

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Jaroslava Boubelíková

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta

**Postoje žáků Řemeslné školy oděvní ke zdraví a
zdravému životnímu stylu**

Jaroslava Boubelíková

Katedra pedagogiky

Vedoucí práce: PhDr. Michal Zvírotský, Ph.D.

Studijní program: Specializace v pedagogice

Obor: Učitelství praktického vyučování a odborného výcviku

2013

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci na téma *Postoje žáků Řemeslné školy oděvní – OU Praha 9 ke zdraví a zdravému životnímu stylu* vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato bakalářská práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 10. 11. 2013

.....
podpis

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat panu PhDr. Michalovi Zvírotskému, Ph.D. za odborné vedení práce, za veškeré připomínky i cenné rady a především za podporu a pomoc po celou dobu studia.

NÁZEV:

Postoje žáků Řemeslné školy oděvní – OU Praha 9 ke zdraví a životnímu stylu

AUTOR:

Jaroslava Boubelíková

KATEDRA:

Katedra pedagogiky

VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Michal Zvírotsky, Ph.D.

ABSTRAKT:

Cílem empiricky zaměřené bakalářské práce je zmapovat a zanalyzovat postoje žáků Řemeslné školy oděvní v Praze 9 ke zdraví a zdravému životnímu stylu. V teoretické části jsou definovány jednotlivé aspekty zdravého životního stylu a v empirické části jsou tyto aspekty zkoumány pomocí dotazníkového šetření. Výstupy šetření jsou řazeny do tematických celků zabývajících se stravováním, pohybovou aktivitou, využíváním volného času, sexuálním a návykovým chováním žáků. V diskuzi jsou shrnuty výstupy, které hovoří v neprospěch zdraví a kvality budoucího života dotazovaných. S ohledem na specifika výběrového vzorku (nestabilní rodinné zázemí, sociálně znevýhodněné prostředí apod.) nelze průzkum generalizovat na celou populaci adolescentů. Práce představuje východisko k dalšímu šetření vhodnému například pro implementaci podrobné koncepce zdravého životního stylu mládeže do školních vzdělávacích plánů.

KLÍČOVÁ SLOVA: zdravý životní styl, výživa, pohyb, rizikové chování

TITLE:

The Attitudes of Pupils of Craft School of Clothing – Vocational School Prague 9 to Health and Healthy Lifestyle.

AUTHOR:

Jaroslava Boubelíková

DEPARTMENT:

Department of education

SUPERVISOR:

PhDr. Michal Zvírotsky, Ph.D.

ABSTRACT:

The aim of empirically oriented thesis is to map and analyze the attitudes of pupils Craft School of Clothing in Prague 9 to health and healthy lifestyle. In the theoretical part various aspects of a healthy lifestyle are defined and in the empirical part, these aspects are examined through a questionnaire survey. Outputs of the survey are sorted into thematic parts dealing with eating, physical activity, using of free time, sexual and addictive behavior of students. The discussion summarizes the outcomes that speak to the disadvantage of the health and the quality of life of students. With regard to the specifics of a sample (unstable family background, socially disadvantaged environment, etc.) the survey cannot be generalized to the whole population of adolescents. Thesis is the starting point for further investigation for example for the implementation of the concept of healthy lifestyle of youth in school educational plans.

KEYWORDS: healthy lifestyle, nutrition, exercise, risk behavior

Obsah

OBSAH.....	7
ÚVOD.....	8
1. TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1.1 ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL	9
1.1.1 <i>Determinanty zdravého životního stylu.....</i>	<i>10</i>
1.2 ŽIVOTNÍ STYL MLÁDEŽE	11
1.2.1 <i>Strava a pitný režim.....</i>	<i>12</i>
1.2.2 <i>Pohybová aktivita.....</i>	<i>15</i>
1.2.3 <i>Kouření, alkohol, drogy a návykové chování mládeže.....</i>	<i>16</i>
1.2.4 <i>Rizikové sexuální chování.....</i>	<i>19</i>
1.2.5 <i>Emoce, stres a psychická zátěž.....</i>	<i>20</i>
1.3 VLV ŠKOLY NA ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL MLÁDEŽE	21
2. EMPIRICKÁ ČÁST.....	22
2.1 VÝZKUMNÝ CÍL A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	23
2.2 VOLBA VÝZKUMNÉ METODY A KONSTRUKCE VÝZKUMNÉHO NÁSTROJE	24
2.3 PILOTNÍ VÝZKUM A KOREKCE VÝZKUMNÉHO NÁSTROJE	25
2.4 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	25
2.5 INTERPRETACE VÝSTUPŮ TERÉNNÍHO ŠETŘENÍ	27
2.5.1 <i>Informovanost o zdravém životním stylu.....</i>	<i>27</i>
2.5.2 <i>Stravování.....</i>	<i>29</i>
2.5.3 <i>Pitný režim.....</i>	<i>32</i>
2.5.4 <i>Využívání volného času a návykové chování.....</i>	<i>33</i>
2.5.5 <i>Sexuální chování</i>	<i>38</i>
2.5.6 <i>Reflexe a priority.....</i>	<i>42</i>
2.5.7 <i>Výstup elaboračního modelu.....</i>	<i>46</i>
3. VYHODNOCENÍ EMPIRICKÉ ČÁSTI.....	47
ZÁVĚR.....	49
SUMMARY.....	50
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	51
SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A SCHÉMÁT.....	53
SEZNAM PŘÍLOH.....	54
<i>Příloha č. 1: Tabulka BMI.....</i>	<i>54</i>
<i>Příloha č. 2: Průvodní dopis a dotazník.....</i>	<i>55</i>
<i>Příloha č. 3: Procentuální vyjádření odpovědí na otázku Q6.....</i>	<i>60</i>
<i>Příloha č. 4: Korelace věku a počtu sexuálních partnerů</i>	<i>61</i>

Úvod

Životní styl mládeže patří k často diskutovaným tématům. Jedná se o problematiku, která se nevztahuje jen k úzké skupině adolescentů, nýbrž svými důsledky zasahuje i celou společnost a ovlivňuje její budoucí podobu.

Za téma své bakalářské práce jsem si zvolila zdravý životní styl žáků školy, kde již řadu let působím jako pedagog. Se žáky trávím spoustu času a mám poměrně dobrý přehled o jejich životním stylu i rodinném zázemí. Ve vybraných předmětech se žáci sice seznamují s aspekty zdravého životního stylu, ale vzhledem ke specifiku zvolené školy je, dle mého názoru, věnováno málo pozornosti problémovým oblastem, o nichž pojednává tato práce.

Cílem této bakalářské práce je na příkladu Řemeslné školy oděvní v Praze 9 ukázat, že téma zdravého životního stylu mládeže je třeba stále rozpracovávat a věnovat se mu nejen na úrovni jednotlivých škol, ale i na úrovni vládních institucí. Práce by měla sloužit jako inspirace pro laickou veřejnost, a to zejména pro rodiče, kteří by měli své děti ke zdravému životnímu stylu vést, a dále pro odbornou veřejnost, která by na základě informací obsažených v této práci mohla přispět návrhem jiných forem a metod výuky, které by pomohly ovlivnit žáky směrem ke zdravějšímu životnímu stylu.

Obsahem práce je teoretická část, která konceptualizuje zdravý životní styl a představuje jeho jednotlivé aspekty. V této části práce jsou využity především základní metody poznání jako analýza, syntéza a komparace. V navazující empirické části je zpracován vlastní kvantitativní výzkum, jehož cílem je zmapovat postoje žáků zvolené školy ke zdravému životnímu stylu a vyhodnotit jeho dopady na zdraví žáků i kvalitu jejich budoucího života.

Empirická část je konstruována stejnou logikou jako design výzkumu. Před samotným šetřením se nachází kapitoly věnované formulaci výzkumných otázek, volbě výzkumné metody a konstrukci výzkumného nástroje, pilotnímu výzkumu a z něj vyplývající korekci výzkumného nástroje. Dále následuje charakteristika respondentů a největší prostor je věnován podrobné interpretaci výstupů šetření, jež ústí v následnou diskuzi.

1. Teoretická část

Cílem této kapitoly je konceptuálně vymezit zdravý životní styl a představit jej v širším teoretickém rámci i s jeho praktickými aspekty. V rámci kapitoly bude pozornost věnována vymezení termínu zdravý životní styl, zdraví a také determinantům zdraví a determinantům zdravého životního stylu. Následující část práce slouží jako teoretická opora pro kvantitativní dotazníkové šetření.

1.1 Zdravý životní styl

Pojem zdravý životní styl není jednoduché definovat, protože v každé kultuře či historické době může znamenat něco jiného, ačkoli základní principy zůstávají alespoň částečně zakotveny. Světová zdravotnická organizace (WHO)¹ zařazuje zdravý životní styl mezi determinanty zdraví. Těmi jsou:

- zdravý životní styl 50 – 60 %;
- genetika 10 – 15 %;
- životní prostředí 20 – 25 %;
- kvalita zdravotní péče 10 – 15 % .

Tyto čtyři faktory spolu působí na zdraví člověka, které lze chápat a vymezit v několika rovinách [Čeledová; Čevela, 2010]. Odborné prameny často přejímají komplexní definici WHO, že „*zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (Machová, 2011: 12).

Někteří autoři však definici zdraví rozpracovávají dále a chápou ho například v následujících kontextech: zdraví jako stav, který jedinec prožívá; zdraví jako schopnost zvládnout nemoc; zdraví fyzické (fitnes), zdraví ve smyslu aktivního zapojení do společenského života či stav psychické vyrovnanosti [Vašina, 2009].

¹ World Health Organization.

Zdravý životní styl tedy představuje takové jednání v různých situacích, které nejenže neškodí lidskému zdraví, ale naopak napomáhá k jeho vylepšování či udržování. Jedinec v rámci svého životního stylu volí mezi alternativou zdravou, nezdravou, ba dokonce škodlivou. Toto rozhodování však není závislé jen na vůli a aktuálním fyzickém a psychickém stavu, v němž se jedinec nachází. Je determinováno kulturou národa, rodinnými tradicemi a výchovou, náboženskými zvyklostmi i geografickými podmínkami. Volby, jež činí jedinec, který z těchto voleb utváří svůj životní styl, jsou omezeny i vnitřními faktory: jeho věkem, pohlavím, socioekonomickým statutem, osobností a temperamentem i příslušností k rase či etniku [Machová, 2010].

1.1.1 Determinanty zdravého životního stylu

Zdravý životní styl je předpokladem zdraví z 50 až 60 %. Avšak i sám o sobě je výsledkem dobrovolného chování v několika oblastech. Determinanty zdravého životního stylu představují ty aspekty, které se v negativní konotaci podílí na nemocnosti a úmrtnosti obyvatelstva, tedy:

- nedostatek pohybové aktivity;
- konzumace návykových látek (kouření, alkohol, drogy);
- nesprávná životospráva a nedostatečný pitný režim;
- nadměrná psychická zátěž
- rizikové sexuální chování [WHO, 1999].

Jednotlivé rizikové faktory se nevyskytují většinou samostatně. Negativní dopady jednotlivých aspektů však na organismus působí synergickým efektem a zásadním způsobem snižují kvalitu života. A to až takovou měrou, že hrozí předčasné úmrtí.

Pro zachování zdravého životního stylu je třeba vyvážená strava spolu s adekvátním pitným režimem, pravidelná a systematická pohybová aktivita, dostatek klidu a odpočinku, který pomáhá redukovat stres a rovněž zodpovědná prevence v sexuálním a návykovém chování.

1.2 Životní styl mládeže

„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, 2008: 196). Změny v dospívání hluboce zasahují do tvorby identity jedince. Dospívání je přechodná fáze mezi dětstvím a dospělostí, kdy jedinec již není dítětem, ale ještě není fyzicky ani mentálně na úrovni dospělého [Janošová, 2008].

V období dospívání a rané dospělosti, které pro účel této práce vymezím (stejně jako WHO) mezi 15 a 24 lety, prožívají mladí lidé své zážitky s mnohem hlubšími emocemi než byli ve svém dosavadním životě zvyklí. Prožívají rozpornost svých pocitů, navazují vztahy ze zvědavosti a těžce nesou první zklamání [Machová, 2011].

„Zdravý vývoj mladých lidí je úzce podmíněn dobrým rodinným zázemím i dalšími sociálními vztahy mimo rodinu (dospělí, vrstevníci)“ (WHO, 1999: 30). Rodinné zázemí a přístup školy k výchově žáků má zásadní vliv na období dospívání, jelikož se podílí na přístupu dospívajícího k vlastnímu zdraví. Vztah mladých lidí k jejich zdraví bývá v období dospívání ovlivněn vrstevníky (neradi před nimi např. užívají léky), sebedůvěrou (nechtějí si připustit nedostatky) apod. Už se se svými problémy tolik nesvěřují rodičům, a proto mohou například zanedbat počátky nemoci, dochází k přecházení nemocí i nedostatečnému doléčení např. viróz.

Nedravý životní styl není mnohdy racionální volba mladého člověka, ale může se projevit jako forma úniku. Prevencí je proto stabilní rodinné zázemí i školní výchova ke zdraví [Říčan, 2004]. Rodina i škola by se měly podílet na rozvoji pozitivního vztahu mladého člověka k sobě samému, aby se z něj stal sebevědomý dospělý, který si osvojil sociální návyky a normy, je schopen se vyrovnat s životními překážkami a své zkušenosti dále reprodukovat.

Rizikové oblasti zdravého životního stylu mládeže vymezuje WHO na oblasti výživy, pohybových aktivit, sexuálního a návykového chování, agrese a násilného chování. Za základní předpoklad považuje WHO prevenci, a to zejména v oblasti budování vlastní identity a sounáležitosti (úloha rodiny) a v oblasti zdravotnických služeb.

1.2.1 Strava a pitný režim

V globalizované společnosti došlo ke třem zásadním změnám ve stravování obyvatelstva, které determinovaly epidemický nárůst obezity. První oblast představuje vývoj potravinářského průmyslu, který do svých produktů implementuje stále větší množství tuků, ochucovadel, nutričně nevhodného jednoduchého cukru a chemických aditiv, jejichž účinky a dopady poznají až následující generace. Potraviny stále více přestávají plnit funkci uspokojení životní potřeby, ale stávají se objektem uspokojení gastronomického chuti. Vidina vysokých zisků potravinářských koncernů mění výrobu, a tak jsme svědky toho, že na pultech se více než základní a pro život nezbytné potraviny prodávají zbytné produkty (chipsy, sušenky, slazené nápoje aj.), které k životu nepotřebujeme.

Druhá změna se týká prodeje těchto zbytných produktů. Reklamy jsou stále více agresivní a propagují chuť namísto zdraví a obsahu tělu prospěšných látek. Třetí a nejvýznamnější změna se udála v lidech samotných. Moderní technologie, automobilový průmysl a komunikační systémy umožnily lidem zlenivět, což vedlo k tomu, že přestali přemýšlet o jídle. Důsledky těchto tří změn jsou hmatatelné ve všech společnostech, které byly reklamním, potravinářským a technologickým konzumentem postiženy. V těchto společnostech patří děti k nejohroženějším skupinám, protože mnohdy nerozhodují o své výživě samy [Jelínek, 2011].

Děti se v podstatě stávají oběťmi výživových návyků svých rodičů či vychovatelů, a tyto zavedené návyky je velmi složité měnit. Přejímají je, a i to je důvod, proč prevalence obezity prudce stoupá i v České republice. Hlavním cílem WHO je zajistit obyvatelstvu dostupnost potravin a jejich náležitou kvalitu. Dostupnost potravin je podmíněna nejen geograficky (lokální plodiny), ale také technologicky (možnosti zpracování plodin), kulturně (náboženské tradice), a zejména výchovou. Otázka kvality kupovaných potravin je v kontextu řešené problematiky poněkud bezvýhodná. Děti si v podstatě nemohou samy volit, co budou konzumovat.

