocit stresu několikrát do měsíce uvedlo 37% chlapců a zcela bez stresu se cítí 22%. Žádný stres nepociťuje pouze 8% dívek. (viz Tabulka 35)

Tabulka 35 Četnost pocitu stresu

Pocit stresu	Chlapci	Dívky	Celkem
Každý den	3%	13%	9%
Několikrát do týdne	30%	41%	36%
Několikrát do měsíce	37%	33%	35%
Nikdy	22%	8%	14%
Nevím	8%	5%	6%

Příčiny pociťování stresu popisuje Tabulka 36, ze které lze odečíst zcela nejčastější stresor pro 61% teenagerů a to školu a nároky vzdělávání. Hůře školu vnímají chlapci a to konkrétně 76% z nich. Dívky naopak častěji uvádějí rodinu (18%) a vrstevnické vztahy (17%), tedy oblasti sociálních kontaktů pravděpodobně vnímají intenzivněji.

Tabulka 36 Zdroje stresu

Stresor	Chlapci	Dívky	Celkem
Rodina	5%	18%	12%
Sporty	1%	1%	1%
Vrstevnické vztahy	13%	17%	15%
Škola	76%	49%	61%
Rodinné i vrstevnické vztahy	1%	4%	3%
Nevím	4%	11%	8%

7.7. Zdravý režim dne

Souhrnem informací získaných dotazníkem v oblastech stravování, fyzické aktivity, volného času a spánku, byl nalezen možný zdravý režim dne u 27% dotazovaných teenagerů. Jak znázorňuje Tabulka 37, nejméně plněným požadavkem je pravidelnost stravování. Naopak 56% respondentů splňuje obecné požadavky na dostatečnou délku spánku. Pravidelné ukládání k spánku má 46% a dostatek fyzické aktivity nacházíme u 33% teenagerů.

Tabulka 37 Zdravý režim dne z různých hledisek

Hledisko/chování	Vhodné	Nevhodné
Pravidelné stravování	27%	73%
Sport a fyzická aktivita	33%	67%
Pravidelnost ukládání k spánku	46%	54%
Délka spánku	56%	44%

7.8. Kouření cigaret

Zkušenosti s kouřením cigaret má méně žáků kobeřické základní školy, konkrétně nikdy nekouřilo 65% chlapců a 73% dívek, oproti ostravským žákům, kde bez zkušenosti zůstává 45% chlapců a 53% dívek. Pravidelnými kuřačkami je však 5% kobeřických žákyň a 2% ostravských. Ostravských chlapců se k pravidelnému kouření hlásí 6%, kdežto z kobeřických žádný. Nejčastějšími příležitostnými kuřáky jsou ostravské

dívky a to z 19% a k bývalým příležitostným kuřákům se řadí 20% ostravských chlapců, kteří zároveň uvádí nejvyšší hodnotu (26%) procentuálního zastoupení ve skupině pro pouhé vyzkoušení kouření cigaret. Toto zastoupení znázorňuje graf, který je součástí přílohy, doplněný Tabulkou 38.

Tabulka 38 Kouření cigaret

	Kobeřice chlapci (48)	Ostrava chlapci (31)	Kobeřice dívky (41)	Ostrava dívky (51)
Kouří pravidelně	0%	6%	5%	2%
Kouří příležitostně	8%	0%	3%	19%
Pravidelně, ale už nekouří	0%	3%	0%	4%
Příležitostně, ale už nekouří	8%	20%	2%	6%
Zkusil/a kouřit	19%	26%	17%	16%
Ne	65%	45%	73%	53%

Zcela nejčastější zkušenosti s kouřením cigaret uvádí teenageři hlásící se k subkultuře hiphoperů. Pouze 17% z nich uvedlo, že zkušenost s kouřením nemají, 11% kouří příležitostně a 11% pravidelně. Dalších 6% z nich jsou dnes nekouřící pravidelní kuřáci a 22% již nekouřící občasní kuřáci. Mezi příležitostnými kuřáky jim konkurují pouze respondenti, kteří byli zařazeni do skupiny menších subkultur nebo se nehlásících k žádné subkultuře, kam byli zahrnuti i všichni respondenti, jejichž subkultura zajímá méně než 5% jedinců ze sledovaného souboru. Z těchto uvádí příležitostné kouření 13%. Mezi bývalými pravidelnými kuřáky je vyšší procento jedinců ze subkultury meatheads, jak znázorňují Tabulka 39 a Tabulka 40.

Tabulka 39 Kouření v subkulturách 1

	Hiphopeři (18)	Hipsteři (12)	Hráči PC her (45)	Meatheads (15)	Skejťáci (11)	Menší subkultury, nezařazení (70)
Kouří pravidelně	11%	0%	0%	7%	0%	3%
Kouří příležitostně	11%	8%	4%	7%	0%	13%
Pravidelně, ale už nekouří	6%	0%	0%	7%	0%	1%

Tabulka 40 Kouření v subkulturách 2

	Hiphopeři (18)	Hipsteři (12)	Hráči PC her (45)	Meatheads (15)	Skejťáci (11)	Menší subkultury, nezařazení (70)
Příležitostně, ale už nekouří	22%	0%	12%	7%	18%	3%
Zkusil/a kouřit	33%	25%	20%	13%	27%	13%
Ne	17%	67%	64%	59%	55%	67%

První cigaretu si chlapci zapálí nejčastěji mezi 10 a 11 rokem věku, dívky trochu později a to ve 13 letech. Dívky naopak mírně vedou ve zkušenostech získaných před desátým rokem věku, jak vyplývá z Tabulky 41, ve které je znázorněn rozdíl v prvním kouření mezi dívkami a chlapci.

Tabulka 41 První pokus s kouřením

Věk	Chlapci (38)	Dívky (39)
Před 10. rokem	11%	13%
V 10 letech	26%	8%
V 11 letech	26%	13%
Ve 12 letech	13%	23%
Ve 13 letech	16%	31%
Ve 14 letech	3%	7%
V 15 letech	5%	5%

Kolikrát v posledních třiceti dnech kouřili teenageři, kteří uvedli, že již zkušenost s kouřením mají, objasňuje Tabulka 42. Celých 40% pravidelně kouřících a 7% příležitostných kuřáků kouřilo více než 61x, což odpovídá minimálně dvěma cigaretám denně. U příležitostných kuřáků by však tyto hodnoty značily nikoliv příležitostné, ale pravidelné kouření. Je zde tedy možnost i nárazového kouření více cigaret v jeden den a poté dny bez kouření. Dalších 7% příležitostných kuřáků kouřilo během posledních třiceti dní 31x až 60x, kdy by tento výsledek opět mohl znamenat spíše pravidelné kuřáctví. Bývalí pravidelní kuřáci uvádí, že 33% z nich kouřilo v tomto období 11x až 20x a nekouřilo 67%. Z teenagerů, kteří uvedli, že kouření

pouze vyzkoušeli, kouřila 3% 20x až 11x a další 3% 10x až 3x, což by se dalo již považovat spíše za příležitostné kouření.

Tabulka 42 Kouření v posledních 30 dnech

Pravidelnost kouření/Počet kouření za posledních 30 dnů	61x a víc	31x-60x	21x-30x	11x-20x	3x-10x	1x-2x	0x	Nevím
Kouří pravidelně (5)	40%	0%	40%	0%	0%	20%	0%	0%
Kouří příležitostně (15)	7%	7%	13%	20%	20%	13%	7%	13%
Kouřil pravidelně, ale už ne (3)	0%	0%	0%	33%	0%	0%	67%	0%
Kouřil příležitostně, ale už ne (14)	0%	0%	0%	0%	0%	21%	79%	0%
Zkusil kouřit (32)	0%	0%	0%	3%	3%	16%	75%	3%
Nekouřil (102)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%

7.9. Alkohol

Pravidelně pije alkohol 6% ostravských chlapců a 2% kobeřických dívek. Celých 39% ostravských dívek pije alkohol příležitostně, 6% jej pilo, ale už přestalo a dalších 43% alkohol ochutnalo. Pouze 12% dívek z Ostravy alkohol nikdy nepilo, což je nejmenší procento mezi abstinenty. Naopak 34% kobeřických dívek zkušenost s pitím alkoholu nemá. K bývalému pravidelnému pití alkoholu se nepřihlásil nikdo ze souboru, jak je zřetelné z Tabulky 43.

Tabulka 43 Požívání alkoholu

Požívání alkoholu	Kobeřice chlapci (48)	Ostrava chlapci (31)	Kobeřice dívky (41)	Ostrava dívky (51)
Pravidelně	0%	6%	2%	0%
Příležitostně	29%	6%	24%	39%
Pravidelně, ale už nepije	0%	0%	0%	0%
Příležitostně, ale už nepije	13%	6%	5%	6%
Ochutnal	23%	55%	29%	43%
Vůbec	27%	23%	34%	12%
Nevím	8%	4%	6%	0%

Porovnáním zkušeností s alkoholem v jednotlivých významných subkulturách, které nabízí Tabulka 44, vidíme, že 53% členů subkultury meatheads je abstinenty. Protipólem jsou hiphopeři, kde abstinenty je pouhých 6% příslušníků. Dále 44% hiphoperů a 36% skejťáků pije alkohol příležitostně.

Tabulka 44 Požívání alkoholu v subkulturách

	Hiphopeři (18)	Hipsteři (12)	Hráči počítač. her (45)	Meatheads (15)	Skejťáci (11)	Ostatní a nezařazení (70)
Pravidelně	0%	0%	2%	7%	0%	1%
Příležitostně	44%	8%	22%	20%	36%	29%
Pravidelně, ale už nepije	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Příležitostně, ale už nepije	11%	0%	9%	0%	9%	9%
Ochutnal(a)	39%	58%	38%	20%	28%	35%
Vůbec	6%	17%	25%	53%	18%	23%
Nevím	0%	17%	4%	0%	9%	3%

Nejčastěji ochutnaným alkoholem je v tomto pořadí pivo (34%),destiláty (20%), víno (13%), likéry (12%), alkoholické koktejly (6%) a cider (3%), jak vyplývá z Tabulky 45.

Tabulka 45 Požité druhy alkoholu celkem

Cider	Destiláty	Koktejly	Likéry	Pivo	Víno	Žádný
3%	20%	6%	12%	34%	13%	12%

Tabulka 46 srovnává procentuální zastoupení ochutnaného alkoholu mezi dívkami a chlapci. Celých 43% chlapců ochutnalo pivo, ale dívek jen 26%. U dívek nacházíme více zkušeností s destiláty (22%) a vínem (17%).

