

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave
FAKULTA VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA

**DODRŽIAVANIE PRAVIDIEL ZDRAVÉHO ŽIVOTNÉHO
ŠTÝLU V SLEDOVANEJ POPULÁCI V MLADISTVOM
VEKU**

Diplomová práca

2017

Michaela Jasenáková

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave
FAKULTA VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA

**DODRŽIAVANIE PRAVIDIEL ZDRAVÉHO ŽIVOTNÉHO
ŠTÝLU V SLEDOVANEJ POPULÁCI V MLADISTVOM
VEKU**

Diplomová práca

Študijný program: Verejné zdravotníctvo 7.4.2

Vedúci diplomovej práce: PhDr. Dominika Hrašková, PhD.

Pracovisko (katedra, ústav): Ústav ochrany zdravia FVZ

Bratislava 2017

Michaela Jasenáková

Čestné prehlásenie:

Čestne prehlasujem, že diplomovú prácu na tému „*Dodržiavanie pravidiel zdravého životného štýlu v sledovanej populácii v mladistvom veku*” som vypracovala samostatne s použitím literatúry v priloženom zozname.

Bratislava

Pod'akovanie

Ďakujem PhDr. Dominike Hraškovej, PhD. a RNDr. Soni Wimmerovej, PhD. za cenné rady, za pripomienky a odborné vedenie pri vypracovaní diplomovej práce.



SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA v Bratislave

Fakulta verejného zdravotníctva SZU

Ústav ochrany zdravia FVZ

Z A D A N I E Z Á V E R E Č N E J P R Á C E

Evidenčné číslo: 9995

Názov záverečnej práce:

**Dodržiavanie pravidiel zdravého životného štýlu v sledovanej populácii
v mladistvom veku.**

Pokyny pre vypracovanie:

Odbor: 7.4.2. verejné zdravotníctvo

Študijný program: verejné zdravotníctvo

Typ záverečnej práce: Diplomová práca Mgr.

Akademický rok: 2016/2017

Autor záverečnej práce: Bc. Michaela Jasenáková

Vedúci záverečnej práce: PhDr. Dominika HRAŠKOVÁ, PhD.

Konzultant záverečnej práce:

Dátum zadania záverečnej práce: 27.01.2016

Abstrakt

JASENÁKOVÁ, Michaela: *Dodržiavanie pravidiel zdravého životného štýlu v sledovanej populácii v mladistvom veku* [diplomová práca]. Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave. Fakulta verejného zdravotníctva.. Ústav ochrany zdravia FVZ. Školiteľ: PhDr. Dominika Hrašková, PhD. Stupeň odbornej kvalifikácie: Magister verejného zdravotníctva. Bratislava: FVZ, 2017. s. 70

Úvod: Životný štýl patrí medzi najviac ovplyvniteľné determinanty, tvorí 50-60%. Patrí k nemu výživa, pohybová aktivita, stres, alkohol, drogy.

Cieľ: Zistiť informovanosť a dodržiavanie zdravého životného štýlu u mladistvých.

Metodika: Súbor tvorilo 117 žiakov. Údaje boli zbierané pomocou dotazníka v mesiaci február 2017 na školách v Bratislave. Získané údaje sme spracovávali a hodnotili s použitím chí kvadrát testu v kontingenčných tabuľkách, test normálneho rozdelenia, Kruskal-Wallisovho testu.

Výsledky: Nepreukázali sme štatisticky významný rozdiel v dodržiavaní zdravého životného štýlu u mladistvých na školách ($p=0,238$). Počet prednášok na školách o zásadách dodržiavania zdravého životného štýlu nepreukázal štatisticky významný rozdiel medzi žiakmi ($p=0,133$). Čiastočne štatisticky významný rozdiel sme preukázali pri konzumácii alkoholu medzi žiakmi škôl ($p=0,003$), štatisticky významný rozdiel sme nepreukázali pri fajčení cigariet ($p=0,091$) a užívaní drog medzi žiakmi škôl ($p=0,267$). Štatisticky významný rozdiel sme tiež preukázali pri vplyve stresu na žiakov medzi školami ($p=0,046$).

Záver: V jednej hypotézach sme preukázali štatisticky významný rozdiel a v jednej čiastočne štatisticky významný rozdiel. Štatisticky významný rozdiel sme nepreukázali v dvoch hypotézach. Je potrebné zvýšiť informovanosť mladistvých o zásadách zdravého životného štýlu v rámci školských a mimoškolských aktivít.

Kľúčové slová: životný štýl, mladiství, determinanty zdravia, výživa, pohybová aktivita

Abstract

JASENÁKOVÁ, Michaela: Compliance with the rules of a healthy lifestyle in the population studied in teens. [Thesis]. Slovak Medical University in Bratislava. Faculty of Public Health. Department of health protection FVZ. Supervisor: PhDr. Dominika Hrašková, PhD. Level of Professional Qualification: Master of Public Health. Bratislava: FVZ, 2017. p. 70

Introduction: Lifestyle are among the most modifiable determinants constitutes 50-60%. It includes a nutrition, physical activity, stress, alcohol, drugs.

Objective: To determine awareness observance of healthy lifestyle among adolescents.

Methods: The study group consisted of 117 students. Data were collected by questionnaire in the month of February 2017 at schools in Bratislava. The obtained data were processed evaluated using the chi-square test in contingency tables, test of normal distribution, Kruskal-Wallis test.

Results: We did not show a statistically significant difference in keeping a healthy lifestyle among adolescents in schools ($p=0,238$). The number of lectures in schools on the principles of respect for a healthy lifestyle did not show a statistically significant difference between the students ($p=0,133$). Partial statistically significant difference was demonstrated in alcohol consumption among school students ($p=0,003$), a statistically significant difference we did not show cigarette smoking ($p=0,091$) and drug use among school students ($p=0,267$). A statistically significant difference was also shown at the affects of stress on students between schools ($p=0,046$).

Conclusion: In one hypothesis we showed a statistically significant difference and in one part, a statistically significant difference. A statistically significant difference was not demonstrated in two hypotheses. It is necessary to raise awareness among adolescents about the principles of healthy lifestyles in school and extracurricular activities.

Key words: lifestyle, adolescents, determinants of health, nutrition, physical activity

OBSAH

ZOZNAM ILUSTRÁCIÍ A TABULIEK	10
ZOZNAM SKRATIEK	11
ÚVOD	13
1 ZDRAVIE	15
1.1 Definícia zdravia.....	15
1.2 Determinanty zdravia.....	15
1.2.1 Neovplyvniteľné determinanty zdravia	15
1.2.2 Ovplyvniteľné determinanty zdravia.....	16
2 ZDRAVÝ ŽIVOTNÝ ŠTÝL	17
2.1 Definícia životného štýlu	17
2.2 Faktory ovplyvňujúce zdravý životný štýl	18
2.2.1 Výživa.....	18
2.2.2 Telesná aktivita	21
2.2.3 Závislosti	21
2.2.4 Regenerácia a odpočinok.....	24
2.2.5 Stres.....	26
2.3 Ochorenia spôsobené nedodržiavaním zdravého životného štýlu	27
2.3.1 Diabetes mellitus	27
2.3.2 Obezita a nadváha	28
2.3.3 Psychické poruchy	29
2.3.4 Poruchy prijímania potravy	29
3 PUBERTÁLNY VEK	31
3.1 Definícia puberty	31
3.2 Charakteristika puberty	31
3.2.1 Predčasná puberta (pubertas praecox).....	32
3.2.2 Oneskorená puberta (pubertas tarda).....	32
4 SOCIÁLNE VZŤAHY MLADISTVÝCH	33
4.1 Sociálne vzťahy mladistvých k rodičom.....	33
4.2 Sociálne vzťahy mladistvých s rovesníkmi.....	33
4.3 Sociálne vzťahy mladistvých s učiteľmi	34
5 DODRŽIAVANIE ZDRAVÉHO ŽIVOTNÉHO ŠTÝLU U MLADISTVÝCH	35
5.1 Výživa mladistvých	35

5.2 Abúzy u mladistvých	35
PRAKTICKÁ ČASŤ	37
6 CIELE A HYPOTÉZY	37
7 MATERIÁL A METÓDY	38
8 VÝSLEDKY	39
8.1 Deskriptíva súboru.....	39
8.2 Porovnanie odpovedí žiakov základných a stredných škôl.....	40
8.3 Testovanie hypotéz	51
9 DISKUSIA	56
ZÁVER	58
ODPORÚČANIA PRE PRAX	59
POUŽITÁ LITERATÚRA	60

ZOZNAM ILUSTRÁCIÍ A TABULIEK

Obrázok 1 Rozdelenie súboru podľa pohlavia.....	38
Obrázok 2 Rozdelenie súboru podľa typu školy.....	39
Tabuľka 1 Rozdelenie súboru podľa veku.....	38
Tabuľka 2 Voľný čas žiakov.....	40
Tabuľka 3 Počet hodín strávených pri TV.....	40
Tabuľka 4 Počet hodín strávených pri mobile/počítači.....	41
Tabuľka 5 Pohybová aktivita- počet hodín týždenne.....	41
Tabuľka 6 Stravovanie žiakov.....	42
Tabuľka 7 Typ raňajok u žiakov.....	42
Tabuľka 8 Týždenná konzumácia mäsa.....	43
Tabuľka 9 Týždenná konzumácia ovocia.....	44
Tabuľka 10 Týždenná konzumácia zeleniny.....	44
Tabuľka 11 Týždenná konzumácia sladkostí.....	45
Tabuľka 12 Týždenná konzumácia mliečnych výrobkov.....	45
Tabuľka 13 Návšteva prevádzok rýchleho občerstvenia.....	46
Tabuľka 14 Pitný režim žiakov.....	46
Tabuľka 15 Konzumácia sladených nápojov počas týždňa.....	47
Tabuľka 16 Konzumácia alkoholu u mladistvých.....	48
Tabuľka 17 Fajčenie u mladistvých.....	48
Tabuľka 18 Užívanie psychoaktívnych látok u mladistvých.....	49
Tabuľka 19 Počet stresových situácií počas týždňa u mladistvých.....	49
Tabuľka 20 Počet prednášok na školách o zásadách zdravého životného štýlu.....	50
Tabuľka 21 Rozdelenie súboru do skupín podľa dodržiavania zdravého životného štýlu.....	51
Tabuľka 22 Získané skóre na školách.....	52