„Hlavním cílem Evropy po druhé světové válce bylo zajistit dostatek potravin, především živočišných výrobků, jako je maso a mléko“ (WHO, 1999: 67). Tato strategie byla naplněna, ovšem se značnými vedlejšími účinky. Nejenže se v Evropě vyskytoval nadbytek masa, másla a mléka, ale do životního prostředí proniklo enormní množství

toxinů, pesticidů a agrochemikálií. Antibiotika, která velkochovy musí zvířatům podávat, aby bylo zajištěno jejich zdraví, rovněž lidskému organismu neprospívají. V současné době tedy nejen mládež, ale i celá populace trpí přebytkem živočišných a mléčných tuků, které přispívají ke vzniku nepřenositelných chorob, jako např. kardiovaskulární onemocnění, osteoporóza, nádorová onemocnění, hypertenze apod. Nedostatek ovoce a zeleniny se již netýká jen nižších sociálních vrstev, ale postihuje všechny skupiny obyvatelstva napříč stratifikačním systémem. Výsledkem je vysoká prevalence obezity ve všech věkových skupinách. Nejrizikovější je však nárůst dětské obezity a obezity mládeže [WHO, 1999].

Výživa je základním předpokladem zdraví. Potraviny obsahují látky nezbytné pro fungování těla na denní bázi; sacharidy, tuky, bílkoviny, vlákninu, fytonutrienty, antioxidanty, vitaminy, minerály, stopové prvky a další tělu přirozené látky. Jakýkoli nedostatek nebo přebytek se v těle projeví negativně, což znamená, že optimálním cílem je vyvážená a pestrá strava, v níž jsou zastoupeny všechny důležité složky potravy: ovoce, zelenina, luštěniny, obiloviny, maso a živočišné produkty (mléko, vejce) atd.

Na výživu je nutno pohlížet jak ze stránky kvantitativní (kolik jíst), tak ze stránky kvalitativní (obsah nutričních látek). Výživa je zdrojem pro veškeré tělesné pochody a její zanedbávání nezbytně vede k nemoci. Optimální složení stravy je nutné přizpůsobit pohlaví, věku, míře fyzické i duševní aktivity a aktuálnímu zdravotnímu stavu. Nelze tedy vyhotovit jeden univerzálně platný jídelníček, s nímž by bylo možné porovnávat jednotlivé stravovací režimy. V období dospívání rostou energetické nároky dětí, zejména jsou-li pohybově aktivní [Petrásek, 2004].

Pokud nepřijímají dostatek stravy (kvantitativně i kvalitativně), hrozí jim podvýživa. Mnohem častější je v současné společnosti však obezita. Mladí lidé nakupují podle chuti a nechtějí „ztrácet čas“ vařením. Důsledkem tohoto jednání je nadbytek jednoduchých cukrů ve stravě, nadbytek tuků a na straně druhé nedostatek vlákniny z čerstvého (tzn. tepelně neupraveného) ovoce i zeleniny. Chybí jim vitaminy i antioxidanty, což může vést zprvu k např. lámavosti vlasů a nehtů, rychlejšímu stárnutí kůže, únavě, špatným náladám, při výrazném nedostatku i k závažnějším zdravotním problémům (pálení žáhy, Crohnova choroba, alergie, chronické záněty trávicího traktu apod.).

Společnost pro výživu, česká organizace sdružující odborníky na výživu již od roku 1945, vypracovala Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky. Základní pravidla, která jsou platná i pro skupinu mládeže, lze shrnout takto [Dostálová, 2012]:

- udržovat rovnováhu mezi příjmem energie a jejím výdejem;
- přijímat maximálně 30 % tuků z celkového množství přijaté stravy;
- zvýšit podíl rostlinných tuků obsahujících nenasycené mastné kyseliny;
- zvýšit příjem antioxidantů, minerálních látek a vitamínů;
- udržovat následující hodnoty látek:
 - vitamín C minimálně 100 mg denně
 - vláknina minimálně 30 g denně
 - cholesterol maximálně 30 g denně
 - sůl maximálně 5 až 7 g denně
 - jednoduché cukry maximálně 10 % přijaté energie.

Děti a mládež mají díky vývoji vyšší energetické nároky než dospělí a rovněž se jejich organismus vyznačuje odlišným hospodařením s energií. Diagnostika jejich míry obezity se provádí nejčastěji pomocí hmotnostních indexů, z nichž nejznámější je BMI (Body Mass Index), počítaný jako tělesná hmotnost v kilogramech děleno výška v metrech na druhou. V příloze č. 1 je k dispozici tabulka s hodnotami indexu včetně jejich interpretace.

Centrum pro léčení nemocí, CDC, pracuje pro diagnostikování obezity s tabulkami podle pohlaví. Pokud u chlapců přesáhne hodnota 25 % celkové hmotnosti, u dívek pak 32 %, diagnostikuje se obezita. CDC pro účely tohoto měření vytvořilo specifické růstové tabulky, které ukazují tzv. „ideální dětské BMI“ v závislosti na pohlaví a věku² [CDC, 2002].

² Celé znění dokumentu a tabulky pro jednotlivé věkové skupiny jsou k dispozici na URL: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_11/sr11_246.pdf.

1.2.2 Pohybová aktivita

„Pravidelná pohybová aktivita podporuje zdraví a zabraňuje vzniku řady nemocí, zlepšuje společenskou konektivitu a kvalitu života, poskytuje ekonomické výhody a přispívá k podpoře ekologické udržitelnosti prostředí. Je prevencí vzniku obezity a přirozeným nástrojem jejího redukování“ (Kalman, 2010: 71). Období dospívání je klíčové v souvislosti s pohybovou aktivitou, jelikož se formují návyky spojené se sportem, fyzickou zátěží a s využíváním volného času. V posledních desetiletích roste podíl mladých lidí postižených nadváhou a obezitou. Příčiny jejich zdravotních problémů jsou ukotveny právě v nízké pohybové aktivitě v kombinaci se sedavým způsobem života (sledování televize, sezení u počítače či u učení).

Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků z roku 2010 představila výsledky spojené s nízkou pohybovou aktivitou a o jejich důsledcích [Křivohlavý, 2010]:

- Většina školáků je nedostatečně pohybově aktivní.
- S rostoucím věkem klesá pohybová aktivita dívek (třetina patnáctiletých je aktivní méně než třikrát týdně).
- Chlapci ani dívky nesportují „pro výhru“; jejich primárním motivem je „vypadat dobře“.
- Závislost na počítači roste u chlapců i dívek lineárně s věkem.

Aktivní pohyb je nezbytnou a přirozenou podmínkou upevňování zdraví. WHO doporučuje pohybovou aktivitu v rozsahu 30 minut 5 krát v týdnu, přičemž vhodnější je aerobní aktivita, např. rychlá chůze. Už tak malá změna má podle Světové zdravotnické organizace významný vliv na zdraví, protože snižuje riziko kardiovaskulárních onemocnění, snižuje úzkost, zvyšuje kladné sebehodnocení a posiluje psychiku v boji proti stresu. Cvičení rovněž působí jako tlumivý faktor při diabetu typu II, snižuje koncentraci nebezpečných triglyceridů v krvi a naopak zvyšuje množství HDL cholesterolu, který je zdraví prospěšný [WHO, 1999; Křivohlavý, 2010].

1.2.3 Kouření, alkohol, drogy a návykové chování mládeže

V České republice kouří až 42 % lidí ve věku 15 až 24 let, přičemž větší podíl kuřáků představují muži, což odpovídá i celospolečenským hodnotám. Na středních školách zhruba 20 % dětí kouří, ale při bližším zkoumání vyplývá, že mezi středními školami jsou nezanedbatelné rozdíly. U učebních oborů mez maturity kouří více než 40 % studentů a statistiky o kouření se vedou už i na základních školách, kde sice děti mají zkušenost s tabákem, nemusí se však jednat o pravidelné kuřáky [Bártlová, 2005].

„Kouření tabáku zvyšuje riziko mnoha nádorových onemocnění, kardiovaskulárních chorob, nízké porodní hmotnosti, náhlého úmrtí kojenců, alergií a řady dalších zdravotních problémů“ (WHO, 1999: 71). Kouření samo o sobě nepoškozuje jen zdraví kuřáka, ale má dopad i na zdraví lidí v okolí, z nichž se pak nechtěně stávají „pasivní kuřáci“. Látky vznikající při kouření dále škodí životnímu prostředí, znečišťují ovzduší a v neposlední řadě kuřáci zatěžují i hospodářství díky vysokým výdajům na léčbu chorob spojených, či dokonce vyvolaných kouřením [WHO, 1999].

Kouření bývá často spojeno s konzumací alkoholu. Do značné míry záleží i na rodinném zázemí; zda jsou rodiče kuřáci či alkoholici apod. Alkohol může mladým lidem trvale poškodit játra i nervovou soustavu. *„Alkohol sice snižuje riziko kardiovaskulárních chorob, ale k tomuto efektu dochází při konzumaci méně než 10 g alkoholu denně a je relevantní pouze u osob starších čtyřiceti let“* (WHO, 1999: 71). Relativně bezpečné množství alkoholu v krvi je 0,5 ‰, neboť pomáhá uklidňovat a odbourat stres. Cokoli nad toto množství je však velmi rizikové. Hodnota okolo 4 až 5 ‰ pak vede ke smrti. Nicméně i malé množství alkoholu může mít na citlivý organismus mladého člověka vážné důsledky; povzbuzuje jeho agresivitu, zbavuje ho zábrán a kontroly nad svým jednáním [Machová, 2011].

Závislost na tabáku i alkoholu vzniká u nedospělé populace mnohem rychleji. Přitom příčina této závislosti, příčina první zkušenosti s drogami, nepřichází většinou z potřeby jedince látku požit. *„V začátku užívání výše zmíněných látek jde o motivaci jasně sociální: dospívající v 98 % případů nezačínají kouřit, pít atd. o samotě kvůli látce samé, ale kvůli vrstevníkům, jejich uznání a komunikaci s nimi“* (Machová, 2008: 175).

Světová zdravotnická organizace vydala Evropskou chartu o alkoholu, kde definuje opatření, kterými se do roku 2020 pokusí členské státy snížit počet závislých na alkoholu. Dokument se zaměřuje i na mládež, a to zejména na prevenci v podobě informovanosti o zdravotních důsledcích. Cílem této nadnárodní iniciativy je především zamezit dospívajícím přístup k alkoholu, což je však úkolem pro regionální politiky [WHO, 1999].

Mezi drogy se řadí látky s omamným a psychotropním účinkem, které mohou vyvolat závislost. Znaky závislosti lze shrnout do následujících faktorů:

- Silná touha nebo pocit puzení užít látku;
- potíže v sebeovládání (neschopnost ubránit se droze a skončit s jejím užíváním momentálně i dlouhodobě);
- preference drog jako hlavního potěšení a zájmu;
- pokračování v užívání i přes zjevné zdravotní následky (a jejich ignorace).

Závislost může mít řadu příčin, které nelze vždy jednoznačně identifikovat jako pravé iniciátory závislosti. Převažují však tyto rizikové faktory: labilní psychika, tlak vrstevníků, nestabilní rodinné zázemí, dostupnost návykových látek. Ve věku dospívání a rané dospělosti je konzumace drog extrémně nebezpečná. Závislost se tvoří mnohem rychleji než u dospělých (akcelerace v řádu let), hrozí vyšší riziko otrav, recidiva a nenávratné poškození psychiky a osobnostního vývoje.

Řešením závislosti je v první řadě prevence. Děti by měly být vedeny ke správné sebereflexi, sebeuvědomění, sociálním dovednostem, zdravému prosazování (asertivita), ke schopnosti vytvářet stabilní vztahy i předvídat své jednání. Pakliže mládež bude mít rozvinutou schopnost realisticky vnímat svět, bude empatická a bude rozumět životním situacím, pak existuje velká pravděpodobnost, že bude i mediálně gramotná a odolá tlaku reklam [Nešpor, 2000].

Drogy, které nejvíce ohrožují současnou mládež, jsou marihuana a potažmo extáze. Marihuana patří k velmi diskutovaným látkám; někteří ji považují za stejně nebezpečnou jako tvrdé drogy (heroin), jiní bojují za její legalizaci s argumentem, že škodí stejně jako legální tabák. Kouření marihuany způsobuje jak psychické tak fyzické

komplikace. O neškodnosti této drogy nemůže být řeč, protože vyvolává úzkostné stavy, poruchy paměti, záněty cest dýchacích, zhoubné nádory v ústech, hltanu či jícnu, a dokonce i oběhové poruchy. Podobné, ba dokonce závažnější důsledky na lidské zdraví, má extáze („taneční droga“), která se řadí do skupiny stimulačních drog [Machová, 2011; Hubinková, 2008].

Tabák a alkohol patří k nejvíce dostupným návykovým látkám v České republice. Mohou tak mladému člověku otevřít cestu k dalším drogám; mohou být průchozími drogami. *„Průchozí drogou (anglicky 'gateway drug') se nejčastěji míní marihuana. (...) Průchozími drogami jsou ovšem v našich podmínkách i alkohol a tabák“* (Nešpor, 2000: 47). V souvislosti se závislostí, o které bude pojednáno v následující podkapitole podrobněji, je nutné zmínit kombinace návykových látek, které se ve společnosti nejčastěji vyskytují. Lidé závislí na alkoholu bývají závislí na tabáku. Není příliš obvyklé, že by alkoholik neměl zkušenost s kouřením tabáku a naopak [Nešpor, 2000].

1.2.4 Rizikové sexuální chování

Odborné publikace vymezují rizikové sexuální chování různě. Některé se omezují na pohlavně přenosné choroby (Vališová a Kasíková, 2011)³, jiné zahrnují i destruktivní účinky na psychiku a psychosociální vývoj jedince (Nešpor, 2000). V procesu socializace (předškolní věk, mladší školní věk) dochází k vymezování a osvojování sexuálních a genderových rolí. Děti částečně přejímají sexuální chování rodičů a v dětství jsou pozorovatelné sexuální aktivity bez erotického nádechu. Erotiku začnou děti prožívat v období puberty, kdy již jsou schopny (zejména v postpubertně) tvořit párové vztahy a uvažovat o své sexualitě párově.

První sexuální zkušenost je u dívek spojena převážně s citovým prožitkem, u chlapců s prožitkem pudovým. Aby došlo ke správnému vývoji obou partnerů, je nepsanou úlohou dívky brzdit předčasný začátek sexuálního života, a nepřímo tak povzbudit muže k ovládnutí své sexuality, což má smysl i pro jeho budoucí život. Předčasný začátek sexuálního života totiž více ohrožuje dívky než chlapce. Největší podíl pohlavně přenosných chorob lze diagnostikovat u kohorty 15 až 24 let, přičemž u dívek je riziko spojeno se změnou struktury epitelu děložního čípku, u kterého se může díky promiskuitě a nechráněnému sexu již v mladém věku vyvinout karcinom.

Machová dále uvádí, že toto chování s sebou nese jen rizika nechtěného otěhotnění či nemocí, ale často je brzký začátek pohlavního života spojen se zvýšenou konzumací alkoholu, kouřením, agresivitou, nedostatkem zájmů apod. [Machová, 2011]. Mládež, která začne se sexuálním životem brzy, dle průzkumů méně sportuje, hůře se učí a celkově je méně ukázněná. V profesním životě mívají tito jedinci problémy s častou fluktuací. Vzájemná implikace těchto jevů však nebyla prokázána [Říčan, 2011]⁴. Rizika spojená s předčasným zahájením sexuálního života spočívají nejen v ohrožení fyzického zdraví, ale rovněž v ohrožení manželské instituce a schopnosti vést zodpovědný párový život.

³ „...takové počínání, které přivádí dospívajícího do nebezpečí nákazy pohlavně přenosnou chorobou“ (Vališová, Kasíková, 2011: 411).

