

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Kvalita života a zdraví z pohledu žáků středních škol

Quality of life and health from the perspective of secondary school pupils

Bc. Michal Parkán

Vedoucí práce: MUDr. Bc. Rostislav Čevela Ph.D.,MBA
Studijní program: Učitelství pro střední školy
Studijní obor: Učitelství všeobecně vzdělávacích předmětů pro základní školy a střední školy pedagogika — výchova ke zdraví

2016

ABSTRAKT

Práce je zaměřena na hodnotovou orientaci dospívající mládeže. V teoretické části jsou popsány základní pojmy související s tématem práce: výchova a výchovný proces, činitelé, kteří mají největší vliv na výchovu dítěte a dospívající mládeže ke zdraví: rodina a škola. Dále je charakterizován pojem kvalita života a zdraví, zdravý životní styl a popsán je hodnotový systém dospívajících. V praktické části práce je realizován výzkum *Vztah studentů ke zdraví*, který odkrývá jejich návyky z pohledu zdravého životního stylu a hodnotový systém u vybraného vzorku středoškolské mládeže. Dotazník obsahuje 13 otázek zaměřených na výzkumné problémy související s tématem práce. V závěru jsou shrnuta nejdůležitější zjištění z výzkumu.

KLÍČOVÁ SLOVA

determinanty zdraví, hodnotový systém, kvalita zdraví, výchova, výchovný proces, zdraví, zdravý životní styl

ABSTRACT

This work is focused on the system of values of adolescents. The theoretical part describes the basic concepts and terminology related to the topic of this work: education and educational process, most influential factors in the upbringing of children and adolescents regarding their health: family and school. Expressions like quality of life and health and healthy lifestyle are also described as well as the system of values of adolescents. The practical part is realized through the research of students' relationship to health, which reveals their habits in terms of healthy lifestyle and value system in a sample of secondary school students. The questionnaire includes 13 questions focused on the research problems related to the topic of this work. The conclusion summarizes the most important findings of the research.

KEYWORDS

determinants of health, value system, quality of health, educational process, health, healthy lifestyle

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Kvalita života a zdraví z pohledu žáků středních škol vypracoval pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Místo a datum odevzdání práce

.....

podpis

Poděkování

Rád bych poděkoval vedoucímu své diplomové práce MUDr. Bc. Rostislavu Čevelovi Ph.D.,MBA za podporu ve všech fázích tvorby práce, poskytnutí podnětných rad a doporučení.

OBSAH

Úvod	5
1 Výchova dětí a mládeže ke zdraví	7
1.1 Výchova v rodině	9
1.2 Výchova ve školských zařízeních	11
2 Kvalita života a Zdraví	14
2.1 Zdraví	14
2.1.1 Determinanty zdraví.....	17
2.2 Zdravý životní styl.....	22
2.2.1 Rizikové faktory zdravého životního stylu	23
2.3 Kvalita života.....	28
3 Hodnotový systém	32
3.1 Vymezení základních pojmů hodnotové orientace.....	32
3.2 Charakteristika období dospívání	36
3.3 Generace X, Y a jejich hodnotový systém	39
4 PRAKTICKÁ ČÁST	43
4.1 Teoretická východiska výzkumu	43
4.2 Realizace výzkumu.....	47
4.3 Interpretace výzkumu	49
4.4 Shrnutí dotazníkového šetření	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
SEZNAM GRAFŮ	73
SEZNAM OBRÁZKŮ	73
SEZNAM TABULEK	73
SEZNAM PŘÍLOH	74

ÚVOD

Kvalita života a zdraví ve vyšším věku jsou do velké míry podmíněny životními podmínkami, událostmi a rozhodnutími v dětství a v dospělosti, včetně životního prostředí a životního stylu. Celoživotní přístup ke zdraví znamená, že je třeba věnovat pozornost nejrozličnějším rizikům v rozhodných fázích života a zaměřit se na specifické potřeby v různém věku. Přestože v celoživotním přístupu je kladen důraz na prevenci, lze kvalitu života a zdraví ovlivnit v každém věku.

V současnosti se lidé dožívají vyššího věku, bohužel kvalita posledních prožitých let je mnohdy velmi nízká. Zatímco na začátku 20. století umírali lidé především vinou chřipky, zápalu plic či tuberkulózy, dnes jsou příčinami úmrtí hlavně nemoci srdce, hypertenze, cukrovka a nádorové choroby. Tato onemocnění jsou do značné míry ovlivnitelná způsobem života - způsobem stravování, mírou pohybové aktivity a kontrolou stresu. V dnešní hektické době se často chováme nezodpovědně k vlastnímu životu a spoléháme více na štěstí a na moderní medicínu než na vlastní chování.

Podle Světové zdravotnické organizace trpí nadváhou nebo obezitou více než 50 % dospělého evropského obyvatelstva. Vědci dokonce spočítali, že dnešní obézní děti budou mít kratší život nejméně o 2 - 5 let v porovnání se svými štíhlými vrstevníky.

Jednou ze základních determinant zdraví je životní styl. České přísloví „Co se v mládí naučíš, ve stáří jako když najdeš“ vystihuje skutečnost, že kvalita života, chování a životní styl v dospělosti jsou výsledkem vývoje během dětství a dospívání.

Hlavním cílem práce je objasnit hodnotový systém dospívající mládeže v ohledu na zdravý životní styl a zdraví, zjistit pozici zdraví mezi ostatními hodnotami, důležitými pro současnou dospívající mládež na středních školách.

Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část se zabývá výchovou dětí a mládeže s ohledem na téma práce, tj. výchovy ke zdraví. Nejprve jsou definovány základní pojmy související s výchovou – výchova a výchovný proces a dále jsou popsány činitelé, kteří mají největší vliv na výchovu dítěte a dospívající mládeže ke zdraví. Těmito činiteli jsou rodina, kde se dítě setkává s prvním výchovným působením, a školská zařízení, ve kterých většina dětí od 6 let tráví velkou část svého času. Třetí

kapitola popisuje pojem zdraví, faktory, které ovlivňují zdraví, a vysvětluje pojmy zdravý životní styl a kvalita života. Poslední kapitoly jsou věnovány hodnotovému systému obecně, s ohledem na tzv. písmenkové generace a dále hodnotovému systému dospívající mládeže, která je cílovou skupinou výzkumu realizovanému v praktické části práce.

Praktická část také popisuje teoretická východiska výzkumné práce a dále pak pomocí anonymního dotazníkového šetření odkrývá návyky z pohledu zdravého životního stylu a hodnotový systém u vybraného vzorku středoškolské mládeže. Dotazník obsahuje 13 otázek zaměřených na výzkumné problémy související s tématem práce.

V závěru práce jsou shrnuta zjištění z dotazníkového šetření

1 VÝCHOVA DĚTÍ A MLÁDEŽE KE ZDRAVÍ

Definic výchovy existuje velké množství, pro účely této práce byly zvoleny následující dvě definice. „*Výchova je záměrné, cílevědomé působení, které se projevuje všestranným formováním osobnosti a má adaptační, anticipační a permanentní charakter. Je to specificky lidská činnost.*“ (Grecmanová a kol, s. 50, 2002).

„*Výchova je „proces“, v němž společnost (jednotlivci, skupiny a instituce) v souladu se svými reprodukčními potřebami, zájmy a cíli působí na jednotlivce a utváří tak individuální předpoklady k zastávání společenských pozic a rolí u další generace a její předpoklady k využití a rozvinutí hodnot dané kultury.*“ (Sobotková et al, s. 97, 2014).

„*Výchovný proces je součástí životního procesu (neprobíhá izolovaně) a jeho jednotlivých etap (např. mládí, dospělosti či stáří), kdy člověk usiluje o poznání a pochopení jednotlivých věcí, které ho obklopují. Proto můžeme hovořit o výchovném procesu období mládí, dospělosti, stáří atd.*“ (Grecmanová a kol., s. 125, 2002).

Výchovný proces má stránku psychologickou a sociologickou a žádná z nich nemůže být bez zlých následků podřízena druhé nebo zanedbávána. „*Psychologická stránka přitom tvoří základ. Instinkty a schopnosti dítěte dodávají veškeré výchově materiál a poskytují jí východisko. Není-li úsilí vychovatele spojeno s činností, kterou provádí dítě ze své vlastní iniciativy, omezí se výchova jen na vnější nátlak. Ten samozřejmě může vést k jistým vnějším výsledkům, ale nemůže být nazván opravdovou výchovou. Nevnikneme-li do psychologické struktury a činnosti individua, bude výchovný proces násilný a zmatený. Podaří-li se ho uvést do souvislosti s činností dítěte, stane se působivým.*“ (Kasper, Kasperová, s. 120, 2008).

Efektivita výchovného působení je determinována vlivy, které výchovu podmiňují, limitují nebo omezují a ovlivňují volbu výchovných cílů a prostředků – podmínky výchovy. Ty můžeme rozdělit na vnitřní podmínky (vyplývají ze specifiky lidského organismu, jako např. dědičné faktory, zdravotní stav, životní potřeby, biorytmus, úroveň poznání a intelektu, schopnosti a dovednosti, volní a charakterové vlastnosti,

temperament, zájmové a hodnotové orientace) a vnější podmínky (jsou tvořeny přírodním a sociálním prostředím, jako např. okolní příroda, kultura společnosti, společenská etika, mezilidské vztahy, úroveň společenského rozvoje, kultura bydlení, rodinné poměry). (Grecmanová a kol., 2002).

Rozlišujeme výchovný proces v prostředí rodiny, školy a v rámci výchovy mimo vyučování. Dítě ve věku tří až šesti let, kdy pobývá buď v rodině či v předškolním zařízení, je velmi zvědavé a vnímavé ke všem podnětům, které mu jsou předkládány – samo chce vše zkoušet, napodobuje chování dospělých, kteří jsou mu vzorem.

„Dítě má ve svém okolí modely, které mu zprostředkovávají různé informace. Jsou to především rodiče, ale také sourozenci, učitelé, osobnosti z médií, sousedi a další. To ovšem neznamená, že by dítě napodobovalo vše, co kolem sebe vidí. Děti věnují některým modelům větší pozornost než jiným.“ (Hoskovcová, Suchochlebová Ryntová, s. 37, 2009).

Výchova dítěte a dospívající mládeže se děje předně v rodině, činitelů, kteří se na ní podílejí, je však několik. *„Mezi základní výchovně-vzdělávací útvary řadíme tradičně rodinu a v posledních sto padesáti až dvou stech letech (ve velké části světa) školu (dnes hovoříme spíše o školské soustavě). Základní instituce jsou postupně doplňovány dalšími útvary a organizacemi, jako jsou např. dětské a mládežnické organizace; dětské útvary organizací dospělých; kulturní instituce; sportovní organizace a jiné zájmové útvary nejrozličnějších typů a zaměření; církve; ochránářské organizace; výrobní podniky a administrativní útvary; bezpečnostní instituce. Každá z uvedených institucí plní (více či méně) vedle svého hlavního poslání i funkci výchovnou či vzdělávací.“* (Dvořáková a kol., s. 45, 2015).

Proces formování osobnosti je procesem permanentním a je podmíněn faktory biologickými a sociálními, ale i vlastní osobností jedince, uplatňováním jednotlivých složek osobnosti a aktivní činností. Osobnost se neutváří pouze jako důsledek osvojování společenské zkušenosti a společenských vztahů, ale jako důsledek složité interakce vnějších a vnitřních vývojových faktorů. (Grecmanová a kol., 2002).

Jak již bylo uvedeno, těžištěm výchovy a péče o zdraví jedince spočívá v rodině, ve školských zařízeních a na pracovištích. S ohledem na téma práce budou popsány činitelé, kteří mají největší vliv na výchovu dítěte a dospívající mládeže ke zdraví, tj. rodina a školská zařízení.

1.1 Výchova v rodině

Prvním místem, kde se dítě setkává s výchovným působením, je rodina. V současných životních podmínkách plní rodina funkci reprodukční, ekonomicko-zabezpečovací, emocionální a výchovnou.

„Z mnoha výzkumů vyplývá, že zdárná výchova v prvních fázích života vytváří velkou šanci (i když nikoliv jistotu), že i v budoucnosti bude vývoj jedince a jeho sociálních vztahů přiměřený. Úspěšná dospělost a i produktivní stárnutí jsou do velké míry ovlivněny dobrým startem do života a vklad, který vložíme „do kolébky“, se úročí po mnohá desetiletí.“ (Hoskovcová, Suchochlebová Ryntová, s. 14, 2009).

Zdravě fungující rodina je zárukou výchovy zdravých a emocionálně stabilních dětí. Rodinu můžeme chápat jako malou instituci, která však plní velmi důležité a těžce nahraditelné funkce. *„Vzdělání, výchova, prosociální chování a budování důvěry budoucí generace patří tedy k neoddělitelným funkcím rodiny, všechny tyto aspekty současně poukazují k tomu, že rodina není jen institucí soukromou, ale že má velký a nepostradatelný vliv i na produkci veřejných statků každé země.“* (Mlčoch, s. 23, 2014).

Jak vyplývá z výše uvedeného, rodina zaujímá ve výchově dětí nezastupitelnou funkci. *„Prostředí rodiny má silný vliv na život všech jejích členů. Mělo by naplňovat základní psychické potřeby, především potřebu pocitu bezpečí a jistoty. Rodiče by měli přijímat děti takové, jaké jsou, nesrovnávat je s ostatními.“* (Sedláčková, s. 100, 2009).

Nalézt správný vztah k dětem není pro rodiče často snadné, zejména v období dospívání. Na straně jedné může rodič vystupovat jako pedant, na straně druhé na sebe brát roli kamaráda. Oba extrémů nejsou však pro naplnění rodičovské odpovědnosti vhodné. *„Zdravá rodinná výchova vnáší mezi rodiče a děti nejen pochopení, ale také nesouhlas s projevy jednoho nebo druhého, intimní rozhovory s radou, doporučení či*

odmítnutí, zodpovědné rozhodování, povzbuzení a potrestání. V takovém rodinném prostředí se dítě chová bezprostředně, rodiče se mu mohou lépe přiblížit a pochopit jeho skutečné rysy a projevy. Záleží však na trpělivosti, sebeovládání a taktnosti, se kterou budou rodiče k dětem přistupovat. Důsledkem takového vztahu mezi rodiči a dětmi je často samostatný, aktivní, tvůrčí dospělý člověk, který dokáže akceptovat společenské normy.“ (Grecmanová a kol., s. 14, 2003).

Jak bylo uvedeno v úvodu, nároky a požadavky na rodinu v dnešní společnosti stále vzrůstají. V současné době je posílen význam rodiny jako útočiště před veřejným světem, a to zejména v sociálně slabém prostředí, kdy rodina často vystupuje jako jediný opěrný bod, kam se její členové mohou uchýlit. Velkým problémem dnešní hektické doby je i nedostatek času na rodinu, který často způsobuje mezery v zabezpečování základních funkcí rodiny, a tak ji ohrožuje jako celek. Každé selhání rodiny má dopady zejména pro děti, které jsou na rodině závislé.

Rodiče by ve svém výchovném procesu měli mít snahu připravit děti ke zdravému způsobu života. *„Zdravý způsob života je jedním z mnoha životních stylů. Zdravý způsob života lze charakterizovat jako zdravý pohyb, zdravá strava a zdravé myšlení. Jedno s druhým se vzájemně prolíná. Bez pozitivního přístupu k životu člověk ztrácí motivaci k pravidelnému provozování zdraví prospěšných pohybových aktivit a kázeň ve zdravém stravování. A naopak – pokud tělo strádá a objeví se nemoc, bolest, těžko se hledá životní optimismus.“ (Šimík, s. 11, 2013).*

V rodině většinou při podpoře zdraví hraje důležitou roli matka. *„Úroveň zdraví celé rodiny v rozhodující míře formuje žena, zejména v oblasti výživy rodiny, péče o dítě a vytváření jeho hygienických návyků a vztahu ke zdraví, a to nejen pro současnost, ale i pro budoucnost. Proto velmi záleží na její vzdělanosti a hodnotové orientaci.“ (Čevela, Čeledová, Dolanský, s. 26, 2009).*

Je skutečností, že za zdraví dítěte nese odpovědnost rodič. Dokonce je stanovena povinnost všeobecných preventivních prohlídek dětí ve vyhlášce o preventivních prohlídkách (vyhláška č. 70/2012 Sb., v platném znění), kde je uveden obsah a časové rozmezí všeobecných preventivních prohlídek. Absolvování preventivních prohlídek

sice není rodičům dítěte přikázáno žádným právním předpisem, ale v případě jejich zanedbání se může v této věci angažovat orgán sociálně-právní ochrany dětí.

Péče o zdraví dítěte je také zakotvena v ustanovení § 858 občanského zákoníku. Dle tohoto paragrafu zahrnuje rodičovská odpovědnost povinnosti a práva rodičů, která spočívají v péči o dítě, zahrnující zejména **péči o jeho zdraví**, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj, v ochraně dítěte, v udržování osobního styku s dítětem, v zajišťování jeho výchovy a vzdělání, v určení místa jeho bydliště, v jeho zastupování a spravování jeho jmění.

1.2 Výchova ve školských zařízeních

Spousta dětí od 4 let tráví většinu svého času ve výchovně vzdělávacích zařízeních – v mateřských a základních školách. „Škola hraje nezanedbatelnou roli ve formování osobnosti dítěte. Dítě je ovlivňováno jak ze strany učitelů, tak ze strany svých vrstevníků, dále pak vztahy ve škole i celkovým klimatem školy a školní třídy.“ (Sobotková et al, s. 102, 2014).

Výchova a vzdělávání je oblast, která je řízena několika závaznými dokumenty. Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání č. 561/2006 Sb. (Školský zákon) stanoví povinnost Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy zpracovávat Národní program rozvoje vzdělávání v České republice – tzv. *Bílou knihu*, která je strategickým dokumentem v oblasti vzdělávání a určuje směr, kterým by se mělo ubírat vzdělávání předškolní, základní, střední, vysokoškolské, terciární i vzdělávání dospělých. Jsou zde vydávány *Rámcové vzdělávací programy* (hlavní kurikulární dokumenty), které stanovují povinný obsah, rozsah, podmínky vzdělávání a další závazné standardy a ty musí být zohledněny a dále rozpracovány ve Školních vzdělávacích programech.