Tabulka 46 Požité druhy alkoholu podle pohlaví

	Cider	Destiláty	Koktejly	Likéry	Pivo	Víno	Žádný
Chlapci (79)	3%	19%	4%	9%	43%	8%	14%
Dívky (92)	3%	22%	9%	14%	26%	17%	9%
Celkem (171)	3%	20%	6%	12%	34%	13%	12%

7.10. Drogy

Více zkušeností s užíváním drog nacházíme u ostravských žáků a více u chlapců, jak znázorňuje Tabulka 47. K pravidelnému užívání se hlásí 6% ostravských chlapců a 2% ostravských dívek. K příležitostnému užití se přiznávají 2% kobeřických chlapců, rovněž kobeřických dívek a 2% dívek z Ostravy.

Tabulka 47 Užívání drog podle pohlaví a lokality

	Kobeřice chlapci (48)	Ostrava chlapci (31)	Kobeřice dívky (41)	Ostrava dívky (51)
Užívá pravidelně	0%	6%	0%	2%
Užívá příležitostně	2%	0%	2%	2%
Užíval, ale už ne	2%	0%	0%	2%
Zkusil	2%	13%	5%	8%
Neužíval	90%	77%	93%	80%
Neví	4%	4%	0%	6%

Z hlediska subkultur nacházíme bez zkušenosti s užíváním drog pouze 56% hiphoperů, ale příležitostné užívání uvádí 7% členů subkultury meatheads a 2% hráčů počítačových her. 4% zástupců skupiny menších subkultur a nezařazených se přiznává k pravidelnému užívání drog, jak je patrné z Tabulky 48. Příležitostně drogy užívalo 9% skejťáků a 6% hiphoperů, avšak dnes je již neužívají.

Tabulka 48 Užívání drog podle subkultury

	Hiphopeři (18)	Hipsteři (12)	Hráči PC her (45)	Meatheads (15)	Skejťáci (11)	Ostatní subkultury, nezařazení (70)
Užívá pravidelně	0%	0%	0%	0%	0%	4%
Užívá příležitostně	0%	0%	2%	7%	0%	1%
Užíval pravidelně, ale už neužívá	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Užíval příležitostně, ale už neužívá	6%	0%	0%	0%	9%	0%
Zkusil	33%	0%	2%	7%	0%	4%
Neužíval	56%	92%	94%	86%	91%	86%
Nevím	5%	8%	2%	0%	0%	5%

Nejčastěji zkoušenou drogou je marihuana (33%). Antidepresiva zneužilo již 12% žáků se zkušeností s užíváním drog a 8% z nich i léky proti bolesti. 9% zkušených užilo kokain a 7% LSD. (viz Tabulka 49)

Tabulka 49 Druhy užívaných nebo zkoušených drog

Droga	Četnost
Marihuana	33%
Hašiš	4%
Extáze	4%
Kokain	9%
Crack	4%
Pervitin	2%
LSD	7%

Droga	Četnost
Heroin	4%
Inhalanty	4%
Tlumivé léky	5%
Léky proti bolesti	8%
Stimulující léky	4%
Antidepresiva	12%

Procentní hodnoty odvozeny od respondentů majících drogovou zkušenost, 100% = 56

7.11. Index zdravotně rizikového chování

Na základě informací získaných dotazníkem z otázek na kouření v posledních 30 dnech, opilost a užívání drog, byl stanoven index rizikového chování pro všech 171 respondentů. Tabulka 50 popisuje výsledné hodnoty ve skupinách dle pohlaví a celkově. Dívky častěji (68%) získaly hodnocení 0, ale také častěji získaly hodnocení 2 a to 17% z nich. Chlapci více vynikají v četnosti hodnocení 1 bodu a to ve 24%.

Tabulka 50 HRB podle pohlaví

	Chlapci (79)	Dívky (92)	celkem (171)
HRB=0	62%	68%	65%
HRB=1	24%	11%	17%
HRB=2	8%	17%	13%
HRB=3	6%	4%	5%

Výsledky HRB dle lokality uvádí Tabulka 51. Ostravští žáci byli častěji hodnoceni 2 (18%) a 3 (9%) body oproti kobeřickým, kterých s hodnocením 2 bylo 8% a s hodnocením 3 jen 2%.

Tabulka 51 HRB podle lokality

	Kobeřice (89)	Ostrava (82)	Celkem (171)
HRB=0	69%	61%	65%
HRB=1	21%	12%	17%
HRB=2	8%	18%	13%
HRB=3	2%	9%	5%

Tabulka 53 objasňuje situaci v subkulturách. Hodnocení 3 body byli nejvíce členové subkultury Hiphoperů a to ve 22%. Rovněž tato subkultura má nejvyšší procentuální zastoupení se 2 body (39%).

Tabulka 52 HRB v subkulturách

Subkultura/HRB	HRB=0	HRB=1	HRB=2	HRB=3
Hiphopeři (18)	22%	17%	39%	22%
Hipsteři (12)	67%	25%	8%	0%
Hráči počítač. her (45)	67%	27%	4%	2%
Meatheads (15)	66%	7%	20%	7%
Skejťáci (11)	73%	18%	9%	0%
Ostatní a nezařazení (70)	73%	11%	11%	5%

7.12. Návykové látky v subkulturách

Tabulka 53 poskytuje souhrné informace umožňující srovnání jednotlivých významných subkultur, na základě dat získaných z přechozích oblastí a to o kouření cigaret, pití alkoholu a užívání drog. Zkušenost s návykovými látkami, tedy alespoň s jednou, má 77% všech dotazovaných. Jednotlivé subkultury se od tohoto průměru příliš nevzalují. Výjimku tvoří subkultura meatheads, kde má zkušenost s návykovými látkami jen 47% jejích členů.

Tabulka 53 Zkušenost s návykovými látkami v subkulturách

Subkultura/Zkušenost	Nemají	Mají
Hip hopeři (18)	6%	94%
Hipsteři (12)	33%	67%
Skejťáci (11)	18%	82%
Hráči počítač. her (45)	22%	78%
Meatheads (15)	53%	47%
Ostatní a nezařazení (70)	20%	80%
Celkem (171)	23%	77%

7.13. Online čas

Žáci byli dotazováni na množství času, po který jsou online připojeni k internetu pomocí počítače, tabletu, chytrého telefonu, nebo jiného elektronického zařízení. Nejdéle připojeny jsou kobeřické dívky, z nichž 63% je online po více než 4 hodiny denně. K této variantě se hlásí i 42% ostravských chlapců, 31% ostravských dívek a 23% kobeřických chlapců. Hodnota více než čtyř hodin strávených online může být již považována za projev online závislosti. (viz Tabulka 54)

Tabulka 54 Čas denně trávený on-line

On-line čas	Chlapci Kobeřice (48)	Dívky Kobeřice (41)	Chlapci Ostrava (31)	Dívky Ostrava (51)
4 a více hodin	23%	63%	42%	31%
2-4 hodiny	19%	10%	26%	22%
1-2 hodiny	19%	7%	19%	14%
30 min. - 1 hod.	27%	10%	3%	25%
Do 30 minut	4%	7%	6%	4%
Žádný	8%	3%	4%	4%

V rámci subkultur jsou nejdéle k internetu připojeni členové meatheads (66%) a hiphoperů (61%) a to po dobu delší než čtyři hodiny denně. Tyto informace jsou zřetelně znázorněny v Tabulce 55.

Tabulka 55 Čas denně trávený on-line podle subkultury

On-line čas	Hiphopeři (18)	Hipsteři (12)	Hráči PC. her (45)	Meatheads (15)	Skejťáci (11)	Ostatní subkultury, nezařazení (70)
4 a více hodin	61%	25%	29%	66%	18%	40%
2-4 hodiny	11%	33%	31%	7%	10%	14%
1-2 hodiny	11%	17%	18%	13%	27%	11%
30 min. - 1 hod.	17%	25%	16%	7%	18%	21%
Do 30 minut	0%	0%	2%	0%	27%	7%
Žádný	0%	0%	4%	7%	0%	7%

7.14. Šikana

Mezi chlapci se nachází 4% těch, kteří byli nebo jsou v současnosti agresory šikany, 3% řadící se jak k agresorům, tak obětem i svědkům šikany a 1% chlapců, kteří jsou, nebo byli agresory i obětmi. Mezi dívkami nenacházíme žádnou agresorku šikany a to ani v kombinaci s pozicí oběti a svědka. 14% chlapců uvádí, že jsou nebo byli obětí šikany a 1% tvoří chlapci, kteří byli šikanováni a zároveň byli svědkem šikany druhé osoby. Čistě svědecké zkušenosti s šikanou mají 4% chlapců. Dívky jsou svědky častěji a to 17% z nich. 11% dívek uvedlo, že mají zkušenosti s šikanou z pozice oběti a další 2% dívek, zažila jak svědectví šikany, tak pozici oběti. (viz Tabulka 56).

Tabulka 56 Zkušenost se šikanou

	Chlapci (79)	Dívky (92)	Celkem (171)
Agresor	4%	0%	2%
Oběť	14%	11%	12%
Svědek	4%	17%	11%
Agresor + oběť	1%	0%	1%
Oběť + svědek	1%	2%	2%
Agresor + svědek + oběť	3%	0%	1%
Žádné	68%	54%	61%
Nevím	5%	16%	10%

Ze skupiny fyzicky trestaných teenagerů, tvoří pouhé 1% agresory, ale 16% oběti šikany. Fyzicky, neboli tělesně netrestaní respondenti uvedli, že jsou z nich 4% agresory a 6% oběti šikany. Tyto a další hodnoty graficky znázorňuje Tabulka 57.