⁴ Rizikové sexuální chování může ústít v závislost na sexu. Nešpor však poukazuje na souvislosti, že nemusí jít o závislost jako takovou, ale spíše o únik. Norma ohledně frekvence sexuálního kontaktu a počtu sexuálních partnerů však chybí, což je dle autora špatně. Proto jsme svědky velkých extrémů; např. sexuálně zkušené dívky v 15 letech a panicové na vysokých školách [Nešpor, 2000].

1.2.5 Emoce, stres a psychická zátěž

Na psychické zdraví člověka působí sociální determinanty zdraví: životní události, sociální opora a socioekonomický status. Období dospívání je velmi náročné, co se týče emocí a jejich rozporuplnosti, změn nálad a stresu. Emoce ovlivňují myšlení lidí bez ohledu na to, jak racionálně mohou vysvětlovat své jednání [Petrásek, 2004]. Na mládež působí náročné životní situace stejnou frekvenční měrou jako na dospělé, ale díky nedokončenému osobnostnímu vývoji mohou tyto situace vnímat citlivěji.

Náročné životní situace lze klasifikovat do pěti skupin: konflikt, frustrace, deprivace, přesycení a stres. Konflikt znemožňuje volbu či rozhodnutí a může probíhat vně i uvnitř jedince. Frustrace je výsledkem marnosti nějakého úsilí a může ústít až v agresi. Deprivaci lze chápat jako nedostatek něčeho, co je pro člověka důležité. V období dospívání se může jednat o emocionální deprivaci, která může vést až k poruchám psychiky a zdravého sebenáhledu. Opakem deprivace je přesycení; vede k útlumu, apatii a nezájmu. Nejrizikovější je pak stres, který může být vyvolán různými stresory; od pocitu bezmoci přes nezvládání školních úkolů, napětí, nedostatek spánku apod. [Machová, 2011].

Na přemíru stresu lidé reagují útokem či únikem. Únik může mít podobu sportu, ale v horších (a mnohem častějších) případech mládež nachází úniková místa v alkoholu, drogách, rizikovém sexuálním chování, patologickém hráčství apod. Nejvíce extrémní formu úniku představuje sebevražda. *„Sebevražda je běžná příčina smrti u dospívající mládeže a mladých lidí. 15 % úmrtí mezi 15 – 24 lety často souvisejí s užíváním drog a konzumací alkoholu“* (WHO, 1999: 39).

Přípravu na náročné životní situace by měla zajistit dostatečná duševní hygiena. Význam duševní hygieny spočívá v udržování duševního zdraví, posilování odolnosti psychiky, prevenci duševních poruch a schopnosti realisticky reflektovat dění okolo sebe. Duševní hygiena je rovněž otázkou sebevýchovy. Dospívající by měl zlepšovat svoje dovednosti, co se týče koncentrace pozornosti, autorelaxace, autoregulace svého myšlení a emocí [Křivohlavý, 2010].

1.3 Vliv školy na zdravý životní styl mládeže

Havlínová ve své publikaci Program podpory zdraví ve škole definuje tři pilíře a jejich jednotlivé oblasti, které by mělo vzdělávací zařízení plnit vůči svým studentům v oblasti zdraví [Havlínová, 2006]:

I. Pilíř: Pohoda prostředí	II. Pilíř: Zdravé učení	III. Pilíř: Otevřené partnerství
<ul style="list-style-type: none">● Pohoda věcného prostředí● Pohoda sociálního prostředí● Pohoda organizačního prostředí	<ul style="list-style-type: none">● Smysluplnost● Možnost výběru a přiměřenost● Spoluúčast a spolupráce● Motivující hodnocení	<ul style="list-style-type: none">● Škola jako model demokratického společenství● Škola jako kulturní a vzdělávací středisko obce

Schéma 1 Zásady programu podpory zdraví ve škole (Havlínová, 2006: 81).

Úkolem školy není tedy jen znalostní výuka specializovaných předmětů, ale rovněž výchova ke zdraví a podpora zdraví a zdravého životního stylu. „*Prostředí školy je důležitou determinantou zdraví. V širším pojetí může škola ovlivnit vnímání, postoje, aktivitu a chování nejen žáků, ale i učitelů, rodičů...*“ (WHO, 1999: 31).

Jen poskytnout informace tedy nestačí. Rozhodnutí dospívajících chovat se zdravě ve všech aspektech zdravého životního stylu bývá podmíněno nejen kulturně, ale i přírodními a sociálně ekonomickými podmínkami, v nichž jedinec žije. Informační programy však mají svou cenu a smysl. Politické apely, zaměřené například na boj proti tabáku a alkoholu požívaného mladými lidmi, si mohou získat podporu širší, byť i laické veřejnosti a mohou být alespoň do nějaké míry úspěšné. Prevence nezdravého životního stylu by měla být řešena tedy nejen na úrovni škol, ale rovněž na úrovni státu.

Škola samotná však může být i zdrojem zdravotních rizik; hrozí přetěžování, stresy, hygienické problémy. V rámci zachování zdraví a zdravého životního stylu by škola měla dbát např. na následující: respektovat biorytmus žáků (např. při sestavování rozvrhu), délku výuky (přiměřená volba délky vyučovací hodiny, přestávek i aktivit v hodinách); pohybové požadavky, zajistit správnou teplotu v učebnách, vyjít vstříc zdravotně oslabeným žákům, zabraňovat rozšiřování infekcí a nákazám ve školním prostředí [Machová, 2011].

2. Empirická část

Předmětem této kapitoly je představit kvantitativní výzkum, který jsem realizovala na Řemeslné škole oděvní – Odborném učilišti o.p.s. v Praze 9 s cílem zmapovat postoje žáků všech ročníků ke zdravému životnímu stylu, a to jak na straně teoretické (co si myslí, jaký mají postoj), tak na straně praktické (jak sami zdravý životní styl dodržují, jaké mají návyky).

Zvolená škola byla založena v roce 1993 a je určena pro žáky se specifickými poruchami učení i chování. Přijímá dívky i chlapce od 16 do 23 let z nižších ročníků základních škol (na doporučení lékaře) a děti, které neprošly základní školou bez problémů; tzn. neukončily standardně 9 tříd základní školy, mají poruchy učení i chování a speciální potřeby.

Řemeslná škola oděvní těmto dětem nabízí alespoň nějaké další vzdělání, které by jim pomohlo uplatnit se na trhu práce. Absolventi mohou vykonávat pomocné práce nebo se mohou dále rekvalifikovat. Tematicky škola postihuje veškerá specifika oděvního oboru a je schopna žákům nabídnout i individuální plán studia. Většina dětí pochází z neúplných rodin a i jinak znevýhodněného prostředí. Ukončené vzdělání žáků se pohybuje v intervalu 7 až 9 tříd základní školy: 7 tříd (19 %), 8 tříd (16 %) a 9 tříd (35 %). 30 % žáků přišlo na Řemeslnou školu oděvní ze speciální základní školy.

Následující kapitoly podrobně popíší design výzkumu; jaké předpoklady stojí za formulováním výzkumných otázek, důvod volby kvantitativní metody a dotazníku jako konkrétního výzkumného nástroje. Dále budou uvedeny výstupy pilotního výzkumu a příklad korekce výzkumného nástroje, k němuž pilotáž vedla. Po charakteristice respondentů následují konkrétní výstupy výzkumu, jež jsou zpracovány v tematických blocích a v přehledných grafech. Typ grafu odpovídá zdrojovým datům a je pro každou otázku z dotazníku náležitě interpretován.

2.1 Výzkumný cíl a formulace výzkumných otázek

Primárním výzkumným cílem je zmapovat a zanalyzovat postoje žáků Řemeslné školy oděvní v Praze 9 ke zdraví a zdravému životnímu stylu. Výsledky šetření by měly ukázat nejen míru informovanosti žáků o zdravém životním stylu v kontextu školní výchovy, ale rovněž zmapovat jejich životní styl a posoudit jej z hlediska dopadu na kvalitu budoucího života žáků, a to i vzhledem ke společnosti. Cílem výzkumu je odpovědět pomocí výzkumných otázek na to, jak vypadá životní styl žáků zvolené školy v aspektech stravování, pohybové aktivity, využívání volného času, sexuálního a návykového chování a co nejvíce ovlivňuje jejich životní styl.

Na základě výše uvedených předpokladů je úkolem empirického výzkumu ověřit tyto výzkumné otázky:

- 1) Největší podíl na informovanosti žáků o zdravém životním stylu má škola.
- 2) Žáci zvolené školy nedodržují zásady zdravého životního stylu v oblasti stravování, pitného režimu ani pohybu.
- 3) Sexuální i návykové chování žáků zvolené školy lze klasifikovat jako rizikové pro jejich zdraví i zdraví jejich okolí.
- 4) S přibývajícím věkem žáků se mění jejich životní styl ke zdravějšímu (zlepšují se stravovací návyky, ubývá rizikového sexuálního i návykového chování).
- 5) Zdravý životní styl není prioritou žáků zvolené školy.

2.2 Volba výzkumné metody a konstrukce výzkumného nástroje

Téma zdravého životního stylu je bezesporu tématem velmi komplexním a je možné jej zkoumat z různých výzkumných perspektiv. Kvalitativní přístup, z jehož pestré škály metod by se jevil rozhovor jako metoda nejvhodnější, by sice umožnil hluboký vhled do tématu a přinesl by díky nízké redukci dat vysokou validitu, nicméně z hlediska časové náročnosti a citlivosti tématu v tomto případě není nejvhodnější. Vzhledem k úzkému vztahu výzkumníka a respondentů by nebylo možné zachovat anonymitu a velmi pravděpodobně by žáci neposkytli důvěrné informace své učitelce tváří v tvář.

Proto jsem se rozhodla využít kvantitativní dotazníkové šetření. To umožňuje v relativně krátkém čase sběr velkého množství dat a respondentům zaručuje anonymitu i při nepříliš reprezentativní velikosti výběrového vzorku [Disman, 2002]. Respondenti v dotazníku mohou odpověď vynechat a kontrola správnosti jejich odpovědí je prakticky nemožná. V tomto případě, když se jednalo o žáky, kteří dotazník vyplňovali místo vyučovací hodiny, si na vyplňování dali poměrně záležet a věnovali dotazníku náležitou pozornost. I tato motivace respondentů k vyplnění dotazníku má však svou pedagogickou cenu.

Hlavním nástrojem konstruovaného dotazníku byly uzavřené otázky, baterie otázek i otevřené otázky, které měly zabránit redukci dat zejména v tématu informovanosti o zdravé životosprávě, následcích užívání návykových látek a zjišťování věku, od kterého mají zkušenost se sexuálním či návykovým chováním apod. Do dotazníku byly rovněž zařazeny kontrolní otázky, např. 6. položka baterie výroků Q10 (Měl/a jsem pohlavní styk, když mi bylo méně jak 15 let) koresponduje s 2. položkou baterie Q11 (Uved', v jakém věku jsi měl/a první zkušenost s následujícími aktivitami: pohlavní styk). Pokud by respondent v první otázce zvolil souhlasnou odpověď a následně by v kontrolní otázce napsal věk vyšší než 15 let, jeho odpověď by v obou případech musela být klasifikována jako neplatná. Dotazníky jsem zpracovala v programu MS Excel a pro dodatečnou elaboraci byl využit rovněž program pro statistické zpracování dat SPSS, který umožnil složitější analýzy. Ty byly díky nízkému počtu případů vyhodnoceny jako statisticky nevýznamné, proto se jimi v další části práce nebudu zabývat. Interpretovány budou pouze data, která sice není možné generalizovat, ale mají díky silné standardizaci vysokou reliabilitu.

2.3 Pilotní výzkum a korekce výzkumného nástroje

Před zahájením šetření všech žáků školy jsem provedla pilotáž na náhodně vybraném vzorku žáků. Pilotní výzkum byl do práce zařazen z důvodu testování dotazníku jako výzkumného nástroje. V podstatě se jedná o zkoušku pořizování dat pouze v malém měřítku. Cílem pilotního výzkumu je odhalit chyby v konstrukci otázek, v instrukcích pro vyplňování nebo odhalit chybějící odpovědi, a vyladit tak dotazník k maximální srozumitelnosti [Hendl, 2005].

Z pilotáže vyplynulo několik drobných nedostatků, např. u otázky Q16 (Jak se s partnerkou/partnerem chráníte před nechtěným otěhotněním) chyběla možnost, že respondent ještě tuto situaci řešit nemusel, protože nezahájil sexuální život. Vzhledem k věku respondentů bylo nutné zařadit i tuto odpověď, jinak by respondenti, kteří nejsou sexuálně aktivní, museli označit odpověď, že ochranu neřeší, což by velmi významně zkreslilo data v neprospěch zdravého životního stylu respondentů. Jejich sexuální chování by pak s větší pravděpodobností mohlo být klasifikováno jako rizikové. Opravený dotazník je v celém znění i s průvodním dopisem k dispozici v příloze č. 2.

2.4 Charakteristika respondentů

Řemeslná škola oděvní není běžnou střední školou, kterou navštěvuje většina populace mezi 16 a 23 lety. Škola je určena pro dívky a chlapce ze speciálních a základních škol, kteří trpí specifickými poruchami učení, a proto je možné dopředu předpokládat, že výsledky výzkumu se nebudou shodovat s výzkumy zdravého životního stylu, které by vyplňovali gymnazisté. Tento fakt je třeba brát v úvahu při interpretaci a neuvažovat stereotypně o těchto žácích jako o deviantech. Je třeba si uvědomit, že mnozí neprošli klasickou výchovou v nukleární rodině a neosvojili si některé zásady, návyky a postoje, které mají děti, na jejichž výchově se se zájmem podílí matka i otec, kteří jsou schopni děti i materiálně zajistit a podporovat je ve studiu.

Zvolenou školu studuje 36 žáků, kteří navštěvují 3 ročníky studia. S prodlužujícím se studiem klesá počet žáků, proto je nejvíce respondentů zastoupeno z 1. ročníku, jak ukazuje tabulka č. 1.

	Muži	Ženy	Celkem žáků	Ročníky v %
1. ročník	4	12	16	44%
2. ročník	0	14	14	39%
3. ročník	2	4	6	17%
Celkem	6	30	36	100%

Tabulka 1 Počet respondentů v jednotlivých ročnících (vl. zpracování).

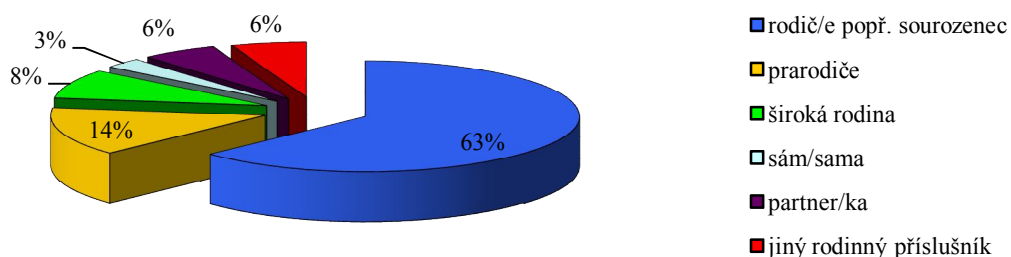
Věkově se respondenti pohybují v intervalu 16 až 23 let. Největší podíl tvoří žáci mezi 18 a 19 lety, nejméně je pak těch nejstarších, kteří jsou ve 3. ročníku studia.

	počet žáků	v %
mladiství 16 a 17 let	12	33,3
plnoletí 18-19	16	44,4
plnoletí nad 20 let	8	22,2

Tabulka 2 Věkové kohorty respondentů (vl. zpracování).

Následující graf prezentuje odpovědi na otevřenou otázku, které byly kódovány vzhledem k nukleární rodině.

Graf 1 D4: S kým žiješ ve společné domácnosti? (vl. zpracování).



62 % žáků žije buď s jedním, nebo oběma biologickými rodiči, popř. ještě se sourozencem. 9 % žáků žije v široké rodině, která je pro účel výzkumu kódována jako soužití s rodiči, sourozenci a zároveň prarodiči, popř. další blízkou osobou (respondenti uváděli např. partnera jednoho z rodičů nebo svého partnera). 14% respondentů žije jen s jedním nebo oběma prarodiči.