Požadavek realizovat na školách systematickou výchovu ke zdravému způsobu života vyplývá z dlouhodobé strategie evropského programu podpory zdraví. V platných kurikulárních dokumentech je také vymezeno, jaké znalosti o zdraví, resp. zdravém způsobu života, by žáci měli v rámci výuky získat. Současně by školy měly děti a žáky vychovávat tak, aby se každý uměl rozhodnout pro takový způsob stravování, který

zdraví prospívá. Program výchovy ke zdravým stravovacím návykům na základní škole by měl systematicky oslovovat všechny děti, a to v průběhu celé školní docházky přiměřeně jejich věku, zájmům a potřebám. „*Od roku 1991 se Česká republika přidala ke globální strategii Světové zdravotnické organizace, která pod názvem „Zdraví 21“ deklarovala dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva tím, že dává k dispozici školám projekt „Zdravá škola“ nyní spíše znám pod názvem „Program Škola podporující zdraví“. Od roku 1993 byl program propojen také se „Zdravou mateřskou školou“.*“ (Šimík, s. 79, 2013).

Zdraví je v rámci tohoto projektu definováno široce, nejde jen nepřítomnost nemoci, zdravou výživu, dostatek pohybu pro žáky, zdravotně, první pomoc nebo dodržování zásad bezpečnosti. Zdravé školy usilují o fyzické i duševní zdraví žáků, jejich učitelů i dalších aktérů vzdělávání.

„*Konkrétní cíle lze shrnout do čtyř bodů:*

- *orientace na zdravý životní styl u všech členů komunity (příkladná role rodičů, učitelského sboru, jiných dospělých autorit),*
- *kultivace vztahů uvnitř školy (vytváření pozitivní atmosféry, pozitivních sociálních vazeb),*
- *neformální spolupráce s rodiči a obcí,*
- *zavádění a užívání takových metod vyučování, které podporují zdravý rozvoj dítěte po všech stránkách (tělesná, duševní, společenská, kognitivní, emotivní, dovednostní).*“ (Machová, Kubátová, s. 267, 2009).

Do výuky na základních školách je zařazen na druhém stupni samostatně předmět *Výchova ke zdraví* (dříve *Rodinná výchova*) s dotací 1 hodiny týdně ve všech třídách. Navazuje převážně na žakovské výstupy vzdělávací oblasti *Člověk a jeho svět* na 1. stupni a dále na výstupy ostatních vzdělávacích oblastí. Předmět vede k pochopení vztahů mezi všemi složkami zdravého životního stylu. Mimo jiné si žáci v rámci předmětu upevňují hygienické, stravovací, pracovní i jiné zdravotně preventivní návyky, rozvíjejí si dovednosti odmítat škodlivé a návykové látky atp.

Lze říci, že děti a studenti tráví ve školním prostředí často více než třetinu dne. Jak vyplývá z předchozí kapitoly, základ správných návyků a chování sice spadá do úrovně

výchovy v rodině, neznamená to však, že by se měla škola na výchovu v rodině zcela odvolávat. Vliv prostředí ve škole je natolik silný, a prakticky nesrovnatelný s jiným prostředím, že je nutné, aby škola přijala minimálně stejnou zodpovědnost za zdraví a výchovu ke zdraví jako rodiče žáků a studentů. Řada škol však stále považuje výchovu ke zdraví jako druhořadou. Důvodem může být vytíženost pedagogů, kteří se potýkají s řadou problémů systémových, finančních a dalších, jež bývají veřejnosti často skryty. Přesto jsou učitelé, resp. školy, které mají zájem vychovávat žáky a studenty ke zdraví.

2 KVALITA ŽIVOTA A ZDRAVÍ

Zdraví znamená kvalitu života. Zdraví je jednou z nejdůležitějších hodnot člověka. Samo o sobě není cílem života, je však nezbytné k uskutečňování životních přání a plánů a k vedení smysluplného života.

2.1 Zdraví

V odborné literatuře je uváděno mnoho různých definic zdraví. Nejjednodušší by bylo definovat zdraví jako normální stav člověka. Pojem normální je však také nejednoznačný. K nejznámějším definicím patří ta, která pochází z činnosti Světové zdravotnické organizace (World Health Organization): „Zdraví je stav, kdy se člověk cítí naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti.“

Prívlastek zdravý/zdravá není spojován pouze se stavem těla, ale i se stavem naší duše a se sociálními okolnostmi.

„I když k dosažení co nejlepšího zdraví je velmi důležitá prevence, diagnostika, terapie i rehabilitace, zdravotnické služby je samy o sobě nezajistí, a nelze je proto chápat jako kategorii výlučně medicínskou, ale široce humánní. Je podmíněno tím, do jaké míry dokáží k ochraně, udržení a rozvoji svého vlastního zdraví přispět jednotliví občané a jakou oporu najdou u všech ostatních v celé společnosti.“ (Čevela, Čeledová, Dolanský, s. 11, 2009).

Každý člověk vnímá zdraví jinak. Běžný člověk má představu o zdraví, která je spojená hlavně s vnímáním kladných pocitů (např. pocit přiměřené síly, výkonnosti, harmonie, radosti ze života, dobrého vzhledu, seberealizace) a s vnímáním nepřítomnosti ubližujících projevů (např. bolest, horečka, nevolnost, úzkost, nespavost). Lékař naopak posuzuje zdraví na základě prováděných vyšetření, jejichž výsledky porovnává s normálními hodnotami vyšetřovaných znaků (např. krevní tlak, hladina cukru v krvi, hmotnost). Psycholog nebo sociolog si pod pojmem zdraví představí schopnost člověka

v navazování a udržování kontaktů a vztahů s ostatními lidmi a v plnění očekávaných rolí v životě. (Nováková, 2011).

Existují tedy i různá pojetí zdraví, resp. modely zdraví.

Biomedicínský model chápe zdraví jako stav harmonie a souladu činnosti buněk a orgánů těla. *„Organismus je zdravý, pokud funguje bez poruchy (tzn. v naprosté harmonii každé buňky a každého orgánu s ostatními buňkami a orgány těla).“* (Nováková, s. 15, 2011).

Tento model je ve zdravotnictví nejrozšířenější. Vychází z dualistického dělení nemocí na duševní a somatické a předpokládá, že psychosociální faktory jsou v kompetenci odborníků z psychologie a psychiatrie, proto se na ně zaměřuje okrajově, nebo vůbec. Model je posilován pacienty, kteří mají pouze somatické potíže a připisují jim zásadní roli, což vyhovuje lékařům zaměřujícím se na biomedicínský vznik a udržování choroby. (Raudenská, Javůrková, 2001).

Ekologicko-sociální model zdraví chápe zdraví člověka jako stav člověka ovlivněný jeho přírodním a sociálním prostředím. K hlavním charakteristikám modelu patří:

- zaměření na člověka jako na jedinečnou osobnost, která je součástí rodiny a společnosti, v níž žije,
- zaměření na zdraví ovlivněné sociálním prostředím (tzn. závislost na příjmu, pohlaví, věku, vzdělání člověka),
- zaměření na zdraví člověka, které je ovlivněné přírodním prostředím,
- pochopení jednání, které směřuje ke zdraví v každodenním životě člověka. (Nováková, 2011).

Holistický (celostní) model chápe zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze jako absenci nemoci nebo slabosti. (Gillernová, Kebza, Rymeš a kol., 2011). Jedná se tedy o soubor složek, které fungují na podkladě vztahu mezi sebou a vzájemného ovlivnění.

„Holistické pojetí zdraví začleňuje do konceptu zdraví také rodinu jedince a společnost, ve které žije, pak je zdraví jedince virtuálně nerozeznatelné od zdraví společnosti. Pokud společnost zažívá nepohodu, členové této společnosti budou také trpět a ovlivní to i zdravotní stav některých jedinců.“ (Raudenská, Javůrková, s. 66, 2011).

Behaviorální model vidí zdraví jako určité projevy chování, které hodnotí jako významné a účelné pro zdraví člověka. Využívá poznatků i jiných disciplín, např. psychologie zdraví, psychologie nemoci, klinická psychologie, mentální hygiena. (Nováková, 2011).

„Pozornost ke studiu postojů, emocí, názorů, návyků, chování a jednání lidí a jejich životosprávě, vlivu na zdraví člověka je zájmem tzv. **behaviorální medicíny**.“ (Čevela, Čeledová, Dolanský, s. 15, 2009). Behaviorální zdraví je tedy oblastí behaviorální medicíny, která se zabývá zvyšováním a zachováním zdraví, prevencí nemocí a dysfunkcí.

Eudaimonistický model poskytuje nejkomplexnější pohled na zdraví. „Zdraví je stav rozvinutí a uplatnění osobního potenciálu, vrozených, jakož i získaných schopností člověka.“ (Mastiliaková, s. 49, 2014).

Závěrem této kapitoly lze konstatovat, že definici zdraví, vzhledem k vícedimenzionální povaze zdraví, je obtížné nalézt. Pokud budeme chápat zdraví jako kontinuum od optimálního dobrého zdraví po smrt, lze jej chápat tak, jak naznačuje obrázek 1.

Obrázek 1 Kontinuum nemoc - zdraví



Zdroj: Ayers, Visser, s. 8, 2015

S ohledem na téma práce bude uvedena definice zdraví dospívajících.

Zdraví dorostu je dnes v souvislosti s celosvětovým vývojem definováno:

- nepřítomností nemoci,
- plněním vývojových úkolů tohoto věku,
- nepřítomností takového rizikového chování, které už lze pokládat za problémové a které může dospívajícího poškodit (sklon experimentovat s rizikem je totiž

věku dospívání vlastní, ale za normální součást vývoje považujeme pouze jeho přechodný výskyt a omezenou míru, která ještě neznamena ohrožení jedince). (Machová, Kubátová a kol., 2009).

2.1.1 Determinanty zdraví

Zdravotní determinanty jsou faktory, které působí na zdraví člověka. Nejčastěji se uvádějí čtyři: životní styl, genetický základ, zdravotnické služby a životní prostředí. „*Determinanty lze tedy definovat jako komplexy příčinných faktorů působících integrovaně na zdraví v pozitivním nebo negativním smyslu.*“ (Čevela, Čeledová, Dolanský, s. 14, 2009).

Z hlediska jejich působení je dělíme na kladné, které podporují zdraví člověka, a záporné, které zapříčiňují poruchu zdraví, vznik onemocnění. Z hlediska jejich ovlivnitelnosti je dělíme na vnitřní a vnější determinanty.

Determinanty vnitřní jsou genetické a patří k nim pohlaví, věk a vrozené předpoklady neboli genetické dispozice (např. pro vznik a vývoj určitých onemocnění). Člověk je získává od obou rodičů, jsou mu dány a nelze je ovlivnit. Determinanty vnější – patří k nim životní prostředí, životní podmínky, životní způsob a životní styl. (Nováková, 2011).

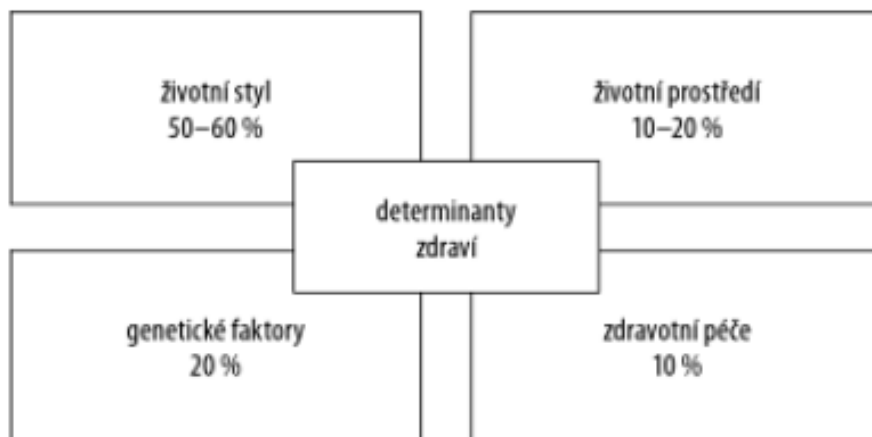
„*Determinanty zdraví se někdy dělí na fyzikální, chemické, biologické a sociální. Mezi fyzikální se např. řadí teplota, záření a hluk, mezi chemické např. nejružnější znečištění, mezi biologické lze počítat např. přítomnost nežádoucích bakterií a mezi sociální např. špatnou rodinnou situaci.*“ (Čevela a kol., s. 72, 2014).

Z hlediska možnosti ovlivnění faktorů se používá dělení na tyto základní skupiny:

- životní styl, způsob života, osobní chování – individuální faktory,
- socioekonomické prostředí, vnější prostředí,
- zdravotní péče. (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

Obrázek níže ukazuje, jak velký relativní vliv na zdraví mají determinanty zdraví.

Obrázek 2 Faktory ovlivňující zdraví



Zdroj: Petr, Marková a kol., 2014

Konkrétněji jsou základní determinanty zdraví zobrazeny v tabulce 1.

Tabulka 1 Základní determinanty zdraví

životní prostředí	klimatické podmínky, voda, ovzduší, půda, potravní řetězce; fyzické, pracovní i sociální prostředí, ve kterém lidé žijí
životní styl	životní úroveň, způsob života, úroveň vzdělání, péče o vlastní zdraví a prevenci onemocnění, stravovací návyky, výživa, fyzická aktivita, kouření, alkohol drogy apod.
genetický základ (genotyp)	je určen etnikem, pohlavím, rodinnou zátěží i individuálním vybavením a ovlivňuje vrozenou odolnost nebo naopak náchylnost k nejrůznějším zdravotním poruchám (podmiňuje např. rozdílnou biotransformaci environmentálních stresorů, kterým je populace exponována, a tedy odolnost či vnímavost vůči rizikům, dopad opožděných účinků těchto stresorů (karcinogenity a vývojové vady), úroveň intelektových schopností apod.
zdravotnické služby	úroveň a rozvoj medicíny a lékařské techniky, zdravotní politika, zdravotnický systém, úroveň zdravotnictví, dostupnost lékařské péče apod.

Zdroj: Frouz, Moldan, 2015, upraveno autorem

Životní styl

Není jednoduché definovat životní styl. Říká se, že někdo má určitý životní styl, a tak si hodně lidí pod tímto pojmem představí např. bydlení, cestování, hobby, zahradu, volný čas, sport. Životní styl lze definovat takto: „*Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnou ty, jež zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možnosti).*“ (Machová, Kubátová a kol., s. 16, 2009).

Jiná definice životního stylu jednotlivce říká. „*Životním stylem jednotlivce je možné rozumět ve značné míře konzistentní životní způsob jednotlivce, jehož jednotlivé části si navzájem odpovídají, jsou ve vzájemném vztahu a vycházejí z jednotného základu, mají společné jádro, resp. určitou jednotící linii, tj. jednotný styl, který se jako červená linie prolíná všemi podstatnými činnostmi, vztahy, zvyklostmi apod. nositele životního stylu.*“ (Kubátová, s. 13, 2010).

Na druhou stranu **životní styl skupiny** představuje do určité míry vyabstrahované typické společné rysy životního způsobu, resp. některých jeho hlavních určujících momentů, které jsou příznačné pro převážnou většinu členů nějaké skupiny (případně přímo subkultury). (Smolík, 2010).

Rozhodování člověka o jeho chování není ale zcela svobodné, protože je v souladu s rodinnými zvyklostmi, tradicemi společnosti a je omezováno ekonomickou situací společnosti i vlastní a také sociální pozicí člověka. Záleží také např. na věku, vzdělání, zaměstnání, příjmu, hodnotové orientaci a postojích člověka.

Za nejvýznamnější determinanty zdraví jsou z životního stylu v současné době považovány výživa, fyzická aktivita/inaktivita, kouření a drogové závislosti včetně alkoholu, psychogenní stres, sexuální chování. Důležitými faktory životního stylu je ale také způsob zaměstnání, režim spánku a odpočinku, trávení volného času a transport. (Müllerová, 2014).

Socioekonomické prostředí, vnější prostředí

„Dominantní faktory socioekonomického prostředí zahrnují ekonomickou úroveň společnosti, bydlení, zaměstnání, reálný příjem, zaměstnanost či nezaměstnanost, úroveň životního prostředí, sociální status jedince a i úroveň mezilidských vztahů.“ (Čeledová, Čevela, s. 29, 2010).

Vnější prostředí lze dělit na přírodní a sociální. Jejich působení je vzájemné a integrované. *„Prostředí přírodní představují faktory fyzikální (mechanické, termické, světelné, ionizující záření apod.), chemické (prvky a sloučeniny), biologické (mikro a makroorganizmy). V integrované podobě pak přírodní faktory vytváří komplexy, a to ovzduší, vodu, půdu a horniny, flóru, faunu, různé ekosystémy, energie, geografické a klimatické podmínky atd. Sociální prostředí je ta část prostředí, která se vytváří v procesu společenského vývoje především lidskou činností.“* (Čevela, Čeledová, Dolanský, s. 16, 2009).

Ze sociálních faktorů jsou pro zdravotní stav nejdůležitější životní úroveň, životní jistoty, pracovní proces, pracovní prostředí, vzdělávání a kultura, vzájemné mezilidské vztahy (rodina, zaměstnání, vztahy v dalších sociálních skupinách), systémy zdravotní a sociální péče a demografické faktory (hustota, rozmístění, pohyb a věkové složení obyvatelstva). (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

Vnější sociální faktory jsou rozhodující z hlediska ovlivnění zdraví populace, protože určují a kontrolují zevní podmínky, ve kterých člověk žije. *„Nastavují zejména úroveň a dostupnost jednotlivce k výživě, pitné vodě, vzdělání, práci a pracovním podmínkám, právní ochraně, bydlení, sociální péči, preventivní a léčebné zdravotní péči. Zároveň nastavují normu společnosti přijatelného chování, od kterého se odvíjí i životní styl jednotlivců a jejich motivovanost k určitému žádoucímu chování.“* (Müllerová, s. 18, 2014).

Genetické faktory

Genetické dispozice člověk získává od obou rodičů. Člověk se rodí s určitým předpokladem pro vznik onemocnění, je cíleně, preventivně vyšetřován. Je mu pak doporučována ochrana, před konkrétní zátěží, která může podporovat a urychlit vznik případného onemocnění. Vliv vrozených dispozic se nejvýrazněji projevuje

v počátečním a středním období života. Přispívají velkou měrou k úmrtnosti kojenců a dětí v mladším a starším věku, k chronické nemocnosti a k předčasnému vzniku a rozvoji běžných poruch zdraví. Genetická výbava je jedním z rozhodujících faktorů určujících zdraví každého člověka. (Nováková, 2011).