Tabulka 57 Šikana a fyzické tresty

Šikana/Fyz.tresty	Netrestán (54)	Trestán (112)	Neví, zda byl trestán (5)	Celkem
Agresor	4%	1%		2%
Agresor + oběť		1%		1%
Agresor + svědek + oběť	2%	1%		1%
Oběť	6%	16%		12%
Oběť + svědek		3%		2%
Svědek	9%	12%	20%	11%
Nemá zkušenost	72%	55%	60%	61%
Nevím	7%	11%	20%	11%

7.15. Kyberšikana

Dívky mají častější zkušenosti s kyberšikanou, což dokládá hodnota 59% dívek, které se s kyberšikanou nesetkaly oproti 82% chlapců. 10% dívek a 5% chlapců bylo, nebo jsou obětí kyberšikany avšak svědectví uvádí 17% dívek a jen 1% chlapců. (viz Tabulka 58)

Tabulka 58 Zkušenost s kyberšikanou

Kyberšikana	Chlapci (79)	Dívky (92)	Celkem (171)
Agresor	5%	2%	4%
Agresor + svědek	1%	0%	1%
Agresor + svědek + oběť	1%	0%	1%
Oběť	5%	10%	7%
Oběť + svědek		2%	1%
Svědek	1%	17%	10%
Nemá zkušenost	82%	59%	69%
Nevím	5%	10%	7%

Shodně 4% fyzicky trestaných a 4% fyzicky netrestaných tvoří agresory. U pozice oběti a svědka se však setkáváme s výrazným rozdílem mezi těmito dvěma skupinami. Obětí bylo 10% fyzicky trestaných teenagerů a jen 2% z fyzicky netrestaných. V pozici svědka bylo, nebo je 12% fyzicky trestaných a 5% fyzicky netrestaných respondentů. Fyzicky trestaní se tak častěji setkávají s kyberšikanou a bez zkušenosti zůstává jen 62% oproti 83% tělesně netrestaných, jak uvádí Tabulka 59.

Tabulka 59 Kyberšikana a fyzické tresty

Kyberšikana / Fyz.trest	Netrestán (54)	Trestán (112)	Neví, zda byl trestán(5)	Celkem
Agresor	4%	4%		4%
Agresor + svědek		1%		1%
Agresor + svědek + oběť	2%			1%
Oběť	2%	10%		7%
Oběť + svědek	2%	1%		1%
Svědek	5%	12%		10%
Nemá zkušenost	83%	62%	80%	69%
Nevím	2%	10%	20%	7%

7.16. Tělesné tresty u agresorů a obětí šikany a kyberšikany

Tabulka 60 shrnuje informace popsané v rámci šikany a kyberšikany a dává je do souvislosti s tělesnými tresty u agresorů a obětí. Je zjevné, že tělesně trestaní se setkávají s šikanou i kyberšikanou častěji než tělesně netrestaní teenageři. U agresorů nacházíme 50% a vyšší podíl tělesně trestaných a u obětí jej tvoří z více než 80%.

Tabulka 60 Tělesné tresty u agresorů a obětí šikany a kyberšikany

	Agresor kyberšikany (8)	Oběť kyberšikany (15)	Agresor šikany (6)	Oběť šikany (27)
Netrestán	37%	20%	50%	15%
Trestán	63%	80%	50%	85%
Celkem	100%	100%	100%	100%

7.17. Vandalství

Chlapci jsou častějšími pachateli vandalství než dívky a naopak více dívek uvádí, že byly svědky takového chování druhé osoby. Celých 11% chlapců se doznalo, že byli provozovateli vandalství a 2% dívek rovněž. Svědectví pak uvádí 14% chlapců a 21% dívek. Tabulka 61 tyto a další hodnoty znázorňuje.

Tabulka 61 Zkušenost s vandalstvím podle pohlaví

	Chlapci (79)	Dívky (92)	Celkem
Nemá zkušenost	60%	65%	62%
Oběť	5%	3%	4%
Svědek	14%	21%	18%
Vandal	11%	2%	6%
Vandal + oběť	1%		1%
Nevím	9%	9%	9%

Srovnání zkušeností teenagerů s vandalství podle místa školní docházky nabízí Tabulka 62. Ostravští teenagři mají častější zkušenost s vandalstvím než kobeřičtí a zároveň jsou tedy častěji pachateli, oběťmi i svědky. S vandalstvím se nesetkalo 56% ostravských a 69% kobeřických respondentů. Za provozovatele se označilo 7% ostravských dospívajících a 6% kobeřických.

Tabulka 62 Zkušenost s vandalstvím podle lokality

	Kobeřice (89)	Ostrava (82)	Celkem
Vandal	6%	7%	6%
Vandal + oběť	1%		1%
Oběť	3%	5%	4%
Svědek	11%	24%	18%
Nemá zkušenost	69%	56%	63%
Nevím	10%	7%	9%

7.18. Ozbrojování

Informace získané o ozbrojování cestou dotazníku uvádí, že vždy chodí do školy ozbrojeno 10% ostravských chlapců, 8% ostravských dívek, 4% kobeřických chlapců a 2% kobeřických dívek. Nikdy není ve škole

ozbrojeno 92% kobeřických chlapců, 91% kobeřických dívek, 84% ostravských dívek a 78% ostravských chlapců. (viz Tabulka 63)

Tabulka 63 Ozbrojování - nošení zbraní do školy

	Kobeřice chlapci (48)	Kobeřice dívky (41)	Ostrava chlapci (31)	Ostrava dívky (51)	Celkem
Vždy	4%	2%	10%	8%	6%
Většinou	0%	0%	6%	0%	1%
Občas	0%	0%	3%	2%	1%
Výjimečně	0%	5%	3%	4%	3%
Nikdy	92%	91%	78%	84%	87%
Nevím	4%	2%	0%	2%	2%

Vždy ve škole ozbrojená skupina se skládá z 10% agresorů šikany, 30% obětí šikany, 20% svědků a 10% teenagerů se zkušeností se všemi uvedenými pozicemi v šikaně. 100% většinou ozbrojených dospívajících však tvoří žáci, kteří se šikanou nemají žádné zkušenosti. Skupinu občasně ozbrojených tvoří z 50% svědci šikany, jak znázorňuje Tabulka 64.

Tabulka 64 Nošení zbraní do školy a šikana

Šikana/Nošení zbraně	Ozbrojen vždy (10)	Ozbrojen většinou (2)	Ozbrojen občas (2)	Ozbrojen výjimečně (5)	Neozbrojen (148)	Nevím (4)
Agresor	10%	0%	0%	0%	1%	0%
Agresor + oběť	0%	0%	0%	0%	1%	0%
Agresor + svědek + oběť	10%	0%	0%	0%	1%	0%
Nemá zkušenost	10%	100%	50%	60%	64%	50%
Oběť	30%	0%	0%	20%	11%	25%
Oběť + svědek	0%	0%	0%	0%	2%	0%
Svědek	20%	0%	50%	20%	10%	0%
Nevím	20%	0%	0%	0%	10%	25%

7.19. Adrenalinové sporty

Adrenalinové sporty lákají spíše chlapce, protože jen 46% z nich nemá s adrenalinovým sportem žádnou zkušenost, zato dívky v 57%. Pravidelně se jim věnuje 12% teenagerů, občas 11%, zřídka 20% chlapců a 4% dívek. Jedinkrát jej vyzkoušelo 17% dívek a 9% chlapců. (viz Tabulka 65)

Tabulka 65 Adrenalinové sporty

	Chlapci (79)	Dívky (92)	Celkem (171)
Pravidelně	14%	10%	12%
Občas	10%	11%	11%
Zřídka	20%	4%	12%
Jednou zkusil	9%	17%	13%
Nikdy	46%	57%	51%
Nevím	1%	1%	1%

7.20. Milostné vztahy a prostituce

Více dívek uvádí, že milostný vztah zatím ještě nemělo, konkrétně 62% kobeřických a 50% ostravských. Chlapci z Otravy uvedli, že milostný vztah ještě neměli jen z 39% a kobeřičtí chlapci ze 41%. Více než 13% teenagerů mělo milostný vztah více než třikrát s větším zastoupením kobeřických chlapců (19%). Dvakrát nebo třikrát jej mělo 14,5% všech dospívajících, kde nejvyšší hodnotu zastupovaly ostravské dívky 22%. Osmnáct a půl procenta respondentů mělo milostný vztah jedenkrát, s nejvyšším zastoupením chlapců z Ostravy, kterých toto uvedlo 32%, jak je odečitatelné z Tabulky 66.

Tabulka 66 Počet milostných vztahů

	Kobeřice chlapci (48)	Kobeřice dívky (41)	Ostrava chlapci (31)	Ostrava dívky (51)
3 x a víc	19%	7%	13%	14%
2 až 3 x	19%	7%	10%	22%
1 x	19%	17%	32%	6%
Nikdy	41%	62%	39%	50%
Nevím	2%	7%	6%	8%

Nejpozději plánují zahájit sexuální život ostravští chlapci a to 35% z nich po 18 roce života. Nejvíce ostravských dívek předpokládá zahájení v 15 nebo 16 (31%) letech. Kobeřičtí chlapci i dívky se názory celkem pravidelně rozprostřely mezi věkové skupiny 15 až 18 let a výše, jak je patrné z údajů uvedených v Tabulce 67.

Tabulka 67 Zahájení sexuálního života - vhodný věk

Vhodný věk zahájení sex. života	Kobeřice chlapci (48)	Kobeřice dívky (41)	Ostrava chlapci (31)	Ostrava dívky (51)
13 let a dřív	6%	0%	3%	2%
13 až 14	0%	2%	3%	0%
14 až 15	6%	0%	6%	2%
15 až 16	15%	17%	16%	31%
16 až 17	19%	22%	16%	29%
17 až 18	14%	20%	10%	12%
18 a víc	21%	24%	35%	14%
Nevím	19%	15%	11%	10%

Jedna otázka zjišťovala, zda již respondenti zahájili sexuální život a v kolika letech tomu tak bylo. Sexuální život nezahájilo 80% dívek a 73% chlapců. U těch, kteří jej již zahájili, se tak nejčastěji stalo ve věku čtrnácti a patnácti let. Avšak 3% chlapců a 2% dívek uvedli, že sexuální život zahájili již před 13 rokem věku, což je patrné z Tabulky 68.

Tabulka 68 Skutečné zahájení sexuálního života

	Chlapci (79)	Dívky (92)	Celkem (171)
Dříve než 13 let	3%	2%	2%
Ve 13 letech	1%	3%	2%
Ve 14 letech	5%	7%	6%
V 15 letech	6%	5%	6%
V 16 letech	4%	0%	2%
Nezahájil	73%	80%	77%
Nevím	8%	3%	5%
Celkový součet	100%	100%	100%

Na intimnosti pro zisk by přistoupilo 14% chlapců a 13% dívek a 32% chlapců a 15% dívek neví, zda by přistoupili. Nejčastějším motivem by pak byly peníze (21%), zisk nového telefonu nebo počítače (20%), lepší školní hodnocení (13%), nebo nové oblečení(10%). Tuto problematiku objasňují Tabulka 69 a Tabulka 70.