ZOZNAM SKRATIEK

ATB- antibiotiká

BMI- Body Mass Index

CRF- faktor uvoľňujúci kortikotrofin

DM 1.typ- Diabetes mellitus 1.typ

DM 2.typ- Diabetes mellitus 2.typ

EFSA- Európsky úrad pre bezpečnosť potravín

ETS- vdychovanie enviromentálneho tabakového dymu

EÚ- Európska únia

GnRH- vylučovanie hypotalamového gonadotropíny uvoľňujúceho hormónu

IGF- poruchy glukózovej tolerancie

IDF- zlá výživa v tehotenstve

LDL cholesterol- Low-density lipoprotein cholesterol

MKCH- Medzinárodná klasifikácia chorôb

NREM- nonREM

OVD- odporúčané výživové dávky

ODP- odporúčané dávky potravín

REM- Rapid Eye Movement

SZO- Svetová zdravotnícka organizácia

WHO- World Health Organization- Svetová zdravotnícka organizácia

ÚVOD

Pojem zdravie zahŕňa fyzické, psychické, sociálne, intelektuálne a enviromentálne aspekty (Musilová a spol., 2012).

Determinanty zdravia sú prioritou, ktorou sa zaoberajú programy a projekty verejného zdravotníctva. Európsky program „Zdravie pre všetkých“ kladie dôraz na posilňovanie zdravia a prevenciu chorôb, elimináciu sekundárnej a terciárnej prevencie (Bielik, 2011).

Zdravotný stav podmieňujú determinanty zdravia, medzi ktoré patrí genetika, životné prostredie, životný štýl a úroveň zdravotnej starostlivosti (Štefková a spol., 2009). Existujú faktory, ktoré sú človekom neovplyvniteľné, napr. enviromentálne prostredie. Medzi ďalšie neovplyvniteľné determinanty zdravia patria faktory sociálne a ekonomické. Ťažko ovplyvniteľné faktory sú interné, napr. genetické faktory. Na rozdiel od toho životný štýl patrí medzi najviac ovplyvniteľné determinanty zdravia. Tvorí 50-60% všetkých determinantov zdravia (Bielik, 2011).

Medzi faktory životného štýlu patrí dostatočná pohybová aktivita, pravidelné stravovanie, dodržiavanie pitného režimu, závislosti (tabak, alkohol a iné drogy), zvládanie stresových situácií a režim práce a odpočinku, socioekonomická situácia a behaviorálne situácie (Nevolná, 2015).

Výživa je biologickou, primárnou potrebou človeka potrebnou na zachovanie života. Je to materiálny základ pre existenciu človeka, jeho rast a vývin. Strava má mať primeranú biologickú a energetickú hodnotu s optimálnym zastúpením všetkých živín ako bielkoviny, tuky, sacharidy, vlákninu, minerálne látky a vitamíny (Musilová a spol., 2012). Ak energetický príjem prevyšuje energetický výdaj dochádza k obezite u detí (Chromá a spol., 2008).

Medzi pohybom a kvalitnou výživou je veľmi úzky vzťah. Je dôležitý dostatok informácií o životnom štýle, zdravej výžive, pohybovej aktivite a rizikových faktoroch (Musilová, Masaryk, 2015).

Puberta je obdobím prechodu medzi detstvom a dospelosťou. Dochádza k sexuálnemu dozrievaniu, ukončeniu rastu a psychickému dozrievaniu (Mišíková, 1997). Dominantným rysom tohto obdobia je presadzovanie individuality u mladistvých, ktorá vedie k psychosociálnym zmenám správania sa k rodine, škole a rovesníkom (Šašinka, 1998).

Nároky na kvalitu života mladistvých sa neustále zvyšujú. Sú čoraz častejšie diskutovanou otázkou hlavne v médiách, v zdravotníctve, v ekonomike a v ďalších odvetviach (Nevolná, 2011).

Hlavným cieľom diplomovej práce je oboznámiť čitateľa o zdravom životnom štýle, o dodržiavaní a o následkoch súvisiacich s nedodržiavaním zdravého životného štýlu u mladistvých.

1 ZDRAVIE

1.1 Definícia zdravia

„Zdravie je stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody pri zachovaní funkcií všetkých telesných orgánov, významných spoločenských funkcií človeka a schopnosti organizmu prispôbiť sa meniacim sa podmienkam prostredia” (Gazdíková a kol., 2015, s.10).

Zdravie je proces rozvíjania, používania a ochraňovania všetkých zdrojov ľudského tela, mysle, duše, rodiny, komunity a prostredia (Musilová a kol., 2011). *„Svetová zdravotnícka organizácia definuje zdravie ako stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody a nie len neprítomnosť choroby alebo postihnutia”* (WHO, 2010).

1.2 Determinanty zdravia

Medzi determinanty zdravia patria životný štýl, ktorý tvorí 50-60%, genetika 10-15%, životné prostredie 20-25% a zdravotná starostlivosť 10-15% (Gazdíková a kol., 2015).

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) vydala základný medzinárodný dokument, v ktorom je uvedených 10 sociálnych determinantov zdravia, ktoré sa v rôznej miere podieľajú na chorobnosti a následnej úmrtnosti, a to: sociálny gradient, stres, ranné obdobie života, spoločenská izolácia, pracovné podmienky, nezamestnanosť, spoločenská podpora, závislosť na nikotíne, alkohole a drogách, zloženie stravy a doprava (Štefková a kol., 2009).

1.2.1 Neovplyvniteľné determinanty zdravia

Medzi externé a človekom len ťažko ovplyvniteľné patria životné prostredie a genetika (Bielik, 2011).

Genetiku tvorí tzv. neovplyvniteľná zložka zdravia a je určená pohlavím, vekom, rodinnou anamnézou, vrodenými vadami, dispozíciou vzniku choroby, rozdiely v zdraví medzi mužmi a ženami, úroveň intelektových schopností (Gazdíková a kol., 2015).

Socioekonomické a prírodné životné prostredie tvoria ekologické podmienky, klimatické podmienky, technologické postupy, pracovný materiál, toxíny, mikroklíma, profesionálne riziká (hluk, vibrácie, elektromagnetické žiarenie), ovzdušie, voda, pôda, výrobné technológie, pracovné prostredie, predmety bežného používania, služby, doprava, urbanistika (Gazdíková a kol., 2015).

„Zdravie pre všetkých“ Európsky program orientovaný na preventívne úsilie na znižovanie pôsobenia rizikových faktorov prostredia a na priaznivé ovplyvňovanie životného štýlu. Politika ZDRAVIE 21 pre európsky región SZO má nasledujúce hlavné prvky: dosiahnuť úplný potenciál zdravia pre všetkých, podporovať a ochraňovať zdravie ľudí po celý život, znižovať výskyt nových prípadov závažných chorôb a poškodení a vyhnúť sa utrpeniu, ktoré ľuďom spôsobujú (WHO, 1998).

Medzi obmedzene ovplyvniteľné determinanty občanom patrí zdravotná starostlivosť (Bielik, 2011).

K zdravotnej starostlivosti patrí preventívna, diagnostická, terapeutická zložka, zdravotná politika, dostupnosť zdravotnej starostlivosti, zdravotnícky systém, úroveň zdravotníctva, organizácia financovania a riadenie zdravotníctva (Gazdíková a kol., 2015).

„Zdravotná starostlivosť má významnú úlohu v prevencii a liečbe mnohých infekčných chorôb. Pomocou cielených očkovacích programov a využitím liečebného spektra radu ATB boli napr. dosiahnuté vynikajúce výsledky v eliminovaní (vykorenení, vymietnutí) týchto chorôb“ (Bielik, 2011, s. 41).

1.2.2 Ovplyvniteľné determinanty zdravia

Životný štýl patrí medzi najviac ovplyvniteľné determinanty. Je zhoršujúcim sa determinantom, o čom svedčí napr. masová epidémia nadváhy a obezity, športová inaktivita, nezáujem vytvárať pre ľudí- občanov dostatok (dostupných) športovísk, plavární, ľadových plôch, čím si ľudia túto absenciu nahrádzajú zvýšenou konzumáciou alkoholu, drogami, fajčením, hazardnými hrami, počítačmi (Bielik, 2011).

K životnému štýlu neodmysliteľne patrí výživa, fajčenie, pohybová aktivita, stres, alkohol, lieky, drogy, sex, životná úroveň, sociálne faktory, nezamestnanosť, chudoba, spôsob práce, úroveň vzdelania, spôsob stravovania a osobná hygiena (Gazdíková a kol., 2015).