Zdravotní péče

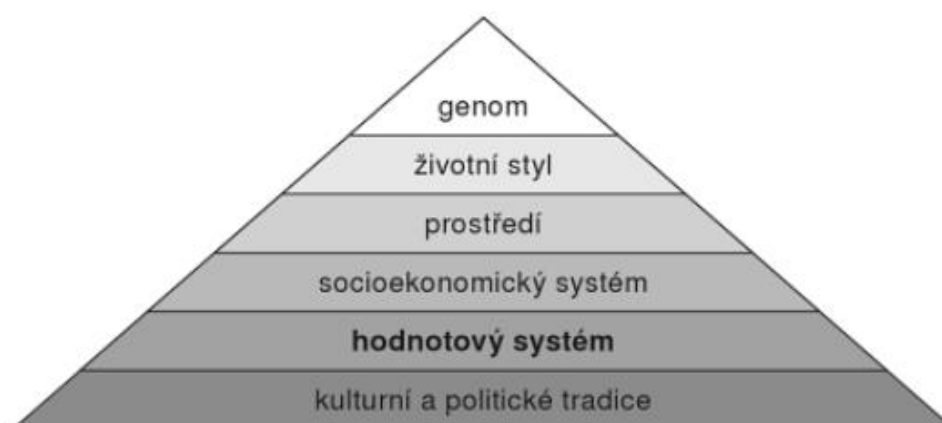
K tomuto faktoru se řadí úroveň a rozvoj medicíny a lékařské techniky, zdravotnická politika, zdravotnický systém, úroveň zdravotnictví, dostupnost lékařské péče apod. Z obrázku č. 2 je zřejmé, že význam zdravotnických služeb a zdravotní péče má nejmenší význam. „Lékařská péče může prodloužit dobu dožití a zlepšit prognózu onemocnění jedince.“ (Čeledová, Čevela, s. 29, 2010).

Organizace, kvalita, efektivita a dostupnost léčebné preventivní péče ovlivňují zdraví a zároveň i kvalitu života. Nedostatečné preventivní zaměření s pozdním záchytem onemocnění zapříčiňuje nejen zhoršení zdravotního stavu obyvatelstva, ale zároveň s sebou přináší vzrůstající ekonomickou náročnost v podobě financí investovaných na terapii a následnou sociální péči. (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

Z výše uvedeného vyplývá, že je méně náročné nemoci předcházet než nemoc léčit.

Jiný pohled determinanty zdraví staví jako pyramidu – viz obrázek č. 3.

Obrázek 3 Determinanty zdraví v návaznosti na společenský systém



Zdroj: Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, s. 121, 2005

Takto pojaté determinanty zdraví neopomíjejí zejména kulturní zázemí určité populace a z něho vycházející hodnotový systém, který může být v různých komunitách odlišný.

Všechny výše uvedené faktory rozhodují o zdraví, délce a kvalitě života.

V dnešní hektické době mají lidé více problémů, což je příčinou toho, že se stále více lidí zajímá o zdravý životní styl. Je to i díky osvětě a vzdělání, které se snaží vzbudit u lidí zájem o zdraví i o to, jak jej chránit.

2.2 Zdravý životní styl

Zdraví je pro každého základ, protože je následně jedno, jestli budeme mít peníze, slávu, úspěch a další věci, když nám nebude z nějakého důvodu sloužit zdraví. Každý člověk má vlastní hodnotový žebříček a je věcí každého, jak se rozhodne ke svému zdraví přistupovat a jak bude tímto způsobem určovat svoji budoucnost. Zdravé návyky nejsou vrozenou schopností. *„Zdraví by mělo být prioritní individuální osobní hodnotou jako předpoklad pro dobrou kvalitu života, plnění sociálních rolí a seberealizaci.“* (Čeledová, Čevela, s. 20, 2010).

Největší vliv na naše zdraví má způsob života – životní styl. *„Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, jež zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován výběrem chování a životních možností.“* (Čeledová, Čevela, s. 54, 2010).

To, jak se chováme ke svému zdraví, souvisí s rodinnými zvyklostmi a tradicemi společnosti, je omezeno ekonomickou situací společnosti, ale také sociální pozicí člověka. Protože má životní styl základní význam pro naše zdraví, je nutné, aby poskytování znalostí, rozvíjení dovedností a návyků a formování postojů bylo součástí výchovy – odpovědnost za vlastní zdraví.

Jak již bylo výše zmíněno, zdraví ovlivňují rizikové faktory, kterými jsou nejvíce kouření, nadměrná konzumace alkoholu, nesprávná výživa, malá pohybová aktivita, psychická zátěž, zneužívání drog a rizikové sexuální chování.

2.2.1 Rizikové faktory zdravého životního stylu

Kouření

Kouření tabáku je jedním z nejrizikovějších faktorů životního stylu. „*Tabák je nejrozšířenější a společensky nejtolerovanější zneužívaná droga na světě. Velmi snadno na ni vzniká závislost. Škodlivé užívání tabáku vede hlavně k somatickým komplikacím, jako jsou chronická bronchitida, dochází ke zvýšení rizika postižení rakovinovým onemocněním, k nemocím kardiovaskulárního a respiračního systému. Nikotin dále zhoršuje průběh hypertenze, aterosklerózy a jiných nemocí.*“ (Marková, Venglářová, Babiaková, s. 218, 2006).

Nejkritičtějšími obdobími pro vznik návyku kouření je věk mezi 11. a 15. rokem, v adolescenci kolem 17. roku se skupina kuřáků rozpadá a dále kouří jenom ti, kterým kouření zachutnalo. (Plevová a kol., 2011).

„*Neexistuje žádný jiný faktor životního stylu, jehož ovlivněním by bylo možno dosáhnout tak pronikavého zlepšení zdraví, jako je kuřáctví.*“ (Machová, Kubátová a kol., s. 61, 2009). Opakovaně bylo potvrzeno, že také pasivní kouření představuje nemalé zdravotní riziko, a to především co se chorob srdce a cév týče. „*Pasivnímu kouření je vystavena značná část populace. Uvádí se, že nekuřák, který stráví jednu hodinu v zakouřeném prostředí, vdechne takové množství škodlivin, jako by vykouřil 15 cigaret.*“ (Machová, Kubátová a kol., s. 62, 2009).

Závislost na tabáku lze rozdělit na závislost psychickou a fyzickou, obě složky si přitom zaslouží vlastní metody léčby. Léčbou závislosti na tabáku se zabývají specializovaná centra pro odvykání kouření.

Alkohol

Alkohol, stejně jako tabákový kouř, je zařazen mezi prokázané karcinogeny. Alkohol často užívaný v neúměrných dávkách se stává rizikovým podnětem pro vznik vysokého krevního tlaku a zátěžovým aspektem pro celý oběhový systém. Negativní vliv alkoholu souvisí rovněž i s věkem daného jedince. Bylo prokázáno, že i malé množství požitého alkoholu může zvýšit tlak krve u osob středního věku, u lidí starších či pacientů s již diagnostikovanou hypertenzí to platí několikanásobně. Pro děti a dospívající je alkohol

ještě nebezpečnější než pro dospělé. Čím dříve a pravidelněji dítě nebo mladistvý začne alkohol konzumovat, tím více je ohrožen vznikem závislosti a všech zdravotních rizik spojených s neúměrným příjmem alkoholu. (Lužná, Vránová, 2011).

Konzumace nadměrného pití alkoholu může způsobit nejen celkové onemocnění, ale také psychický stres a problémy v sociální sféře. Největší riziko vzniku závislosti na alkoholu mají osoby, které začaly popíjet již před věkem 15 let (4x větší šance) než osoby, které začaly s pitím až ve věku 21 let nebo později.

„Děti a mládež jsou fyzicky, emocionálně i sociálně zranitelnější důsledky vyvolanými konzumem alkoholu jinými lidmi, zejména v jejich nejbližším okolí. Sami jako konzumenti alkoholu mají nižší schopnost vypořádat se s vlivy, které alkohol způsobuje, a tak se u nich kombinuje rizikové pití alkoholu se ztrátou kontroly nad svým jednáním, s agresivitou, rizikovým sexuálním chováním, dopravními a jinými úrazy, trvalým tělesným poškozením a úmrtím. Alkohol je příčinou každého třetího úmrtí chlapců a mladých mužů mezi 15. a 29. rokem na úrazy, dopravní nehody, otravy alkoholem, sebevraždy a jaterní a nádorová onemocnění.“ (Machová, Kubátová a kol., s. 68 - 69, 2009).

Zkušenosti s alkoholem a tabákem výrazně zvyšují riziko experimentování s jinými drogami.

Nesprávná výživa

Výživa ovlivňuje růst a vývoj, školní i pracovní výkonnost a pocit pohody. *„Způsobem stravování lze významně zkrátit a snad i prodloužit život. Obezita značně zkracuje délku života, těžce obézní lidé málokdy žijí déle než 60 let. Daleko více než ostatní lidi je trápí choroby. Nestací však jíst méně, neméně důležitá je skladba stravy. Potrava by měla být zdravá, netučná, nesladká, plná vlákniny a celozrnných obilnin.“* (Fialová, s. 61, 2007). Zpravidla jako první projev důsledků nesprávné výživy a nedostatku pohybové aktivity se vyvíjí obezita, následuje vysoký krevní tlak (hypertenze), diabetes mellitus 2. typu, ateroskleróza a její komplikace ve formě infarktu myokardu a mozkové cévní příhody, dále se zvyšuje riziko vzniku některých nádorových onemocnění.

Jídlo je nejen nenahraditelným zdrojem základních živin, ale i jednou ze základních podmínek somatického a psychického zdraví. „*V průběhu života získává jídlo různý psychický a sociální význam. Stává se odměnou, únikem před samotou, programem nebo i způsobem komunikace. Stanovit prioritu možných vlivů a zřetelnou hranici mezi normou a patologií může být v tomto složitém biopsychosociálním kontextu obtížné.*“ (Krch aj., s. 15, 2005).

Odborníci varují, že v posledních letech byl zaznamenán nárůst počtu pacientů hospitalizovaných kvůli poruchám příjmu potravy, ať už se jedná o mentální anorexii či bulimii – tyto psychické nemoci jdou napříč věkovými skupinami a obecně se onemocnění týká zejména dívek, vyskytnout se nicméně může i u chlapců.

Pohybová aktivita

Každý ví, že tělesná aktivita je dobrá pro zdraví. „*Pravidelná pohybová aktivita přispívá k redukci hmotnosti a zlepšení metabolických komplikací provázejících obezitu. Je prevencí vzestupu hmotnosti i vzniku metabolických a kardiovaskulárních chorob, snižuje úmrtnost ze všech příčin.*“ (Hainer, s. 217, 2011).

Tělesně aktivní lidé také méně často kouří, častěji volí zdravou stravu a mívají sociální podporu.

Lékaři prokázali, že již 15 minut cvičení denně, prováděné pravidelně, prodlužuje život o 3 roky a snižuje úmrtnost o celých 14 % a riziko úmrtí na nádorové onemocnění o 10 % ve srovnání s lidmi, kteří nemají žádný aktivní pohyb. Přitom každých dalších 15 minut pohybu denně navíc vede k dalšímu významnému snížení úmrtnosti a prodloužení délky života o další rok. Naopak malá tělesná činnost a sedavý způsob života jsou v každém věku příčinou mnoha zdravotních poruch a potíží, jež jsou nejčastěji uváděnou příčinou chronických poruch zdraví.

Zdravotní stav, který je v dnešní době ovlivněný uspěchaným životním stylem a minimem pohybových aktivit, se dostává na přední místa pozornosti odborníků. Do povědomí lidí se tak i postupně dostává skutečnost, že zdraví je to nejcennější, co člověk má. A stále více se potvrzuje, že pro zdravý život člověka je nezbytná přiměřená pohybová aktivita.

Psychická zátěž

Podle Světové zdravotnické organizace stres představuje největší zdravotní riziko 21. století. *„Stres můžeme definovat jako souhrn fyzických a duševních reakcí na nepřijatelný poměr mezi skutečnými nebo představovanými osobními zkušenostmi a očekávanými. Podle této definice je stres odpověď, která v sobě zahrnuje jak fyzické, tak i psychické složky. Jinými slovy, stres je stav organismu, který je obecnou odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž – fyzickou i psychickou.“* (Čevela, Čeledová, Dolanský, s. 24, 2009).

Stres a psychická zátěž je však nedílnou součástí moderního životního stylu - lidé se honí za kariérou, žijí v rychlém tempu a pracovním nasazení a většině z nich nezůstává čas na aktivní odpočinek a relaxaci. Proto také nezanedbatelná část lidí trpí různými psychosomatickými problémy jako je frustrace, deprese či deprivace, které mají negativní vliv na zdraví člověka. *„Chronický stres může vyvolat tělesné poruchy, např. žaludeční vředy, vysoký krevní tlak a srdeční chorobu. Může také poškodit imunitní systém a snížit odolnost organismu vůči virům a bakteriím. Lékaři odhadují, že emoční stres hraje důležitou roli u více než poloviny všech zdravotních potíží.“* (Machová, Kubátová a kol., s. 131 - 132, 2009).

Vliv stresu na zdraví je u různých onemocnění různý. Existuje dostatek důkazů, které svědčí o tom, že stres vede k většímu výskytu infekčních onemocnění, jako je nachlazení, k většímu výskytu kardiovaskulárních onemocnění, pomalejšímu hojení ran a zhoršení autoimunitních stavů, jako je astma, revmatická artritida, zánětlivé onemocnění střev a HIV/AIDS. (Ayers, Visser, 2015).

Drogy

Prostřednictvím drogy si člověk uspokojuje své potřeby, protože z různých důvodů není schopen to udělat jinak. Může se jednat o způsob, jak nalézt klid a úlevu od fyzické nebo duševní bolesti, o útěk před tíživou realitou. Nebo může jít o způsob, jak uspokojit potřebu radosti.

V praxi se osvědčila definice drogy J. Presla, podle které je možné označit za drogu každou látku, ať již přírodní, nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

- má tzv. psychotropní účinek, tj. působí na psychiku (mění prožívání okolní reality i „vnitřní naladění“ člověka),
- může vyvolat závislost; závislostní potenciál (míra nebezpečí vzniku závislosti) je u různých drog odlišný, může být větší nebo menší, ale přítomen je vždy. (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Jejich užívání je spojeno s charakteristickými emočními, duševními a fyzickými projevy. „Dopad na zdraví člověka:

- *Onemocnění dýchacích cest*
- *Infekční onemocnění (virová hepatitida B a C)*
- *Snížená obranyschopnost*
- *Úrazy*
- *Závislost*
- *Deprese*
- *Intoxikace*
- *Onemocnění jater*
- *Podrážděnost, úzkostlivost, zmatenost, vyčerpání*
- *Potlačení vyšších nervových funkcí (paměť, soudnost, logické myšlení).“* (Nováková, s. 56 – 57, 2011).

„Na vzniku drogové závislosti se bezesporu podílí mnoho faktorů. Za základní se považují:

- *droga jako taková (její farmakologické vlastnosti, náročnost aplikace, dostupnost),*
- *osobnost (genetické a biologické dispozice),*
- *sociální prostředí (psychosociální vlivy, provokující a vyvolávající činitele).“* (Čevela, Čeledová, Dolanský, s. 60, 2009).

Rizikové sexuální chování

Za rizikové chování lze považovat takové, které přímo nebo nepřímo ústí v psychosociální nebo zdravotní poškození člověka. U dospívajících za rizikové sexuální chování pokládáme předčasný pohlavní styk, promiskuitu, náhodné známosti, styk bez kondomu, prostituční chování, předčasné těhotenství, rozvoj sexuální deviace –

u ní bývá přítomna triáda příznaků: noční pomočování i po dvanáctém roce života, krutost ke zvířatům, žhářství. (Nielsen Sobotková, 2014).

Nezdravý sexuální život úzce souvisí zejména s existencí pohlavních chorob - mezi sexuálně přenosné choroby (dříve označované jako nemoci pohlavní) patří všechny choroby, jejichž šíření je umožněno převážně, nebo výhradně, pohlavním stykem. Sexuálně přenosné nemoci se staly celosvětovým zdravotním problémem. Nejznámější a nejobávanější pohlavní chorobou je v dnešní době AIDS, za kterým stojí virus HIV, nejčastější pohlavně přenosnou chorobou v dnešní době HPV (genitální bradavice), kapavka a syfilis.

Na naše zdraví však nepůsobí jen rizikové chování, ale má na něj vliv celá škála různých typů chování, které můžeme třídit na **chování chránící zdraví** a **chování ohrožující zdraví**. *„Do kategorie chování chránícího zdraví se řadí např. tělesný pohyb, vhodná strava, spánek a péče o chrup. Patří sem i preventivní prohlídky, jako je pravidelná kontrola na výskyt chlamydií, rakoviny děložního čípku, hypertenze, zubní prohlídky. Do kategorie chování ohrožujícího zdraví se řadí např. kouření, zneužívání návykových látek, nezabezpečený sex a nebezpečná jízda. Mezi chování mimořádně silně spjaté s morbiditou a mortalitou patří kouření, strava, tělesný pohyb, konzumace alkoholu, preventivní prohlídky (zejména kvůli rakovině), sexuální chování a chování na silnici.“* (Ayers, Visser, s. 100 - 101, 2015).

Odborníci říkají, že nikdy není pozdě na změnu životního stylu. V závěru kapitoly je nutno podotknout, že možná nejdůležitější, ale zároveň nejvíce opomíjenou součástí zdravého životního stylu je **duševní pohoda**.

2.3 Kvalita života

Chceme, aby náš život měl svoji kvalitu, úroveň a naplnění.

Slovo „kvalita“ je odvozeno od latinského qualis, a to zase od kořene qui – kdo ve významu „kdo to je“, případně „jaké to je“. V češtině kořen slova Kdo – “k” nás vede ke slovům typu „kěz“ či „kýžený“, tj. žádoucí stav. To se ozývá i v českém termínu pro kvalitu „jakost“ - např. v souběhu s upřesněním typu dobrá, prvotřídní až výtečná či

naopak špatná jakost. Vyjadřuje se tak charakteristický rys toho, o čem se hovoří, kterým se daný předmět odlišuje od jiného (ve smyslu lepší či horší než), případně od skupiny jedinců obdobného druhu. (Křivohlavý, 2004).

Pojem **kvality života** je individuální. „Kvalitu života a životní spokojenost nelze chápat jako synonyma, ale jako blízké pojmy. Proces uspokojování lidských potřeb představuje jednu ze složek kvality života.“ (Šamánková a kol., s. 31, 2011).

„Kvalita života jednotlivce nebo rodiny je obvykle chápána jako kulturnost životního stylu, ať už se to týká kulturnosti trávení volného času, případně vybavenosti domácnosti kulturními předměty (jako jsou např. knihy) nebo výše vzdělání, případně složitosti vykonávané práce. Kvalita života však bývá spojována také s problémem autenticity, případně odcizení, s problémem smyslu života, se zdravím nebo se spokojeností se životem.“ (Kubátová, s. 21, 2010).