Tabulka 69 Ochota k intimnostem za zisk

	Chlapci (79)	Dívky (92)	Celkem (171)
Ano	14%	13%	13%
Ne	54%	72%	64%
Neví	32%	15%	23%

Tabulka 70 Vzájemný poměr motivů k intimnostem

Motivace	Četnost
Obdiv přátel nebo popularita	4%
Peníze	21%
Drogy	4%
Alkohol	6%
Cigarety	4%
Lepší školní hodnocení	13%
Přístřeší	4%
Jídlo	8%
Oblečení	10%
Nový telefon/počítač	20%
Získání jiné věci	6%

7.21. Úcta k vlastnímu tělu

Více dívek (46%) by si přálo mít, nebo mají tělesnou modifikaci, než chlapců (25%). Zcela jistě nechce a nemá žádnou takovou úpravu 61% chlapců a 46% dívek, jak je patrné z Tabulky 71.

Tabulka 71 Názor na tělesné modifikace

	Chlapci (79)	Dívky (92)	Celkem (171)
Mám nebo chci	25%	46%	36%
Nemám a nechci	61%	46%	53%
Neumím posoudit	14%	8%	11%

Největší oblibu má klasické tetování (55%), piercing (23%) a roztahování ušních dírek (10%). Mikrodermální implantát by rádi měli 4% teenagerů a 3% ear pointing. (viz Tabulka 72)

Tabulka 72 Preference různých typů tělesných modifikací

Modifikace	Preference
Piercing	23%
Klasické tetování	55%
Tetování očního bělma	1%
Scarifikace	1%
Mikrodermální implantát	4%
Split jazyka	1%
Roztahováky do uší	10%
Roztahováky na jinou část těla	1%
Ear pointing	3%
Podkožní implantát	1%

Respondenti rovněž odpovídali na otázku, zda sami sebe vnímají jako fyzicky atraktivní. Nejlépe se hodnotí kobeřičtí chlapci, z kterých se 29%

považuje za atraktivní a 25% za spíše atraktivní. Druhé nejvyšší sebehodnocení mají ostravské dívky, kterých 27% se vnímá jako atraktivní a 31% jako spíše atraktivní. Za nimi nacházíme ostravské chlapce s 16% pro atraktivní a 26% spíše atraktivní. Nejnižší sebehodnocení mají kobeřické dívky, z nichž se za atraktivní považuje 15%, za spíše atraktivní 22% a spíše neatraktivní 39%, což je nejvyšší procentuální zastoupení této kategorie, jak značí Tabulka 73.

Tabulka 73 Vnímání vlastní tělesné atraktivity

	Kobeřice chlapci (48)	Kobeřice dívky (41)	Ostrava chlapci (31)	Ostrava dívky (51)
Cítí se určitě atraktivní	29%	15%	16%	27%
Cítí se spíše atraktivní	25%	22%	26%	31%
Cítí se spíše neatraktivní	23%	39%	19%	18%
Cítí se určitě neatraktivní	2%	12%	3%	14%
Neumí posoudit	21%	12%	36%	10%

Redukční diety držejí častěji dívky než chlapci. Více než dvacet procent dívek tak již drželo redukční dietu třikrát, nebo častěji a dalších přibližně třicet procent jednou nebo dvakrát. Nikdy redukční dietu ve snaze upravit svou tělesnou váhu nedrželo 69% chlapců z Kobeřic, 65% ostravských chlapců, 41% ostravských dívek a 39% kobeřických dívek.(viz Tabulka 74)

Tabulka 4 Četnost redukční diety

	Kobeřice chlapci (48)	Kobeřice dívky (41)	Ostrava chlapci (31)	Ostrava dívky (51)
Nikdy	69%	39%	65%	41%
1 až 2 x	10%	32%	23%	29%
3x a více	8%	22%	6%	25%
Neví	13%	7%	6%	5%

8. Diskuze

Tato část práce se zabývá vyhodnocením hypotéz, srovnáním výsledků studie s jinými pracemi a osobními komentáři autorky k výsledkům a srovnáním.

8.1. Hypotéza 1

Pracovní hypotéza: První pracovní hypotéza je vyslovena na podkladě všeobecného povědomí o režimu dne teenagerů. Očekávat tedy lze zdravý režim dne nejméně u 1/3 respondentů ve věku 12 až 16 let.

Hypotéza A: Zdravý režim dne má 33% respondentů, nebo víc.

Hypotéza 0: Zdravý režim dne má méně než 33% respondentů.

Tabulka 5 Hypotéza 1

Sledovaná kritéria	Vhodné	Nevhodné
Pravidelnost ukládání k spánku	78	93
Délka spánku	96	75
Pohybové aktivity a sport	57	114
Pravidelnost stravování	47	124
Průnik	10	161

Hypotéza 1 byla testována pomocí Chí-kvadrátu na hladině významnosti 0,05 s kritickou hodnotou 1,645. Vypočítaná hodnota testového kritéria 7,236 pak je důvodem k zamítnutí alternativní hypotézy a přijetí nulové hypotézy. Zdravý režim dne lze nalézt u méně než 1/3 respondentů.

Jako vhodná délka spánku, byly posouzeny všechny možnosti zahrnující minimálně osmihodinový spánek. Respondenti, kteří plnili minimálně 60 minut pohybové aktivity denně, byli vybráni dle otázek na sport, fyzicky náročné činnosti a pohybové aktivity vyjma sportu tak, že byla zohledněna možnost vzájemného doplnění limitu 60 minut v rámci různých činností.

Skutečný zdravý režim dne byl nalezen pouze u 10 respondentů ze 171, což je poměrně alarmující zjištění. Jak je zřejmé z výsledků, největší obtíž dělá žákům pravidelné stravování. Zde může mít vliv rodinné prostředí, ve kterém se stále méně dbá na společné a pravidelné stravování rodiny nejen ve všední dny, ale i o víkendech. Délka spánku a jeho pravidelnost je opět ovlivnitelná zejména v rodině, kde se zřejmě již nedostatečně dohlíží na

správné rozhodování a jednání dospívajících, kteří jak se zdá, neumějí vhodně zvolit.

8.2. Hypotéza 2

Pracovní hypotéza: Autorka předpokládá na základě vlastního mínění, že zkušenosti s užíváním návykových látek se ve významných subkulturách nebudou významně lišit od průměru ve sledované skupině. Autorka se totiž domnívá, že vliv vrstevníků v rámci subkultury není příliš významný.

Hypotéza A: Skupina Hiphopeři, nebo Hipsteři, nebo Meatheads, nebo Hráči počítačových her, nebo Skejťáci je v hodnotě užívání návykových látek rovna průměru, na hladině významnosti 0,05 a vliv vrstevníků je malý.

Hypotéza 0: Skupina Hiphopeři, nebo Hipsteři, nebo Meatheads, nebo Hráči počítačových her, nebo Skejťáci jsou v hodnotě užívání návykových látek významně vyšší než průměr, nebo významně nižší než průměr a vliv vrstevníků je větší než malý.

Tabulka 6 Hypotéza 2

	koeficient
Hiphopeři	0,11
Hipsteři	0,003
Skejťáci	0,02
Hráči PC her	0,01
Meatheads	0,19
Menší subkultury a nezařazení	0,03

Hypotéza 2 byla testována pomocí Chí- kvadrátu na hladině významnosti 0,05 a Cramer´s contingency coeficient. Výsledné hodnoty koeficientu se pohybovaly v rozmezí 0-0,1 s hodnocením zanedbatelného efektu a 0,1-0,2 s hodnocením malého efektu. Na základě těchto zjištění je přijata alternativní hypotéza a zamítnuta nulová hypotéza. Užívání návykových látek ve vybraných subkulturách je na hladině významnosti 0,05 rovno průměru a vliv vrstevníků je malý.

V tabulce 76 si lze všimnout, že všechny subkultury mají vrstevnický vliv zanedbatelný s výjimkou hiphoperů a meatheads. Tyto dvě skupiny mají sice malý efekt, avšak působení zde lze nalézt. Příslušníci hiphoperů vynikají svými zkušenostmi s užíváním návykových látek a naopak příslušníci

meatheads vykazují zkušenosti nejmenší. U hiphoperů je možné tuto odlišnost přisuzovat působení vzorů typických pro tuto subkulturu, jak bylo popsáno v části této práce o životním stylu. Vzhledem k povaze fyzických aktivit, které provozují meatheads, je pochopitelná jejich snaha o udržení zdraví a fyzické kondice, jako prvku sebeprezentace a lze tedy očekávat, že užívání návykových látek by tuto snahu kazilo. Tento trend je však sledován na velmi malém vzorku jedinců a není tedy možné jej vtahovat obecně k teenagerské populaci.

8.3. Hypotéza 3

Pracovní hypotéza: Autorka se na základě závěrů vyplývajících z odborných publikací domnívá, že mezi agresory a oběťmi šikany a kyberšikany je více než 50% tělesně trestaných žáků.

Hypotéza A: Více než 50% žáků ze sledovaných skupin bylo tělesně trestaných.

Hypotéza 0: Méně, nebo rovno 50% žáků ze sledovaných skupin bylo tělesně trestaných.

Tabulka 7 Hypotéza 3

	netrestán	trestán
agresor kyberšikany	37%	63%
oběť kyberšikany	20%	80%
agresor šikany	50%	50%
oběť šikany	15%	85%

Hypotéza 3 byla testována pomocí Chí- kvadrátu na hladině významnosti 0,05 s kritickou hodnotou 1,645. Vypočítaná hodnota testového kritéria 4,22 je potom důvodem k zamítnutí nulové hypotézy a přijetí alternativní hypotézy. Více než 50% agresorů a obětí šikany a kyberšikany bylo tělesně trestáno.

Zajímavým zjištěním zde je, že podíl tělesně trestaných je vyšší u obětí než u agresorů, jak by se dalo očekávat zejména u šikany. Je možné, že tělesně trestaní dospívající snáze přijímají pozici oběti, případně působí submisivnějším dojmem a jsou tedy snazším cílem agresorů.