2.5 Interpretace výstupů terénního šetření

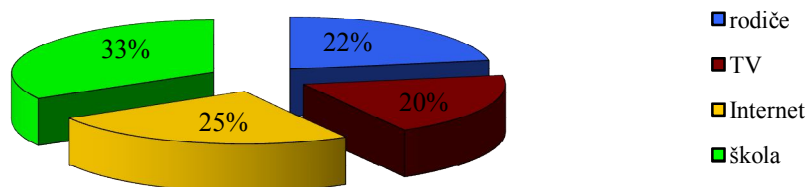
Následující kapitola podrobně seznamuje s výstupy kvantitativního dotazníkového šetření. Grafy byly vytvořeny v aplikaci MS Excel 2002 a dále upraveny tak, aby byly graficky přehledné a snadno čitelné. Vzhledem k variabilitě položek v dotazníku jsem využila více typů grafů, které takto zajišťují snadnou srozumitelnost.

Kapitola nepředstavuje výstupy v pořadí, v němž jsou otázky umístěny v dotazníku. Dotazník byl konstruován tak, aby zahrnoval i kontrolní otázky, a proto jsou tematické celky distribuovány do jednotlivých otázek, které se tematicky prolínají. Tato kapitola je rozdělena právě na tyto tematické celky, které je pak možno interpretovat v kontextu cíle výzkumu jako postoj k jednotlivým aspektům zdravého životního stylu, nejen jako jednotlivé odpovědi na náhodně uspořádané otázky.

2.5.1 Informovanost o zdravém životním stylu

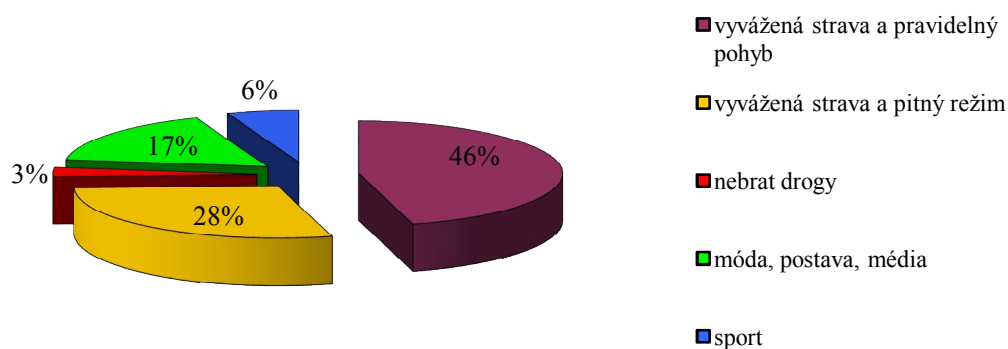
První otázka v dotazníku se týkala informovanosti žáků o zdravém životním stylu. Respondenti mohli zvolit pouze jednu odpověď. Z grafu je patrné, že největší podíl na této informovanosti má škola. Ostatní odpovědi jsou celkem rovnoměrně zastoupeny; informovanost z Internetu převažuje nad informovaností ze strany rodičů jen o jednoho respondenta. Nejméně se o zdravém životním stylu žáci dozívají z televize, přesto tuto možnost zvolila téměř pětina.

Graf 2 Q1: Odkud nejvíce slýcháš o zdravém životním stylu? (VI. zpracování).



Ve druhé otázce měli respondenti dle svých slov popsat, co podle nich znamená zdravý životní styl a co si pod tímto termínem představují. Odpovědi z této otevřené otázky bylo možno kódovat do 5 kategorií.

Graf 3 Q2: Co podle tebe znamená zdravý životní styl? (VI. zpracování).



Téměř tři čtvrtiny respondentů (74 %) si zdravý životní styl spojuje s vyváženou stravou. Větší skupina z nich však k vyvážené stravě přidala pravidelný pohyb, ostatní pitný režim. 17 % respondentů tvoří kategorii „móda, postava, média“. Tato kategorie je vytvořena z odpovědí jako např.: „mít hezkou postavu“, „co se děje ve světě“, „být in“, „jídlo, oblečení, bydlení“ apod. Jedná se tedy o odpovědi, které zdravý životní styl definují spíše zvnějšku a nespojují jej příliš se zdravím a jeho determinanty.

2.5.2 Stravování

Ve třetí otázce respondenti odpovídali, zda dané potraviny konzumují alespoň 4x týdně. Ke každé potravíně se měli respondenti vyjádřit zakroužkováním odpovědi „ano“ nebo „ne“. Pokud respondent nezakroužkoval žádnou odpověď, jedná se o chybějící hodnotu. Tabulka č. 3 znázorňuje souhlasné odpovědi v celkovém počtu a poté procentuálně. Více jak polovina žáků konzumuje alespoň 4x týdně bílé pečivo (67 %)⁵, mléčné výrobky (70 %), maso (72 %), čerstvé ovoce (69 %), brambory (61 %), ale také sušenky (72 %), kolové nápoje (50 %) a čokoládu (53 %). Nejméně respondenti konzumují ryby (14 %) a luštěniny (17 %).

Potravina	ano	v %	Potravina	ano	v %
bílé pečivo	24	67	vařená zelenina	10	27,8
mléčný výrobek	25	70	rohlík	29	80,6
ryba	5	14	čokoláda	19	52,8
maso	26	72,2	džus	9	25,0
čokoládová tyčinka	17	47,2	coca cola (kolový nápoj)	18	50,0
jogurt	14	38,9	čerstvé ovoce	25	69,4
chipsy	16	44,4	luštěniny	6	16,7
jablko	10	27,8	brambory	22	61,1
sušenka	26	72,2	syrová zelenina	15	41,7
čočka	1	2,8	hamburger/hranolky	12	33,3

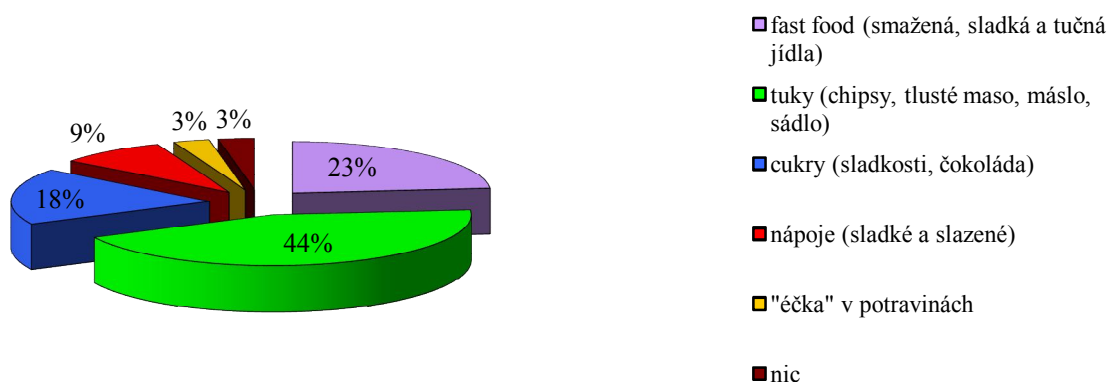
Tabulka 3 Q3: Které z těchto potravin konzumuješ alespoň 4x týdně? (vl. zpracování).

Potraviny, které ve zvýšené konzumaci neprospívají lidskému zdraví a respondenti je konzumují alespoň 4x týdně, jsou chipsy (44 %), čokoládové tyčinky (47 %), džus (25 %), hamburger nebo hranolky (33 %). Tyto potraviny, obsahující ve velkém množství jednoduché cukry, tuky a množství soli a tělu nepřírodných látek jsou žáky konzumovány ve větší míře než např. vařená zelenina (28 %).

⁵ Konzumaci rohlíku více jak 4x týdně však uvedlo 81 % respondentů.

V otevřené otázce Q8 měli respondenti vyjmenovat 3 potraviny (nebo skupiny potravin), které podle nich způsobují zdravotní rizika.

Graf 4 Q8: Jaké 3 potraviny (nebo skupiny potravin) podle tebe způsobují zdravotní rizika? (VI. zpracování).

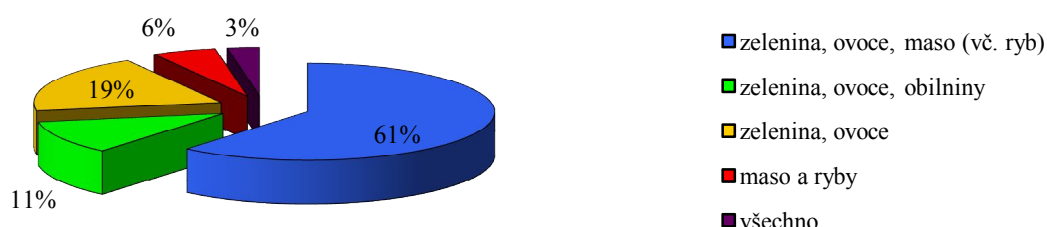


Žáci nejčastěji odpovídali vyjmenováním skupin potravin než jednotlivými potravinami. Odpovědi proto bylo možno kódovat jednoduše. Téměř polovina dotázaných (43 %) si myslí, že zdravotní rizika způsobují především potraviny s vysokým množstvím nasycených živočišných tuků. Další velká skupina odpovědí se týkala potravin a jídel z řetězců rychlého občerstvení, které však s množstvím tuků také souvisí. Kategorie je však utvořena na základě toho, že žáci spíše než tuky jmenovali formu úpravy jídla, tolik typickou pro fast food nebo jmenovali přímo značky jednotlivých řetězců (McDonald's, KFC aj.).

Jednoduché cukry, které jsou ve vysoké konzumaci v dospívání pro zdraví velmi škodlivé, a to zejména do budoucna, vyjmenovalo jen 18 % žáků. Nejčastější odpovědi zněly: „sladkosti“, „čokoláda a sladká jídla“, „kolové nápoje, čokoláda“ apod.

Následující otázka měla opačný význam. Žáci vyjmenovávali 3 potraviny (nebo skupiny potravin), které považují za nejdůležitější pro zdraví. Samozřejmě, že 3 potraviny nebo jejich skupiny nemohou obsáhnout skutečně všechny skupiny potravin nezbytných pro lidské zdraví. Spíše než faktickou znalost pyramidy stravování jsem však testovala spontánní znalost žáků; s jakými potravinami si oni sami v přímé asociaci spojují zdraví.

**Graf 5 Q9: Jaké 3 potraviny (nebo skupiny potravin) považuješ za nejdůležitější pro zdraví?
(VI. zpracování).**



Více jak polovina dotazovaných uvedla, že potraviny nejdůležitější pro zdraví jsou ovoce, zelenina a maso (včetně ryb). Ovoce a zelenina prolínají celkem tři kategorie a jmenovalo je celkem 91 % žáků. Kategorie se však liší třetí zvolenou položkou. Z uvedených odpovědí vyplývá, že žáci jsou si vědomi správně, které potraviny pro ně představují zdravotní rizika a které potraviny jsou pro jejich zdraví nezbytné.

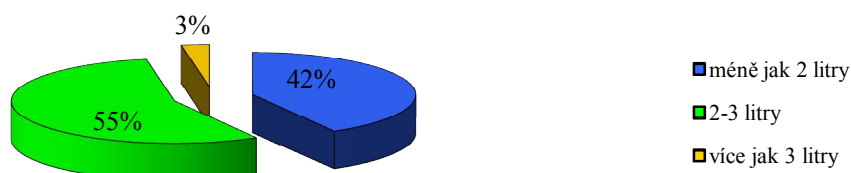
Na tomto místě je vhodné vrátit se k otázce č. 3, kde respondenti přiznávali, které potraviny konzumují alespoň 4x týdně. Ovoce konzumuje 69 % žáků a zeleninu (syrovou) 41 % žáků. Tyto skupiny potravin označilo za nejdůležitější pro zdraví ale až 91 % dotázaných. Respondenti si jsou tedy vědomi toho, že nedodržují zásady zdravého stravování.

Za potraviny ohrožující lidské zdraví označilo nejvíce respondentů (43 %) tuky. Přitom chipsy konzumuje alespoň 4x týdně až 44 %, smažená jídla a hamburgery až 33 %. I tyto výsledky potvrzují, že žáci velmi dobře vědí, které potraviny jim škodí, nicméně dobrovolně a vědomě je konzumují. O jejich motivech a důvodech však již nelze hovořit. K bližšímu zkoumání by se více hodil kvalitativní průzkum.

2.5.3 Pitný režim

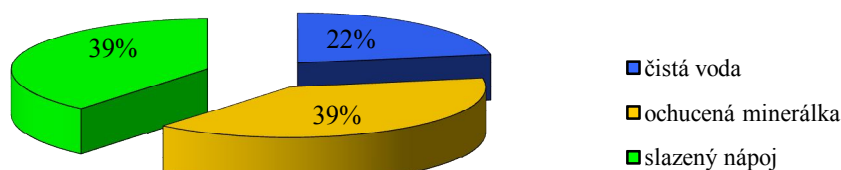
Následující graf znázorňuje dodržování pitného režimu, tedy množství tekutin vypitých za den. Téměř polovina respondentů (42 %) nevypije ani 2 litry tekutin za den, což je velmi málo. Při dlouhodobém nedostatku tekutin může dojít např. ke vzniku ledvinových kamenů.

Graf 6 Q4: Kolik litrů tekutin za den vypiješ? (VI. zpracování).



Více jak polovina respondentů (58 %) pitný režim dodržuje co do objemu tekutin. Následující graf však znázorňuje, jaké tekutiny v pitném režimu respondentů převažují. Čistou vodu pije jen 22 % respondentů. Zbytek přijímá díky svému pitnému režimu nadbytek jednoduchých cukrů, a to buď v podobě ochucených minerálních vod (39 %), nebo slazených nápojů (39 %), které jsou z hlediska zdravého životního stylu pro mládež a raně dospělé velmi nevhodné, protože konzumenty ohrožují např. cukrovkou.

Graf 7 Q5. Které druhy nápojů piješ nejvíce? (VI. zpracování).



2.5.4 Využívání volného času a návykové chování

Příloha č. 3 obsahuje tabulku s procentuálním vyjádřením odpovědí na otázku Q6 (Jak často provádíš následující aktivity? - Zakroužkuj vždy jedno číslo v každém řádku). Cílem této baterie bylo zmapovat využívání volného času, ale rovněž návykové chování respondentů.

78 % respondentů denně kouří cigarety, zatímco na škole je jen 14 % nekuřáků. Nejméně jednou týdně pije alkohol 53 % žáků, mezi nimiž jsou i neplnoletí. Abstinenci vůči alkoholu uvedlo 11 % žáků školy. Co se týče drog, 80 % žáků školy uvedlo, že doposud nemají zkušenost s konzumací extáze. Méně než jednou měsíčně extázi požívá 8 % žáků, 1-3x do měsíce rovněž 8 %. Jednou týdně nebo častěji kouří marihuanu 14 % dotázaných, 56 % uvedlo, že tuto aktivitu neprovádí. Z výsledků lze usoudit, že návykové chování žáků je výrazně rizikové pro jejich zdraví a velmi pravděpodobně i pro kvalitu jejich budoucího života.

Otázka měla dále za cíl zmapovat vztah ke kultuře a využívání volného času. 56 % respondentů uvedlo, že nechodí vůbec do divadla, 33 % méně než 1x měsíčně. Na kulturní akce a výstavy vůbec nechodí 50 % dotázaných. 44 % žáků se vůbec nevěnuje četbě, jednou týdně nebo častěji čte knihu jen 18 % žáků.