S pojmem kvalita života se velmi často setkáváme v ošetrovatelství. Zde bylo také vytvořeno několik definic.

Tabulka 2 Definice kvality života vytvořené v ošetrovatelství

Autor	Definice
Ferrel et al. (1992)	Zmírnění nebo zabránění tělesnému nebo duševnímu distresu, udržování tělesných a duševních schopností a podpůrné sociální sítě.
Feranns et al. (1992)	Subjektivní pocit pohody pramenící ze spokojenosti nebo nespokojenosti v rámci životních oblastí důležitých pro danou osobu.
Padilla et al. (1985)	Dynamický konstrukt determinovaný schopností jedince přizpůsobit se diskrepanci mezi očekávanou a reálně prožívanou pohodou.
Calman (1984)	Rozdíl mezi nadějemi a očekávanými člověka a současným stavem jeho života v daném časovém období.
Cella, Tulskey (1990)	Spokojenost pacienta se současnou mírou jeho fungování v porovnání s tím, co považuje za možné nebo ideální.

Zdroj: Gurková, s. 49, 2011, upraveno autorem

Komplexní přístup ke kvalitě života znázorňuje model sestavený Centrem pro podporu zdraví při univerzitě v Torontu, který se opírá o tři hlavní životní domény – být, náležet a realizovat se. Model je znázorněn v tabulce č. 3.

Tabulka 3 Kvalita života podle Centra pro podporu zdraví

BÝT (being)	osobní charakteristiky člověka
fyzické bytí	zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled
psychologické bytí	psychologické zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta, sebekontrola
spirituální bytí	hodnoty, přesvědčení, víra
NÁLEŽET (belonging)	vazba k určitému prostředí
fyzická náležitost	domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita
sociální náležitost	rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé (užší napojení)
skupinová náležitost	pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (široké napojení)
REALIZOVAT SE (becoming)	dosahování osobních cílů, naděje, aspirace
praktická realizace	domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
volnočasová realizace	relaxační aktivity podporující redukci stresu
růstová realizace	aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny

Zdroj: Šamánková a kol., s. 32, 2011, upraveno autorem

Tak jako každý jedinec je individualita v uspokojování svých biopsychosociálních potřeb, vnímá i kvalitu života každý svým vlastním způsobem. Důležité je subjektivní zhodnocení jedince, do jaké míry dochází k narušení jeho obvyklých činností, uplatnění v životě z pohledu fyzického, psychického i sociálního. Na kvalitě života se podílí úroveň osobní pohody (well-being), sebeobsluha, mobilita a schopnost ovlivňovat vývoj

vlastního života. Prožitek osobní pohody – well-being je významnou složkou zdraví. Z psychologického hlediska spadá osobní pohoda na pomezí afektů, nálad a osobnostních rysů, obsahuje i důležitou postojovou komponentu. (Kebza, 2005).

V odborné literatuře se lze setkat s několika českými ekvivalenty termínu well-being, a to osobní pohoda (Kebza, 2005), duševní pohoda (Křivohlavý, 2004), životní pohoda (Tišanská & Kožený, 2004) a další.

V některých studiích bývá well-being rozlišován na subjektivní (self-esteem, self-efficacy, osobní zvládnání – personal control, psychická osobní pohoda) a objektivní (zdravotní stav, socioekonomický status, funkční kapacita organismu).

Tyto dvě dimenze tvoří kvalitu života jedince (Levin & Chatters, 1998). Například podle Snyder a Lopeze (2002) se well-being skládá ze dvou základních dimenzí – psychologický well-being (psychická pohoda) a sociální well-being (sociální pohoda). Dimenze psychologického well-being jsou: sebezpřijímání, osobní růst, účel života, začlenění do života, samostatnost (autonomie) a vztah k druhým lidem. Dimenze sociálního well-being jsou: sociální přijetí (sociální akceptace), sociální aktualizace, spoluúčast na společenském dění, sociální soudržnost a sociální integrace. U starých lidí jsou obě dimenze více provázány a závislé jedna na druhé. Vzhledem k psychické nestabilitě seniorů může propad v jedné dimenzi výrazně ovlivnit i pokles druhé. (Křivohlavý, 2004).

3 HODNOTOVÝ SYSTÉM

3.1 Vymezení základních pojmů hodnotové orientace

Definice samotných **hodnot** není jednoduchá, protože hodnot může být více:

- duchovní (harmonie, krása, intuice, vyšší smysl),
- intelektuální (rozvaha, inteligence, disciplína, porozumění, logika, odpovědnost, kreativita),
- citové (empatie, zdvořilost, důvěra, entuziasmus, láska, optimismus, radost, věčnost, stálost),
- fyzické (řád, hygiena, elegance, rovnováha),
- morální (dobrota, láska, spolehlivost, věrnost, altruismus, důstojnost, důvěryhodnost, vyrovnanost, tolerance, vnitřní stálost, svoboda, smysl pro povinnost),
- vitální (čilost, zdraví, vitální energie). (Béřeš, 2013).

Jednoduše řečeno, životní hodnoty jsou to, na čem každému člověku záleží, co pro něho má význam a co obhajuje. Ti, kteří musí ze svých hodnot slevit, se cítí frustrovaní, nebo dokonce v depresi.

Zaměřenost zakládá trvalejší orientaci jedince ve vztahu k realitě. „Spojení mezi poznáním, prožíváním a hodnocením skutečností člověka formují jeho postoje. Za hodnoty považujeme výraz snahy lidí po hledání a pochopení objektivního významu různých skutečností se současným nalezením jejich individuálního smyslu (smyslu pro sebe). Hodnotová orientace je produkt a základ efektivního sebeřízení. Z ní pak vychází rozhodování.“ (Čeledová, Čevela, s. 68, 2010).

Hodnoty si nejsou lidmi vždy uvědomovány a ani sdělovány, zejména pokud jednáme např. v rozporu s uznávanými společenskými normami. *„Hodnoty mají tím větší motivační sílu, čím více je subjektivní systém ucelenější a integrovanější a čím bližší je realitě. Hodnotový systém jedince je relativně těžko adaptabilní na změněné podmínky reality. Rozpory hodnotového systému a reality mohou výrazným způsobem deformovat*

jak vlastní výši spotřeby, tak její strukturu, průběh, ale i ochotu a schopnost přijetí informace subjektem.“ (Zamazalová, s. 94, 2010).

Následující tabulka přehledně zobrazuje nejčastěji používané hodnoty.

Tabulka 4 Nejčastěji používané hodnoty

LIDSKÉ HODNOTY			
akceptování, ocenění, dobrodružství, altruismus, krása, výzva, změna, otevřenost, závazek, soucit, soutěžení, starost o druhé, odvaha, kreativita, direktivnost, disciplína, různorodost, objevování, vzdělání, efektivita, uniformita, dokonalost,	spravedlnost, víra, sláva, rodina, volný čas, přátelství, naplnění, zábava, šlechtnost, laskavost, vděčnost, štěstí, harmonie, zdraví, pomoc, upřímnost, čest, pohostinnost, lidskost, humor, nezávislost, individualismus, vliv, iniciativnost, postoj,	vlídnost, znalosti, láska, skromnost, peníze, morálka, motivace, objektivita, otevřenost, řád, vášeň, zaujetí, mír, perfekcionismus, osobní rozvoj, osobní identita, potěšení, pozitivismus, síla, pragmatismus, kvalita, uznání, náboženství, respekt, odpovědnost,	riskování, kořeny, bezpečí, ovládání, seberealizace, služba, jednoduchost, společenský status, síla, úspěch, dlouhodobá stabilita, něžnost, šetrnost, tolerance, tradice, důvěra, pravda, jednotnost, bohatství, moudrost, osobní svoboda, trpělivost, soucit.

Zdroj: Běreš, s. 211, 2013, upraveno autorem

Hodnotový systém je určitým způsobem uspořádané pořadí hodnot jednotlivce, skupiny, společenství (hierarchie) podle osobního (nebo skupinového, celospolečenského) významu, pořadí hodnot jednotlivce, skupiny, celé společnosti. Hodnotový systém se může měnit s věkem, životními zkušenostmi, změnami společenských poměrů, se změnou sociálního postavení. (Kolář a kol., 2012).

Každý jedinec si tedy vytváří svoji vlastní **hierarchii hodnot**, která je závislá na míře zkušenosti, poznání světa atd. Hodnotová mapa, jak již bylo uvedeno, se tak může během života i několikrát dramaticky změnit jak pod vlivem závažných životních

událostí (nemoc, zaměstnání, peníze), ale i díky změně zájmů (určitý hodnotový prvek ztrácí svoji přitažlivost).

Hodnotový systém rodičů se zakládá zpravidla na hodnotách, které byly preferovány v rodinách, z nichž pocházejí, popřípadě na jiných zkušenostech získaných v dosavadním životě. Tyto hodnoty se v různých rodinách liší, i když větší nebo menší měrou odpovídají hierarchii platné v celé společnosti nebo v některé její vrstvě. Problémy vznikají tam, kde je hodnotový systém značně odlišný od hodnot uznávaných většinou lidí v daném společenství – např. v rodinách s nízkou sociálně-kulturní úrovní, kde vzdělání je velmi málo ceněno nebo kde mravní zásady jsou v rozporu s mravními postoji či právními normami společnosti.“ (Langmeier, Krejčířová, s. 263, 2006).

Hodnotová orientace se řadí mezi motivy. Jako motivy mohou být potřeby.

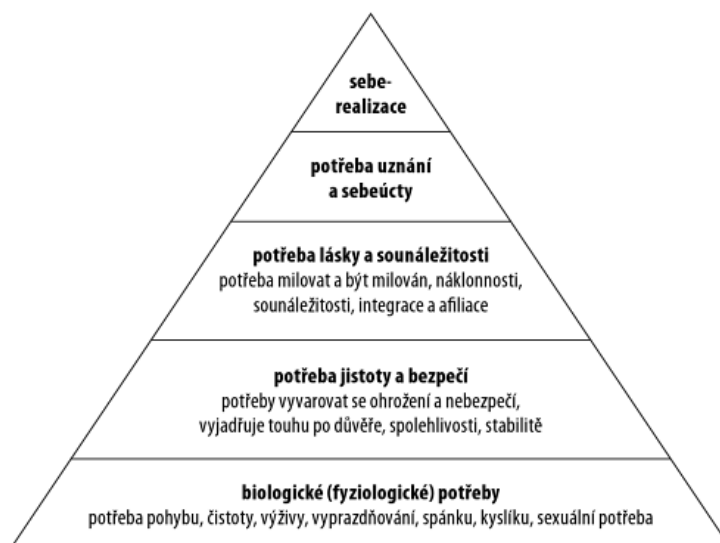
„Potřeba je pocitově nebo fyzicky vnímaný přebytek či nedostatek něčeho, co člověk potřebuje ke spokojenému životu.“ (Lojda, s. 23, 2011).

V psychologii se lidské potřeby dělí na elementární životní potřeby (fyziologické), což je např. spánek, jídlo, vzduch, sex, a na potřeby sociální (společenské), do kterých patří sebeúcta, potřeba jistoty, potřeba výkonu, seberealizace, smyslu života, potřeba sociálních styků, potřeba činnosti, společenského uznání, estetické a poznávací potřeby atp. (Vašátková, 2003).

Nejnámější je klasifikace potřeb podle Moslowa. Ten navrhl klasifikaci potřeb na základě teorie, která předpokládá vertikální řetězení potřeb (viz obrázek č. 4). (Kelnarová, Matějková, 2014).

Lidské potřeby jsou uspořádány do hierarchie tak, že se uspokojují nejdříve fyziologické. Pokud by nebyly uspokojeny, tak bude člověk těžko motivován uspokojovat si potřeby vyšší. Pokud je fyziologická potřeba naplněna, jedinec se jí dále nezabývá a vnímá další nutnosti k životu, a to potřebu bezpečí a jistoty. Na další příčce je potřeba lásky a uspokojujících vztahů s lidmi. Člověk je sociální bytost a potřebuje se cítit přijatý a někam patřit. Poté následuje uznání sebe sama a být respektován a uznán ostatními. (Homola, 1977).

Obrázek 4 Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: Kelnarová, Matějková, s. 49, 2014)

Na nejvyšším stupni v hierarchii potřeb A. Maslowa je umístěna seberealizace. U lidí, kteří mají potřebu se seberealizovat, převládají níže uvedené znaky:

- mají silně uspokojující mezilidské vztahy;
- jde jim o prospěch lidstva;
- jsou velmi kreativní;
- mají smysl pro humor;
- jsou schopni odolávat tlakům společnosti;
- akceptují sebe i druhé takové, jací jsou;
- mají spontánní chování i myšlení;
- umí snášet nejistotu a mají dobrou vnímavost reality;
- soustředí se více na problémy, než na sebe;
- dívají se na svět objektivně. (Petřková, s. 20, 2006).

„Již od dětství si vytváříme žebříček hodnot, do kterého se promítá naše výchova, životní zkušenosti i naše vrozené povahové rysy. Je proto přirozené, že nemáme stejné hodnoty.“ (Holman, s. 3, 2007).

Některé hodnoty jsou geneticky bližší mužům, např. soutěživost, produktivita, a některé zase ženám, např. stabilita, tolerance, harmonie. Člověk se během vývoje vyvíjí nejen

tělesně, ale i duševně. „Zde je nutno připomenout některé další oblasti hodnot, jako například zdraví, způsob života, zdravá výživa, příznivé životní okolnosti (i biologické) atd. Některé tyto hodnoty lidé nevnímají jako důležité, protože se jim zdá, že jsou samozřejmé. Lidé, kteří prožili válečný konflikt, přírodní katastrofu, vnímají tyto relativně obyčejné věci jako zásadní, bez kterých nelze přežít.“ (Hubinková a kol., s. 84, 2008).

S ohledem na téma se práce nyní zaměří na dospívající a jejich hodnotovou orientaci.

3.2 Charakteristika období dospívání

Dospívání je velmi dynamickým obdobím v životě člověka – je to přechodné období mezi dětstvím a dospělostí. Vývojové změny dospívání se dějí ve třech fázích, počátky dospívání jako prepuberta, pohlavní dozrávání jako puberta a duševní dospívání jako adolescence.

Prepuberta

Začíná prvními známkami pohlavního dospívání, zejména objevním se prvních sekundárních pohlavních znaků a obvykle i „vlnkou“ urychlení v růstu kříže. Končí nástupem menarché u dívek, resp. analogickým vývojem u chlapců (noční poluce). U většiny dívek trvá tato fáze zhruba od 11 do 13 let, u chlapců probíhá fyzický vývoj asi o 1 – 2 roky později.

Puberta

Trvá do dosažení reprodukční schopnosti. První menses bývají zpravidla anovulační a často nepravidelné. Pravidelný ovulační cyklus a schopnost oplodnění se dostavují až za nějaký čas po prvních menses – zpravidla za 1 – 2 roky. Podobně i reprodukční schopnost chlapců je dosahována o něco později po dokončení vývoje hlavních sekundárních pohlavních znaků. Zhruba můžeme období vlastní puberty vymezit věkem 13 – 15 let. (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Adolescence

Adolescence trvá přibližně od 15 do 20 let. V adolescenci se tělesný vývoj dokončuje. Růstový vývoj se výrazně zpomaluje, je u obou pohlaví nepatrný, až se na závěr tohoto období úplně zastaví. Výrazně se zmenšuje i přibírání na hmotnosti, které je o něco

větší u chlapců (asi 2 – 3 kg ročně) než u děvčat (asi 1 – 1,5 kg ročně). (Kelnarová, Matějková, 2014).

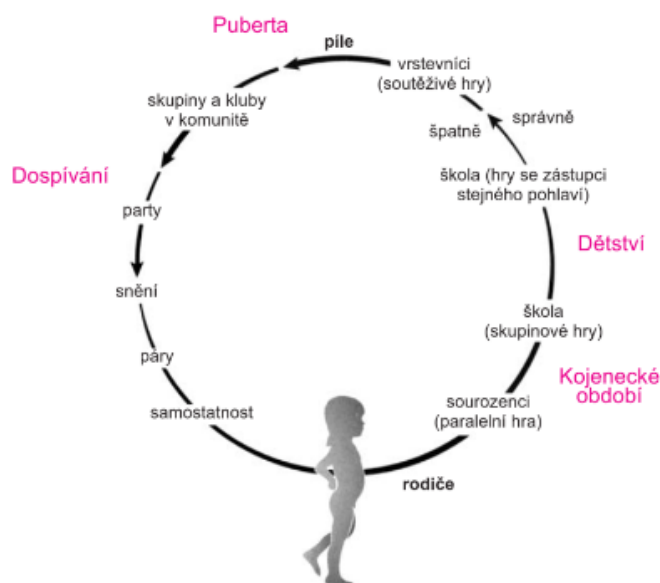
Pro tuto práci byly zvoleny následující dvě definice ke vztahu k dospívání.

1. „*Vývojové stádium mezi dětstvím (od narozením až do 15 let) a mladistvím (od 15 do 18 let) patří mezi jedno z velmi obtížných, kritických a zároveň rozhodujících životních období člověka. Adolescence je fáze dospívání, ve které dochází k dozrávání rozumových schopností, dotváření integrity osobnosti a k pohlavní zralosti. U dívek je to mezi 12-18 rokem a u chlapců mezi 14-20 rokem.*“ (Hubinková a kol., s. 86, 2008).
2. „*Dospívání lze chápat jako proces zásadních biologických, psychologických a sociálních změn, jejichž prostřednictvím začíná jedinec v průběhu příslušného vývojového období postupně získávat kompetence dospělého.*“ (Janošová, s. 196, 2008).

Obecně je dospívání spíše dobou aktivního hledání a objevování smyslu vlastní existence, a také si utváří svůj žebříček hodnot. „*Mladý člověk v tomto období hledá odpověď na řadu základních otázek – kým jsem a jaký jsem, kam patřím a kam směřuji, jaké hodnoty jsou v mém životě nejvýznamnější. Znamená to dobře poznat své možnosti i meze, přijmout svoji jedinečnost i s některými omezeními a nedostatky, což je zvláště obtížné zejména pro dospívající s jakýmkoliv typem handicapu nebo zdravotního postižení, které také musí být nyní do celkového sebepojetí integrovány.*“ (Langmeier, Krejčířová, s. 160, 2006).

Jak ukazuje obrázek 5, v kojeneckém období a raném dětství se dítě soustředí na rodiče, s přibývajícím věkem nabývají na významu vrstevníci a adolescenti se s postupným vyzráváním vracejí do rodiny a projevují nový respekt, nezávislost a spolupráci.