2 ZDRAVÝ ŽIVOTNÝ ŠTÝL

2.1 Definícia životného štýlu

„Životný štýl úzko súvisí s pojmom zdravie” (Foltín, Krajči, 2008, s.4). Životný štýl je spôsob spoločenského, rodinného života, medziľudských vzťahov, spôsob životosprávy, výživy, fyzickej aktivity, záľub a voľnočasových aktivít. Ovpływujú ho vonkajšie a vnútorné faktory, ktoré majú priamy vplyv na stav zdravia a choroby každého jedinca (Červeňanová, 2012, s. 19).

Zdravý životný štýl nie je len určitý nemenný stav, sú to neustále zmeny k lepšiemu, ide o vzd'áľovanie sa od stavu, ktorý nazývame chorobou (Musilová a kol., 2012).

Zdravý životný štýl je spôsob života, ktorý znižuje nárast nových chorých alebo ľudí čoskoro umierajúcich. Nie všetkým chorobám a ochoreniam sa dá predísť, ale veľkej časti úmrtí sa dá predchádzať, najmä koronárnym srdcovým ochoreniam, rakovine pľúc, obezite, vysokému krvnému tlaku, zvýšenému cholesterolu, diabetes mellitus 2.typu. Vedecké štúdie zistili určité typy správania, ktoré prispievajú k rozvoju neprenosných chorôb a predčasným úmrtiam. Zdravie nie je len o zamedzení ochorení. Ide tiež o fyzickú, duševnú a sociálnu pohodu. Zdravý životný štýl môže byť pozitívnym vzorom pre ostatných ľudí v rodine, najmä detí (WHO, 1999).

Životný štýl má najväčší podiel na utváraní zdravotného stavu populácie, ktorý je ovplyvňovaný najmä prevenciou, výchovou k zdraviu a podporou zdravia (Musilová a kol., 2012).

Návykové látky sa stali denno-dennou potrebou, rozšírilo sa fajčenie, konzumácia alkoholu, užívanie drog, ale i množstvo liekov, vzrástla spotreba cukrov a solí v potrave. Náš životný štýl sa vyznačuje malou fyzickou aktivitou a zároveň prepínaním psychických síl. Viest' zdravý životný štýl znamená poznať a akceptovať celý rad faktorov, ktoré rozhodujúco ovplyvňujú naše zdravie (Červeňanová, 2012).

„Pravidlá života vychádzali zo šiestich prírodných javov, ktoré boli známe z antických čias: vzduchu, jedenia a pitia, pohybu a pokoja, spánku a bdenia, vnútorného a vonkajšieho vylučovania, z duševných a citových stavov, ďalej tam patril aj pohlavný styk, oblečenie a bývanie. V súčasnosti, pri preferovaní zdravého spôsobu života a vychádzaní z historických artefaktov je vhodné vytvoriť si základ správneho životného štýlu. Určiť si základné faktory, ktorými sú potrava, vzduch, voda, slnko, telesná aktivita, odpočinok, toxické látky a duševný stav” (Červeňanová, 2012, s. 19).

Neustále sa meniaci životný štýl v našej modernej spoločnosti a demografické zmeny môžu viesť k zvýšeniu tzv. civilizačných chorôb a ochorení súvisiacich s vyšším vekom. V minulosti patrili k bežným chorobám kardiovaskulárne ochorenia, diabetes mellitus a bolesti v chrbte. V súčasnosti sa do pozornosti spoločnosti dostávajú neurologické a duševné poruchy vďaka vysokej práceneschopnosti. WHO predpovedá pre nasledujúce desaťročie významný nárast duševných a neurologických porúch v priemyselných národoch (Schneider, 2014).

Životný štýl detí a mládeže sa v posledných rokoch mení. Deti vykonávajú menej fyzickej aktivity, pobyt vonku pri hrách, prechádzky v lese alebo pobyt vonku s kamarátmi, sa zmenil na vysedávanie pri počítačoch a počítačovými hrami a televízorom. V dôsledku zlej konzumácie potravín a pitím sladených nealkoholických nápojov vzrastá u mládeže nadváha stúpa krvný tlak, zvyšuje sa výskyt diabetu 2. typu (Foltín, Krajčí, 2008).

2.2 Faktory ovplyvňujúce zdravý životný štýl

„Rizikové faktory zdravého životného štýlu sú vplyvy, ktoré zvyšujú riziko určitého ochorenia ako aj pravdepodobnosť, že človek po určitej dobe expozície ochorie. Niektoré rizikové faktory môžeme ovplyvniť (nesprávne stravovanie, nedostatok pohybovej aktivity, fajčenie, požívanie návykových látok), ale niektoré sa ovplyvniť nedajú (vek, pohlavie, dedičné predispozície)” (Nevolná, 2015, s. 41).

2.2.1 Výživa

„Výživa je súhrn pochodov, pri ktorých organizmus prijíma, spracováva a využíva potravu, tzn. látky potrebné na rast, obnovu a udržanie funkcií organizmu” (Gazdíková a spol., 2015, s. 20).

Výživa je jedným z hlavných činiteľov, ktoré rozhodujú o zdravotnom stave, fyzickom a psychickom rozvoji dieťaťa, teda ovplyvňuje duševný stav jedinca, jeho normálnu činnosť mozgových vlín, náchylnosť k duševným a degeneratívnym neurologickým ochoreniam (Béderová, 2000; Červeňanová, 2012).

„Na zlom zdravotnom stave obyvateľstva sa nemalou mierou podieľa výživa, ktorej obrazom je spotreba potravín energeticky nadmerná a živinovo nevyvážená” (Musilová a spol., 2012, s. 4).

„Na pokrytie odporúčaní vo výžive sa využívajú dva základné nástroje a to sú odporúčané výživové dávky (OVD) a odporúčané dávky potravín (ODP)” (Fatrcová-Šramková, 2012, s. 39).

Výživa predstavuje stravu zohľadňujúcu všetky jej zložky v prirodzenom stave a priamo ovplyvňuje ochranu zdravia, udržiavanie rovnováhy látkovej premeny, imunitného systému, psychickú a fyzickú rovnováhu, dobrý zdravotný stav a upevňovanie zdravia (Červeňanová, 2012).

Gazdíková a kol. tvrdí: „Faktory ovplyvňujúce nutričné požiadavky sú vek, pohlavie, celková kondícia, metabolizmus, zdravotný stav, nutričný stav, teplota okolia, kalorický výdaj, socioekonomické faktory, emocionálne a kultúrne faktory a lákavosť a chunosť potravy” (Gazdíková a kol., 2015).

Šimončič konštatuje: „Zo súčasných trendov posledných rokov pozorujeme priaznivý klesajúci príjem a vyrovnávajúci sa trend príjmu živočíšnych a rastlinných bielkovín. Priaznivý je tiež vzostup prívodu vlákniny a vitamínu C, mierne uspokojivá spotreba zeleniny a stúpajúca spotreba ovocia“. „Nepriaznivý však je výrazné zníženie spotreby mlieka, nízka spotreba rýb a strukovín, nízky prívod vlákniny v celej populácii” (Šimončič, 2000, s. 1,3).

Mlieko je dokonalým a najprirodzenejším nápojom. Obsahuje živočíšne bielkoviny, stráviteľný tuk, minerály, vitamíny (vápnik, fosfor, vitamín B₂, vitamín A, vitamín B₁), mliečny cukor, stopové prvky, ktoré sú nevyhnutné pre výživu a rozvoj ľudského organizmu (Herian, 2000).

Správne zloženie potravy by sa malo dodržiavať. Odporúčaný príjem živín je bielkoviny 10%, sacharidy 30% a tuky 60%. Nedávne prieskumy ukázali, že je pre zdravie nebezpečné jesť priveľa mäsa s vysokým obsahom živočíšnych tukov. Mastné mäso má vysoký obsah cholesterolu, nasýtených tukov a vysokú energetickú hodnotu. (Štefáková, 2009; WHO, 2010; Gazdíková a kol., 2015).

Tuky predstavujú v rámci výživy človeka najkoncentrovanejší zdroj energie a sú zdrojom esenciálnych mastných kyselín, majú tiež dôležitú úlohu v imunitnom systéme. Odporúča sa 35- 40% podiel celkového energetického príjmu počas dňa. Medzi potraviny s vysokým obsahom tuku zaradujeme rastlinné oleje, maslo, syry, smotanu, orechy, semená, majonézu, strúhaný kokos a smažené pokrmy (Klub cystickej fibrózy, 2012; Jurkovičová, 2015).

Esenciálne mastné kyseliny sú aminokyseliny, ktoré si naše telo nedokáže vyrobiť a potrebuje ich prijať v potrave, resp. musíme jesť potraviny, ktoré ich obsahujú. Ich zdrojom sú hlavne rastlinné oleje ako napr. slnečnicový, sójový, repkový a olivový, kukuričný,

sezamový. Majú pozitívny účinok na celkový cholesterol a na LDL cholesterol (Jurkovičová, 2015; Klub cystickej fibrózy, 2012).

Bielkoviny prijímané prostredníctvom potravín umožňujú rast a vývoj ľudského organizmu. Potraviny bohaté na bielkoviny sú hlavne mäso, hydina, ryby, syry, vajcia, strukoviny, sójové potraviny a orechy (Jurkovičová, 2015).

Sacharidy sú pre organizmus pohotovým zdrojom energie. Hlavným zdrojom sacharidov je celozrnný chlieb, ryža, cestoviny (Jurkovičová, 2015; Klub cystickej fibrózy, 2012).