8.4. Další sledované oblasti

V pravidelnosti snídání se výsledky této studie příliš neliší od výsledků HBSC, kde pravidelně snídá 53- 66% chlapců a 44- 66% dívek. Dotazovaní z této studie snídají pravidelně v 53% bez větších genderových odlišností. Tyto hodnoty jsou však mírně pod průměrem celé HBSC studie. Tento trend by mohl být ovlivněn časem, ve kterém začíná běžně školní výuka na základních školách. Brzké vstávání nutné k vytvoření dostatečného času pro snídani je méně akceptovatelné v případě, kdy výuka začíná v 8 hodin, než když začíná například v 9 hodin. Příkladem by tak mohlo být Portugalsko, které má nejvyšší podíl pravidelně snídajících dětí a kde výuka začíná v 9 hodin, rovněž tak Francie, nebo Anglie, byť podíl snídajících dětí je již nižší, avšak stále větší než u nás. Tato problematika by vyžadovala podrobnější srovnávací studii, která ale není cílem této práce a jedná se tedy pouze o uvážení možných vlivů, kde samozřejmě nelze opomenout ani odlišné tradice ve stravování v jednotlivých zemích.

Pouhá čtyři procenta dotazovaných plní požadavek pěti porcí ovoce a zeleniny denně. HBSC popisuje každodenní konzumaci ovoce u 26% chlapců a 34% dívek ve věku 15 let, 33% chlapců a 40% dívek ve věku 13 let. Dále uvádí pravidelnou denní konzumaci zeleniny u 20% chlapců a 29% dívek ve věku 15 let, 24 chlapců a 30% dívek ve věku 13 let. Zde však nelze provést přímé srovnání s výsledky této studie, neboť žáci byli dotazování na konzumaci ovoce a zeleniny zároveň. Lze však z výsledné hodnoty 37% usuzovat, že minimálně konzumace zeleniny je u sledovaného souboru vyšší než v průměru HBSC pro ČR. Zajímavá je však odlišnost znázorněná v grafu, který je součástí příloh, kde vidíme větší konzumaci ovoce a zeleniny u ostravských dívek.

V konzumaci slazených nápojů sledovaní žáci uvádějí vyšší četnost než HBSC pro ČR. HBSC uvádí každodenní konzumaci slazených nápojů u 17% chlapců a 14% dívek ve věku 15 let, 18% chlapců a 14% dívek ve věku 13 let. Dotazovaní však uvedli, že denně pije slazené čaje 63%, sirupy s vodou 60%, ochucené minerální vody 58% a slazené nápoje kolového typu 27% z nich. Toto zjištění je velmi negativní, ale zrovna tak i uvedené denní konzumace nápojů s obsahem kofeinu jako káva u 23% a energetické nápoje u 13%

dotazovaných. Při denní konzumaci kofeinových nápojů může dojít ke vzniku závislosti na kofeinu, čímž je tedy ohrožena téměř čtvrtina respondentů. Zejména pití kávy je u dospívajících společensky dobře tolerováno a tedy je možné, že jak rodinní příslušníci, tak samotná mládež neví o nevhodnosti pravidelného popíjení těchto nápojů.

Celých 82% respondentů uvedlo, že se denně věnují pohybové aktivitě mimo sportu, i když třeba jen po krátký čas, a sportu se denně věnuje 37% dotazovaných. Studie HBSC sleduje pouze obecně každodenní pohybovou aktivitu, ale alespoň částečné srovnání zde možné je. Z výsledků HBSC vyplývá, že denně se pohybu věnuje 20% chlapců a 13% dívek ve věku 15 let, dále 27% chlapců a 20% dívek ve věku 13 let. Soubor sledovaný touto prací tak vykazuje dostatek fyzické aktivity denně ze 33%, což je vyšší než očekávaná hodnota.

Sledování televize po dobu dvou a více hodin uvádí HBSC z roku 2014 s výslednými hodnotami 65% chlapců a 59% dívek ve věku 15 let, 62% u chlapců a 58% dívek ve věku 13 let, 62% chlapců a 48% dívek ve věku 11 let. Tato studie došla však výsledkům 16% chlapců a 24% dívek, kteří sledují televizi denně dvě a více hodin, což je velmi pozitivní, neboť delší než dvouhodinové sledování TV je považováno za nevhodné.

Sledovaní žáci trávili denně u počítače 4 a více hodin v 16%, dvě až čtyři hodiny v 17%, jednu až dvě hodiny ve 30% a méně než hodinu denně uvedlo 35% respondentů. Z nich se pravidelně věnuje hraní počítačových her 29% chlapců a 9% dívek. ESPAD studie popisuje téměř denní hraní počítačových her u 43,4% chlapců a 6,3% dívek. Ve sledovaném souboru tedy nacházíme menší pravidelné hraní u chlapců a naopak vyšší u dívek.

Nejčastější metodou trestu dospívajících byl zákaz oblíbené činnosti, dále domlouvání a odejmutí předmětu. Srovnáme-li tyto výsledky s výsledky šetření z roku 1994 z Prahy prezentovanými v publikaci Násilí v rodině: Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte, vidíme značné rozdíly. Zde nejčastěji uváděným trestem bylo hubování, výprask a vykonávání určitých povinností. Tyto odlišnosti lze přičítat odlišnému věku respondentů, lokaci, nebo době šetření. Zajímavé je také častější užívání tělesných a psychických trestů u dívek než u chlapců, jak vyplývá z této studie. Lze se pouze domnívat,

že to může být zapříčiněno tím, že dívky mohou být snadnější obětí pro takovéto chování dospělého, stejně jako to, že dívky mohou být v těchto otázkách otevřenější než chlapci.

Ve sledované skupině byly více stresovány dívky a jako nejčastější stres uvedli jak dívky, tak chlapci školu. Z chlapců tak uvedlo 76% a z dívek 49% bez výraznějších věkových výkyvů. HBSC studie uvádí, že chlapci ve věku 11- 15 let pociťují stres ze školy v 31 - 27% v závislosti na věku a dívky ve stejném věkovém rozmezí 38 - 21%. Škola je tedy stresorem ve sledované skupině častěji než ve studii HBSC. Předpokládat lze, že tento rozdíl může být dán náročností konkrétních dvou škol, nebo nároky rodičů žáků na jejich studijní výsledky.

HBSC studie popisuje zkušenosti s kouřením cigaret u 11 letých respondentů u 2% chlapců a u 1% dívek. Z 13 letých pak uvedlo zkušenost 4% chlapců a 4% dívek, z 15 letých 11% chlapců a 16% dívek. Nárůst je zde tedy plynulý a dokládá, postupné získávání zkušeností v této oblasti. Tato práce však popisuje poněkud odlišný trend. Dotazovaní žáci uvedli, že nejvíce zkušeností získávají chlapci obdobně, jako uvádí HBSC, tedy s postupným nárůstem. Dívky však popisují spíše větší zlom a to ve věku 12 a 13 let, kde dochází k nárůstu zkoušení kouření cigaret. Studie ESPAD z roku 2011uvádí, že první kouření proběhlo před 11 rokem věku včetně u 26,5% dotazovaných což lze srovnat s hodnotami tohoto šetření 21,7%. Sledovaný soubor tedy vykazuje méně častou zkušenost s kouřením před 11 rokem věku než ESPAD z roku 2011. Déle dle ESPAD první zkušenost s kouřením ve věku 12 let má 12,1%, ve 13 letech 13,5%, ve 14 letech 14,4%, v 15 letech 9,1%. V této studii kouřilo prvně ve věku 12 let 8,2%, ve 13 letech 10,5%, ve 14 letech 2,3% a v 15 letech 2,3%. Z tohoto srovnání je zřejmé, že první kouření do věku 15 let je ve sledované skupině nižší a to zejména u věkové skupiny 14 let a více.

Pravidelné pití alkoholu uvedlo 6% ostravských chlapců a 2% kobeřických dívek. HBSC studie popisuje pití alkoholu minimálně jedenkrát týdně u 20% 15 letých chlapců a 14% 15 letých dívek, u 13 letých pak 9% chlapci a 5% dívky a u 11 letých 5% chlapců a 4% dívek. Zdá se tedy, že v pravidelném pití alkoholu by sledovaná skupina mohla vykazovat nižší zastoupení. Studie ESPAD z roku 2O11 uvádí, že 2,1% respondentů jsou

abstinenty. V této práci uvedlo abstinenci 23,4% dotazovaných, což je velmi významný rozdíl, s tím že vyšší procento abstinentů je z Kobeřic.

Ve sledovaném souboru uvedlo 11,1% dotazovaných že již vyzkoušely marihuanu. Tuto hodnotu lze částečně srovnat s výsledky HBSC studie, která uvádí, že ve věku 15 let mělo za posledních 30 dní tuto zkušenost 8% chlapců a 7% dívek. Na užití marihuany v posledních 30 dnech nebyli žáci dotazování a není tedy možné provést přímé srovnání, avšak vzhledem k výsledku 11,1% za život, lze očekávat, že tato hodnota by byla podstatně nižší. ESPAD uvádí prevalenci pro marihuanu a hašiš 42,3% a u sledované skupiny je tato hodnota 12,3%. Poslední výzkum zdravotně rizikového chování mládeže z roku 2014 uvádí zkušenost s marihuanou u 24,8% dotazovaných ve věku 14 a 15 let. I zde tedy nacházíme menší tendenci k užívání kanabinoidních látek, byť je tato hodnota zkreslena odlišným věkovým zastoupením.

Výzkum zdravotně rizikového chování mládeže z roku 2014 sledující hodnotu HRB u čtrnáctiletých a patnáctiletých žáků základních škol, nalezl nulové známky rizikového chování u 55,3% dotazovaných, dále 25,6% s jedním typem, 12,3% se dvěma typy a 6,8% se všemi třemi typy rizikového chování. Tato studie u 14 letých a 15 letých souhrnně našla nulové HRB u 59,6%, jeden typ rizikového chování u 20,2%, dva typy u 15,8% a všechny typy u 4,4% respondentů. Sledovaná skupina tedy jasně vykazuje nižší míru zdravotně rizikového chování hodnoceného pomocí HRB než výše uvedená studie.

Celkově nižší užívání návykových látek může být ve sledované skupině příznivě ovlivněno množstvím a kvalitou preventivních programů na základních školách v Ostravě a Kobeřicích. Ostravská škola je pravděpodobně více zatížena snazší dostupností nelegálních drog než škola kobeřická, ale je možné, že protektivně zde může působit vyšší nabídka volnočasových aktivit v okolí školy, stejně jako umělecké zaměření ostravské školy, kladoucí vyšší nároky na domácí přípravu.