Obrázek 5 Mapa sociální interakce



Zdroj: Leifer, s. 527, 2004

„Pravděpodobně nejnápadnějším znakem dospívající osoby je její nejistota. Jde o fázi života, která v naší kultuře trvá relativně dlouho a zahrnuje formování vlastní identity, separaci od rodiny, počátek intimních vztahů a volbu povolání pro zajištění ekonomické samostatnosti.“ (Leifer, s. 526, 2004).

Změna uvažování dospívajících se projevuje i ve vztahu k potřebám.

Potřeba jistoty a bezpečí je stále vázána na minulou zkušenost i aktuální prožitky, jenomže adolescenti berou v úvahu i budoucnost, kterou si mohou představovat jako přijatelnou, ale i nejistotu a ohrožující. Potřeba seberealizace nabývá na obsahu, když dospívající začne uvažovat o svých možnostech a perspektivách. Seberealizace se rozšiřuje z přítomnosti na budoucnost a již není zaměřena jen na aktuální úspěch a uplatnění. Vzhledem k tomu nemusí být aktuální výkony považovány za tak důležité, protože současná nespokojenost může být kompenzována dobrými výsledky v budoucnosti. Potřeba otevřené budoucnosti má teprve nyní nějaký smysl. Přesah konkrétní reality a formování různých možností může fungovat jako otevření nové perspektivy. (Vágnerová, 2012).

Často se potřeby rodiny a potřeby adolescenta dostávají do konfliktu, např. když rodiče po svém potomkovi chtějí, aby se věnoval aktivitám nebo kariéře, které naplňují osobní potřeby nebo sny rodičů. Adolescent se také musí vyrovnat s rychlým fyzickým vývojem a fyziologickými změnami, uchovává si soukromí, vypořádává se se sociálním stresem a tlaky, musí udržovat otevřenou komunikaci a rozvíjet pozitivní zdravotní návyky a životní styl. (Leifer, 2004).

Období dospívání je nejbouřlivějším obdobím v životě většiny rodin, nazýváno je také obdobím vzdoru a v moderních technologických společnostech se stalo nejrizikovějším vývojovým obdobím na cestě k dosažení zdravé dospělosti.

3.3 Generace X, Y a jejich hodnotový systém

Slovníky slovo generace popisují různě, ale obvykle se jedná o nějakou spřízněnost, pokolení, vrstevníky, kohorta.

Pojem generace je nejznámější v demografickém významu. „*V demografii se pojem generace vztahuje k biologické reprodukci rodu. V tomto smyslu se mluví o generaci prarodičů, rodičů a dětí. Věkový rozdíl mezi generacemi je dán dobou potřebnou k biologickému vývoji od narození k zahájení biologické reprodukce. V našich podmínkách se jedná zhruba o dvacet let.*“ (Sak, Kolesárová, s. 35, 2012).

Zvláštnost generace tkví v tom, že je průsečíkem biologického a sociálního života. Nástupy a odchody generací, jejich střídání a procházení životními fázemi tvoří základní rytmus sociálního života, jsou pulsem sociální entity. (Sak, Kolesárová, 2012).

Pohledy na svět a na to, co je v životě důležité, se mohou u mladých a starších lišit, a je proto obtížné najít společnou řeč a vzájemnou úctu. Co se týká rozdílů mezi generacemi, v některých postojích se současná mladá generace podobá generaci svých rodičů, v některých spíše svým prarodičům. Žijí rychleji, jsou tolerantní a kvůli velkému množství možností odkládají založení rodiny na pozdější dobu. Lze říci, že pro rodiče dnešní mladé generace byla a je výraznou hodnotou svoboda, protože ji neměli. Dnešní dospívající ji však vnímají jako samozřejmost, mají před sebou širokou škálu

možností a velkou možností výběru. Obecně mají vysokou míru tolerance k odlišným ideovým postojům, než je ten jejich.

Rozpor mezi hodnotami mladé a starší generace lze rovněž zařadit mezi specifické vývojové problémy dospívajících. *„Převratné technické, vědecké i společenské změny s sebou přinášejí stále častější rozdíly v názorech, v hodnotách a v postojích generací, které vyrůstaly za zcela jiných podmínek a těžily z jiných zkušeností. Starší generace má tendenci ulpívat na dřívějších hodnotách, jež se pro ni staly jedinečným měřítkem, nová generace si sbírá vlastní zkušenosti a odmítá přijmout stará měřítka za platná. Starší se tak stávají „strážci tradice“, mladí odmítají jejich normy jako překážku v pokroku.“* (Langmeier, Krejčířová, s. 165, 2006).

V současné době se hovoří o tzv. **písmenkových generacích**, nejčastěji o generacích X, Y a Z. Vrstevníci jedné generace vyznávají společné hodnoty a velmi podobný životní styl.

Lidem narozeným uprostřed generace X v Československu se přezdívá Husákovy děti. Dufková ve svém článku uvádí: *„Generaci Y předcházela Generace X (dnešní čtyřicátníci) charakterizovaní pesimistickým pohledem na svět. Během jejich dětství dramaticky rostly společensky nebezpečné jevy: drogy, pohlavně přenosné choroby, interrupce, stoupající počet rozvodů. Pro lidi této generace je typický nedostatek důvěry v základní hodnoty, jsou individualisticky zaměřeni, příliš je nezajímá, jak žijí ostatní. Od mladší Generace Y se odlišují spíše anarchistickým postojem vůči starším generacím, zejména tzv. generaci Baby-boomers, což je generace lidí narozená přibližně od poloviny čtyřicátých let do poloviny let šedesátých dvacátého století. Ti jsou naopak optimističtí, protože se narodili po válce v období radostného budování nové společnosti.“*

Generace Y (narozená v letech 1981 – 2001) se narodila do období blahobytu a míru – jako „plánované“ děti, o které rodiče s láskou pečovali, a které odmala slyšely, že v životě mohou dosáhnout všeho, čeho si záměrně - odtud pramení jejich zvýšené sebevědomí. *„Generace Y je výrazně ekonomicky aktivní, vyžaduje vyšší životní úroveň a cítí větší zodpovědnost za svou sociální jistotu. Zároveň se do popředí jejího zájmu dostávají osobní život, partnerské vztahy a rodina. To je zdůrazňováno jako zásadní rozdíl mezi generací Y a generací X, pro kterou nebyl osobní život prioritou. Generace*

Y usiluje o maximální využití všech pracovních možností, které se jí nabízejí, ale osobní život nechce obětovat.“ (Kocianová, s. 108, 2012).

Z uvedeného je zřejmé, že životními hodnotami této generace je spokojený pracovní a kvalitní osobní život a prioritou je jejich skloubení. Specifické pro Generaci Y je to, že na začátku jejich dětství a dospívání nedošlo k žádným zásadním tragickým událostem. Jde o generaci, která žila obklopená technickými vymoženostmi a znala pouze růst ekonomiky. *„Příslušníci generace Y vyrostli ještě v užším spojení s technologií než lidé z generace X, až se technologie stala očekávanou a předvídanou součástí jejich životů. Mobilní telefony a internet jsou pro tuto věkovou skupinu naprosto přirozené. Obecně lze říci, že také očekávají, že vše bude téměř okamžitě a je u nich větší pravděpodobnost, že budou mít mnohem méně problémů s multitaskingem než generace předchozí.*“ (Yagerová, s. 121, 2012).

Mediální negativní události, např. teroristické útoky, masakry na školách, války, finanční krize, naopak tuto generaci stmelují a posilují komunitní citění.

Každá z obou výše uvedených generací se liší nejen žebříčkem hodnot, ale má i jiný životní styl.

Děti generace X se nazývají generací Z – tzv. internetová generace. Jsou narození od poloviny 90. let 20. století do současnosti. Tato generace vyrostla na internetu, který začal být dostupnější po roce 1991. Nejmladší zástupci této generace se narodili během menšího baby boomu v době světové finanční krize končící kolem roku 2010, následovaní další ještě nepojmenovanou generací. Generace Z se narodila a vyrůstala po éře Studené války a pádu Sovětského svazu.

Co se týká **hodnoty zdraví**, tak dospívající k vlastnímu zdraví mají jiný vztah než v dětství nebo v dospělosti. Někteří se sledují úzkostlivě, jiní zlehčují své obtíže. *„Obecně se dospívající za nedostatky ve svém zdravotním stavu – tak jako i za jiné nedostatky – stydí a neradi si je připouštějí. Také je většinou vnímají jen jako součást, a to ne nejdůležitější, svých ostatních psychosociálních problémů. Neradi proto např. užívají léky před svými vrstevníky. Rodičům se s nimi svěřují méně často než v dětství a*

rodiče také jejich zdraví sledují méně než v dětském věku.“ (Machová, Kubátová a kol., s. 173 2009).

Z výše uváděného lze konstatovat, že zdravý vývoj mladých lidí je úzce podmíněn dobrým rodinným zázemím a dalšími sociálními vztahy mimo rodinu. Mladé lidi ohrožuje celá řada zdravotních rizik typických pro toto životní období, např. drogy, tabák, alkohol, touha po sexuálních zkušenostech.

4 PRAKTICKÁ ČÁST

V kapitole jsou popsány základní pojmy související s výzkumem a praktickou částí práce.

4.1 Teoretická východiska výzkumu

V odborné literatuře existují různé definice výzkumu, pro účely této práce byla zvolena následující definice výzkumu. „*Výzkum znamená proces vytváření nových poznatků. Jedná se o systematickou a pečlivě naplánovanou činnost, která je vedena snahou zodpovědět kladené výzkumné otázky a přispět k rozvoji daného oboru.* (Hendl, s. 30, 2005).

Dále se pracuje s pojmem **vědecká metoda**. „*Vědeckou metodu lze obecně charakterizovat jako záměrný postup (cestu), jehož pomocí se dosáhne určitého cíle, něco se pozná, vyřeší. Metoda tedy představuje obvykle celý komplex různorodých poznávacích postupů a praktických operací, které směřují k získávání vědeckých poznatků.*“ (Skalková, s. 21, 1995).

Existují dva základní typy výzkumů: **kvalitativní a kvantitativní**. Kvantitativní výzkum se ptá „Kolik?“, kvalitativní výzkum zkoumá „Proč?“ nebo „Z jakého důvodu?“.

„*Kvalitativní výzkum pátrá po příčinách, proč něco proběhlo nebo se děje. Většina zjišťovaných údajů probíhá ve vědomí nebo podvědomí konečného spotřebitele, proto pracujeme s větší mírou nejistoty a potřebujeme často psychologickou interpretaci, tj. odbornou pomoc specialistů, resp. kvalifikovanější soubor tazatelů s psychologickou přípravou.*“ (Kozel, s. 120, 2006).

Nejprve je určeno téma a určeny základní výzkumné otázky. Výzkumník zde vyhledává a analyzuje jakékoli informace, které přispívají k objasnění výzkumných otázek, provádí deduktivní a induktivní závěry. Výzkum probíhá zpravidla v cyklech, kdy výzkumník sbírá data, následně je analyzuje a podle výsledků se rozhodne, která data potřebuje a začne znovu se sběrem dat a jejich analýzou. V průběhu těchto cyklů výzkumník své domněnky a závěry přezkoumává.

Nejčastěji jsou využívány individuální hloubkové nebo skupinové rozhovory a projektivní techniky. Zde se pracuje převážně s menším vzorkem respondentů.

„Kvalitativní výzkum zpravidla vyžaduje metodiku výběru s akcentem na reprezentativnost populace – buď náhodný výběr (random sample), nebo plošný kvótní výběr.“ (Zamazalová, s. 95, 2010).

V praktické části práce bude využit **kvantitativní výzkum**.

„Kvantitativní výzkum se zabývá získáváním údajů o četnosti něčeho, co již proběhlo nebo se děje právě nyní. Účelem kvantitativního výzkumu je získat měřitelné číselné údaje.“ (Kozel, s. 120, 2006). Jiná definice říká: *„Kvantitativní výzkum využívá náhodné výběry, experimenty a silně strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování. Konstruované koncepty zjišťujeme pomocí měření, v dalším kroku získaná data analyzujeme statistickými metodami s cílem je explorovat, popisovat, případně ověřovat pravdivost našich představ o vztahu sledovaných proměnných.“* (Hendl, s. 45, 2005).

Podstatou kvantitativního šetření není jen popis proměnných, ale i vztahy mezi nimi – jejich poznání a rozložení vede ke stanovení otázek a cílů, které zkoumanou problematiku pomohou otevřít. *„To je důležitý bod obecné výzkumné strategie. Nejdříve se podíváme na vztah dvou proměnných, a pak se věnujeme vysvětlení tohoto vztahu – to je výborná a základní strategie pro vytváření teorie v kvantitativním výzkumu.“* (Punch, s. 35, 2008).

Výzkum obvykle probíhá v následujících krocích – výzkumník:

- vyjádří určité tvrzení, které má vyjadřovat vztahy v reálném světě (teorie),
- provede dedukce a stanoví hypotézu,
- uvažuje o tom, co potřebuje zjistit, aby pozoroval minimálně dvě proměnné (X, Y) – operacionalizovaná definice,
- provede pozorování – měření,
- výsledek testování porovná s teorií – verifikace.

Měření musí být validní (měří to, co má) a spolehlivé.

Tabulka 5 Přednosti a nevýhody kvantitativního výzkumu

PŘEDNOSTI KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU	NEVÝHODY KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU
<ul style="list-style-type: none"> • Testování a validizace teorií. • Lze zobecnit na populaci. • Výzkumník může konstruovat situace tak, že eliminuje působení rušivých proměnných a prokázat vztah příčina-účinek. • Relativně rychlý a přímočarý sběr dat. • Poskytuje přesná, numerická data. • Relativně rychlá analýza dat (využití počítačů). • Výsledky jsou reaktivně nezávislé na výzkumníkovi. • Je užitečný při zkoumání velkých skupin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kategorie a teorie využitá výzkumníkem nemusejí odpovídat lokálním zvláštnostem. • Výzkumník může opominout fenomény, protože se soustřeďuje pouze na určitou teorii a její testování a na rozvoj teorie. • Získaná znalost může být příliš abstraktní a obecná pro přímou aplikaci v místních podmínkách. • Výzkumník je omezen reduktivním způsobem získávání dat.

Zdroj: Hendl, s. 49, 2005

V práci je využita metoda **dotazníkového šetření**. Dotazníková metoda slouží k hromadnému získávání údajů od zkoumaných osob (respondentů). „*Dotazování je jednoduchý způsob získávání statistických dat, který se provádí písemně (dotazníky, internetové dotazníky) nebo ústně (osobně, telefonicky, ve skupinách). Takto je možné získat informace hromadného charakteru od tzv. respondentů, tj. osob náhodně určených k dotazování.*“ (Neubauer, Sedlačík, Kříž, s. 18, 2012).

V dotazníkovém šetření se pracuje s pojmy:

- **objekt výzkumu:** „*Cílový, též výzkumný soubor (popř. populace) je množina objektů, kterých se zkoumání týká, na které se mají jeho výsledky vztáhnout.*“ (Reichel, s. 75, 2009).
- **předmět výzkumu** - to, co se bezprostředně zkoumá.

- **subjekt výzkumu** - může to být jedinec (většinou autor práce) nebo celý tým výzkumníků (výzkumná agentura), kteří výzkum realizují.
- **cílová skupina** - určením cílové skupiny se přiblížíme k rozhodnutí, kdo bude konečný respondent. „*Vzorek jako takový je technickým označením. Místo něho užíváme také výraz „výběr“. Tato slova znamenají menší podmnožinu vybranou z nějaké větší skupiny.*“ (Punch, s. 52, 2008).
- **proměnné** – proměnná je měřenou vlastností, kterou můžeme vyjádřit konkrétní hodnotou.

Jedním z nejběžnějších nástrojů pro sběr dat je **dotazník**. Ten se skládá ze série otázek, jejichž cílem je získat názory a fakta od respondentů. K výhodám dotazníků patří to, že je levný, je jednoduchý pro zpracování a vyhodnocování a není dotěrný (respondent si jej může vyplnit v klidu doma a rozmyslet si odpovědi). Naopak k jeho nevýhodám patří obtížnost při získávání respondentů, možná nepravdivost odpovědí a redukce komunikace (90 % komunikace je nonverbální – dotazník ji nedokáže zachytit). Při jeho zpracování je důležité, aby uměl zaujmout, dále je potřeba se zaměřit především na srozumitelnost, přehlednost a snadnou orientaci, jednoduchost vyplňování, jazykovou korektnost, typografickou a grafickou úpravu.

Při vypracování dotazníku je třeba dodržovat určitá pravidla. „*Každé psychologické měření, jako je například osobní dotazník, by mělo mít validitu (mělo by měřit to, co tvrdí, že měří) a mělo by být spolehlivé (mělo by měřit konzistentně).*“ (Walker, s. 55, 2010).

Typy dotazníků

- **Standardizovaný** - má pevně danou strukturu – pevně daný seznam otázek, na které respondenti odpovídají pevně danými odpověďmi (ano/ne/nevím x velmi pravděpodobně/pravděpodobně/nepravděpodobně/velmi nepravděpodobně atp.).
- **Otevřené otázky** - otázky jsou vytvořeny tak, že se dotazující mohou vyjádřit svými vlastními slovy. Výzkumník tak získá podrobnější data. Výhodou otevřených otázek je, že odpovědi jsou snáze prozkoumatelné, nevýhodou je obtížnost při statistickém porovnání dat.

- **Polostrukturovaný** - v dotazníku jsou jak standardizované otázky, tak otevřené otázky.

Pro distribuci dotazníků lze využít několik možností. Buď je výzkumník přinese **osobně** a čeká, až je respondenti vyplní (při tom může komentovat a odpovídat na otázky), nebo předčítá znění otázek a zaznamenává odpovědi sám, především pokud jsou respondenty děti či senioři. Další možností je distribuce dotazníků **poštou** (návratnost dotazníků je menší a také hrozí jejich ztráta). V komerční sféře se často využívá **telefonické dotazování** (dotazník musí být náležitě upraven – krátký, srozumitelný, ne příliš náročný). Nejčastější formou administrace dotazníků je **dotazování přes webové rozhraní** - výhodou je především oslovení velkého množství respondentů, distribuce je snadná a finančně nenáročná, naopak nevýhodou je, že nevíme, kdo odpovídá na otázky).

Výsledky dotazníkového šetření jsou po sumarizaci, vyhodnocení a porovnání nejčastěji zpracovány také do podoby grafů.

4.2 Realizace výzkumu

Výzkum probíhal v lednu 2016.