Vláknina je komplexný polysacharid, vyskytujúci sa výlučne v potravinách rastlinného pôvodu. Viaže v organizme vodu a toxické látky, čo podporuje správnu funkciu čriev (Klub cystickej fibrózy, 2012).

„Vláknina je prirodzene prítomná v obilí, zelenine, ovocí a v orechoch, a jej množstvo a zloženie sa líši v závislosti od rastlinného druhu. Zdravotné prínosy vlákniny zahŕňajú prevenciu a zmiernenie diabetes mellitus 2. typu, kardiovaskulárne ochorenia a rakoviny hrubého čreva” (Malka, 2014, s.2).

Voda tvorí v tele dospelého človeka 60% telesnej hmotnosti. Celková telesná voda sa delí na intracelulárnu (40%), extracelulárnu (20%) a trancelulárnu (sem patrí likvor, očná komora, gastrointestinálny trakt, exkretčné žľazy) (Hniličková, 2008).

„Obsah vody v tele sa zisťuje bioelektrickou impedanciou” (Zoboková, 2013, s. 27).

Voda v ľudskom tele plní tieto dôležité funkcie: tvorí vnútorné prostredie organizmu, zaisťuje látkovú výmenu, pomáha vyplavovať škodlivé látky, asimiluje a absorbuje minerály, vitamíny, umožňuje správne fungovanie obličiek a orgánov udržiavajúcich homeostázu, reguluje telesnú teplotu, prispieva k fyzickej a psychickej pohode človeka (Minárik, 2014).

„SZO odporúča príjem 1,4 až 4,5 litra vody za deň. Európsky úrad pre bezpečnosť potravín (EFSA) odporúča 2 až 2,5 litra za deň” (Minárik, 2014, s. 23).

Vieme už, že smäd je ukazovateľom akútneho nedostatku tekutín, ktorý však nemusíme pociťovať pri patologických stavoch (hnačky, vracanie, horúčkovité stavy, pri ťažkej fyzickej aktivite) a vtedy je nutná vysoká spotreba vody (Fatrcová-Šramková, 2014; Kujaník a kol., 2008).

„Pri dehydratácii organizmu dochádza k poruchám funkcie obličiek, tvorby obličkových konkrementov, infekciám močových ciest, akútnej apencitíde, premalígnym adenómom, kolorektálnym karcinómom a kardiovaskulárnym chorobám” (Miklovičová a kol., 2014, s.18).

2.2.2 Telesná aktivita

K zdravému a kvalitnému životnému štýlu patrí cvičenie, ktoré pozitívne vplyva na srdcovo-cievny systém, látkovú výmenu, oporný a pohybový systém a psychický stav človeka. Fyzická aktivita je nezastupiteľnou súčasťou životného štýlu, pretože zlepšuje duševnú a telesnú rovnováhu, vedie k sebadôvere, k sebaoceňovaniu a umožňujú výraznú sebarealizáciu (Nevolná, 2015; Červeňanová, 2012).

Počet detí, ktorých záujem o šport klesá, je čoraz viac. *„Dôležitú úlohu zohráva vytrvalostná, cyklická, aeróbna pohybová aktivita. Sem patrí predovšetkým turistika, rýchla chôdza, beh, beh na lyžiach, plávanie, bicyklovanie, korčuľovanie, aerobik, tanec, veslovanie a pádlovanie, aeróbne cvičenia na aparáturách ako napr. pohyblivé pásy, stacionárne bicykle, cvičenia na steperoch a pod. Pri týchto športových aktivitách sú zapojené hlavne veľké svalové skupiny, čo výrazne stimuluje dýchaciu a obehovú sústavu”* (Nevolná, 2015, s. 41).

„Veľký význam má cvičenie, teda štruktúrovaná fyzická aktivita, ktorá v prípade, že sa realizuje pravidelne v rámci dlhšieho obdobia, vedie k postupnému zlepšovaniu externých ukazovateľov zdatnosti, fyzického výkonu, zdravia a kvality života” (Ukrupcová a kol., 2015, s. 147).

Primeraná fyzická aktivita s vekom klesá, najvyššiu fyzickú aktivitu vykonávajú mladší ľudia (Jurkovičová a kol., 2006).

Nedostatok fyzickej aktivity je jedným z hlavných rizikových faktorov chronických metabolických, kardiovaskulárnych, neurodegeneratívnych a niektorých onkologických ochorení. A teda, ak človek nevykonáva pravidelnú fyzickú aktivitu hrozia mu konkrétne riziká ako: mŕtvica, vysoký krvný tlak, dýchavičnosť, nadváha, zlé držanie tela a osteoporóza (Ukrupcová a kol., 2015; WHO, 1999).

„Nedostatok alebo absencia pohybu a telesnej aktivity vedie predovšetkým k: zhoršeniu a spomaleniu metabolizmu a trávenia; zhoršeniu a oslabeniu pohyblivosti a funkcie svalov a kostí; zhoršeniu funkcie srdca a pľúc; stúpaniu krvného tlaku; poklesu telesnej a duševnej kondície, zlej tolerancii námahy a únave; vzniku nadváhy a obezity; psychickej nerovnováhy a depresiam” (Redakcia Medical practice, 2014, s. 13).

2.2.3 Závislosti

Fajčenie

„Fajčenie je vdychovanie a vydychovanie dymu z tlejúceho tabaku, ktoré má znaky naučeného chovania s fyzickými, psychickými a spoločenskými zážitkami. Na fajčenie a na

nikotín, látku obsiahnutú v dyme cigariet, vzniká u ľudí závislosť. Najčastejší spôsob fajčenia je fajčenie cigariet. Fajčí sa však aj po úprave a vytvarovaný v podobe cigary, narezaný pomocou fajky alebo vodnej fajky. K najstarším formám patrilo užívanie šnupavého tabaku” (Bernadič a kol., 2008, s. 119).

Fajčiar je osoba, ktorá fajčí pravidelne aspoň jednu cigaretu denne v čase vyšetrenia až po obdobie jedného roku. Príčiny a dôvody fajčenia sú rôzne, najčastejším dôvodom u fajčiarov je riešenie zložitej a stresovej situácie (Ochaba a kol., 2009).

„Tabakizmus je dnes najrozšírenejšou toxikomániou prirovnávanou k novodobej pandémie, ktorá si každoročne vyžiada milióny ľudských obetí. Cigareta je zdravotným, psychickým, biochemickým i sociálno-kultúrnym problémom a tabakizmus najsilnejšou závislosťou. Výskumy potvrdzujú, že dokonca silnejšou, ako návyk na heroín, kokáin alebo alkohol. Fajčenie spôsobuje aj ekonomické a sociálne problémy” (ÚVZSR, 2009).

Fajčenie ako drogová závislosť je deklarované aj v 10.revízií Medzinárodnej klasifikácie chorôb a príčin smrti, nájdeme ju pod číslom F17. Základné dôsledky fajčenia sú rakoviny, choroby dýchacích ciest, srdcovo-cievne ochorenia, vplyvy na tehotenstvá a reprodukčné funkcie a závislosti. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie je fajčenie nebezpečnou drogou, ktorá ničí ľudské zdravie. Na Slovensku zomiera ročne na choroby súvisiace s fajčením 20 tisíc ľudí. U fajčiarov sa skracaje celkovo život o 8-10rokov (Ochaba a kol., 2009; Bernadič a kol., 2008).

„Na Slovensku máme zakotvenú ochranu nefajčiarov v Zákone č. 377 / 2004 Z. z. Zákon o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov” (ÚVZSR, 2004, s. 1).

Pasívne fajčenie je vdychovanie dymu jednej osoby fajčiacej tabakové výrobky (či fajčiarových splodín) inou osobou/inými osobami alebo má tiež pomenovanie vdychovanie environmentálneho tabakového dymu (ETS-environmental tobacco smoke). V tabakovom dyme sa nachádza okolo 4000 chemických látok a 43 poznaných karcinogénov, pričom pasívny fajčiar bez filtra vdychuje asi 400 chemických látok. Pasívny nefajčiar vdychuje organické látky (polycyklické uhľovodíky, amíny, nitrozamíny, hydrazíny, benzén, vinylchlorid), anorganické látky (nikel, arzén, arzenik, kadmium, meď, chróm), rádio-nukleotidy (polónium-210) a ďalšie dráždivé látky (acetaldehyd, metanol, acetón, karboxylové zlúčeniny, fenoly, stearíny, pesticídy, aditíva, metán, sírovodík) (Ochaba a kol., 2009).

Alkohol

Európa patrí k najohrozenejším oblastiam v súvislosti so závislosťou na alkoholické nápoje (European Public Health Alliance, 2015).

Na Slovensku je 60% bezproblémových konzumentov alkoholu, asi 30% pije tzv. hazardne (sebapoškodzujúco), 5% je závislých na alkohole a 5% tvoria abstinenti (prirodzení abstinenti a asbtinujúci alkoholicí) Ondriová tiež uvádza, že: „*Podľa definície Národného inštitútu duševného zdravia (1968) je alkoholizmus chronická choroba, porucha správania charakterizovaná opakovaným pitím alkoholických nápojov, ktoré presahuje tradičné striedme užívanie alebo bežné dodržiavanie zvykov sociálneho pitia v spoločnosti a ktoré záporne vplyva na zdravie, interpersonálne vzťahy alebo ekonomické fungovanie*” (Ondriová a kol., 2007, s.137).