Zajímavé bylo zjištění ohledně času, který tráví sledovaní teenageři online. Nejvyšší hodnotu nesla varianta se čtyřmi a více času online, kterou zvolilo poměrně mnoho žáků. Z kobeřických chlapců je 23% online čtyři a více hodin a kobeřické dívky dokonce v 63%. Počet ostravských chlapců je

roven 42% a ostravských dívek 31%. Tyto hodnoty jsou vysoko nad očekáváním. Vliv zde má jistě vyšší dostupnost připojení k internetu, která již není vázána pouze na počítač. Žáci tak mohou být online i v době výuky, o přestávkách a v době cestování mezi školou, domovem a místem kroužků.

Vandalství častěji provozují chlapci než dívky, ale dívky bývají častěji svědky tohoto chování. Je možné, že se chlapci tímto jednáním proti pravidlům snaží imponovat dívkám. S vandalstvím se setkáváme více u ostravských žáků než kobeřických, rozdíl však není příliš markantní.

Vždy s sebou nosí do školy zbraň 6% dotazovaných s největším absolutním zastoupením ostravských dívek. Obecně více a častěji chodí se zbraní do školy ostravští žáci. Vztah mezi ozbrojováním a šikanou není statisticky závislý, ale 10% vždy ozbrojených žáků tvoří agresoři šikany a 30% oběti šikany, což je poměrně závažné.

Adrenalinové sporty nikdy nezkusilo 46% chlapců a 57% dívek. Tato data nejsou nijak překvapující, protože rizikovější chování ve smyslu riskantního jednání a adrenalinových sportů je obecně u chlapců častější než u dívek.

Nejvíce milostných vtahů uvedli kobeřičtí chlapci a ostravské dívky. Zejména v této problematice lze však očekávat chybu typu reporting bias. Větší množství milostných vztahů je u chlapců obecně ve společnosti lépe hodnoceno než u dívek, což vede často ke snaze chlapců uvádět vyšší počty, než jaké skutečně jsou. Jako vhodný čas zahájení sexuálního života po 18. roce života včetně uvedlo 35% ostravských chlapců, což je neočekávaný výsledek, protože chlapci spíše preferují časnější zahájení. Na otázku, zda již respondenti zahájili sexuální život, odpovědělo kladně více chlapců a to 19%. Z dívek zahájilo sexuální život 17%. HBSC studie uvádí, že u patnáctiletých respondentů má již zkušenost s pohlavním stykem 23% chlapců a 24% dívek u nás. V této studii uvedlo 21% chlapců a 17% dívek ve věku patnácti let, že již měli pohlavní styk. U sledovaného souboru lze tedy hovořit o větší sexuální zdrženlivosti. Ochota respondentů přistoupit na intimnosti pro zisk nebyla mezi pohlavími příliš odlišná, ale 32% chlapců a 15% dívek uvedlo, že neví. Z toho lze usuzovat, že pravděpodobně by jejich volba závisela na životních okolnostech. Rozdíl mezi chlapci a dívkami ve volbě Nevím, lze

možná vysvětlit tím, že problematika prostituce je obecně v populačním povědomí více vztahována k ženám, tedy chlapci nad touto otázkou dosud neuvažovali a neuměli se tedy v průběhu testu odpovědně rozhodnout.

Poměrně překvapujícím výsledkem bylo nalezení 12% a 14% dívek ve skupinách dle lokality, které se považují za neatraktivní oproti 2% a 3% chlapců ve skupinách dle lokality, kteří se rovněž takto hodnotí. Vliv lze přikládat zvláště mediím a potažmo i sociální atmosféře ve společnosti, kde je kladen větší důraz na atraktivitu žen.

U dětí držících dietu vedou dívky, jak v této práci, tak ve studii HBSC. HBSC nachází držení diet u 19% chlapců a 37% dívek ve věku 15 let, 17% u chlapců a 29% u dívek ve věku 13 let. Soubor žáků sledovaných touto prací uvádí 10,5% chlapců a 29,2% dívek, kteří již někdy drželi redukční dietu. Zejména u chlapců tak můžeme sledovat nižší tendence k držení diet, které mohou být pro vyvíjející se organismus velmi nevhodné. Tyto genderové odlišnosti však poměrně navazují na předchozí zjištění o sebehodnocení atraktivity a lze tedy předpokládat, že důvodem držení redukčních diet jsou spíše snahy o přiblížení se konvenčnímu vzoru krásy, než doporučení zdravotnických odborníků. Lze tedy očekávat větší zastoupení nevhodných výživových omezení.

9. Závěr

Cílem této práce bylo zjistit, jaký je životní styl teenagerů ve věkovém rozmezí 12 až 16 let na základních školách v Ostravě a Kobeřicích a jaké jsou jeho dopady na zdravotní stav. Výzkum byl zaměřen na syndrom rizikového chování, jakožto nejvýraznější dopad na zdraví mládeže. Šetření bylo provedeno pomocí dotazníku u žáků sedmých až devátých tříd z celkem dvou základních škol a to z Ostravy a z Kobeřic. Korektní data byla získána od celkem 171 respondentů se zastoupením 92 dívek a 89 chlapců, ve věkovém rozpětí 12 až 16 let.

Odpovědi žáků celkově naznačují zdravější životní styl a nižší výskyt rizikového chování u sledovaného souboru v porovnání s HBSC studií z roku 2014 pro ČR. Většina žáků se řadí k nějaké subkultuře a částečně přejímá životní styl svých vrstevníků, byť uvádí, že na názoru vrstevníků záleží jen mírně. Většina dotazovaných se zajímá o zdravý životní styl a spíše jim záleží na tom, jak jejich životní styl ovlivňuje jejich zdraví. V otázkách stravování více dominovala snaha o zdravou skladbu jídelníčku, ale pravidelnost stravování byla horší. V pravidelném a dostatečném příjmu ovoce a zeleniny se zdají být úspěšnější žáci z Ostravy a pitný režim pravidelně dodržuje více chlapců než dívek. Více než 2/3 dotazovaných se věnuje nějakému volnočasovému kroužku. Nejvyšší oblibu u chlapců mají sportovní kroužky a u dívek kroužky zaměřené na zpěv, nebo na hru na hudební nástroj. Míra fyzické aktivity, které se žáci pravidelně věnují, je velmi dobrá a nachází se poměrně vysoko nad průměrem HBSC studie z roku 2014 pro ČR. Velké množství respondentů tráví i několik hodin denně u televize nebo u počítače, kde chlapci více hrají počítačové hry a dívky více surfují po internetu a komunikují. Příprava do školy zabere denně přibližně hodinu až dvě s tím, že dívky se připravují delší čas. Nejčastějším trestem je zákaz oblíbené činnosti a u dívek nacházíme větší počet těch, které jsou pravidelně fyzicky, nebo psychicky trestány v rodině. Nejvíce dotazovaných uléhá ke spánku mezi 21 a 23 hodinou a spí po dobu 8 hodin, ale pravidelnost ukládání ke spánku je nižší. Dívky častěji pociťují stres a nejčastějším stresorem je pro obě pohlaví škola a dívky častěji než chlapci uváděly rodinu a vrstevnické vztahy. V otázkách užívání návykových látek mají větší zkušenosti žáci

z Ostravy a nejvyšší procento zkušených se vyskytuje v subkultuře hiphoperů. Více zkušeností se šikanou a kyberšikanou mají dívky, které jsou také častěji svědky těchto jednání. Vandalství častěji provozují chlapci a zkušenost s vandalstvím má více dotazovaných z Ostravy. V Ostravě je rovněž větší výskyt ozbrojených žáků v době školní výuky. Adrenalinové sporty častěji zkouší chlapci než dívky, bez vlivu místa studia. Více milostných vztahů uvádějí chlapci, ale zároveň ostravští chlapci hodlají zahájit sexuální život nejpozději z dotazovaných. Dívky se častěji hodnotí jako neatraktivní, častěji drží redukční diety a také by větší procento z nich chtělo mít, nebo již má nějakou tělesnou modifikaci, nejčastěji tetování, nebo piercing.

Z výsledků této studie vyplývá, že prevence by měla být u vybraných základních škol nadále podporována a průběžně rozšiřována o aktuální témata. Vlastní životní styl sledovaných dětí napovídá, že z hlediska prevence chorob by bylo vhodné žáky dále motivovat k vedení vhodného životního stylu a rozvíjet jejich informovanost v této problematice. Toho by mohlo být dosaženo například formou vývěsných plakátů v místech s vyšším výskytem dětí a dospívajících, jako jsou školy nebo třeba volnočasová zařízení pro děti a mládež. Vhodné se také jeví působení cestou interaktivních her, které jsou dětem přístupné na internetu, ale rovněž hry v rámci kolektivu například o přestávkách nebo ve výuce předmětů tématicky souvisejících. Tyto hry působí nenásilně na vzdělávání v této oblasti. Obecněji tedy lze působit vlivem podnětného sociálního prostředí ve školách. Tento vliv školy, respektive vyučujících je velmi významným činitelem, ale nelze očekávat, že pouhé působení vzdělávací instituce bude dostačující. Zásadní vliv má rodina a rodinné prostředí. Rodič dává dítěti příklad životního stylu, kterým sám žije a hodnotami, které vyznává. Prevence by se tedy měla soustředit i na informování rodin, poradenství a podporu zdravého životního stylu, stejně tak na oblasti výchovy a výchovných metod. Preventivní působení by tedy mělo probíhat na více úrovních.