Tabulka 6 Popis výzkumné situace

VZTAH STUDENTŮ KE ZDRAVÍ		
Subjekt	Předmět	Objekt
Autor práce	Odpovědi respondentů na otázky, které se týkají jejich hodnotového systému, zdravého životního stylu	100 vybraných studentů Integrované střední školy Vysoké nad Jizerou, K. Farského 300

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 7 Harmonogram výzkumu

ČINNOST	TERMÍN
Navržení dotazníku, který odpovídá potřebám výzkumu	leden 2016
Pilotní test dotazníku na malém vzorku osob, který je podobný cílové skupině	
Revize dotazníku	
Distribuce dotazníků	
Sběr dat	
Vyhodnocení výsledků	

Zdroj: vlastní zpracování

Při tvorbě dotazníku bylo vycházeno z odborné literatury. Důležité je přesvědčit žáky o významu účasti na dotazníkovém šetření a také na zachování jejich anonymity, tzn., že odpovědi nebudou mít dopad na jejich hodnocení.

Při sestavování dotazníku byly zohledněny požadované cíle výzkumu. Dotazník je uveden v příloze č. 1.

Před samotným zahájením fáze dotazování (vyplňování dotazníku respondenty z cílové skupiny) bylo provedeno otestování dotazníku na malém vzorku respondentů se srovnatelnými charakteristikami jako cílová skupina respondentů, které mělo za cíl získat komentáře a postřehy k formulaci otázek - zejména ověřit jejich správnost, srozumitelnost a vhodnost. Výsledky předvýzkumu byly vyhodnoceny stejným způsobem jako by šlo o samostatný výzkum. Pilotní testování dotazníku provedené u 4 respondentů neodhalilo žádné nedostatky, tudíž dotazník nemusel být nijak upravován.

Dotazníky byly respondentům předány osobně, čímž je zajištěna 100% návratnost dotazníků. Byla zde uvedena také informace, že v případě zájmu jim budou výsledky šetření poskytnuty.

Osloveno bylo 100 studentů z cílové skupiny, návratnost byla 100%.

Cílová skupina

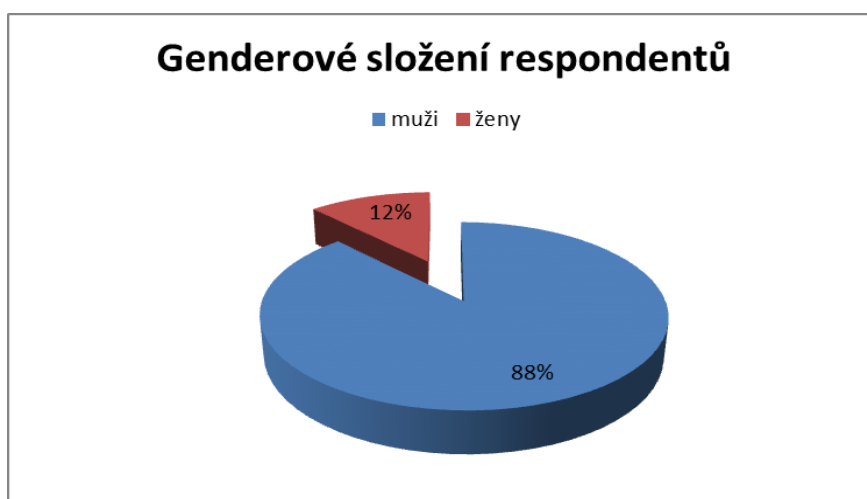
Složení respondentů je vyjádřeno v následující tabulce a grafu.

Tabulka 8 Složení respondentů

VĚK	MUŽI	ŽENY	CELKEM
15	16	0	16
16	42	12	54
17	12	0	12
18	10	0	10
19	8	0	8
CELKEM	88	12	100

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 1 Genderové složení respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

4.3 Interpretace výzkumu

1. Který z následujících problémů považujete Vy osobně za nejzávažnější?

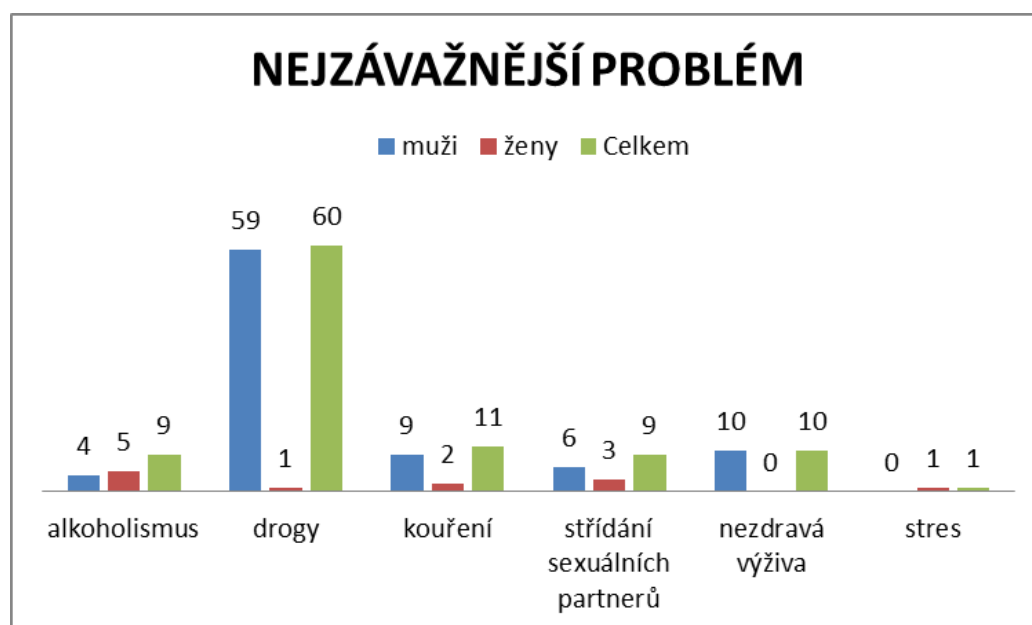
Za nejzávažnější problém obě skupiny (muži i ženy) dotázaných považují drogy – tuto odpověď zvolilo celkem 60 % respondentů. Muži hodnotí drogy za nejzávažnější, zatímco ženy za nejvíce závažný považují alkoholismus (cca 42 % z dotazovaných žen). Překvapivě téměř 12 % mužů za závažný problém považuje nezdravou výživu a teprve za ní (cca 10 % z dotázaných mužů) kouření. Pouze jedna žena vidí jako vážný problém stres a jedna žena uvedla, že jí vadí „sobectví člověka vůči ostatním a přírodě“. Jeden

muž připsal mezi jiné problémy „závislé hraní na automatech“, jeden muž připsal, že jako problém vidí „vyhrocenou situaci ve spojitosti s válkou (džihádisté)“ a jeden muž připsal „globální oteplování“. Tyto jmenované problémy trápily respondenty starší 17 let. Žádný z respondentů nevidí jako problém nedostatek pohybu.

Tyto rozdíly jsou dány odlišnou životní situací a také vypovídají o tom, že i **dospívající se zajímají o světové problémy dnešní doby.**

Přesné odpovědi respondentů jsou znázorněny v grafu č. 2.

Graf 2 Nejzávažnější problém



Zdroj: vlastní zpracování

- Řekl/a byste, že Vaše názory a postoje na život ovlivňují nejvíce: rodiče, učitelé a ostatní výchovní pracovníci, spolužáci, parta, kamarádi, filmy, televize, četba, vlastní zkušenosti.**

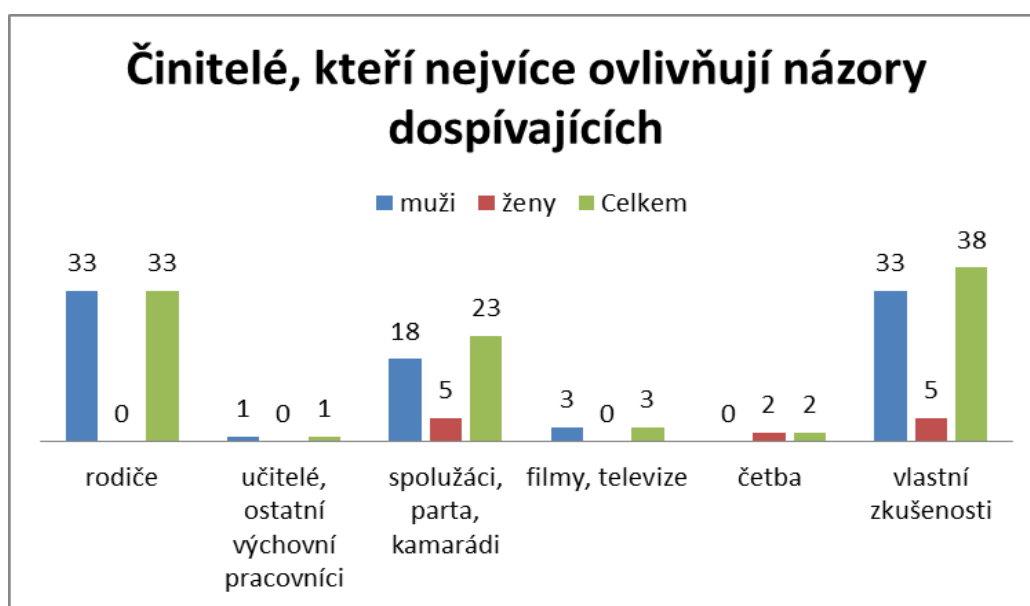
Období dospívání velmi často znamená pro rodiče pocit, že ztrácejí důvěru svých dětí a kontakt s nimi, že s příchodem puberty ztrácejí pozici učitele a organizátora. Přesto odpovědi respondentů vypovídají o tom, že **rodiče jsou významným činitelem, který se podílí na názorech a postojích dospívajících.** Odpovědi respondentů také potvrzují

skutečnost popsanou v teoretické části práce, že **experimentování s riziky** je období dospívání vlastní.

Respondenti se nechávají ovlivňovat zejména vlastní zkušeností (38 %), významnou roli hrají i rodiče (33 %) a spolužáci a kamarádi (23 %), ostatní faktory hrají spíše podpůrnou a doplňující úlohu. Pro muže jsou nejdůležitější vlastní zkušenosti a rodiče stejnou měrou, zatímco pro ženy vlastní zkušenosti a spolužáci a kamarádi.

Přesné odpovědi jsou zaznamenány v grafu 3.

Graf 3 Činitelé, kteří nejvíce ovlivňují názory dospívajících



Zdroj: vlastní zpracování

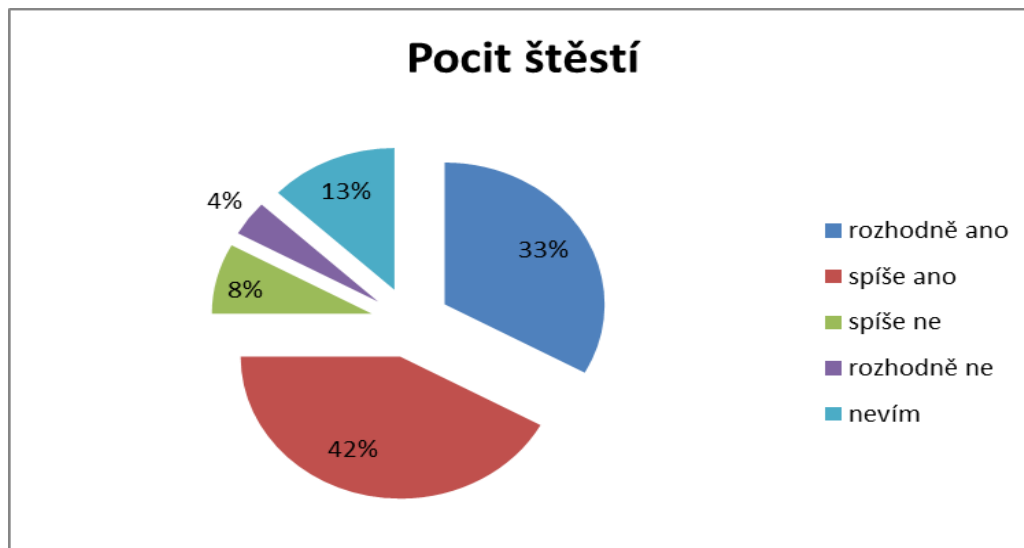
3. Cítíte se šťastný ve svém životě?

Štěstí lze chápat jako momentální stav (právě teď se z nějakého důvodu cítím být šťastný/á nebo nešťastný/á), nebo jako dlouhodobý stav (hodnotím celý svůj život jako v podstatě šťastný nebo nešťastný). Výzkumy dokládají, že štěstí je nejen příjemné, ale je i celkově prospěšné: ruku v ruce s ním jde například lepší stav imunitního systému. Pocit štěstí podle vědců nejspíš snižuje i riziko infarktu a šťastní lidé vedou zpravidla zdravější způsob života = pozitivní emoce mají příznivý vliv na zdraví a dlouhověkost.

Podpora osobní pohody a štěstí má v adolescenci velký význam. Jak bylo uvedeno, je to období náročné, charakteristická je zvýšená sebereflexe, dospívající prožívají vyšší citlivost k vlastním pocitům. Pozitivním zjištěním je, že kladně (*rozhodně ano* a *spíše ano*)

odpovědělo celkem 75 % respondentů, pouze 4 respondenti se rozhodně necítí šťastně a 13 respondentů nedokázalo vyjádřit svůj vlastní emocionální stav.

Graf 4 Pocit štěstí



Zdroj: vlastní zpracování

4. Zakroužkujte Vaši největší prioritu

V této otázce byli respondenti limitováni možností volit pouze jednu hodnotu. Výzkum ukázal, že klasické životní hodnoty – jako je rodina, přátelé a zdraví jsou téměř pro všechny respondenty tou největší hodnotou – 66 dotázaných za největší hodnotu považuje rodinu a přátele a 21 dotázaných zdraví. To je pozitivní důkaz pro rodiče i pedagogy. Své rodiny a přátele studenti milují a považují je za nejdůležitější, co mají, což potvrzuje, že úsilí vynaložená při výchově se pedagogům a především rodičům vyplatí. Pro 8 respondentů je nejdůležitější úspěch ve sportu či škole.

V současnosti jsou mnozí lidé skeptičtí a věří, že nejdůležitější hodnota mladé generace jsou peníze, úspěch, kariéra, materiální zajištění – což však výzkum nepotvrdil, protože pouze 5 % respondentů považuje peníze za svoji nejvyšší hodnotu. Hodnotu náboženství a cestování nevolil žádný z respondentů.

Graf 5 Nejdůležitější hodnoty



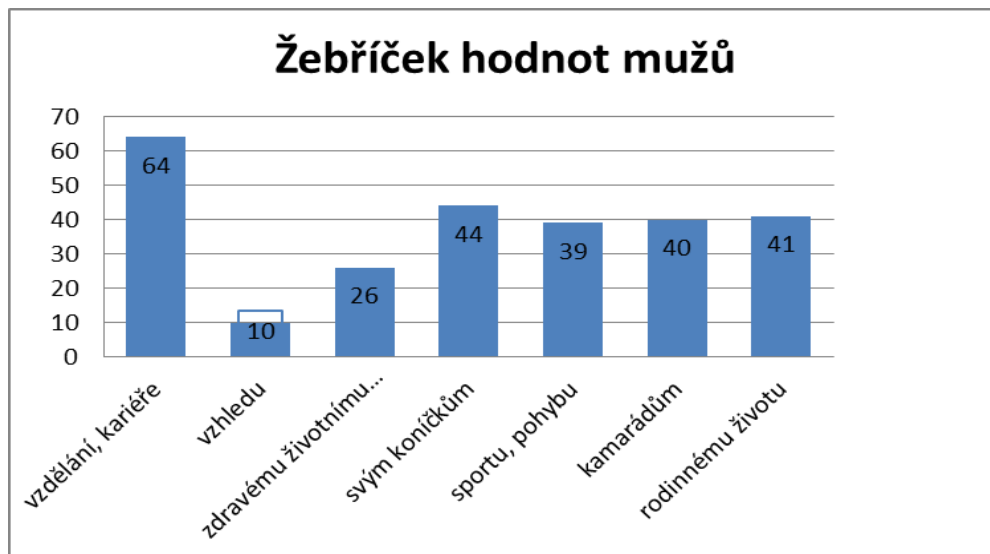
Zdroj: vlastní zpracování

5. **V nejbližších 5 letech bych chtěl/a věnovat více pozornosti: vzdělání a kariéře, vzhledu, zdravému životnímu stylu, svým koníčkům, sportu, pohybu, kamarádům, rodinnému životu. Respondenti mohli zakroužkovat 3 možnosti.**

Naše hodnoty stojí za každým našim činem, směřováním, či zájmem. Ukazují, co je pro nás v životě nejdůležitější. Uvědomění si vlastních životních hodnot je významným krokem ke zvýšení kvality komunikace se sebou samými i s okolím, a tudíž ke zvýšení kvality vlastního života.

Odpovědi respondentů jsou zaznamenány v grafech 6 a 7.

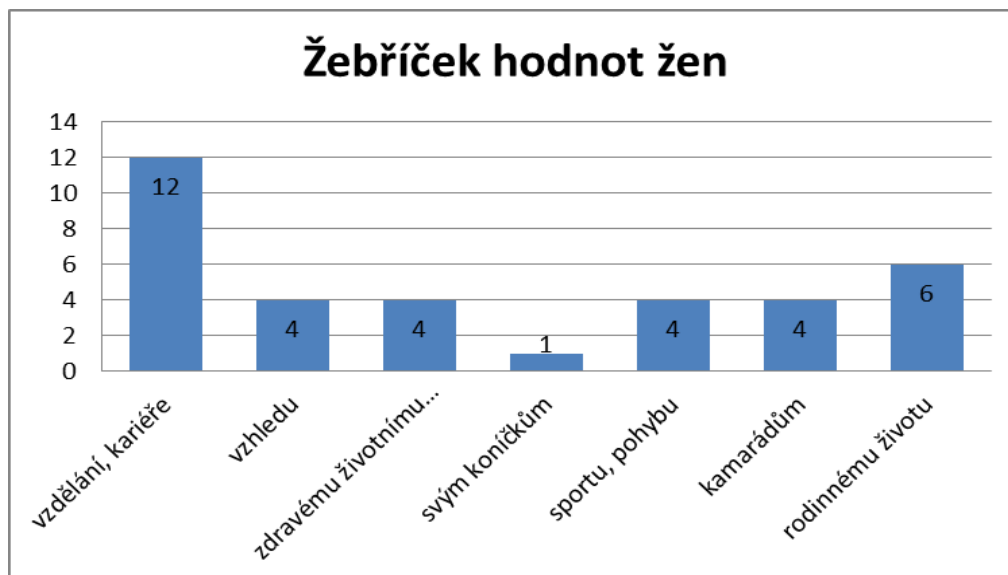
Graf 6 Žebříček hodnot mužů



Zdroj: vlastní zpracování

U 64 mužů dominuje vzdělání a kariéra, na druhém místě pak koníčky a těsně za nimi je rodinný život a kamarádi. Nejméně se muži zajímají o svůj vzhled.