Závislosť na alkohole (alkoholizmus) je chronické, recidivujúce, často progradujúce ochorenie. Nadmerná pravidelná konzumácia alkoholických nápojov (abúzus) sa v Česku týka približne 25 % mužskej populácie a 5 % žien. Dlhodobé nadmerné užívanie alkoholu spôsobuje jednoznačne negatívne zmeny osobnosti. Po istom čase človek stráca súdnosť, ušľachtilé záujmy, schopnosť sebavzdelávania, vytrácajú sa emócie a zvyšuje sa emočná labilita. Chronická intoxikácia alkoholom zvyšuje depresiu, úzkosť a dysfóriu (Popov, 2003; Koprnová, 2006).

Alkohol má podiel na chorobnosti, úrazovosti, invalidite, predčasnej úmrtnosti, smaovražednosti, spôsobuje zvyšovanie nákladov na sociálnu starostlivosť. Podľa Koprnovej: „*Alkohol je kľúčový faktor pri 68% prípadov zabitia, 62% prípadov násilného napadnutia, 54% zrážok, 48% lúpeží a 44% prepadnutia. Alkohol je rozhodujúcim faktorom pri 45% smrteľných dopravných nehôd a v päťtine nehôd s ťažkým ublížením na zdraví*” (Koprnová, 2006, s. 152).

„*Alkohol, jeho účinky na ľudský organizmus, najčastejšie však negatívne dôsledky nadmerného užívania alkoholu, ktoré mnohokrát prerastajú do vážnych zdravotných, rodinných, sociálnych a spoločenských problémov, boli a naďalej sú predmetom záujmu celého spektra odborníkov, predovšetkým lekárov, fyziológov, prírodovedcov a psychológov, ale aj vedcov z oblasti spoločenských vied*” (Morovicsová, 2013, s. 96).

„*Podľa Jelineka prechádza človek pri vývoji závislosti od alkoholu štyrmi etapami:*

1. *Začiatková fáza sa prejavuje tým, že pitie alkoholu má spoločenské motívy. Prináša úľavu a eufóriu. Jednotlivec sa obracia k alkoholuj predovšetkým pre jeho chuť a príjem tekutiny.*
2. *Prodromálna fáza sa vyznačuje stále silnejšími väzbami postihnutého na alkohol ako drogu. Vzniká pocit potreby alkoholu bez ohľadu na jeho formu a druh nápoja.*

3. *Krucialna fáza sa charakterizuje stratou kontoly v pití. Alkoholik svoje pitie racionalizuje, hľadá preň vysvetlenie, lenže nie v sebe, ale mimo seba. Vytvára si zložitý systém alibizmu, ktorý mu dovoľuje pokračovať v pití.*
4. *Terminálna fáza alkoholizmu sa vyznačuje sústavným pitím alkoholických nápojov v každom dennom a nočnom čase. Výrazne klesá kritickosť, alkoholik pije hocijaké alkoholické nápoje, len aby upokojil svoju potrebu drogy” (Ochaba a kol., 2009, s. 50).*

Nová stratégia EÚ týkajúca sa boja proti škodám spôsobeným požívaním alkoholických nápojov by mala posilniť súčasný regulačný rámec týkajúci sa alkoholických nápojov a pomáhať národným vládam k významnému zníženiu škôd spôsobených požívaním alkoholu a súvisiacich nákladov. Mala by podporovať prevenciu, propagáciu zdravého životného štýlu a vzdelania (European Public Health Alliance, 2015).

Drogy

„Komisia expertov Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) pre drogovú problematiku ustálila dosiaľ platnú a najčastejšie používanú definíciu drogy v nasledujúcom znení: „Droga je akákoľvek látka, ktorá po vstupe do živého organizmu je schopná pozmeniť jednu alebo viac jeho funkcií, pôsobí priamo alebo nepriamo na centrálny nervový systém a môže mať priznané postavenie lieku. Na porovnanie môžeme uviesť definíciu J. Presla, ktorý pod „drogou chápe každú látku (prírodnú či syntetickú), ktorá spĺňa dve základné požiadavky: 1. má tzv. psychotropný účinok t. j. nejakým spôsobom ovplyvňuje naše prežívanie okolitej reality, mení naše „vnútorné“ naladenie jednoducho pôsobí na psychiku 2. môže vyvolať závislosť, má teda niečo, čo pre nedostatok vhodnejšieho pomenovania niekedy označujeme ako „potenciál závislosti“ (Kupková a kol., 2012, s. 9).

Základným hľadiskom rozdelenie drog je vzťah k právnemu poriadku na zákonom tolerované tzv. legálne drogy a na látky zákonom zakázané tzv. ilegálne drogy. Podľa miery rizika vzniku závislosti rozlišujeme na tvrdé (ťažké), ktoré môžu viesť k psychickej aj fyzickej závislosti – heroín, kokaín a drogy mäkké (ľahké), ktoré nemusia viesť k závislosti, prípadne môže vzniknúť len závislosť psychická- marihuana, LSD. Chmelíková tiež uvádza: *„Podľa stanoviska Svetovej zdravotníckej organizácie z roku 1969 je „za drogu považovaná akákoľvek látka, ktorá, ak je vpravená do organizmu, môže pozmeniť jednu alebo viac jeho funkcií“ (Chmelíková, 2009, s. 10).*

Na drogy vzniká psychická závislosť, ktorá je definovaná ako stav psychiky, ktorý núti človeka k periodickému, alebo dokonca sústavnému požívaniu látky, psychická závislosť

predchádza závislosti fyzickej. O závislosti fyzickej hovoríme vtedy, ak je prerušenie konzumácie drogy sprevádzané príznakmi presne opačnými, ako sú tie, pre ktoré jednotlivec drogu vyhľadával a užíval (Hupková a kol., 2012).

Všeobecné rozdelenie drog do podkategórií podľa typu závislosti:

1. drogová závislosť opiátového typu- ópium z *Papaverum somniferum*, deriváty ópia kodeín, papaverín, thebaín, menocidín, heroín
2. drogová závislosť barbituráto-alkoholového typu- Rohypnol, Dexfenmetrazín, Meproamat, Chlórprothixen
3. drogová závislosť kokaínového typu- kokaín z *Erytroxylum*
4. drogová závislosť kanabisového typu- marihuana z *Cannabis sativa* a hašiš z *Cannabis indica*
5. drogová závislosť amfetamínového typu- efedrín z rastliny *Ephedraceae*, amfetamín, metamfetamín (pervitín), metylendioximetamfetamín (MDMA- extáza), fenmetrazín, dexfenmetrazín, kofeín z *Coffea arabica*, nikotín z rastliny rodu *Nicotiana*
6. drogová závislosť halucinogénneho typu- atropín, bufotenín, alkaloid psilycibín z huby *Psilocybe bohemica*, dietylamid kyseliny lysergovej (LSD) z huby *Claviceps purpurea*
7. drogová závislosť solvenciového typu- solvenciá
8. drogová závislosť od protibolestivých a protihorúčkových látok- antipyretiká a analgetiká (Ochaba a kol., 2009).

2.2.4 Regenerácia a odpočinok

Pre náš zdravý život je potrebné dodržiavať režim práce a odpočinku. Tak ako je potrebná práca a fyzická aktivita, tak je pre náš život potrebný aj odpočinok. Odpočinok má priaznivý vplyv na dĺžku života, zlepšuje naše telesné i duševné schopnosti, prispieva ku správnej kvalite a intenzite života. Každodenným odpočinkom je pre nás spánok, ktorý nám dopĺňa silu a energiu (Červeňanová. 2012).

„Spánok je zložitý rovnovážny proces, pomáhajúci zladit' cirkadiánný rytmus organizmu. Fyziologický spánok sa prejavuje 90- minútovou osciláciou medzi REM (Rapid Eye Movement) a NREM (nonREM) periódami, ktoré trvajú 80–120 minút. Približne 80 % celkovej doby spánku tvorí NREM fáza” (Maršálek, 2005, s. 126).

Spánok je obdobie zníženého vedomia, z ktorého môže byť osoba správnym podnetom prebudená. Množstvo spánku potrebného pre zdravie závisí od veku. Spánok by

mal byť pravidelný a rovnako dlhý. Stratený spánok nedokážeme nikdy plnohodnotne nahradiť. Pred spaním je potrebné prehodnotiť predošlé aktivity a spať by mal ísť človek uspokojený a vyrovnaný, posledné jedlo by mal konzumovať 2 hodiny pred spánkom (Červeňanová, 2012).

„Poruchy spánku v zmysle parasomnií sa vyskytujú až u 20 % detskej a až 5 % dospelých populácie, insomnie až u 35 % populácie, podľa niektorých prameňov sa akékoľvek poruchy spánku vyskytujú u 40–50 % celej populácie” (Moráň, 2005, s. 45).

Pri dlhodobej práci môže dôjsť ku syndrómu vyhorenia – burn out – stav telesného, citového a duševného vyčerpania. Príčinou sú chronické emocionálne situácie vedúce k emocionálnemu vyčerpaniu. V súčasnosti je zaradený medzi diagnózy v MKCH-10 pod kódom Z 73.0 – Problémy súvisiace s ťažkosťami so zvládnutím života. Prejavuje sa únavou, poklesom výkonnosti, depesiou, úzkosťou, poruchami spánku, pamäti a sústredenia, neschopnosťou uvoľniť sa, nespokojnosťou so sebou, znížením sebadôvery, narušením medziludských vzťahov, tendenciou k užívaniu návykových látok, ako je alkohol, tabak, drogy (Brazdík, 2010).