Nejčastější kontakt s kulturou mají žáci prostřednictvím kina. Většina dotázaných (53 %) kino navštěvuje méně než jednou měsíčně, 26 % pak častěji. Respondenti preferují návštěvy diskoték (39 % jednou týdně nebo častěji) a sledování filmů doma (36 % dokonce denně)⁶. Volný čas dále respondenti ve velké míře využívají venku s kamarády (50 % denně, 25 % více jak 1x týdně), dále hraním her na počítači (53 % jednou týdně nebo častěji), odpočinkem (44 % denně)⁷ či trávením času s partnerem (69 % více jak 1x týdně až denně). Všichni respondenti se denně věnují poslechu hudby.

V domácnosti pomáhá minimálně jednou týdně 90 % respondentů. Zato domácím úkolům se téměř polovina ani nevěnuje. 37 % respondentů chodí za školu minimálně jednou měsíčně, spíše častěji. 50 % dotázaných za školu nechodí vůbec, což je poměrně

⁶ Tato odpověď vykazuje silnou korelaci s položkou „dívání se na televizi“, kde 69 % respondentů uvedlo, že se této aktivitě věnuje denně.

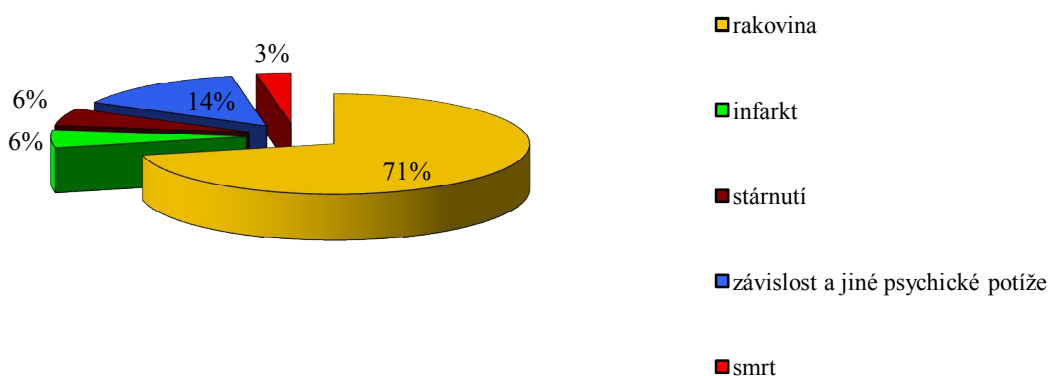
⁷ Jakým způsobem žáci odpočívají řeší otázka Q13 na straně 38.

nízké číslo. Sportu se více než jednou týdně věnuje 33 % respondentů, nicméně 39 % nesportuje vůbec. Jednou týdně či dokonce častěji konzumuje 44 % žáků jídlo ve fast foodu.

Z doložených odpovědí vyplývá, že se žáci nevěnují pohybovým aktivitám v rozsahu, který by odpovídal zdravému životnímu stylu. Respondenti rovněž nedbají na determinanty zdraví a zdravého životního stylu; ve značné míře konzumují návykové látky. Jejich kontakt s kulturou je velmi sporadický, preferují interakci mezi sebou.

V návaznosti na tuto otázku následovala otázka Q7: Jaká zdravotní rizika podle tebe způsobují návykové látky (alkohol, tabák)?

Graf 8 Q7: Jaká zdravotní rizika podle tebe způsobují návykové látky? (VI. zpracování).

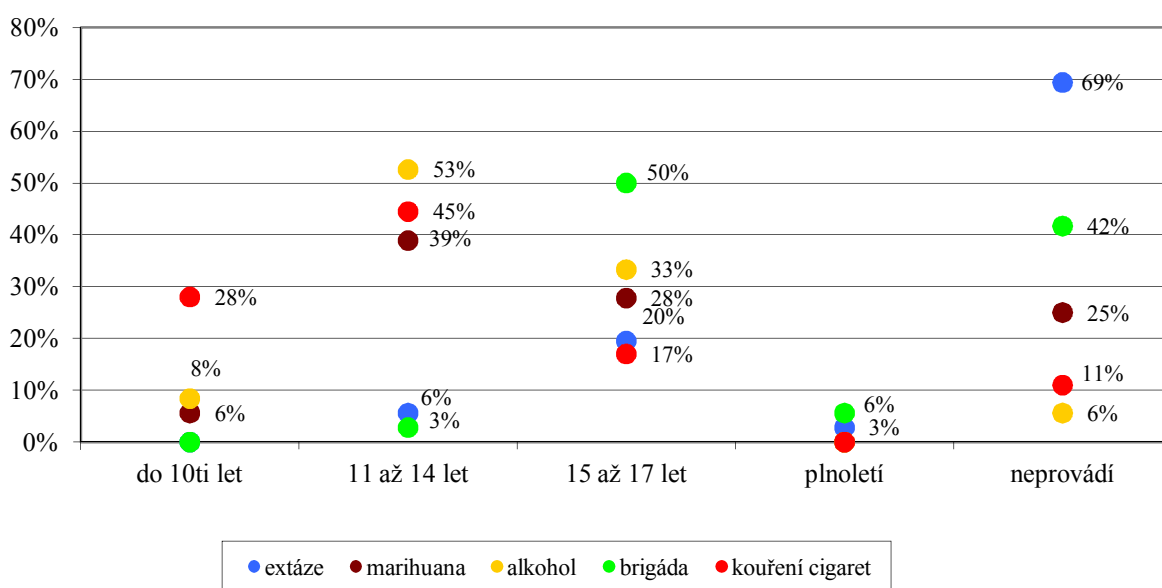


Otevřenou otázku bylo možno kódovat do pěti kategorií. 71 % žáků uvedlo na prvním místě rakovinu, přičemž rozepisovali svou odpověď podrobněji, např. „rakovina všeho druhu“, „alkohol - rakovina jater“, „rakovina plic“, „rakovina, špatná játra a cévy“. Do kategorie *závislost a jiné psychické potíže* byly kódovány např. odpovědi: „deprese“, „porucha vnímání sama sebe“ apod. Všichni respondenti uvedli negativní dopady požívání návykových látek na lidské zdraví, lze tedy tvrdit, že jsou si plně vědomi, že jejich případné návykové chování může mít na jejich zdraví závažné důsledky.

Návykové chování žáků testovala i otázka Q11: Uveď, v jakém věku jsi měl/a první zkušenost s následujícími aktivitami. Žáci měli do tabulky vepsat věk, kdy poprvé kouřili cigaretu i marihuanu, kdy poprvé požili alkohol i extázi a také, kdy měli první zkušenost s brigádou. Zkušenost s brigádou byla zařazena z důvodu mého předpokladu, že návykové chování respondentů je rizikové a nevede ani k osvojování správných pracovních návyků, ke zralému přístupu k financím apod.

Bodový graf č. 11 znázorňuje procentuální počet respondentů (barevné tečky), kteří v daném věku (4 věkové kohorty) vyzkoušeli různé aktivity poprvé. Bylo samozřejmě nutné zařadit i odpověď „neprovádí“, která znamená, že doposud žáci zvolené školy nemají s danou aktivitou zkušenost. Věkové kohorty byly utvořeny vzhledem k přehlednosti. Zvláště závažná jsou veškerá procenta zastupující kohortu do deseti let. Další kohortu tvoří nezletilí, poté zletilá mládež a nakonec plnoletí.

Q11. Uveď, v jakém věku jsi měl/a první zkušenost s následujícími aktivitami.



Graf 9 První zkušenost s návykovými látkami a brigádou (vl. zpracování).

Nejčastější první zkušenost s návykovou látkou je spojena s tabákem. Až třetina respondentů vykouřila svou první cigaretu ve věku do 10 let. Téměř polovina žáků mezi 11. a 14. rokem a téměř pětina jako zletilá mládež. 11 % žáků uvedlo, že doposud nemají s kouřením cigaret zkušenost nebo odmítli odpovědět. Pouze 1 respondent poprvé kouřil cigaretu v době, kdy mu to zákon dovoluje.

Co se týče alkoholu, nejčastěji (53 %) žáci poprvé tuto návykovou látku vyzkoušeli mezi 11. a 14. rokem (20,6 % všech respondentů ve 12 letech). Mezi 15. a 17. rokem poprvé alkohol požilo 33 % respondentů. Plnoletý věk nevedl nikdo, 2 respondenti se odmítli vyjádřit. Tyto odpovědi jednoznačně mohou sloužit k podrobnějšímu kvalitativnímu dotazování a zkoumání, zda se děti k návykovým látkám v tak brzkém věku dostaly díky rodičům, straším sourozencům či kamarádům, nebo pochybilo například restaurační zařízení, prodavači apod., kteří s vidinou zisku zanedbávají nařízení o prodeji alkoholu a tabáku mladistvým (a nezletilým).

Mnohem závažnější je však první zkušenost s marihuanou a extází. Marihuanu doposud nezkusilo (nebo se k této zkušenosti odmítlo vyjádřit) 25 % dotazovaných. Celkem 67 % respondentů mělo první zkušenost s kouřením marihuany mezi 11. a 17. rokem života, tedy ve věku, kdy se jako neploletí vůbec k drogám neměli dostat.

Extázi, coby nejtvrďší z testovaných návykových látek, doposud nevyzkoušelo 69 % žáků zvolené školy, což je proti alkoholu (6 %) vysoký podíl. Jedná se o méně dostupnou návykovou látku než je alkohol a rovněž finančně náročnější. 20 % žáků extázi poprvé požilo mezi 15. a 17. rokem života. Pouze 2 respondenti mezi 11. a 14. rokem a pouze 1 respondent v plnoletosti. Extáze je však zakázaná droga a její obstarávání v plnoletosti také není legální.

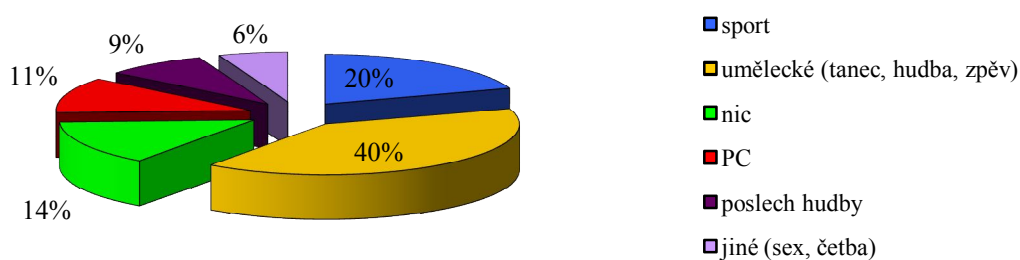
Až polovina dotazovaných poprvé pracovala mezi 15. a 17. rokem života, což je vzhledem k zákonu o dětské práci v pořádku. Nicméně 42 % žáků doposud nemá zkušenosti s žádnou brigádou. Jelikož se respondenti pohybují v intervalu 16 až 23 let, číslo je dost vysoké.

Z tohoto grafu tedy lze usoudit či alespoň předpokládat, že návykové chování žáků, jehož základy položili někteří ve velmi mladém věku, brzdí mimo jiné rozvoj společensky vyžadovaných norem a pracovních návyků. Pro kvalitu budoucího života těchto žáků může mít jejich chování fatální následky. Jsou ohroženi nejen závislostí, ale rovněž nedostatečným či nesprávným vývojem, který mohou návykové látky determinovat. Hrozí jim nejen fyzické choroby a duševní poruchy, ale i nezaměstnanost, s níž se, pakliže bude dlouhodobá, budou jen stěží vyrovnávat adekvátním způsobem.

Následující otázky se věnovaly využívání volného času. Otázka Q12 zjišťovala, jaké jsou koníčky respondentů. Nejčastěji se žáci věnují koníčkům uměleckého charakteru;

zpěvu, poslechu hudby či hře na hudební nástroj, tanci. Většinu žáků představují dívky, proto výstup, že koníčky s uměleckým zaměřením převažují, není překvapivý.

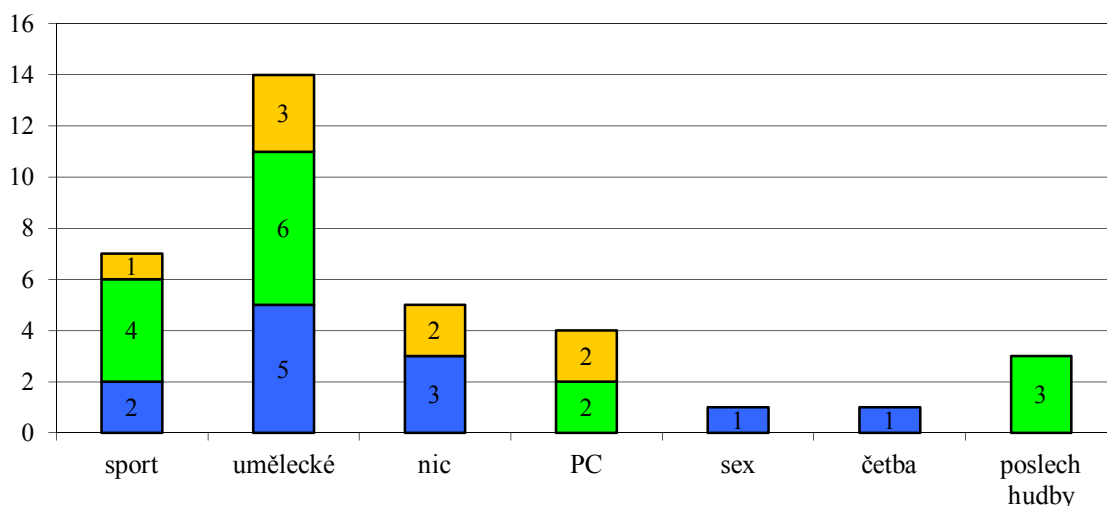
Graf 10 Q12: Jaké jsou tvé koníčky?



Sportu se ve svém volném čase věnuje 20 % respondentů, 14 % žáků pak nemá žádný koníček. Více jak desetina preferuje hry na počítači a zhruba stejný počet respondentů jako koníček poslouchá hudbu. Následující graf přehledně zobrazuje, jak se mění zaměření koníčků vzhledem k věku. Je potřeba brát v úvahu, že věkové kohorty nejsou zastoupeny rovnoměrně. Číslo v závorce v legendě ukazuje, kolik respondentů zastupuje danou kategorii.

Graf 11 Koníčky podle věku (vl. zpracování).

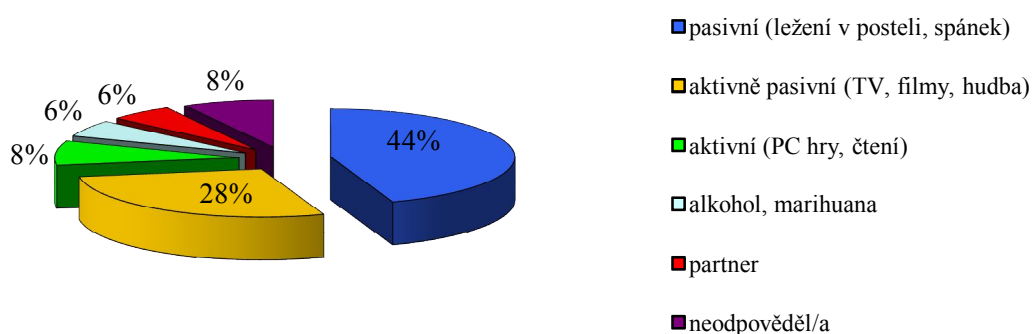
■ mladiství 16-17 (12) ■ plnoletí do 20 let (16) ■ plnoletí nad 20 let (8)



Respondenti v otázce č. 13 odpovídali, jak nejraději odpočívají. Téměř polovina žáků (44 %) nejraději odpočívá pasivně; leží v posteli, spí. Necelá třetina (28 %) odpočívá

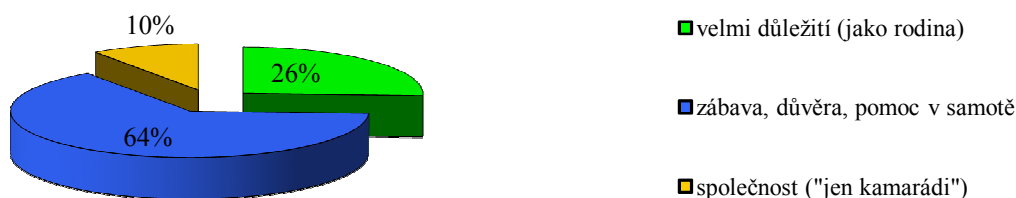
u poslechu hudby nebo sledování filmu. Aktivní odpočinek (četba nebo hraní počítačových her) praktikuje necelá desetina žáků (8 %). Žádný z respondentů nevedl sport, kulturu nebo vycházku do přírody. Z odpovědí je patrné, že žáci mají málo pohybu, což není vhodné zejména pro správnou stavbu a držení těla, proto lze předpokládat, že tito žáci budou trpět bolestmi pohybového aparátu a jeho odchylkami (např. nesprávné držení těla, svalové dysproporce a dysbalance apod.).