Graf 7 Žebříček hodnot žen



Zdroj: vlastní zpracování

V této otázce bylo překvapením, že cílem všech dívek bylo dokončit vzdělání a věnovat se své kariéře - tento cíl uvedlo 100 % respondentek. 50 % z dotazovaných dívek za svůj druhý cíl uvedlo rodinný život. K dalším dívčím cílům patřily rovnoměrně hodnoty jako vzhled, zdravý životní styl, sport a kamarádi. Jeden „hlas“ získala zájmová

hodnota. Specifikaci cílové oblasti připsala jedna žena, která se chce věnovat svému příteli.

Do cílů obou skupin se jasně promítají současné společenské poměry, kdy dobrá práce a s ní související zabezpečení jsou cennou devizou pro úspěšný start do života.

Zdravý životní styl zahrnuje do svých nejdůležitějších cílů 30 respondentů.

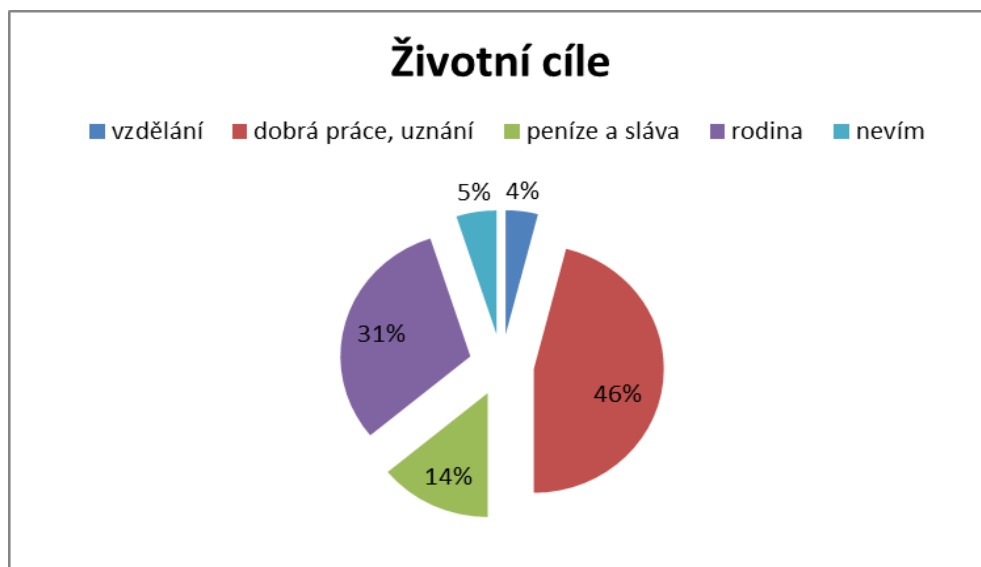
Výstupy této otázky lze brát pozitivně pro budoucnost, protože vzdělání jako součást životního způsobu, životní dráhy a hodnotové orientace je součástí kulturního kapitálu jedince, rodiny, rodu, společnosti a že vzdělání jako hodnota, potřeba, cíl, náplň volného času jsou fenomény, které jsou pro člověka i společnost klíčové.

6. Čeho chcete v životě dosáhnout?

Životní cíle a plány představují ve vědomí jedince určitou psychickou ochranu, oporu pro život, která mu dává sílu pro chvíle depresí, představuje protiváhu k rizikovým situacím, které v životě nastávají. Přítomnost cíle v životě, a to nejen u mladých lidí, je velmi důležitá pro spokojený život. Bezcílnost by mohla vytvářet příznivější podmínky pro nudu a nicnedělání, které u mladých lidí mohou vést k zahájení delikventní či drogové kariéry.

Odpovědi v grafech níže jen korespondují s otázkami 4 a 5. Mladí preferují dobrou práci a rodinu před hodnotami jako je cestování, peníze a sláva, tzn., že **skloubení spokojeného pracovního a kvalitního osobního života je jejich prioritou.**

Graf 8 Životní cíle



Zdroj: vlastní zpracování

Následující tři otázky nám odpoví, jak jsou na tom respondenti se zdravím a zda se zajímají o zdravý životní styl.

7. Jak často byste měli jíst ovoce a zeleninu? 8. Zajímáte se o zdravou výživu a zdravý životní styl? 12. Zajímáte se o vliv chemických látek v potravinách?

Odborné výzkumy říkají, že 5 porcí zeleniny a ovoce denně může snížit počet úmrtí na rakovinu, nemoci srdce či mrtvici.

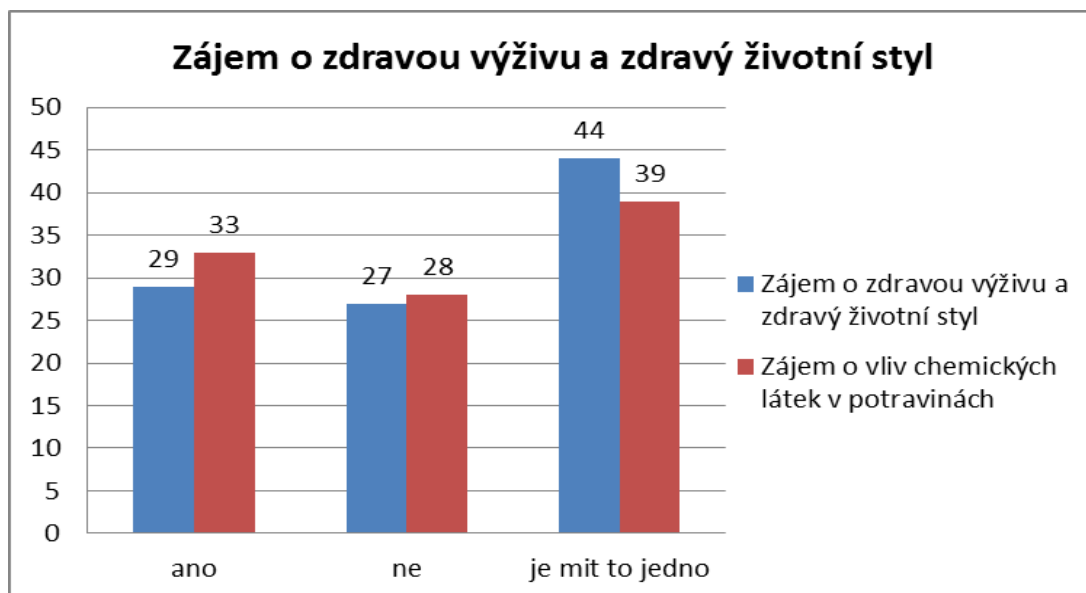
Více než polovina respondentů (52) si myslí, že ovoce a zeleninu stačí jíst 1x denně. Správnou odpověď volila jen čtvrtina respondentů (25). 23 respondentů si myslí, že stačí jíst ovoce a zeleninu 5x týdně.

Jídlo a tekutiny jsou základním předpokladem pro udržení dobrého zdravotního stavu, protože mohou dodávat našemu tělu všechny látky, které potřebuje. Mohou a nemusí a záleží jen na nás, co našemu organismu „dopřejeme“. Nesprávná nebo nedostatečná výživa může usnadnit vznik některých onemocnění, to samé platí i naopak, kdy řada onemocnění ovlivňuje výživový stav. Je velmi pravděpodobné, že lidé, kteří se zajímají o složení potravin, mají také blíže k zdravějšímu životnímu stylu.

Otázka č. 8 potvrzuje odpovědi respondentů na otázku č. 7. Více než dvě třetiny respondentů uvedly, že je zdravá výživa nezajímá nebo je jim jedno.

O svoji výživu a zdravý životní styl se zajímá pouze 29 respondentů. Dvě třetiny respondentů (67) se o složení potravin nezajímá nebo je jim jejich složení jedno. Odpovědi respondent na otázku 8 a 12 jsou znázorněny v grafu č. 9.

Graf 9 Zájem dospívajících o zdravou výživu a zdravý životní styl



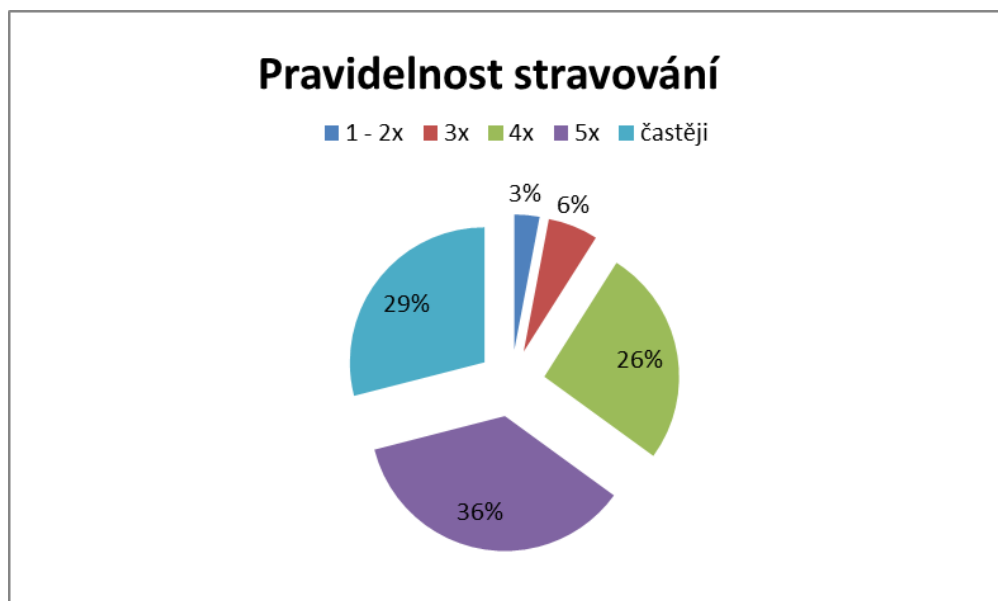
Zdroj: vlastní zpracování

8. Kolikrát denně jíte?

Četnost stravy je jednou z nejčastěji kladených otázek v oblasti zdravé výživy. Je důležité volit správnou skladbu jídelníčku, ale neméně důležité je jíst pravidelně. Odborníci doporučují optimálně 5 - 6 menších porcí za den. Tímto způsobem se rovnoměrně rozvrství příjem energie a tělo pak nemá potřebu si její část ukládat do zásoby. Pokud není strava pravidelná, např. jíme třeba jen 2x denně, tělo nemá v průběhu celého dne dostatek energie k dispozici. Nepravidelné stravování dále zvyšuje nervozitu, člověk je nevyrovnaný a v neposlední řadě zhoršuje zdraví.

Odpovědi respondentů jsou znázorněny v grafu č. 10. Z grafu je zřejmé, že základní pravidlo zdravého životního stylu „**pravidelnost stravování**“ **dodržuje 65 % respondentů**. 3 respondenti jí pouze 1 – 2x denně.

Graf 10 Pravidelnost stravování



Zdroj: vlastní zpracování

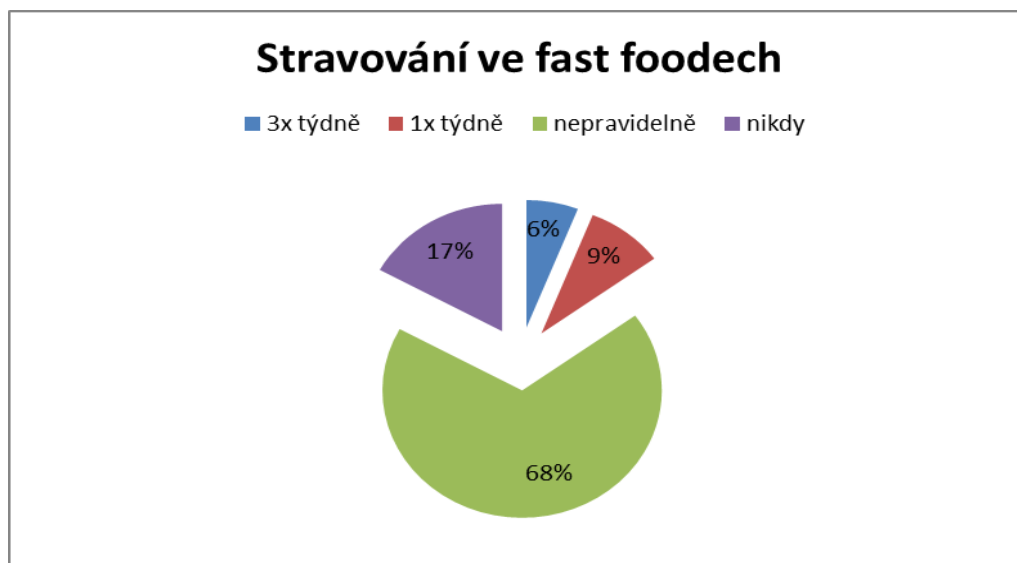
9. Stravujete se v rychlém občerstvení?

Stravování ve stáncích a restauracích rychlého občerstvení je rychlé, pohodlné a hlavně chutné – je snadné si na něj zvyknout. Je však všeobecně známo, že nezdravé potraviny a jídlo z restaurací tzv. „fast food“ rozhodně nepředstavují nejzdravější způsob života. Většina jídel je zde bohatá nejen na jednoduché sacharidy, ale také na tuky s nevhodným složením (s nasycenými mastnými kyselinami nebo trans mastnými kyselinami), cholesterol a sůl. Když už si nějaké jídlo v rychlém občerstvení dáme, měly bychom pak svůj denní jídelníček doplnit dostatkem zeleniny a ovoce a také již ve stejný den nejíst například uzeniny nebo další tučná jídla. Odborníci také potvrdili to, co se dávno předpokládalo: stravování ve fast foodu zvyšuje riziko úmrtí na kardiovaskulární onemocnění.

Pozitivním zjištěním je, že **85 % dotazovaných se v restauracích rychlého občerstvení stravuje nepravidelně nebo nikdy**, žádný z respondentů nevolil možnost denně. Ostatní respondenti se stravují ve fast foodech buď 1x týdně (9 respondentů) nebo 3x týdně (6 respondentů).

Odpovědi respondentů jsou zaznamenány v grafu č. 11.

Graf 11 Stravování ve fast foodech



Zdroj: vlastní zpracování

10. Jak často sportujete?

O tom, že je pravidelná pohybová aktivita součástí zdravého životního stylu, asi nikdo nepochybuje. Už i 30 minut pohybové aktivity denně navíc nad rámec běžných rutinních aktivit se významně podílí na zlepšení celkového stavu organismu.

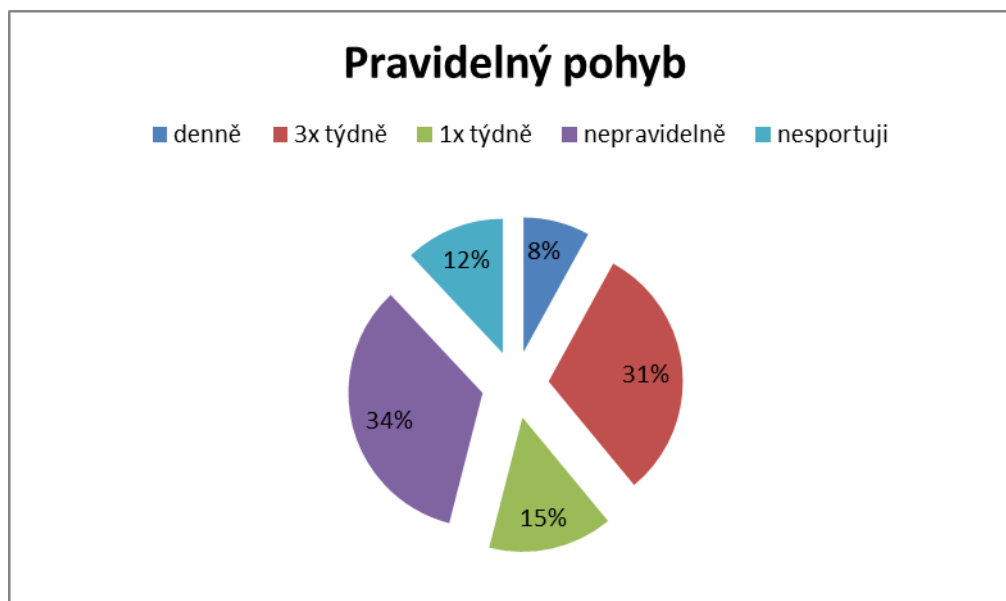
Jak bylo v teoretické části práce uvedeno, pravidelné cvičení má také vliv na prevenci různých nemocí. Nejedná se pouze o kardiovaskulární onemocnění (infarkt, mrtvice, vysoký krevní tlak), ale také artrózu a osteoporózu. Má pozitivní vliv také na klouby, svaly atd. Jednoduše řečeno: pohyb prodlužuje život.

Z průzkumu vyplynulo, že téměř polovina respondentů (46 %) se nevěnuje aktivnímu sportu. Z toho 12 respondentů přiznalo, že necvičí a nesportují nikdy.

Mezi ty, kteří se věnují pravidelně pohybu, lze počítat respondenty, kteří odpověděli, že se sportu věnují denně (8 respondentů) nebo 3x týdně (31 respondentů).

Odpovědi respondentů jsou zaznamenány v grafu č. 12.

Graf 12 Pravidelný pohyb



Zdroj: vlastní zpracování

13. Víte, že životní styl ovlivňuje naše zdraví z 60 %, dědičnost z 10 %, životní prostředí z 15 % a zdravotní péče z 15 %?

Je zřejmé, že převážná část rizik, která zdraví ohrožují, přichází ze způsobu života, neboli je v našich rukou je ovlivnit - faktory ovlivnitelné. Jsou známy i rizikové faktory neovlivnitelné. Opakem rizik je ochrana, základem které je znalost vlastního zdraví, včetně vlastních rizik. Taková znalost umožňuje aktivní přístup ke zdraví, ovlivňování rizik a jejich snižování či vylučování ze života.

Znalost rizik svého životního stylu prokázalo 33 % respondentů.

4.4 Shrnutí dotazníkového šetření

Z dotazníkového šetření vzešla následující zjištění.