Najprv bol popísaný u niektorých zamestnaneckých kategóriách pracujúcich s inými ľuďmi (u lekárov, zdravotných sestier, učiteľov, policajtov, čo boli profesie, na ktoré bol od začiatku zameraný záujem psychológov). Neskôr sa ukázalo, že burnout syndróm sa vyskytuje tiež v ďalších zamestnaneckých kategóriách (napr. u advokátov, poisťovacích agentov, poštovních úradníkov, sociálnych pracovníčok atď.) a že sa dokonca objavuje i v kategóriách nezamestnaných (Kebza a kol., 2003, s. 8).

2.2.5 Stres

„Pojem stres je odvodený z anglického slova stress, ktoré pochádza z latinského stringo, stringere a znamená utiahnuť či zovrieť. Teda ide o situáciu, kedy je človek vystavený akémusi tlaku, napätiu alebo je v tiesni” (Šiňanská, Šandlová, 2013, s. 41).

Zdrojom stresu môže byť akýkoľvek činiteľ v prostredí, v ktorom jedinec žije, ak je jeho pôsobenie neadekvátne, alebo ho jedinec vníma ako ohrozujúce, vnútorné stavy vynárajúce sa bez konkrétneho podnetu (pretrvávajúca závažná životná udalosť, pocity krivdy, viny, negatívne spomienky). K vzniku stresu prispieva zlá fyzická a psychická kondícia (Medved'ová, 2004).

Hypothalamus riadi reakcie na stresové situácie, je to tzv. stresové centrum. Pri strese sa v hypothalamu vylučuje látka nazývaná faktor uvoľňujúci kortikotropín (corticotropin -

release factor) CRF. CRF stimuluje hypofýzu k vylučovaniu adrenokortikotropného hormónu ACTH, čo je hlavný hormón pri strese (Atkinsonová a kol., 1995).

„Stresor je situácia, ktorej je jedinec vystavený, a aby jej mohol čeliť, potrebuje sa na ňu adaptovať“ (Kačmarová, Kravcová, 2011, s. 216).

Stresorom môže byť podnet z vonkajšieho prostredia napr. chlad, horúčava, výskyt predátora, sociálne vzťahy, pracovné prostredie, nezamestnanosť, chudoba, ale aj podnety z vnútorného prostredia, ako bolesť, horúčka, zápal, bolesť hlavy. Stresové reakcie sa podieľajú na zmenách imunitného systému, spôsobujú aj stresové vredy, hypertenzie, ischemickú chorobu srdca, astmy, migrény, depresie, samovraždy, zmeny meštruačného cyklu, reumatickú artritídu, nechutenstvo alebo prejedanie sa (Bielik, 2011).

2.3 Ochorenia spôsobené nedodržiavaním zdravého životného štýlu

2.3.1 Diabetes mellitus

„Diabetes je chronické, potenciálne oslabujúce a často fatálne ochorenie. Toto ochorenie nastáva v dôsledku problémov s produkciou a dodávkou inzulínu v tele. Buď telo neprodukuje žiadny inzulín, alebo ho produkuje nedostatočne (diabetes 1. typu), alebo telo nie je schopné využívať efektívne inzulín, ktorý produkuje (diabetes 2. typu). Inzulín je hormón vyrábaný pankreasom, ktorý pomáha „cukru“ (glukóze) odchádzať z krvi a vstupovať do buniek tela, aby ho využívali ako „palivo.“ (WHO)

„Inzulín je najdôležitejším produktom B buniek Langerhansových ostrovčekov pankreasu. Ide o hormón, ktorého hlavnou úlohou je regulácia hladiny glukózy v organizme, teda udržiavanie glukózovej homeostázy. Ľudský inzulín je tvorený dvoma polypeptidickými reťazcami (A a B), ktoré sú spojené disulfidickými mostíkmi. Celkove obsahuje 51 aminokyselín“ (Barák, 2005, s. 240).

Na vzniku DM 1.typu sa podieľajú genetické, autoimunitné a environmentálne faktory. DM 1.typu je komplexná, multifaktorová choroba, ktorú zapríčiňuje autoimunitná deštrukcia β -buniek pankreatických ostrovčekov (Vrlíková, Mokáň, 2005).

Rizikové faktory spájajúce sa s DM 2.typu sú rodinná anamnéza diabetu, nadváha, nezdravá strava, fyzická inaktivita, zvyšujúci vek, vysoký krvný tlak, poruchy glukózovej tolerancie (IGT), zlá výživa v tehotenstve (IDF, 2015).

Muži majú vyššiu predispozíciu prenášania diabetu na svoje deti ako ženy (Vrlíková, Mokáň, 2005).

Medzi príznaky diabetes mellitus patria:

Abnormálne časté močenie (polydipsia) - cukrovka spôsobuje nadmerné vylučovanie moču

Nadmerný smäd - pretože telo pri cukrovke vylučuje nadmerné množstvo moču, vyvoláva strata tekutín nadmerný smäd.

Glykozúria - pretože v krvnej plazme je pri cukrovke príliš vysoká hladina glukózy, ktorá sa nemá ako odbúrať (chýba alebo nefunguje inzulín), začne sa glukóza vylučovať v moči. Za normálnych okolností sa všetka glukóza z moču vstrebe v obličkách späť, avšak pri cukrovke už obličky nedokážu prefiltrovať späť a telo tak glukózu vylučuje v moči, čo sa odborne nazýva glykozúria.

Acidúria - kyslá moč cukrovkárov

Ketonúria - pretože telo cukrovkárov nedokáže využiť energiu z glukózy, musia využívať iné zdroje, ktorými sú takzvané ketolátky (látky obsahujúce ketoskupiny, konkrétne acetoacetát a betahydroxybutyrát)

Únava a ospalosť - pri cukrovke organizmu chýba energia, pretože telo nie je schopné správne odbúrať glukózu, čo sa prejavuje únavou a ospalosťou.

Zlé hojenie rán - pri cukrovke dochádza k poškodeniu steny ciev a k narušeniu procesu zrážania krvi (Vilímovský, 2013).

Liečba cukrovky pozostáva okrem podávania inzulínu a self-manažmentu aj z dodržiavania diéty a pravidelného pohybu. Režim je náročný na rôzne obmedzenia a povinnosti, ktoré súvisia s jeho liečbou (Barák, 2014).

2.3.2 Obezita a nadváha

„Obezita je definovaná ako nadmerná hmotnosť spôsobená z nadbytku tukového tkaniva. Je to metabolická porucha, ktorá je podmienená viacerými faktormi a preto sa označuje ako multifaktoriálne ochorenie” (Vulganová a kol., 2015, s. 46).

Obezita je chronické nedodržiavanie rovnováhy medzi príjmom a výdajom energie. Obezita alebo nadváha sa považuje za závažný zdravotný a spoločenský problém súčasnosti, ktorý je typický pre deti a dospievajúcu mládež (Ukrupcová a kol., 2015; Bunc, Skalská, 2015).

„Celkový energetický výdaj pozostáva z pokojového energetického výdaja (zabezpečuje základné životné funkcie organizmu), postprandiálnej termogenézy (spojenej s aktiváciou sympatikového nervového systému po jedle) a energetického výdaja pri pohybovej aktivite” (Chromá a kol., 2008, s. 352).

K pozitívnej energetickej bilancii prispieva nedostatočná pohybová aktivita, čas strávený pred TV, počítačom a sedavosť, definovaná ako čas strávený v pokoji (Ukrupcová a kol., 2015).

Obezitu môžeme rozdeliť na:

1. primárnu (exogénne podmienenú) obezitu sa vyskytuje u 95% detí, ide o nedodržiavanie zdravého životného štýlu, fyzickú inaktivitu a genetické faktory
2. sekundárnu (endogénne podmienenú) obezitu sa vyskytuje u 5% z celkového počtu detských obezít.

Pridružené komplikácie sú artériová hypertenzia, diabetes mellitus 2.typu, kardiovaskulárne ochorenia, frustrácie, depresie, sociálne diskriminácie (Chromá a kol., 2008).

„Vo svete najpoužívanejším spôsobom merania stupňa obezity je *Body Mass Index-BMI*” (Vulganová a kol., 2015, s. 47).

Nefarmakologická terapia obezity zahŕňa diétu a psychoterapiu, v detskom a adolescentnom veku je to úprava stravovacích návykov, zlepšenie pohybovej aktivity, liečebné pobyty, psychologické poradenstvo (Vulganová a kol., 2015).

Farmakologická terapia obezity, ktorej súčasťou je užívanie tzv. antiobezitík alebo chirurgické zákroky (Vulganová a kol., 2015).

2.3.3 Psychické poruchy

Depresia

Depresia je častou psychickou poruchou s významnými zdravotnými a ekonomickými dôsledkami, pri ktorých je v popredí porucha nálady. Vyskytuje sa v každom veku, postihuje milióny ľudí na celom svete a má nepriaznivé sociálne dôsledky (Kořínková, 2005; Forgáčová, 2010).

2.3.4 Poruchy prijímania potravy

„Za poruchy príjmu potravy sa považujú stavy charakteristické nezdravými stravovacími návykmi, medzi ktoré môže patriť nedostatočný alebo nadmerný príjem potravy v takej miere, že predstavuje pre človeka zdravotné riziko” (Klastová, Pappová, 2015, s. 36).

Poruchy príjmu potravy sú tretím najčastejším ochorením dospievajúcich dievčat (Maidanevych, Semerenko, 2015).