- Společenská úroveň: podpora a zkvalitnění práce organizací soustředících se na volnočasové aktivity dětí a mládeže, snížení dostupnosti alkoholu, cigaret, drog a zbraní, zvyšování informovanosti odborníků a rodičů, snížení kriminality, netolerance rizikového chování ve společnosti;
- Komunitní úroveň: podpora dobrých vrstevnických vztahů, účast dětí v zájmových kroužcích;
- Rodinná úroveň: vytváření vhodného rodinného zázemí, podpora zdravých návyků, trávení více volného času s dětmi, rozvíjení komunikace a vztahu s dětmi, důsledná výchova bez prvků násilí, kontrola způsobů trávení volného času dětí a chování na internetu, nevytváření nepřiměřeného tlaku na děti ve vzdělávání, udržovaní zdravého životního stylu rodičů;
- Školní úroveň: další rozšíření nabídky kvalitních preventivních programů, vytvoření vhodného školního prostředí s dostatkem podnětů a prostoru pro přirozenou pohybovou aktivitu dětí, vytváření partnerského vztahu s žáky a jejich rodiči, neorientovat se pouze na školní výkon žáka, podpora vyváženého stravování ve školní jídelně, podpora informovanosti rodiny;

10. Souhrn

Tato bakalářská práce je věnována popisu životního stylu a vztahu životního stylu ke zdraví u teenagerů. Životní styl dnešních dospívajících je v mnoha ohledech odlišný od životního stylu předchozích generací v návaznosti na změny, zejména technické a okolního prostředí. Práce se snaží o ucelený popis oblastí životního stylu, které přímo ovlivňují zdraví jedince a o popis dopadů nevhodného životního stylu na zdraví, se zaměřením na syndrom CAN. Životní styl dnešních teenagerů vyniká svou nepravidelností a absencí zdravého režimu dne u velké části dospívajících. Ti mohou tento styl přejímat v rodině, nebo například mezi vrstevníky. Nevhodný životní styl může působit pro rozvoj syndromu CAN ve více jeho formách. Práce rovněž hledá vztah mezi vrstevnickými subkulturami a užíváním návykových látek a posuzuje agresivní chování ve smyslu šikany a kyberšikany. Sledován je zde zvláště vtah, mezi pozicemi agresora nebo oběti šikany a kyberšikany a tělesnými tresty v rodině. Životní styl může působit jako prevence řady civilizačních chorob, anebo naopak může být jejich iniciátorem. Vhodný životní styl by si měli osvojit všichni dospívající v maximální možné míře. Důležitá je edukace mladé generace, co je vhodný životní styl a proč je doporučováno jej vést. Cílem této práce bylo sledovat životní styl teenagerů a jeho dopady na zdraví u žáků dvou základních škol v Moravskoslezském kraji ve věku 12 až 16 let a to pomocí dotazníkového šetření. Výsledky po matematicko-statistickém zpracování ukazují obecně zdravější životní styl u sledované skupiny, než je průměr za ČR popisovaný HBSC studií ze školního roku 2013/2014. Z výsledků vyplývá že, zdravý režim dne lze nalézt u méně než 1/3 respondentů, užívání návykových látek ve vybraných subkulturách je rovno průměru a vliv vrstevníků je malý a více než 50% agresorů a obětí šikany a kyberšikany bylo tělesně trestáno. V závěru práce jsou uvedena doporučení pro prevenci s působením na společenské, komunitní, rodinné a školní úrovni.

11. Summary

The thesis describes lifestyle and relation between lifestyle and health of teenagers. Lifestyle of today´s teenagers is different in many aspects in compare with lifestyle of previous generations follow-up the changes, especially technical and environment. The thesis deals with comprehensive description of field of lifestyle, which have direct impact to health of individual and the thesis also describes impact to health by unsuitable lifestyle with aiming to syndrome CAN. The lifestyle of today's teenagers is characterized by irregularity and absence of healthy regimen at large proportion of teenagers. They can adopt this lifestyle of their family or for example of their the same age friends. The unsuitable lifestyle can cause for expansion of syndrome CAN of its more forms. The thesis also looks for a relation between the same age subcultures and using addictive substances and considers aggressive behaviour in sense of bullying and cyberbullying. The thesis focused on especially relation between position of aggressor or victim of bullying and cyberbullying and physical punishments in a family. The lifestyle can be a prevention of lots of civilian diseases or it can be their origin. All teenagers should adopt the suitable lifestyle as much as possible. The important thing is education of young generation what is suitable lifestyle and why is recommended to follow it. The goal of the thesis was monitoring of teenagers' lifestyle and its impacts to a health of students of two primary schools in the Moravian-Silesian region in the age between 12 and 16 years old by a survey. The results after mathematical and statistical processing show us more healthy lifestyle in general at the monitoring group than is average which has been described in HBSC study in school year 2013/2014. The results show that the healthy lifestyle of a day have less than 1/3 respondents, using addictive substances in selected subcultures is in average and influence by of the same age friends is small and more than 50% aggressors and victims of a bullying and cyberbullying had been physical punished. In conclusion, there are presentations of recommendations for prevention which have impact to social, community, family and school level.

12. Seznam použité literatury

1) BRADNOVÁ, Hana. Encyklopedický slovník. Praha: Odeon, 1993, 1253 s. Klub čtenářů (Odeon). ISBN 8020704388.
2) VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 8071783080.
3) LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998, 343 s. Psyché (Grada). ISBN 807169195X.
4) UNIVERZITA KARLOVA, 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA a STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV V PRAZE, PROVAZNÍK, Kamil a Lumír KOMÁREK (eds.). *Manuál prevence v lékařské praxi*. Souborné vydání. [Praha]: Fortuna, 2004, 736 s. Národní program zdraví. ISBN 80-7168-942-4.
5) LEBL, Jan a Hana KRÁSNIČANOVÁ. *Růst dětí a jeho poruchy*. Praha: Galén, 1996, 157 s. ISBN 8085824302.
6) VIGNEROVÁ, Jana. *6. celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže 2001, Česká republika: souhrnné výsledky*. Praha: SZÚ, 2006, 238 s. ISBN 8086561305.
7) HAVLÍNOVÁ, Miluše. *Program podpory zdraví ve škole: rukověť projektu Zdravá škola*. 2., rozš. vyd. Praha: Portál, 2006, 311 s. ISBN 8073670593.
8) ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 603 s. Psyché (Grada). ISBN 8024710498.
9) HONZÍK, Karel. *Co je životní sloh*. Praha: Československý spisovatel, 1958, 103 s., 3 příl. Otázky a názory (Československý spisovatel).
10) DUFFKOVÁ, Jana, Lukáš URBAN a Josef DUBSKÝ. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008, 237 s. Vysokoškolské učebnice (Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk). ISBN 9788073801236.
11) KUBÁTOVÁ, Helena. *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada, 2010, 272 s. Sociologie (Grada). ISBN 9788024724560.
12) SMOLÍK, Josef. *Subkultury mládeže: uvedení do problematiky*. Praha: Grada, 2010, 281 s. ISBN 9788024729077.
13) 518, Vladimir a Karel VESELÝ. *Kmeny: současné městské subkultury*. V Praze: Bigg Boss & Yinachi, 2011. ISBN 9788090397323.
14) ORAVCOVÁ, Anna, KOLÁŘOVÁ, Marta (ed.). *Revolta stylem: hudební subkultury mládeže v České republice*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2011. Sociologické aktuality. ISBN 9788074190605.
15) Lachmann, Filip**.** Řekni mi že jsem hipster ještě jednou. *Socialní teorie.* [Online] 9. Únor 2013. [Citace: 20. Květen 2016.] http://socialniteorie.cz/rekni-mi-ze-jsem-hipster-jeste-jednou/.

16) Parasuco, Trey. Urban Dictionary: hipster. *Urban Dictionary.* [Online] 22. Listopad 2007. [Citace: 20. Květen 2016.] http://www.urbandictionary.com/define.php?term=hipster.
17) SOUKUP, Martin. *Tělo: čichat, česat, hmatat, propichovat, řezat*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2014. Antropos (Pavel Mervart). ISBN 9788074651083.
18) POSPÍŠILOVÁ, Jana (ed.). *Rajče na útěku: kapitoly o kultuře a folkloru dnešních dětí a mládeže s ukázkami*. Brno: Doplněk, 2003. ISBN 8072391461.
19) Fleissigová, Marie. Obezitolog doc. Vojtěch Hainer varuje: Podstatou člověka není auto a počítač. *VITA NOSTRA REVUE, Časopis Univerzity Karlovy v Praze, 3. lékařské fakulty*. Praha: 3 lékařská fakulta, 2002, 104 s. stránky 67-69(25.5.2016). ISSN 1212-5083.
20) MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví: zdraví a prevence, životní styl - problémy a rizika, dospívání a zdravotní problémy*. Praha: Grada, 2009, il. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024727158.
21) American Academy of Pediantrics*. Policy statement: Children, Adolescent, and Television* [Online]. Illinois: American Academy of Pediatrics,2001. [Citace: 25. Květen 2016.]. Pediatrics 107(2). ISSN 1098-4275. http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/107/2/423.full.pdf.
22) Hamřík, Zdeněk a Michal Kalman, Daniela Bobáková, Erik Sigmund. *SEDAVÝ ŽIVOTNÍ STYL A PASIVNÍ TRÁVENÍ VOLNÉHO ČASU ČESKÝCH ŠKOLÁKŮ.* [Online]. Olomouc a Košice: Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého a Lékarská fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, 2012, [Citace: 25. Květen 2016.]. Pohybová aktivita populace. http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1432570266.pdf
23) World Health Organization Regional Office for Europe. *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being.* HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC) STUDY: INTERNATIONAL REPORT FROM THE 2013/2014 SURVEY. UN City: WHO Regional Office for Europe, 2016. HEALTH POLICY FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS NO. 7 276s. ISBN 978 92 890 5136 1.
24) NUTBEAM, D. Health Promotion Glossary. *Health Promotion International* [online]. 1998, **13**(4), 349-364 [cit. 2016-03-12]. DOI: 10.1093/heapro/13.4.349. ISSN 09574824. Dostupné z: http://www.heapro.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/heapro/13.4.349
25) Health Impact Assessment (HIA): The determinants of health. *World Health Organization* [online]. Geneva: WHO [cit. 2016-05-30]. Dostupné z: http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/

26) NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* [online]. **15**(3), 259-267 [cit. 2016-03-17]. DOI: 10.1093/heapro/15.3.259. ISSN 14602245. Dostupné z: http://www.heapro.oupjournals.org/cgi/doi/10.1093/heapro/15.3.259
27) *Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014, 36, [75] s. ISBN 9788085047479.
28) Noncommunicable diseases. *World Health Organization: Regional Office for Europe* [online]. UN City: World Health Organization [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases
29) LUTZ, Carroll A, Erin MAZUR a Nancy A LITCH. *Nutrition and diet therapy*. Sixth edition. Philadelphia, Pennsylvania: F. A. Davis Company, 2011, 1 online zdroj (687 pages). ISBN 9780803643901.
30) *Zdravá školní svačina, aneb, Uzdravme svůj školní automat i bufet*. Praha: Státní zdravotní ústav ve spolupráci se Společností pro výživu, 2014, 42 s. ISBN 9788070713341.
31) *Referenční hodnoty pro příjem živin*. V ČR 1. vyd. Praha: Společnost pro výživu, 2011, 192 s. ISBN 9788025469873.
32) Výživová doporučení pro obyvatelstvo pro České republiky. *Nasycené škodí* [online]. Praha: Nasyceneskodi.cz, 2012 [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: http://www.nasyceneskodi.cz/vyzivova-doporuceni-pro-obyvatelstvo-ceske-republiky
33) EU Physical Activity Guidelines: Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity. *European Commission*[online]. Brussels: European Commission, 2008 [cit. 2016-04-08]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_en.pdf
34) Pohybová aktivita. *Státní zdravotní ústav* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 2016-04-11]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/seminare/pohybova_20aktivita.pdf
35) Facts about Physical Activity. *Centers for Disease Control and Prevention* [online]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention USA, 2014 [cit. 2016-04-11]. Dostupné z: http://www.cdc.gov/physicalactivity/data/facts.htm
36) Physical Activity and Health: The Benefits of Physical Activity. *Centers for Disease Control and Prevention* [online]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention USA, 2015 [cit. 2016-04-11]. Dostupné z: http://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/pa-health/index.htm