Graf 12 Q13: Jak nejraději odpočíváš? (VI. zpracování).



V rámci využívání volného času a zdravého životního stylu je rovněž důležité, s kým se žáci stýkají. Nejčastějšími společníky jsou ve škole vrstevníci, proto se otázka Q14 zaměřila právě na ně. Z výsledků jednoznačně vyplývá, jak pevné vazby mezi sebou žáci této školy mají, což může mít (vzhledem k nezdravému životnímu stylu a rizikovému návykovému a sexuálnímu chování některých) důsledky i na ostatní.

Graf 13 Q14: Co pro tebe znamenají kamarádi? (VI. zpracování).

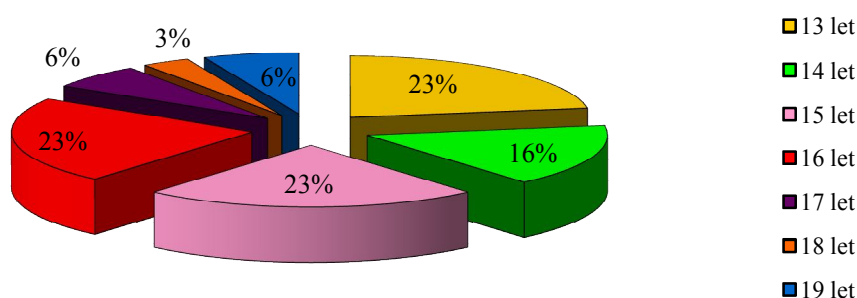


2.5.5 Sexuální chování

Z otázky č. 6, jejíž odpovědi jsou v procentuálním vyjádření k dispozici v příloze č. 3, vyplývá, že více než 70 % respondentů je sexuálně aktivních nejméně jednou týdně, většina však častěji. Vzhledem k ostatním aspektům zdravého životního stylu, které jsem zkoumala, si dovoluji předpokládat, že i v této oblasti se žáci chovají rizikově.

Z dříve interpretované otázky Q11 jsem vyňala odpovědi na otázku, v jakém věku měli respondenti a respondentky první zkušenost s pohlavním stykem. Odpověď byla otevřená.⁸

**Q11: Uveď, v jakém věku jsi měl/a první zkušenost s následujícími aktivitami:
pohlavní styk**



39 % respondentů (resp. respondentek) zahájilo sexuální život před 15. rokem života. Na věk 15 let si počkalo 23 % respondentů. V mladistvém věku, tedy v 16 a 17 letech zahájilo sexuální život 29 % respondentů a 9 % mělo první pohlavní styk v plnoletosti (převážně muži).

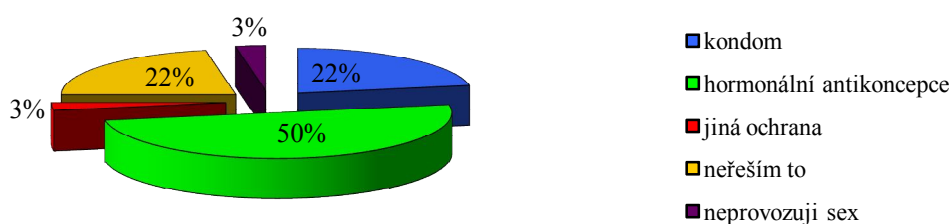
V době, kdy respondenti vyplňovali dotazník, mělo stálého partnera 75 % z nich, tedy 27 žáků. Průměrná délka jejich současného vztahu je 15 měsíců, přičemž spodní hranici tvoří dvoutýdenní vztah a horní hranici tříletý vztah.

V rámci identifikace míry rizika sexuálního chování respondentů jsem do dotazníku zařadila otázku na ochranu před nechtěným otěhotněním. 50 % dotazovaných se chrání primárně hormonální antikoncepcí. Ta je sice ochrání před nechtěným otěhotněním, ale

⁸ V původním dotazníku tato otázka byla uzavřená a nabízela respondentům škálu od 15 do 23 let. Nicméně po pilotním výzkumu jsem zjistila, že někteří respondenti začali sexuálně žít již před 15. rokem života, proto jsem do finální verze dotazníku zvolila otevřenou otázku. Respondenti, kteří sexuální život ještě nezačali nebo nechtěli odpovídat, mohli nechat políčko prázdné. Odpověděli však všichni.

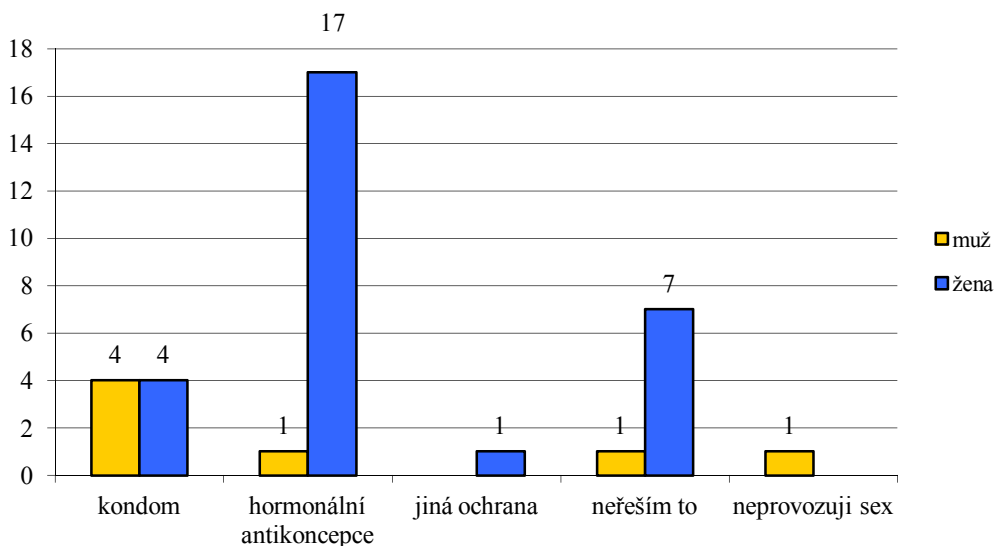
bez použití další ochrany už ne před pohlavně přenosnými chorobami. 22% žáků se chrání primárně kondomem a jeden respondent uvedl jinou ochranu: „přerušovaná soulož“. Více než pětina dotazovaných se nechrání nijak a ochranu před nechtěným těhotenstvím neřeší nebo ji nechávají na partnerovi či partnerce.

Q16. Jak se s partnerem/partnerkou chráníte před nechtěným otěhotněním?



Následující graf zobrazuje odpovědi na stejnou otázku, nicméně odpovědi jsou tříděné podle pohlaví. Z grafu vyplývá, že ochranu před nechtěným otěhotněním neřeší (procentuálně zváženo) více ženy než muži. Z těchto dat v podstatě vyplývá, že se muži o ochranu před nechtěným otěhotněním partnerky (stejně jako před pohlavně přenosnými chorobami) chrání více než dotazované respondentky.

Graf 14 Odpovědi na otázku Q11 podle pohlaví (vl. zpracování).



Cílem otázky Q17 bylo zjistit počet sexuálních partnerů respondentů. Na tuto otázku odpovědělo 5 mužů a 27 žen. Ženy měly průměrně 5 sexuálních partnerů, muži 3.

Minimum tvořila hodnota 1 (sexuální partner v životě) a horní hranici 20 (sexuálních partnerů). Následující tabulka přehledně zobrazuje souhrn odpovědí.

počet sex. partnerů	1	2	3	4	5	6	7	8	10	13	14	17	20
počet respondentů	8	5	6	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1
respondenti v %	22	14	17	3	8	6	3	3	3	3	3	3	3

Jednoho až tři sexuální partnery mělo celkem 53 % respondentů. 11 % žáků uvedlo, že ve svém životě již mělo více než 10 sexuálních partnerů. V tomto směru je velmi podstatné zohlednit věk dotazovaného, protože by mohlo dojít k vychýlení předpokladu o rizikovém sexuálním chování. Těžko stanovit normu, kolik sexuálních partnerů je v kterém věku optimální počet a kdy už se jedná o promiskuitu; toto ani není cílem práce. Nicméně při posuzování míry rizikovosti sexuálního chování se mohou pokusit o hodnocení v mantinelech svého hodnotového rámce.

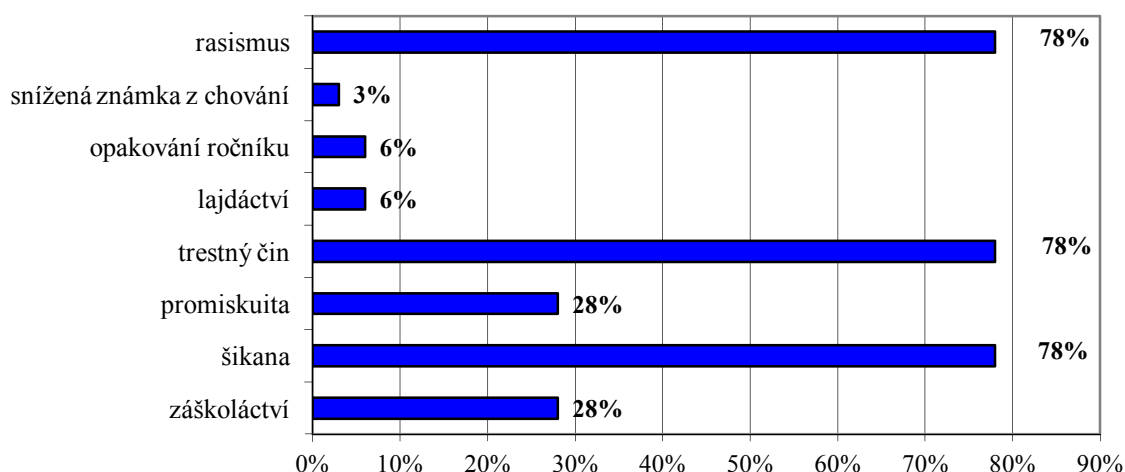
V příloze č. 4 se nachází tabulka, která zobrazuje závislost kardinální proměnné *počet sexuálních partnerů* na rovněž kardinální proměnné *věk*. Tento vztah je zároveň elaborován kardinální proměnnou *první zkušenost s pohlavním stykem*. Nejmladší respondent, který měl v době vyplňování dotazníku nad 10 sexuálních partnerů je 17 letá respondentka, která měla za dobu dvou let, kdy praktikuje sexuální aktivity, 13 partnerů. Toto jednání lze hodnotit jako rizikové. Největší počet partnerů uvedla žákyně, které je aktuálně 21 let. Od svých 17 let uvedla 20 sexuálních partnerů. Pro mladou ženu je takový počet sexuálních partnerů v tak krátké době nejen zdravotně rizikový, ale může se dotknout i její sebeúcty a sebehodnocení.

Dívky, které začaly sexuálně žít před dosažením věku 15 let, uvedly poměrně vysoký počet sexuálních partnerů. Tato tabulka tedy může sloužit jako podklad pro další kvalitativní šetření s tematikou příčiny vysoké korelace nízkého věku při započetí sexuálního života a vysokého počtu sexuálních partnerů.

2.5.6 Reflexe a priority

Otázka Q18: Co považuješ za rizikové chování, nabízela respondentům 10 možností, z nichž měli zvolit maximálně 3 možnosti, a to ty, které považují nejvíce za rizikové chování. Jednalo se o: záškoláctví, šikanu, promiskuitu, trestný čin, lajdáctví, opakování ročníku, sníženou známku z chování, rasismus, darování krve a náboženské aktivity. Darování krve a náboženské aktivity nezvolil v rámci svých tří voleb ani jeden respondent. Za nejvíce rizikové považují respondenti rasismus, trestný čin a šikanu, a to stejnou měrou (78 %), jak ukazuje pruhový graf č. 15.

Graf 15 Q18: Co považuješ za rizikové chování? (VI. zpracování).

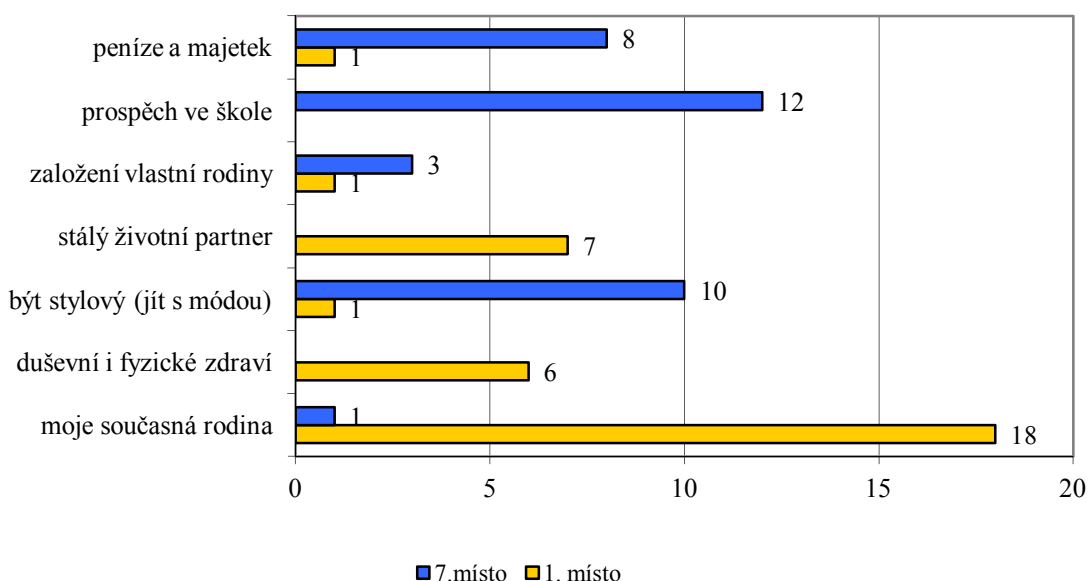


V poměrně vysokém zastoupení (28 %) považují na 4. a 5. místě za rizikové záškoláctví a promiskuitu. Sníženou známku z chování, opakování ročníku ani lajdáctví respondenti nepovažují za rizikovou v kontextu ostatních voleb.

Otázka Q19 nabízela 7 položek, které měli respondenti řadit podle toho, jak jsou pro ně v životě důležité. Kombinovaný pruhový graf č. 16 znázorňuje vyhodnocení všech položek a ukazuje počet respondentů, kteří jednotlivé položky označili za nejdůležitější v životě, tedy jako svou prioritu (žlutá barva) a položky, které stojí na posledním místě z daného žebříčku hodnot (modrá barva).

Největší prioritou žáků je jejich současná rodina (50 %). Alespoň s jedním biologickým rodičem (nebo se dvěma) žije 23 respondentů ze 36. Necelá třetina nežije ani s jedním biologickým rodičem.

Graf 16 Q19: Seřad' následující položky podle toho, jak jsou pro tebe v životě důležité (vl. zpracování).



Duševní a fyzické zdraví je prioritou pro 17 % respondentů, potřeba mít stálého životního partnera dokonce pro 20 %. Na druhé straně za nejméně důležité v nabízeném žebříčku hodnot studenti označili prospěch ve škole a hned za ním být stylový a jít s módou. Pokud se prospěch ve škole nachází pro největší skupinu na nejnižším stupni hodnotového žebříčku (33 %); níže než peníze a majetek (22 %) nebo móda (28 %), pak nelze očekávat aktivitu v hodinách, poctivou přípravu do školy, pravidelnou docházku apod.