Anorexia

Mentálna anorexia (anorexia nervosa) znamená stratu alebo zníženie chuti do jedla. Ide o závažnú psychickú poruchu, aktívne odmietanie príjmu potravy a v skreslenej predstave o svojom tele. Najčastejšie vzniká u dievčat v puberte a po puberte. Celosvetovo ochorie na anorexiu 12/100 tisíc ľudí. Príčiny vzniku anorexie môžu byť rôznorodé napr. predčasné dospievanie, nízke sebavedomie, poruchy osobnosti, faktor dedičnosti, depresia, trápenie sa kvôli postave, patologické zmeny v hypofýze (Maidanevych, Semerenko, 2015; Gulášová, 2013).

Medzi príznaky mentálnej anorexie patria poruchy menštruačného cyklu, vypadávanie vlasov, poškodenie chrupu, sociálna izolácia, intenzívne cvičenie za účelom schudnutia, zápcha, zníženie telesnej hmotnosti o 25%, zmeny v kvalite pokožky a vlasov, nízka telesná teplota a nízky krvný tlak. Ľudia s anorexiou sú často bez energie a môžu trpieť závratmi a bolesťami hlavy a ospalosťou (Pappová, 2015).

Bulímia

„Pojem bulímia pochádza z gréckeho slova bulimos, čo v preklade znamená býčí hlad. Je to psychická porucha prijímania potravy. Ide o nutkavú potrebu prijímať obrovské množstvo potravy v krátkom časovom úseku” (Gulášová, 2013, s. 22).

Celosvetovo ochorie na bulímiu 24/100 tisíc ľudí. Príčiny vzniku bulímie sú držanie diéty, stres, rodinné problémy a strata priateľstva, blízkej osoby alebo môže byť následkom anorexie (Maidanevych, Semerenko, 2015; Pappová, 2015).

Príznaky bulímie nervosa sú opakujúce sa epizódy záchvatového prejedania, opakované neprimerané kompenzačné správanie, minimálne dve epizódy záchvatového prejedania týždenne počas troch mesiacov a sebahodnotenie neprimerane závislé na tvare postavy a telesnej hmotnosti. Mnoho pacientov má aj psychické ťažkosti vo forme porúch nálady, úzkosti, depresie alebo závislosti (Gulášová, 2013).

3 PUBERTÁLNY VEK

3.1 Definícia puberty

Samotný pojem „puberta“ pochádza z latinčiny. Podľa viacerých autorov má viacero významov napr. z lat. „pubesco“= dospievam, z lat. „pubere“= pokrývať sa perím, z lat. „pubertas“= pohlavná dospelosť (Končeková, 1996).

„V pediatrickej praxi pojem puberta označuje postupný vývoj sekundárnych znakov“ (Čiljaková a kol., 2006, s. 121).

Kontrolu začiatku puberty má na starosti maturácia hypotalamu. Puberta je komplex hormonálnych, somatických, funkčných a psychických zmien, ktoré jedinca menia z dieťaťa na dospelého človeka plne schopného reprodukcie (Košťálová, 2004; Šašinka a kol., 2007).

Puberta je proces vedúci k biologickým a fyziologickým zmenám, ktoré sú spojené s telesným, sexuálnym a psychosociálnym dozrievaním, s rastom a zmenami telesnej stavby. Puberta je rekapituláciou endokrinnnej aktivity fetálneho a neonatálneho obdobia (Nogová a kol., 2010; Košťálová, 2004).

Na pubertu vplýva súhrn exogénnych a endogénnych činiteľov, z ktorých sú najdôležitejšie genetické faktory, pohlavie, výživa, psychické a sociálne faktory a endokrinné zmeny. Genetické faktory sú tie, ktoré určujú priebeh puberty, charakter prebiehajúcej prestavby organizmu a konečnú výšku. Tieto faktory zahŕňajú aj rasové a nacionálne, rozličný čas menarché u jednotlivých rás. Medzi najdôležitejšie získané faktory patrí výživa, obézne dievčatá majú menarché skôr, tenké dievčatá neskôr (Šašinka a kol., 2007).

3.2 Charakteristika puberty

„Začiatok puberty je charakteristický vylučovaním hypotalamového gonadotropíny uvoľňujúceho hormónu tzv. „releasing factor“- GnRH “ (Košťálová, 2007, s. 135).

U dievčat začína puberta medzi 10. a 11. rokom. U chlapcov začiatok puberty nastáva vo veku okolo 11 rokov a koniec puberty v 17 rokoch. Medzi prvé klinické prejavy puberty u dievčat patrí vývoj prsníkov (telarché), pubické ochlpenie (pubarché), prvá menštruácia (menarché) (Košťálová, 2004; Nogová a kol., 2010).

V čase najväčšieho rastového urýchlenia u chlapcov ubúda telový tuk a klesá až na polovicu. Naopak u dievčat sa obsah tuku v tele zväčší o 10-25%. Telový tuk u dievčat sa hromadí centripetálne. Správny priebeh endokrinných a somatických zmien v puberte sa hodnotí pomocou Marshallovej a Tannerovej stupnice. Tieto metódy posudzujú 5 štádií

vývoja pubického ochlpenia, penisu a semenníkov a u dievčat podľa vývoja ochlpenia a prsníka (Šašinka a kol., 2007).

3.2.1 Predčasná puberta (pubertas praecox)

O predčasnej hovoríme, ak dochádza objaveniu sa prvých sekundárnych pohlavných znakov u dievčat pred 8. rokom a u chlapcov pred 9. rokom života. Príčiny nástupu predčasnej puberty sú rôzne napr. zvýšená produkcia gonadotropínov, zvýšená produkcia sexuálnych steroidov gonádami (pseudopuberta), zvýšená produkcia sexuálnych steroidov nadobličkami, tumory, ktoré produkujú sexuálne steroidy, exogénne podávanie steroidov (Košťálová, 2004).

V niektorých prípadoch môže byť predčasná puberta príčinou rôznych infekcií, úrazov, ožiarení, kongenitálnych hyperplázií obličiek, hypotyreózy, intrakraniálnych malformácií mozgu (Nogeová a kol., 2010).

3.2.2 Oneskorená puberta (pubertas tarda)

Oneskorená puberta je definovaná ako chýbanie akýchkoľvek znakov puberty u chlapcov vo veku 14 rokov a u dievčat vo veku 13 rokov. Jedným z dôležitých parametrov pri posudzovaní nástupu oneskorenej puberty je BMI index a následné zaznamenávanie do percentilového grafu (Košťálová, 2004; Čiljaková a kol., 2006).

Celiakia, chronické choroby srdca a obličiek, cystická fibróza, podvýživa, psychosociálna deprivácia, anorexia nervosa a mnohé ďalšie môžu byť príčinou oneskoreného nástupu puberty (Nogeová a kol., 2010).

4 SOCIÁLNE VZŤAHY MLADISTVÝCH

Chlapci a dievčatá cítia, že už nie sú deťmi, ale zároveň vedia, že ešte nie sú dospelí. Ide o prechod medzi detstvom a dospelosťou v sociálnej, fyziologickej a psychologickej oblasti. V dôsledku toho menia svoje názory a postoje k rodičom, učiteľom a rovesníkom (Končeková, 1996).

4.1 Sociálne vzťahy mladistvých k rodičom

Vzťah mladistvých s rodičmi a dospelými je problematický, plný napätia a konfliktov. Mladiství majú túžbu po samostatnosti a nezávislosti. Odmietajú počúvať príkazy a zákazy od rodičov (Kováčová, 2008).

„Výskumné zistenia sa zhodujú v tom, že pozitívna atmosféra, bezpečná citová väzba, stálosť a vrelosť rodinného prostredia, kvalita vzťahov, typ rodiny sú faktory, ktoré napomáhajú rozvíjať dôveru” (Mičková, 2016, s. 42).

Narušená komunikácia medzi mladistvými a rodičmi vedie k neuspokojivým rozhovorom, frustráciám a konfliktnej komunikácií (Mičková, 2016).

V jednej zo štúdií sa zisťoval názor rodičov na mladistvých, rodičia najčastejšie konštatujú, že mladiství sú nevychovaní, nevďační, bezohľadní a bezočiví. Mladiství odpovedali, čo ich rozčuľuje na rodičoch. Najčastejšie dôvody sú, že sa k nim správajú ako k malým deťom, nemajú súkromie a do všetkého sa starajú. Toto vedie k odpútavaniu sa od rodičov (Končeková, 1996).

Naopak mladiství majú vysoké etické a morálne nároky na dospelých a rodičov, ktoré vyvolávajú nehody v rodinách (Šašinka, 1998).

4.2 Sociálne vzťahy s rovesníkmi

Mladiství sa odpútavajú od rodiny, čoraz častejšie trávajú svoj voľný čas s rovesníkmi. Žijú si akýsi svoj život. Je to prirodzený jav, ktorý by mali rodičia mladistvého chápať (Kováčová, 2008).

V tomto období vznikajú silné sociálne vzťahy s rovesníkmi. Tí sú mu bližší vekom, názormi, problémami s rodičmi, učiteľmi (Končeková, 1996).

Vzťahy k rovesníkom môžeme rozdeliť na kamarátske vzťahy a na priateľské vzťahy podľa rôznej miery dôvery. Kamarátske vzťahy vznikajú väčšinou medzi spolužiakmi, deťmi z blízkeho okolia a deťmi z voľnočasových aktivít. Priateľské vzťahy sa zakladajú na

intenzívnejšej citovej väzbe. Je to hlbší vzťah ako kamarátsky, je plný zhody a citovej odozvy. Zakladá sa na vzájomnej sympatii, oddanosti, úcty, ktorý sa upevňuje výmenou rovnakých názorov, myšlienok a pocitov (Končeková, 1996).