37) KUČERA, Miroslav, Pavel KOLÁŘ a Ivan DYLEVSKÝ. *Dítě, sport a zdraví*. Praha: Galén, c2011, 190 s. ISBN 9788072627127.
38) Jak zjistit intenzitu cvičení. *STOB Klub* [online]. Praha: STOB Klub, 2012 [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: http://www.stobklub.cz/clanek/jak-zjistit-intenzitu-cviceni
39) KEBZA, Vladimír a Lumír KOMÁREK. *Pohyb a relaxace*. 2., upr. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav ve vzdělávací agentuře Erasmus, 2003, 23 s. ISBN 8070712171.
40) KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Komunikace a stres*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004, 24 s. ISBN 8070712465.
41) VANÍČKOVÁ, Eva a Hana PROVAZNÍKOVÁ. *Stručný průvodce dětskou krizovou intervencí: stres a zdraví dětí*. Vyd. 2., dopl. V Praze: UK - 3. LF, 2006, 71 s. ISBN 8023983474.
42) BORZOVÁ, Claudia. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2009, 141 s. ISBN 9788024729787.
43) LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014, xxii, 890 s. ISBN 9788024750675.
44) Všeobecné informace. *Státní zdravotní ústav* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: http://www.szu.cz/vseobecne-informace
45) MIOVSKÝ, Michal, Lenka SKÁCELOVÁ, Jana ZAPLETALOVÁ, et al. *Prevence rizikového chování ve školství*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015, 328 stran. ISBN 9788074223914.
46) Vymezení rizikového chování. *Klinika adiktologie* [online]. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, 2011 [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3074/vymezeni-rizikoveho-chovani
47) VANÍČKOVÁ, Eva, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Hana PROVAZNÍKOVÁ. *Násilí v rodině: syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. Dot. Praha: Karolinum, 1995, 64 s. ISBN 8071840084.
48) Child maltreatment. *World Health Organization* [online]. Geneva: World Health Organization [cit. 2016-04-27]. Dostupné z: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/
49) VANÍČKOVÁ, Eva. *Tělesné tresty dětí: definice - popis - následky*. Praha: Grada, 2004, 116 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 8024708140.
50) Prevence: Rozdělení primární prevence. *Klinika adiktologie* [online]. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, 2011 [cit. 2016-04-27]. Dostupné z: http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3073/
51) CERTIFIKACE ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI PROGRAMŮ PRIMÁRNÍ PREVENCE. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. Praha:

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, 2013 [cit. 2016-05-03]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/certifikace-programu-primarni-prevence-1
52) *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy: Legislativa* [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, 2016 [cit. 2016-05-03]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/pravni-predpisy-1
53) How can violence against children be prevented? *World Health Organization* [online]. Geneva: WHO, 2013 [cit. 2016-05-06]. Dostupné z: http://who.int/features/qa/44/en/
54) Oznamovací povinnost. *Šance Dětem* [online]. [Praha]: Obecně prospěšná společnost Sirius, 2016 [cit. 2016-05-19]. Dostupné z: http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/rizikove-chovani-dospeleho-k-diteti/oznamovaci-povinnost.shtml
55) Výzkum zdravotně rizikového chování mládeže 2014. *Drogy-info* [online]. [Praha]: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2015 [cit. 2016-05-20]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/drogova-situace-2014/uzivani-drog-v-populaci-2014/uzivani-drog-ve-skolni-populaci-2014/vyzkum-zdravotne-rizikoveho-chovani-mladeze-2014-2014/
56) MRAVČÍK, V., P. CHOMYNOVÁ, K. GROHMANNOVÁ, et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014: Česká republika*. Praha: Úřad vlády ČR, 2015. ISBN 978-80-7440-134-3.
57) ALDHOON HAINEROVÁ, Irena. *Dětská obezita*. Praha: Maxdorf, 2009, 114 s. Novinky v medicíně, sv. 3. ISBN 9788073451967.
58) KIESS, W, Claude MARCUS a Martin WABITSCH. *Obesity in childhood and adolescence*. New York: Karger, c2004, x, 269 p. ISBN 3805577303.
59) Antropometrická vyšetření. *Státní zdravotní ústav* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav, 2007 [cit. 2016-05-22]. Dostupné z: http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/antropometricka-vysetreni
60) Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: Childhood overweight and obesity. *World Health Organization* [online]. Geneva: WHO [cit. 2016-05-24]. Dostupné z: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en

13. Seznam tabulek

Tabulka 1 Doporučený denní příjem živin [30] 32
Tabulka 2 Rozdělení souboru respondentů podle věku 58
Tabulka 3 Rozdělení souboru respondentů podle pohlaví a místa studia 58
Tabulka 4 Řazení se k subkulturám podle věku 60
Tabulka 5 Řazení se k subkulturám 1 60
Tabulka 6 Řazení se k subkulturám 2 61
Tabulka 7 Vliv názoru vrstevníků na chování 61
Tabulka 8 Podobnost životního stylu s vrstevníky 61
Tabulka 9 Zájem o zdravý životní styl 62
Tabulka 10 Vnímání vlivu životního stylu na zdraví 62
Tabulka 11 Hodnocení vlastního životního stylu 63
Tabulka 12 Dodržování zásad zdravého stravování 63
Tabulka 13 Pravidelnosti stravování 63
Tabulka 14 Zdravé a pravidelné stravování 64
Tabulka 15 Denní stravování 64
Tabulka 16 Četnost zařazení ovoce a zeleniny do jídelníčku 65
Tabulka 17 Četnost zařazení ovoce a zeleniny do jídelníčku podle pohlaví a místa 65
Tabulka 18 Četnost konzumace mléčných výrobků 65
Tabulka 19 Pitný režim 66
Tabulka 20 Denně konzumované nápoje 66
Tabulka 21 Četnost sportování 67
Tabulka 22 Četnost fyzicky náročných aktivit bez sportu 67
Tabulka 23 Čas denně strávený pohybovou aktivitou vyjma sportu 68
Tabulka 24 Volnočasové kroužky celkem 68
Tabulka 25 Obliba jednotlivých volnočasových kroužků 69
Tabulka 26 Hra na hudební nástroje 69
Tabulka 27 Doba strávená denně u televize 70
Tabulka 28 Čas strávený denně u počítače 70
Tabulka 29 Využití počítače 71
Tabulka 30 Čas strávený denně učením doma 71
Tabulka 31 Nejčastěji používané tresty 72
Tabulka 32 Fyzické tresty 72
Tabulka 33 Čas ukládání ke spánku 73
Tabulka 34 Trvání spánku 73
Tabulka 35 Četnost pocitu stresu 73
Tabulka 36 Zdroje stresu 74
Tabulka 37 Zdravý režim dne z různých hledisek 74
Tabulka 38 Kouření cigaret 75
Tabulka 39 Kouření v subkulturách 1 75
Tabulka 40 Kouření v subkulturách 2 76
Tabulka 41 První pokus s kouřením 76
Tabulka 42 Kouření v posledních 30 dnech 77
Tabulka 43 Požívání alkoholu 78
Tabulka 44 Požívání alkoholu v subkulturách 78
Tabulka 45 Požité druhy alkoholu celkem 79
Tabulka 46 Požité druhy alkoholu podle pohlaví 79

Tabulka 47 Užívání drog podle pohlaví a lokality 79
Tabulka 48 Užívání drog podle subkultury 80
Tabulka 49 Druhy užívaných nebo zkoušených drog 80
Tabulka 50 HRB podle pohlaví 81
Tabulka 51 HRB podle lokality 81
Tabulka 52 HRB v subkulturách 81
Tabulka 53 Zkušenost s návykovými látkami v subkulturách 82
Tabulka 54 Čas denně trávený on-line 82
Tabulka 55 Čas denně trávený on-line podle subkultury 83
Tabulka 56 Zkušenost se šikanou 83
Tabulka 57 Šikana a fyzické tresty 84
Tabulka 58 Zkušenost s kyberšikanou 84
Tabulka 59 Kyberšikana a fyzické tresty 85
Tabulka 60 Tělesné tresty u agresorů a obětí šikany a kyberšikany 85
Tabulka 61 Zkušenost s vandalstvím podle pohlaví 86
Tabulka 62 Zkušenost s vandalstvím podle lokality 86
Tabulka 63 Ozbrojování - nošení zbraní do školy 87
Tabulka 64 Nošení zbraní do školy a šikana 87
Tabulka 65 Adrenalinové sporty 88
Tabulka 66 Počet milostných vztahů 88
Tabulka 67 Zahájení sexuálního života - vhodný věk 89
Tabulka 68 Skutečné zahájení sexuálního života 89
Tabulka 69 Ochota k intimnostem za zisk 89
Tabulka 70 Vzájemný poměr motivů k intimnostem 90
Tabulka 71 Názor na tělesné modifikace 90
Tabulka 72 Preference různých typů tělesných modifikací 90
Tabulka 73 Vnímání vlastní tělesné atraktivity 91
Tabulka 74 Četnost redukční diety 91
Tabulka 75 Hypotéza 1 92
Tabulka 76 Hypotéza 2 93
Tabulka 77 Hypotéza 3 94

14. Seznam příloh

Dotazník……..……114
Graf 1 Konzumace ovoce a zeleniny podle pohlaví a lokality..... 126
Graf 2 Kouření podle pohlaví a lokality 126
Graf 3 Zkušenost s opilostí 127
Graf 4 Sexuální zkušenost u 15-ti letých 127