Poslední část dotazníku, kterou jsem se rozhodla zařadit na konec, představuje baterii výroků, s nimiž měli respondenti vyjádřit svůj absolutní souhlas nebo nesouhlas. Pokud se neshodovali ani s jednou možností nebo nevěděli, měli možnost výrok přeskočit. Chybějící odpovědi tedy zahrnují možnost: *neví, nechce odpovědět*. Zadání otázky Q10 znělo: Zakroužkuj pravdivou odpověď u každého výroku.

Výroky jsou sestaveny průřezově všemi výše popsányi a interpretovanými tematickými okruhy: stravování, pohybové aktivity a využívání volného času, návykové a sexuální chování, priority a reflexe sebe sama. Všechny tyto aspekty determinují zdravý životní styl a tabulka výroků (v absolutních i procentuálních hodnotách) umožňuje nejen kontrolu předchozích odpovědí, ale rovněž jejich shrnutí.

Testový výrok	ano	%	ne	%
Každý den jím sladkosti.	24	67	12	33
Stravuji se ve školní jídelně.	11	31	25	69
Jídlo z fast foodu mi chutná.	24	67	12	33
Pravidelně (alespoň 2x týdně hodinu) se věnuji sportu.	12	33	24	67
Jsem spokojen/a se svou postavou.	18	50	18	50
Měla/a jsem pohlavní styk, když mi bylo méně jak 15 let.	11	31	25	69
Mám stálého partnera/partnerku déle jak 3 měsíce.	23	64	13	36
Kouřím více jak jednu cigaretu denně.	30	83	6	17
Pravidelně snídám.	12	33	23	64
Každý den mám alespoň jedno teplé jídlo.	29	81	7	19
Často mívám deprese a špatné nálady.	21	58	15	42
Stav opilosti si navozuji proto, že se v něm cítím dobře.	15	42	21	58

Tabulka 4 Q10; Výroky o zdravém životním stylu (vl. zpracování).

Největší počet otázek této baterie se věnuje výroky o stravování. Pozitivní je, že 81 % žáků každý den sní alespoň jedno teplé jídlo. Na druhou stranu již nelze hodnotit, jak kvalitní toto jídlo je. A jelikož 67 % žáků přiznává, že jim chutná jídlo z fast food restaurací a stejných 67 % přiznalo, že denně konzumuje sladkosti, lze jen těžko předpokládat, že ono jedno teplé jídlo denně bývá z domácí kuchyně.

Až 64 % žáků nesnídá pravidelně, což může v budoucnu ohrozit jejich zdraví nesprávným trávením nebo žaludečními vředy. Preference spánku jako nejčastější a nejoblíbenější formy odpočinku (str. 38) ukazuje na nesprávné hospodaření s energií v těle, což spolu s častým přijímáním jednoduchých cukrů vede ke kolísání krevního cukru a časté únavě.

Ve školní jídelně se stravuje třetina žáků, což je vzhledem ke stravovacím návykům popsaným výše relativně vysoký počet. Stravování ve školní jídelně si totiž nemůže dovolit každá rodina, navíc při větším počtu školou povinných sourozenců.

Kolísání krevního cukru, nedostatek čerstvého ovoce a zeleniny, některých vitamínů a antioxidantů vede kromě nedostatečné výživy organismu i k psychickým změnám. Deprese a špatné nálady přiznalo až 58 % respondentů, a to s frekvencí *často*.

Pouze 33 % respondentů se pravidelně věnuje pohybové aktivitě. Pravidelnost byla definována jako *2 krát týdně hodina zvýšené fyzické aktivity*. 67 % respondentů pravidelně nesportuje, přitom je však jen 50 % spokojeno se svou postavou. Při stávajících stravovacích návycích a nízké míře pohybové aktivity však nelze očekávat, že se spokojenost žáků s jejich vlastní postavou zvýší.

Přestože 31 % žáků (dívek) přiznalo, že zahájili svůj sexuální život před 15. rokem života, stálého partnera déle jak 3 měsíce uvedlo 64 % respondentů (mezi nimi i chlapci). Implikaci mezi brzkým zahájením sexuálního života a neschopností vést dlouhodobé vážné vztahy tedy nelze tímto průzkumem prokázat. Ověření takové hypotézy by vyžadovalo šetření nejlépe v podobě hloubkových rozhovorů.

Až 83 % respondentů přiznalo, že kouří více jak jednu cigaretu každý den. Vzhledem k tomu, že polovině respondentů ještě nebylo 18 let, je tato hodnota alarmující. Žáci si však jsou vědomi rizik spojených s návykovými látkami (otázka Q7). Stejně znepokojující je fakt, že 42 % žáků (a mezi nimi opět neplnoletí) souhlasilo s výrokem, že stav opilosti si navozují proto, že se v něm cítí dobře. 58 % se vyjádřilo nesouhlasně.

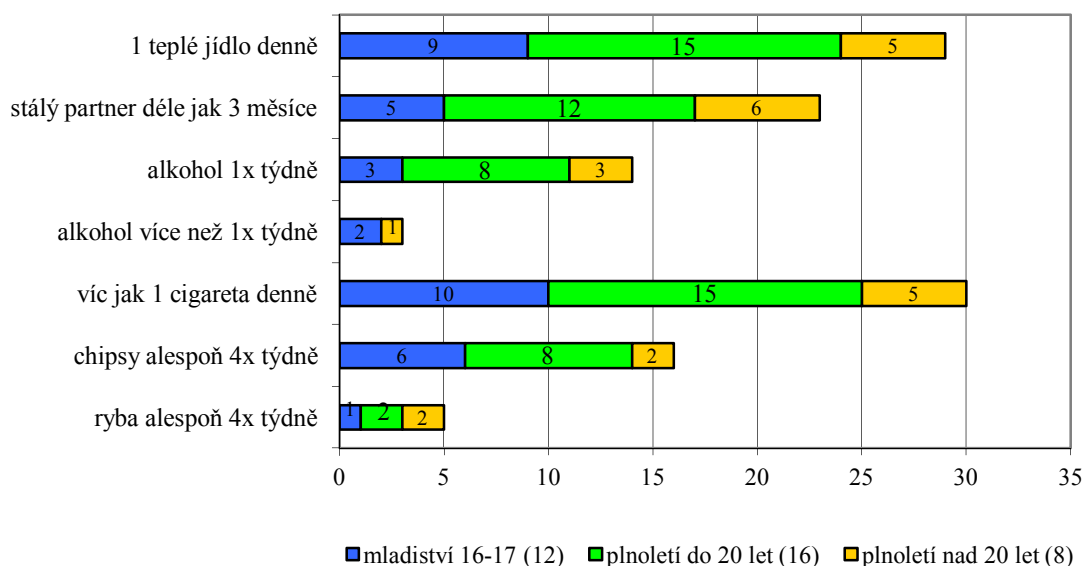
2.5.7 Výstup elaboračního modelu

Elaborace spočívá v zavedení třetí testové proměnné, jejímž úkolem je objasnit, vysvětlit či jen blíže specifikovat vztah mezi původními proměnnými. Elaborací model je pouze nástrojem, nikoli algoritmem, tzn., že pouze pomáhá porozumění datům, ale nenavrhuje dále, jak je zkoumat [Jeřábek, 1997].

Elaboraci jsem zvolila z důvodu zodpovězení výzkumné otázky č. 4: S přibývajícím věkem žáků se mění jejich životní styl ke zdravějšímu (zlepšují se stravovací návyky, ubývá rizikového sexuálního i návykového chování). Z grafu č. 17 je patrné, že se s přibývajícím věkem lehce mění stravovací návyky žáků ke zdravějším. Spotřeba alkoholu a cigaret však neklesá.

Z grafu lze rovněž usoudit, že s přibývajícím věkem roste schopnost žáků vést a udržovat dlouhodobý partnerský vztah. Zatímco stálého partnera alespoň 3 měsíce má jen 42 % mladistvých, 75 % plnoletých do 20 let jsou ve vztahu delším než 3 měsíce a stejné procento platí i pro plnoleté nad 20 let. Věk tedy v některých aspektech zdravého životního stylu hraje svou roli.

Graf 17 Odpovědi na vybrané otázky podle věku (vl. zpracování).



3. Vyhodnocení empirické části

Cílem výzkumu bylo zkoumat výzkumné otázky stanovené v kapitole č. 2.2.

1. Největší podíl na informovanosti žáků o zdravém životním stylu má škola.

Této otázce odpovídala položka Q1. Nejvíce by se měla na výchově ke zdraví podílet rodina. Většina žáků však žije v nestabilním rodinném prostředí, a tak tuto úlohu přebírá škola.

2. Žáci zvolené školy nedodrží zásady zdravého životního stylu v oblasti stravování, pitného režimu ani pohybu.

Této otázce se věnovaly položky Q3 až Q6, Q7 až Q10, Q12 a Q13. Co se týče stravování, většina žáků (80 %) sice konzumuje alespoň jedno teplé jídlo denně, ale preferují fast food restaurace. Většina rovněž nesnídá (64 %) a nekonzumuje dostatek čerstvé ovoce, zeleniny, ryb, luštěnin a dalších nutričně bohatých potravin. V pitném režimu preferují slazené nápoje (celkem 78 %). Nejraději odpočívají pasivně (44 %), sport je koníčkem jen pro pětinu žáků.

3. Sexuální i návykové chování žáků zvolené školy lze klasifikovat jako rizikové pro jejich zdraví i zdraví jejich okolí.

Této otázce se věnovaly položky Q6, Q10, Q11, Q15 až Q17. Více jak třetina žáků zahájila svůj sexuální život před 15. rokem života. Průměrný počet sexuálních partnerů u dívek je 5, u chlapců 3. Jen 22 % žáků se chrání kondomem před pohlavními chorobami, 75 % se chrání před nechtěným otěhotněním.

Většina žáků pravidelně kouří, 83 % kouří více než 1 cigaretu denně. Alkohol požívá minimálně jednou týdně 53 % žáků, přičemž 42 % uvedlo, že si navozují stavy opilosti, aby jim bylo dobře. 42 % žáků má již zkušenost s marihuanou, 16 % s extází. Až 91 % žáků si však je vědomých rizik spojených s návykovými látkami.

4. S přibývajícím věkem žáků se mění jejich životní styl ke zdravějšímu (zlepšují se stravovací návyky, ubývá rizikového chování).

Tato otázka byla potvrzena jen částečně, a to elaboračním modelem, do něhož vstupovala řada testových proměnných. Věk není vysvětlující proměnnou pro změnu životního stylu žáků ve všech aspektech. Co se týče alkoholu a kouření, s věkem tyto aktivity neklesají (Q10 - 8; Q6 - 2). Věk však působí jako vysvětlující proměnná ve zlepšování stravovacích návyků a snižování rizikového sexuálního chování (Q10 - 7,10; Q3 - 3; 7).

Věk tedy v některých aspektech zdravého životního stylu hraje svou roli. Sice nedochází k eliminaci návykového chování (předpokládá se již existující závislost), ale dochází k postupnému zlepšování stravování a také ke schopnosti vést zralý partnerský vztah.

5. Zdravý životní styl není prioritou žáků zvolené školy.

Tato otázka shrnuje poznatky všech předchozích otázek a zejména porovnání mezi tím, jak jsou žáci informováni o zdravém životním stylu a do jaké míry se těmito informacemi řídí, např. korelace mezi Q3 a Q8, 9. Priority žáků testovala položka Q19. Pouze pro 17 % žáků je fyzické a duševní zdraví prioritou. Za rizikové chování (Q18) žáci považují zejména rasismus, trestný čin a šikanu. V menší míře pak promiskuitu a záškoláctví, nejméně lajdáctví a špatný prospěch ve škole.

Vzhledem k tomu, že většina žáků pochází ze sociálně znevýhodněného prostředí, výsledky nelze klasifikovat jako překvapivé. Znevýhodněné prostředí je způsobeno nestabilním rodinným zázemím i příslušností k etniku. 16 žáků pochází z rómské rodiny a 6 žáků má alespoň jednoho rodiče cizince. Pouze 9 žáků žije v úplné rodině, z toho 5 ve fungující rodině.

Díky silné standardizaci, která je součástí kvantitativního přístupu, došlo k redukci, která neumožnila zkoumat hlubší příčiny nezdravého životního stylu žáků. Výzkum sice obsáhl 100 % žáků zvolené školy, nicméně díky úzkému výběrovému souboru a jeho specifickým nejsou výsledky zobecnitelné na celou populaci.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo na příkladu Řemeslné školy oděvní v Praze 9 ukázat, jaké jsou postoje žáků ke zdravému životnímu stylu, jaké jsou jeho dopady na jejich zdraví a kvalitu budoucího života, a otevřít tak diskuzi o problematických aspektech životního stylu českých adolescentů.

Cíle práce byly naplněny jak v části teoretické, tak v části empirické. V teoretické části došlo k vymezení zkoumané problematiky a jejímu konceptuálnímu uchopení. Po stanovení teoretických východisek následovala hlavní část práce – část empirická. Jejím obsahem byl kvantitativní výzkum, který sice není zobecnitelný na celou populaci adolescentů, ale vyplývá z něj řada otázek a námětů k dalšímu šetření.

Výsledkem šetření je zjištění, že ačkoli žáci mají alespoň základní informace o zdravém životním stylu, nenaplnují jej ani v jednom z jeho aspektů. Neuvědomují si své špatné návyky, protože vyrůstají v nestabilním rodinném zázemí a často i v sociálně znevýhodněném prostředí. Toto prostředí a nedostatečná výchova nemotivují žáky, aby se věnovali svému zdraví dostatečně, např. společnému stolování, sportovním aktivitám, aktivnímu odpočinku apod.

Nepřemýšlí o zdravotních dopadech svých stravovacích návyků, a přestože si jsou vědomi rizik spojených s rizikovým sexuálním a návykovým chováním, prohlubují ve většině svou závislost na tabáku i alkoholu. Své jednání a chování považují za standardní a neuvědomují si následky, které pro jejich zdraví nese současný životní styl. Lze předpokládat, že tito žáci (a rovněž i jiní, jejichž životní styl vykazuje podobné rysy) budou mít značné problémy při uplatnění na trhu práce a nebudou schopni přijmout v požadované míře společenskou odpovědnost.

Nezdravý životní styl dotazovaných je zapříčiněn nejen výchovou, ale i jejich usilováním o začlenění mezi vrstevníky. Nicméně vyhodnocování míry rizikovitosti jejich jednání postrádá pevně ukotvené mantinely. Společnost nedisponuje normami na počty sexuálních partnerů, a tak se nelze divit, že žáci své sexuální chování neklasifikují jako rizikové. Lze však tvrdit, že současný životní styl dotazovaných adolescentů není v souladu se zdravým životním stylem. Ohrožuje nejen jejich zdraví po stránce fyzické, ale i duševní vývoj a možnost vést standardní párový život.

Summary

The aim of this work was at example of Craft School of Clothing in Prague 9 shows what are the attitudes of students towards a healthy lifestyle; what are its effects on their health and quality of life for the future and open up the discussion of the problematic aspects of Czech adolescent's lifestyle.

Aims of this thesis were accomplished in both the theoretical and practical part. In the theoretical part the examined issues were defined in their conceptual framework. After determining the theoretical background follows the main part of the work - the empirical part. Its content was quantitative research, which is not generalizable to the entire population of adolescents, but it is clear from a number of issues and topics for further investigation.

The results and the finding is that although students have at least basic information about healthy lifestyle, they do not fill them in any of its aspects. They do not realize their bad habits, because they grow up in really unstable family background and often in socially disadvantaged environment. They do not motivate students to pursue their health enough, for example common dining, sports etc.