- Muži hodnotí drogy za nejzávažnější problém, zatímco ženy za nejvíce závažný problém považují alkoholismus.

- Dospívající se zajímají o světové problémy dnešní doby. Jako další problémy, které je osobně tíží, uvedli: sobectví člověka vůči ostatním a přírodě, vyhrocenou situaci ve spojitosti s válkou (džihádisté) a globální oteplování.
- Rodiče jsou významným činitelem, který se podílí na názorech a postojích dospívajících.
- Dospívající rádi experimentují s riziky – nejvíce se nechávají ovlivňovat vlastní zkušeností (odpovědělo 38 % respondentů).
- Pocit štěstí pocítuje celkem 75 % respondentů.
- Klasické životní hodnoty – jako je rodina, přátelé a zdraví jsou téměř pro všechny respondenty tou největší hodnotou – 66 % dotázaných za největší hodnotu považuje rodinu a přátele a 21 % dotázaných zdraví.
- Žebříček hodnot mužů: u 64 mužů dominuje vzdělání a kariéra, na druhém místě pak koníčky a těsně za nimi je rodinný život a kamarádi.
- Žebříček hodnot žen: cílem všech dívek je dokončit vzdělání a věnovat se své kariéře.
- Zdravý životní styl zahrnulo do svých nejdůležitějších cílů 30 respondentů.
- Mladí preferují dobrou práci a rodinu před hodnotami jako je cestování, peníze a sláva, skloubení spokojeného pracovního a kvalitního osobního života je jejich prioritou.
- O svoji výživu a zdravý životní styl se zajímá pouze 29 respondentů.
- Dvě třetiny respondentů (67) se o složení potravin nezajímá, nebo je jim jejich složení jedno.
- Pravidelnost stravování dodržuje 65 % respondentů.
- 85 % dotazovaných se v restauracích rychlého občerstvení stravuje nepravidelně nebo nikdy.

- Téměř polovina respondentů (46 %) se nevěnuje aktivnímu sportu.
- Znalost rizik svého životního stylu prokázalo 33 % respondentů.

ZÁVĚR

Pro svou diplomovou práci jsem zvolil téma „Kvalita života a zdraví z pohledu žáků středních škol“. Zajímalo mě, jaký je hodnotový systém dospívající mládeže v ohledu na zdravý životní styl a zdraví, jaká je pozice zdraví mezi ostatními hodnotami důležitými pro současnou dospívající mládež na středních školách. Teenager je pro mnohé z nás synonymem náladovosti, špatného úsudku a snadné ovlivnitelnosti ze strany kamarádů. Práce měla tedy odpovědět i na otázku, zda jsou dnešní dospívající opravdu tak materialističtí a ničeho si neváží, jak je někdy zmiňováno v médiích, nebo jsou samostatní, sebevědomí a základní životní hodnoty jsou pro ně důležité.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola charakterizuje výchovný proces dětí a mládeže. Jelikož těžiště výchovy a péče o zdraví jedince nejvíce spočívá v rodině a ve školských zařízeních, jsou v podkapitolách popsáni činitelé, kteří mají největší vliv na výchovu dítěte a dospívající mládeže, tj. rodina a školská zařízení. Cílem obou institucí je vychovat zdravého, všestranně rozvinutého jedince, který je orientován v reálním světě, dokáže nést za své činy odpovědnost a umí si obhájit své názory.

Druhá kapitola je věnována pojmům zdraví, zdravému životnímu stylu a kvalitě života. V této kapitole jsou objasněny také determinanty zdraví, ke kterým nejčastěji patří životní styl, genetický základ, zdravotnické služby a životní prostředí.

Poslední teoretická část vysvětluje pojmy hodnota, hodnotová orientace, je zde vymezen jejich význam a s ohledem na téma práce je charakterizováno období dospívání. Dospívání je nejbouřlivějším obdobím v životě většiny rodin a je nazýváno také obdobím vzdoru a v moderních technologických společnostech se stalo nejrizikovějším vývojovým obdobím na cestě k dosažení zdravé dospělosti. Pozornost je dále věnována hodnotovému systému mladých a hodnotovému systému v tzv. písmenkových generacích X a Y. Každá z obou uvedených generací se liší nejen žebříčkem hodnot, ale má i jiný životní styl.

Praktická část nejprve popisuje teoretická východiska výzkumu a dále pak pomocí anonymního dotazníkového šetření odkrývá návyky z pohledu zdravého životního stylu

a hodnotový systém u vybraného vzorku středoškolské mládeže. Dotazník obsahuje 13 otázek zaměřených na výzkumné problémy související s tématem práce, osloveno bylo 100 respondentů ve věku 15 až 19 let z Integrované střední školy z Vysoké nad Jizerou. Z uvedeného vzorku je pouze 12 žen. Důvodem tohoto malého vzorku dívek je skutečnost, že převážnou většinu studentů tvoří muži v technických studijních oborech jako např. autotronik, lakýrník, mechanik opravář motorových vozidel, karosář, autolakýrník.

Překvapivým zjištěním dotazníkového šetření je, že klasické životní hodnoty jako je rodina, přátelé a zdraví jsou téměř pro všechny respondenty tou největší hodnotou, že rodiče jsou významným činitelem, který se podílí na názorech a postojích dospívajících a že dospívajícím nejsou lhostejné světové problémy dnešní doby.

Dalším potěšujícím zjištěním je, že mladí preferují dobrou práci a rodinu před hodnotami jako je cestování, peníze a sláva a skloubení spokojeného pracovního a kvalitního osobního života je jejich prioritou.

Na druhou stranu o svoji výživu a zdravý životní styl se zajímá pouze 29 ze 100 respondentů, dvě třetiny respondentů se o složení potravin nezajímá nebo je jim jejich složení jedno a téměř polovina respondentů se nevěnuje aktivnímu sportu.

Cílem diplomové práce bylo zjistit pozici zdraví mezi ostatními hodnotami, důležitými pro současnou dospívající mládež na středních školách. Bylo zjištěno, že 66 dotázaných za největší hodnotu považuje rodinu a přátele a 21 dotázaných zdraví. Toto zjištění je pozitivní důkaz pro rodiče i pedagogy. Dospívající své rodiny a přátele považují za nejdůležitější, což potvrzuje, že úsilí vynaložená při výchově se pedagogům a především rodičům vyplatí. Toto zjištění ukazuje, co je pro vzorek dospívajících v životě nejdůležitější. Je však pozoruhodné, že mimo hodnotu zdraví je třikrát vyšší hodnotou rodina a přátelé, a přitom jsme svědky odkládaného manželství a singularizace společnosti.

Zjištění diplomové práce mohou sloužit pedagogům, kteří mají zájem přímo formovat pozitivní hodnoty u svých studentů. Přestože se hodnoty a hodnotový žebříček v průběhu života mění a vyvíjí, je velmi důležité vštěpovat pozitivní hodnoty a vztah ke zdraví dětem od raného věku a minimalizovat tak rizikové chování v období dospívání.

Závěrem práce přidávám přísloví: Jez do polosyta, pij do polopita a vyjdou ti naplno léta!

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Literatura

AYERS, S., VISSER, R. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2015, 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.

BÉREŠ, M. *Kouč vlastního života – Cesta ke spokojenému životu*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. 240 s. ISBN 978-80-247-4689-0.

ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví – vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., DOLANSKÝ, H. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.

ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., HOLČÍK, J., KUBŮ, P. *Sociální gerontologie – Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014, 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.

DVOŘÁKOVÁ, M., KOLÁŘ, Z., TVRZOVÁ, I., VÁŇOVÁ, R. *Základní učebnice pedagogiky*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. 248 s. ISBN 978-80-247-5039-2.

FIALOVÁ, L. *Jak dosáhnout postavy snů – Možnosti a limity korekce postavy*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 136 s. ISBN 978-80-247-1622-0.

FRANCLOVÁ, M. *Zahájení školní docházky*. Praha: Grada, 2013. 169 s. ISBN 978-80-247-4463-6.

FROUZ, J., MOLDAN, B. *Příležitosti a výzvy environmentálního výzkumu*. Praha: Karolinum, 2015. 309 s. ISBN 978-80-246-2667-3.

GILLERNOVÁ, I., KEBZA, V., RYMEŠ, M. *Psychologické aspekty změn společnosti*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2011, 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

GRECMANOVÁ, H. a kol. *Obecná pedagogika I*. Olomouc: HANEX, 2002. 231 s. ISBN 80-85783-20-7.

GRECMANOVÁ, H. a kol. *Obecná pedagogika II*. Olomouc: HANEX, 2003. 192 s. ISBN 80-85783-24-X.

HAINER, V. a kol. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 448 s. ISBN 978-80-247-3252-7.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HOLMAN, R. *Mikroekonomie*. Praha: C. H. Beck, 2007. 592 s. ISBN 978-80-7179-862-0.

HOMOLA, M. *Motivace lidského chování*. Praha: SPN, 1977. 359 s. Knižnice psychologické lit.

HOSKOVCOVÁ, S. *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 160 s. ISBN 80-247-1424-8.

HOSKOVCOVÁ, S., SUCHOCHLEBOVÁ RYNTOVÁ, L. *Výchova k psychické odolnosti dítěte: Silní pro život*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2206-1.

HUBINKOVÁ, Z. a kol. *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 280 s. ISBN 978-80-247-1593-3.

IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

JANOŠOVÁ, P. *Dívčí a chlapecká identita – vývoj a úskalí*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 285 s. ISBN 978-80-247-2284-9.

- KASPER, T., KASPEROVÁ, D. *Dějiny pedagogiky*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 224 s. ISBN 978-80-247-2429-4.
- KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Akademia, 2005. 263 s. ISBN 978-80-200-1307-1.
- KELNAROVÁ, J., MATĚJŠKOVÁ, E. *Psychologie 2. díl – pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 128 s. ISBN 978-80-247-3600-6.
- KOCIANOVÁ, R. *Personální řízení – východiska a vývoj*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2012, 152 s. ISBN 978-80-247-3269-5.
- KOLÁŘ, Z. a kol. *Výkladový slovník z pedagogiky*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 192 s. ISBN 978-80-247-3710-2.
- KOZEL, R. a kol.: *Moderní marketingový výzkum*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 280 s. ISBN 80-247-0966-X.
- KRCH, F., D. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.
- KŘIVOHLAVÝ, J., *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. 195 s. ISBN 80-7178-835-X.
- KUBÁTOVÁ, H. *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 272 s. ISBN 978-80-247-2456-0.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
- LEVIN, J. S., CHATTERS, L. M. *Religion, health, and psychological well-being in older adults*. Journal of Aging and Health, 1998. no. 10. p. 504 – 501.

LOJDA, J. *Manažerské dovednosti*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 184 s. ISBN 978-80-247-3902-1.

LUŽNÁ, D., VRÁNOVÁ, D. *Makrobiotický léčebný talíř aneb nemoc není nepřítel I*. Olomouc: ANAG spol. s. r. o., 2011. 367 s. ISBN 978-80-7263-683-9.

MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.

MAKROVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrické ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

MASTILIAKOVÁ, D. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014, 190 s. ISBN 978-80-247-5376-8.

MLČOCH, L. *Ekonomie rodiny v proměnách času, institucí a hodnot*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2323-8.

MUDRÁK, J. *Nadané děti a jejich rozvoj*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. 176 s. ISBN 978-80-247-5089-7.

MÜLLEROVÁ, D. a kol. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 2014. 256 s. ISBN 978-80-246-2510-2.

NIELSEN SOBOTKOVÁ, V. a kol. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014, 152 s. ISBN 978-80-247-4042-3.

NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 2. díl*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.

NEUBAUER, J., SEDLAČÍK, M., KRÍŽ, O. *Základy statistiky*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 240 s. ISBN 978-80-247-4273-1.

PETR, T., MARKOVÁ, E. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

PREKOP, J., HÜTHER, G. *Odhalte poklad u svého dítěte: kniha pro zvědavé rodiče*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 96 s. ISBN 978-80-247-2070-8.

PUNCH, K. F. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. 150 s. ISBN 978-80-7367-381-9.

RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.

REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 232 s. ISBN 978-80-247-8250-8.

SEDLÁČKOVÁ, D. *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2685-4.

SKALKOVÁ, J. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. Praha: SPN, 1995. 209 s.

SMOLÍK, J. *Subkultury mládeže – uvedení do problematiky*. Praha: Grada, 2010. 288 s. ISBN 978-80-247-2907-7.

SNYDER, C., LOPEZ, S. 2002. *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press.

SOBOTKOVÁ, N., V. a kol. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada, 2014. 152 s. ISBN: 978-80-247-4042-3.

ŠIMÍK, O. *Výchova předškolního dítěte ke zdravému způsobu života*. Ostrava: Ostravská univerzita – Pedagogická fakulta, 2013. 216 s. ISBN 978-80-7464-402-3.

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-2685-4.

ŠTĚTINA, J. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 560 s. ISBN 978-80-247-4578-7.

TIŠANSKÁ, L., KOŽENÝ, J. *Osobnost, anticipovaná sociální opora a adaptace seniorek na stárnutí: test modelu životní spokojenosti*. Československá psychologie. 2004, 48(1), 27-37. ISSN 0009-062X. IF 0.209.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie – dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2012. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

VAŠÁTKOVÁ, D. *Vybraná témata pedagogické psychologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. 64 s. ISBN 80-7041-641-6.

WALKER, I. *Výzkumné metody a statistiky*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-3920-5.

YAGEROVÁ, J. *Produktivní vztahy*. Praha: ANAG, 2012. 223 s. ISBN 978-80-7263-761-4.

ZAMAZALOVÁ, M. a kol. *Marketing*. Praha: C. H. Beck, 2010. 499 s. ISBN 978-80-7400-115-4

Internetové zdroje

DUFKOVÁ, Marie. *Generace Y*. [online]. 2011, 09, 30, [cit. 2011-09-30]. Dostupný z WWW: <<http://www.3pol.cz/cz/rubriky/studenti/1433-generace-y>>.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Genderové složení respondentů.....	49
Graf 2 Nejzávažnější problém	50
Graf 3 Činitelé, kteří nejvíce ovlivňují názory dospívajících.....	51
Graf 4 Pocit štětí	52
Graf 5 Nejdůležitější hodnoty.....	53
Graf 6 Žebříček hodnot mužů.....	54
Graf 7 Žebříček hodnot žen	54
Graf 8 Životní cíle.....	56
Graf 9 Zájem dospívajících o zdravou výživu a zdravý životní styl	57
Graf 10 Pravidelnost stravování	58
Graf 11 Stravování ve fast foodech	59
Graf 12 Pravidelný pohyb.....	60

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Kontinuum nemoc - zdraví.....	16
Obrázek 2 Faktory ovlivňující zdraví	18
Obrázek 3 Determinanty zdraví v návaznosti na společenský systém	21
Obrázek 4 Maslowova pyramida potřeb	35
Obrázek 5 Mapa sociální interakce.....	38

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Základní determinanty zdraví	18
Tabulka 2 Definice kvality života vytvořené v ošetrovatelství	29
Tabulka 3 Kvalita života podle Centra pro podporu zdraví.....	30
Tabulka 4 Nejčastěji používané hodnoty.....	33
Tabulka 5 Přednosti a nevýhody kvantitativního výzkumu.....	45
Tabulka 6 Popis výzkumné situace.....	47

Tabulka 7 Harmonogram výzkumu	48
Tabulka 8 Složení respondentů.....	49

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	75
-----------------	----

Příloha 1

DOTAZNÍK

Vážení studenti, předkládám Vám dotazník, jehož cílem je zjistit, jaký máte vztah ke kvalitě vašeho života, resp. zdraví. Vaše názory mají pro zpracovatele dotazníku velký význam, a proto Vás prosím o pravdivé odpovědi. Vaše odpovědi prosím kroužkujte.

Děkuji za spolupráci.

Michal Parkán

Pohlaví	Muž x Žena
Věk	

1. Který z následujících problémů považujete Vy osobně za nejzávažnější?

- a) *alkoholismus*
- b) *drogy*
- c) *kouření*
- d) *střídání sexuálních partnerů*
- e) *nedostatek pohybu*
- f) *nezdravá výživa*
- g) *stres*
- h) *jiné*

2. Řekl/a byste, že Vaše názory a postoje na život ovlivňují nejvíce:

- a) *rodiče*
- b) *učitelé a ostatní výchovní pracovníci*
- c) *spolužáci, parta, kamarádi*
- d) *filmy, televize*
- e) *četba*
- f) *vlastní zkušenosti*

3. Cítíte se šťastný ve svém životě?

- a) *rozhodně ano*
- b) *spíše ano*
- c) *spíše ne*
- d) *rozhodně ne*
- e) *nevím*

4. Zakroužkujte Vaši největší prioritu

- a) *úspěch ve sportu, ve škole*
- b) *rodina, přátelé*
- c) *zdraví*
- d) *náboženství*
- e) *peníze*
- f) *cestování*

5. V nejbližších 5 letech bych chtěl/a věnovat více pozornosti (lze zakroužkovat 3 možnosti):

- a) *vzdělání, kariéře*
- b) *vzhledu*
- c) *zdravému životnímu stylu*
- d) *svým koníčkům*
- e) *sportu, pohybu*

- f) *kamarádům*
- g) *rodinnému životu*

6. Čeho chcete v životě dosáhnout

- a) *vzdělání*
- b) *dobrá práce, uznání*
- c) *peníze a sláva*
- d) *cestovat po světě*
- e) *rodina*
- f) *nevím*
- g) *jiné*

7. Jak často byste měli jíst ovoce a zeleninu?

- a) *1x denně*
- b) *5x týdně*
- c) *5x denně*

8. Zajímáte se o zdravou výživu a zdravý životní styl?

- a) *ano*
- b) *ne*
- c) *je mi to jedno*

9. Kolikrát denně jíte?

- a) *1 – 2x*
- b) *3x*
- c) *4x*
- d) *5x*
- e) *častěji*

10. Stravujete se v rychlém občerstvení?

- a) *denně*
- b) *3x týdně*
- c) *1x týdně*
- d) *nepravidelně*
- e) *nikdy*

11. Jak často sportujete?

- a) *denně*
- b) *3x týdně*
- c) *1x týdně*
- d) *nepravidelně*
- e) *nesportuji*

12. Zajímáte se o vliv chemických látek v potravinách?

- a) *ano*
- b) *ne*
- c) *je mi to jedno*

13. Víte, že životní styl ovlivňuje naše zdraví z 60 %, dědičnost z 10 %, životní prostředí z 15 % a zdravotní péče z 15 %?

- a) *ano*
- b) *ne*