Pupils don't think about the health implications of their eating habits, and even though they know the risks associated with risky sexual and addictive behavior, they are deepening their addictions. Their behavior is considered to be a standard and they do not realize the consequences of their lifestyle for health. It can be assumed that these students (as well as others with similar features) will have significant problems in the labor market and will not be able to take the required level of social responsibility.

Unhealthy pupil's lifestyle is determined due not only education, but also their striving for integration between peers. However, evaluating the degree of risk of their behavior lacks firmly anchored boards. Culture does not offer such standards on the number of sexual partners, and thus it is not surprising that students classify their sexual behavior as not risky. However, we can clearly say that the current lifestyle of those surveyed adolescents is not consistent with a healthy lifestyle. It threatens not only their health on the physical way, but also mental development and the ability to lead a standard pair life.

Seznam použité literatury

- BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd. 6. přeprac. a dopl. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN: 80-247-1197-4.
- ČELEDOVÁ, Libuše; ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 128 s. ISBN: 978-80-247-3213-8.
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. Vyd. 3. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
- HAVLÍNOVÁ, Miluše a kol. *Program podpory zdraví ve škole: Rukověť projektu Zdravá škola*. Vyd. 2. rozšíř. Praha: Portál, 2006. 311 s. ISBN 80-7367-059-3.
- HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2004. 356 s. ISBN 80-247-0233-9.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- HUBINKOVÁ, Zuzana. *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. Vyd. 3. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 280 s. ISBN: 978-80-247-1593-3.
- JANOŠOVÁ, Pavlína. *Dívčí a chlapecká identita: vývoj a úskalí*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2008. 285 s. ISBN: 978-80-247-2284-9.
- JELÍNEK, Martin. *Pravda o hubnutí*. Vyd. 1. Ostrava: ATAC, 2011. 51 s.
- JEŘÁBEK, Hynek. *Paul Lazarsfeld a počátky komunikačního výzkumu*. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 1997. 184 s. ISBN 80-7184-342-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN: 978-80-7367-568-4.
- MACHOVÁ, Jitka a kol. *Výchova ke zdraví*. 2. Dotisk. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 296 s. ISBN: 978-80-247-2715-8.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 152 s. ISBN: 80-7178-432-X.
- PETRÁSEK, Richard a kol. *Co dělat, abychom žili zdravě*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2004. 128 s. ISBN: 80-7021-711-1.
- VALÍŠOVÁ, Alena; KASÍKOVÁ, Hana. *Pedagogika pro učitele*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 456 s. ISBN: 978-80-247-3357-9.

VAŠINA, B. *Základy psychologie zdraví*. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2009. ISBN 978-80-7368-757-1.

World Health Organization. *Zdraví 21 - zdraví do 21. století: Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001. 147 s. ISBN: 80-85047-19-5.

Elektronické zdroje:

Centres for Disease Control. *CDC Growth Charts for the United States: Methods and Development* [online]. 2002 [cit. 2013-06-11]. Dostupné z URL: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_11/sr11_246.pdf.

DOSTÁLOVÁ, Jana a kol. Společnost pro výživu: Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky [online]. 2012 [cit. 2013-06-12]. Dostupné z URL: <http://www.vyzivaspol.cz/rubrika-dokumenty/konecne-zneni-vyzivovych-doporuceni.html>.

KALMAN, Michal a kol. *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků* [online]. 2010 [cit. 2013-06-10]. Dostupné z URL: http://www.upol.cz/fileadmin/user_upload/AKTUALITY_2012/HBSC_2010_narodni_zprava_o_zdravi_a_zivotnim_stylu_deti_a_skolaku_offline.pdf.

Seznam tabulek, grafů a schémat

<i>Tabulka 1 Počet respondentů v jednotlivých ročnících.....</i>	<i>26</i>
<i>Tabulka 2 Věkové kohorty respondentů.</i>	<i>26</i>
<i>Tabulka 3 Q3: Které z těchto potravin konzumuješ alespoň 4x týdně?</i>	<i>29</i>
<i>Tabulka 4 Q10; Výroky o zdravém životním stylu</i>	<i>44</i>
<i>Tabulka 5 Výsledná tabulka BMI.....</i>	<i>54</i>
<i>Tabulka 6 Q6: Jak často provádíš následující aktivity?</i>	<i>60</i>
<i>Tabulka 7 Počet sexuálních partnerů v závislosti na věku.</i>	<i>61</i>
<i>Graf 1 D4: S kým žiješ ve společné domácnosti?</i>	<i>26</i>
<i>Graf 2 Q1: Odkud nejvíce slycháš o zdravém životním stylu?.....</i>	<i>28</i>
<i>Graf 3 Q2: Co podle tebe znamená zdravý životní styl?.....</i>	<i>28</i>
<i>Graf 4 Q8: Jaké 3 potraviny (nebo skupiny potravin) podle tebe způsobují zdravotní rizika? ...</i>	<i>30</i>
<i>Graf 5 Q9: Jaké 3 potraviny (nebo skupiny potravin) považuješ za nejdůležitější pro zdraví? ..</i>	<i>31</i>
<i>Graf 6 Q4: Kolik litrů tekutin za den vypiješ?.....</i>	<i>32</i>
<i>Graf 7 Q5. Které druhy nápojů piješ nejvíce?.....</i>	<i>32</i>
<i>Graf 8 Q7: Jaká zdravotní rizika podle tebe způsobují návykové látky?</i>	<i>34</i>
<i>Graf 9 První zkušenost s návykovými látkami a brigádou.</i>	<i>35</i>
<i>Graf 10 Q12: Jaké jsou tvé koníčky?</i>	<i>37</i>
<i>Graf 11 Koníčky podle věku</i>	<i>37</i>
<i>Graf 12 Q13: Jak nejraději odpočíváš?.....</i>	<i>38</i>
<i>Graf 13 Q14: Co pro tebe znamenají kamarádi?.....</i>	<i>38</i>
<i>Graf 14 Odpovědi na otázku Q11 podle pohlaví.</i>	<i>40</i>
<i>Graf 15 Q18: Co považuješ za rizikové chování?</i>	<i>42</i>
<i>Graf 16 Q19: Seřaď následující položky podle toho, jak jsou pro tebe v životě důležité.....</i>	<i>43</i>
<i>Graf 17 Odpovědi na vybrané otázky podle věku.</i>	<i>46</i>
<i>Schéma 1 Zásady programu podpory zdraví ve škole</i>	<i>21</i>

Seznam příloh

<i>Příloha č. 1: Tabulka BMI</i>	54
<i>Příloha č. 2: Průvodní dopis a dotazník</i>	55
<i>Příloha č. 3: Procentuální vyjádření odpovědí na otázku Q6</i>	60
<i>Příloha č. 4: Korelace věku a počtu sexuálních partnerů</i>	61

Přílohy

Příloha č. 1: Tabulka BMI

BMI	Kategorie	Zdravotní rizika
Méně než 18,5	Podváha	Vysoká
18,5 - 24,9	Norma	Minimální
25,0 - 29,9	Nadváha	Nízká až lehce vyšší
30,0 - 34,9	Obezita I. Stupně	Zvýšená
35,0 - 39,9	Obezita II. Stupně (závažná)	Vysoká
40,0 a více	Obezita III. Stupně (těžká)	Velmi vysoká

Tabulka 5 Výsledná tabulka BMI (Hainer, 2004).

Příloha č. 2: Průvodní dopis a dotazník

Zdravý životní styl

Květen 2013

Vážené žákyně a žáci,

průzkum, jehož dotazník právě držíte v ruce, provádím v rámci své bakalářské práce na Karlově univerzitě; Pedagogické fakultě. Cílem šetření je zmapovat Vaše postoje ke zdravému životnímu stylu.

Tento dotazník je zcela důvěrný, což znamená, že Vaše odpovědi nebudou spojovány s Vaší osobou a budou zpracovány anonymně a hromadně. Na většinu otázek budete odpovídat pouze zakroužkováním čísla u jedné z nabízených odpovědí, někde je vyžadována vypisovací odpověď vlastními slovy.

Odpovídejte, prosím, pravdivě a pozorně čtete zadání otázky. Vážím si Vaší ochoty odpovídat pravdivě. Správná odpověď je totiž právě taková, která je pravdivá.

Děkuji za Vaši spolupráci na výzkumu.

**Q1. Odkud nejvíce slycháš o zdravém životním stylu?
(zaškrtni jen jedno číslo)**

Od rodičů	1
Z televize	2
Z internetu	3
Ze školy	4
Od kamarádů/ spolužáků	5
Odjinud (uveď odkud):	6

Q2. Co podle tebe znamená zdravý životní styl?

Q3. Které z těchto potravin konzumuješ alespoň 4x týdně?

bílé pečivo	1	vařená zelenina	11
mléčný výrobek	2	rohlík	12
ryba	3	čokoláda	13
maso	4	džus	14
čokoládová tyčinka	5	coca cola (kolový nápoj)	15
jogurt	6	čerstvé ovoce	16
chipsy	7	luštěniny	17
jablko	8	brambory	18
sušenka	9	syrová zelenina	19
čočka	10	hamburger/hranolky	20

Q4. Kolik litrů tekutin za den vypiješ? _____ litrů

Q5. Které druhy nápojů piješ nejvíce?

Čistá voda 1
 Ochucená minerálka 2
 Slazený nápoj 3
 Jiné: _____

**Q6. Jak často provádíš následující aktivity?
(Zakroužkuj vždy jedno číslo v každém řádku)**

	denně	více jak 1x týdně	1x týdně	1-3x do měsíce	méně než 1x měsíčně	nepro- vádím
kouření cigaret	1	2	3	4	5	6
pití alkoholu	1	2	3	4	5	6
chození za školu	1	2	3	4	5	6
konzumace ve fast foodu	1	2	3	4	5	6
hraní her na počítači	1	2	3	4	5	6
divadelní představení	1	2	3	4	5	6
dívání se na televizi	1	2	3	4	5	6
sportování	1	2	3	4	5	6
kouření marihuany	1	2	3	4	5	6
sexuální aktivity	1	2	3	4	5	6
kino	1	2	3	4	5	6
konzumace extáze	1	2	3	4	5	6
chození ven s kamarády	1	2	3	4	5	6
četba knihy	1	2	3	4	5	6
pomoc v domácnosti	1	2	3	4	5	6
domácí úkoly	1	2	3	4	5	6
posezení v kavárně	1	2	3	4	5	6
odpočinek	1	2	3	4	5	6
trávení času s partnerem	1	2	3	4	5	6
kulturní akce (výstava)	1	2	3	4	5	6
diskotéka	1	2	3	4	5	6
sledování filmů	1	2	3	4	5	6
poslech hudby	1	2	3	4	5	6

Q7. Jaká zdravotní rizika podle tebe způsobují návykové látky (alkohol, tabák)?

Q8. Jaké 3 potraviny (skupiny potravin) podle tebe způsobují zdravotní rizika?

Q9. Jaké 3 potraviny (skupiny potravin) považuješ za nejdůležitější pro zdraví?

Q10. Zakroužkuj pravdivou odpověď u každého výroku.

1.	Každý den jím sladkosti.	ano	ne
2.	Stravuji se ve školní jídelně.	ano	ne
3.	Jídlo z fast foodu (McDonald, KFC, Burger King, ...) mi chutná.	ano	ne
4.	Pravidelně (alespoň 2x týdně hodinu) se věnuji sportu.	ano	ne
5.	Jsem spokojen/a se svou postavou.	ano	ne
6.	Měla/a jsem pohlavní styk, když mi bylo méně jak 15 let.	ano	ne
7.	Mám stálého partnera/partnerku déle jak 3 měsíce.	ano	ne
8.	Kouřím více jak jednu cigaretu denně.	ano	ne
9.	Pravidelně snídám.	ano	ne
10.	Každý den mám alespoň jedno teplé jídlo.	ano	ne
11.	Často mívám deprese a špatné nálady.	ano	ne
12.	Stav opilosti si navozuji proto, že se v něm cítím dobře.	ano	ne

Q11. Uveď, v jakém věku jsi měl/a první zkušenost s následujícími aktivitami.

(Pokud s nějakou aktivitou nemáš zkušenost, políčko nech prázdné).

1.	Kouření cigaret	
2.	Pohlavní styk	
3.	Pití alkoholu	
4.	Konzumace extáze	
5.	Kouření marihuany	
6.	Brigáda	

Q12. Jaké jsou tvé koníčky? _____

Q13. Jak nejraději odpočíváš? _____

Q14. Co pro tebe znamenají kamarádi?

Q15. Máš v současné době partnerský vztah? Ano 1 Jak dlouho? _____
Ne 2

Q16. Jak se s partnerem/partnerkou chráníte před nechtěným otěhotněním?

- 1 kondom
- 2 hormonální antikoncepce
- 3 jiná ochrana: _____
- 4 nechráním, neřeším to
- 5 neprovozují sex

Q17. Kolik jsi měl/a celkem sexuálních partnerů/partnerek? _____

Q18. Co považuješ za rizikové chování? (označ maximálně 3 možnosti)

- záškoláctví 1
- šikana 2
- střídání partnerů 3
- trestný čin 4
- lajdáctví 5
- snížená známka z chování 6
- opakování ročníku 7
- rasismus 8
- darování krve 9
- náboženské aktivity 10

Q19. Seřad' následující položky podle toho, jak jsou pro tebe v životě důležité od 1 (nejdůležitější) až do 7 (nejméně důležité).

- _____ moje současná rodina
- _____ duševní i fyzické zdraví
- _____ být stylový (jít s módou)
- _____ stálý životní partner
- _____ založení vlastní rodiny
- _____ prospěch ve škole
- _____ peníze a majetek

D1. Jsi Muž 1 Žena 2

D2. Kolik ti je let? _____

D3. Kolik tříd základní školy jsi ukončil/a: _____

D4. S kým žiješ ve společné domácnosti? _____

Příloha č. 3: Procentuální vyjádření odpovědí na otázku Q6

	denně	více jak 1x týdně	1x týdně	1-3x do měsíce	méně než 1x měsíčně	nepro- vádím
kouření cigaret	78	8	--	--	--	14
pití alkoholu	6	8	39	17	19	11
chození za školu	6	6	6	19	8	50
konzumace ve fast foodu	8	17	19	28	6	19
hraní her na počítači	31	11	11	8	--	39
divadelní představení	--	--	--	8	33	56
dívání se na televizi	69	14	6	--	6	--
sportování	19	14	6	6	14	39
kouření marihuany	8	6	--	11	17	56
sexuální aktivity	11	41,7	19,4	11	--	14
kino	6	--	6	14	53	22
konzumace extáze	--	--	--	8	8	80
chození ven s kamarády	50	25	11	6	3	6
četba knihy	6	6	6	14	19	44
pomoc v domácnosti	53	31	6	--	3	8
domácí úkoly	8	6	14	11	14	47
posezení v kavárně	--	8	17	17	6	50
odpočinek	44	28	11	--	6	8
trávení času s partnerem	44	25	8	3	--	19
kulturní akce (výstava)	3	--	6	25	17	50
diskotéka	3	14	22	6	17	36
sledování filmů	36	31	19	3	3	8
poslech hudby	100	--	--	--	--	--

Tabulka 6 Q6: Jak často provádíš následující aktivity?

Příloha č. 4: Korelace věku a počtu sexuálních partnerů

První zkušenost s pohlavním stykem	Počet sexuálních partnerů	Počet případů	Věk v době vyplňování dotazníku
13	2	1	17
	3	1	17
	4	1	18
	5	1	19
	10	1	20
	14	1	20
14	5	1	17
	6	1	18
	7	1	19
	8	1	20
	17	1	18
15	1	1	17
	2	1	17
		2	16
		3	17
	3	1	16
	13	1	17
16	1	1	19
		2	18
		3	17
	2	1	18
	3	1	18
	5	1	20
	6	1	23
17	3	1	19
	20	1	21
18	1	1	19
19	1	1	22
	3	1	22

Tabulka 7 Počet sexuálních partnerů v závislosti na věku (vl. zpracování).