V skupinách dochádza k uniformite názorov, ktoré môžu viesť odvrhnutiu zásad, ktoré adolescent získal v rodinnom prostredí (Šašinka, 1998).

Mladiství majú potrebu sa zaradiť do nejakej skupiny, napr. školská trieda. Prijatie do skupiny, kde zdieľajú rovnaké záujmy im dáva pocit istoty a bezpečnosti. Mladí môžu byť ovplyvňovaní správaním týchto rovesníckych skupín. Existujú partie, ktoré pozitívne ovplyvňujú mladistvého v spoznávaní, chodia na výlety, spoločne sa venujú voľnočasovým aktivitám. Sú aj také partie, ktoré negatívne ovplyvňujú mladistvého zločineckou aktivitou (Kováčová, 2008).

„Pubescent má na jednej strane výraznú túžbu po styku a spoločnej činnosti s rovesníkmi, pranie žiť kolektívnym životom, mať blízkych kamarátov, priateľov, na strane druhej je jeho najdôležitejšia potreba byť kamarátmi prijatý, uznávaný a vážený“ (Končeková, 1996, s. 53).

Ak mladiství nenadväzuje sociálne vzťahy v mladom veku v staršom veku to môže mať za následok povahové vlastnosti ako uzavretosť, osamelosť, pocit menejcennosti, egoizmus a namyslenosť (Končeková, 1996).

4.3 Sociálne vzťahy s učiteľmi

Žiak prechádza z prvého stupňa do druhého, čo má za následok viacerých učiteľov na predmetoch, rôzne spôsoby vyučovania a skúšania. Vzťahy učiteľov k mladistvým sú povrchnejšie a menej osobné. Negatívny vzťah k učiteľovi vedie ku konfliktom, ktorý dáva mladistvý patrične najavo. Naopak pozitívny vzťah dáva mladistvý najavo opatrne, aby jeho sympatie neboli od rovesníkov označené ako šplhúnstvo (Končeková, 1996; Kováčová, 2008).

„V puberte vo vzťahu k učiteľom prevláda kritika, negativizmus, vzburá“ (Končeková, 1996, s. 53).

Predstavy o ideálnom učiteľovi sú rôzne. Ideálny učiteľ by mal mať zmysel pre humor, schopnosť vytvoriť atmosféru, v ktorej sa príjemne pracuje, mal by byť trpezlivý, spravodlivý a vyrovnaný. Ideálny učiteľ vie vysvetliť učivo a dokáže vzbudiť u detí pocit istoty (Pasternáková, Laca, 2011).

5 DODRŽIAVANIE ZDRAVÉHO ŽIVOTNÉHO ŠTÝLU U MLADISTVÝCH

5.1 Výživa mladistvých

V tomto období sa objavujú extrémny potravny hlavne u dievčat, ktoré držia drastické diéty. Znížením príjmu proteínov chcú docieľiť, aby boli štíhlejšie. Naopak u chlapcov ide o nadmerný príjem proteínov za účelom nárastu svalovej hmoty (Danielová, 2005).

„Rozdelenie príjmu energie má byť podľa očakávanej fyzickej aktivity takéto: raňajky+ desiata 30%, obed 40%, olovrant+ večera 30%” (Danielová, 2005, s. 247).

Významný začiatok dňa u detí by mali tvoriť raňajky, ktoré bohužiaľ viaceré deti nemajú. Nedostatočné alebo chýbajúce raňajky majú vplyv na príznaky únavy, pozornosti a bolesti hlavy u detí. Zároveň môžu byť začiatkom tvorby žľzných alebo ľadvinových kameňov. Ďalší významný moment v stravovaní mladistvých tvorí školské stravovanie, ktoré je častokrát nedostatočné, čo vedie k nesprávnym stravovacím návykom. Následkom toho vzniká tzv. „bufetové stravovanie”- hamburgery, hranolky, vyprážané jedlá, návštevy fast foodov (Danielová, 2005).

Bielkoviny má mladistvý prijímať vo forme bieleho mäsa, hydiny a rýb. Energetické zdroje sú tvorené komplexnými sacharidmi ako sú celozrnné obilniny, cestoviny, ryža a zemiaky. Tuky sú zastúpené vo forme rastlinných olej, olivovom oleji a masle. Ovocie a zelenina by nemala chýbať na každodennom jedálničku mladistvého. V potrave mladistvých chýba dostatok vitamínu A, vitamínov skupiny B, vitamínu C a vitamínu D (Danielová, 2005).

5.2 Abúzy u mladistvých

Alkohol a tabak patria k legálnym drogám, takže sú voľno predajné. Medzi nelegálne drogy patrí marihuana, LSD, extáza, kokaín a hašiš (Scheberová, 2005).

Požívanie alkoholických nápojov mladistvými nie je v dnešnej dobe nič nové. Veková hranica prvých skúseností s alkoholom sa znižuje. Ťažšie sa odbúrava alkohol z pečene mladistvých ako u dospelých. Alkohol užívajú najčastejšie 12-17 roční. Je nebezpečnejší pre deti ako pre dospelých pre jeho rýchly návyk (Štěpán, 2012; Koprnová, 2006).

Je dôležité, aby si rodičia všímali zmeny v správaní ich detí ako napr. časté zmeny nálád, neskoré príchody domov, zhoršenie školského prospechu, zúžené alebo rozšírené

zreničky, zmena kamarátov, nezáujem o záľuby. Medzi riziká užívania drog patria poruchy tráviacej sústavy, nepokoj, podráždenosť, poruchy spánku, poruchy pamäti a pozornosti a rôzne iné. V najhoršom prípade dochádza k náhlemu úmrtiu z predávkovania sa (Scheberová, 2005).

Dospievajúci sa dostávajú k drogám rôznymi spôsobmi. Jedným z najčastejších príčin prečo sa mladiství dostávajú k drogám je negatívny vplyv rovesníkov. Mladiství, ktorí trpia poruchami správania alebo prežívajú veľkú záťaž či už fyzickú alebo psychickú majú väčšiu pravdepodobnosť vzniku závislostí na drogy, alkohol a tabak (Štěpán, 2012).

„Užívanie drog u detí sa dá do určitej miery predísť. Je dôležité, aby rodičia venovali svojmu dieťaťu dostatok času a pozornosti” (Scheberová, 2005, s. 64).

5.3 Pohybová aktivita mladistvých

Deti trávia voľný čas pri televízii a počítači. Voľný čas strávený pasívne vedie k zníženiu fyzickej aktivity a vedie k vzniku nadváhy až obezity. Nedostok pohybu je jedným z podstatných dôsledkov súčasného životného štýlu, ktoré ovplyvňuje zdravotný stav mládeže aj celej populácie (Vulganová a kol., 2015; Bunc, Skalská, 2015).

Šport a pohybová aktivita v živote dospievajúcich tvoria veľmi dôležitú úlohu. Cvičenie, ktoré sa vykonáva pravidelne posilňuje srdcovo-cievny aparát a znižuje hladinu cholesterolu. Taktiež môže klesať riziko kardiovaskulárnych a cievnych komplikácií (Michalková, 2003).

Vzťah detí k pohybovej aktivite je dôležité pestovať už od útleho veku. V predškolskom veku je potrebné zaujať deti pútavými hrami, prechádzkami v ZOO. Nástupom detí do školy sa mení aktívny štýl na sedavý, treba dbať na dostatočnú fyzickú aktivitu zo strany rodičov. „Obdobie puberty a adolescencie je charakterizované svojou vulnerabilitou, domnievanie sa, že práve v tejto etape treba klásť dôraz na pravidelnú fyzickú aktivitu“ (Chromá a kol., 2008).

PRAKTICKÁ ČASŤ

6 CIELE A HYPOTÉZY

Hlavný cieľ

Zistiť informovanosť a dodržiavanie zdravého životného štýlu u mladistvých.

Vedľajšie ciele

1. Zistiť rozdiely v dodržiavaní zdravého životného štýlu u mladistvých na základných školách a na stredných školách.
2. Zistiť vzťah mladistvých k zdravému stravovaniu.
3. Zistiť vzťah mladistvých k návykovým látkam (tabak, alkohol, drogy).

Hypotézy

Hypotéza č.1

Predpokladáme, že žiaci na základných školách budú častejšie dodržiavať zdravý životný štýl ako študenti na stredných školách (menej povinností, vplyv rodičov).

Hypotéza č.2

Predpokladáme, že študenti na stredných školách budú častejšie v kontakte s návykovými látkami (tabak, alkohol, drogy) ako žiaci na základných školách.

Hypotéza č.3

Predpokladáme, že študenti na stredných školách budú pod vplyvom stresu častejšie ako žiaci na základných školách.

Hypotéza č.4

Predpokladáme, že žiaci, ktorí mali prednášky o zdravom životnom štýle na školách budú častejšie dodržiavať zdravý životný štýl ako tí žiaci, ktorí tieto prednášky na školách nemali.

7 MATERIÁL A METÓDY

Zber údajov sme získavali dotazníkom. Dotazníky boli rozdane žiakom na základných školách, študentom 4-ročných a 8-ročných gymnázií v Bratislave, v mesiaci február 2017 vo vekovej skupine 11-20 ročných chlapcov a dievčat. Rozdaných bolo 117 dotazníkov. Z celkového počtu 117 dotazníkov bola návratnosť 117, t.j. 100%.

Dotazník pozostával z 22 otázok, prvé tri otázky boli zisťovacie, štyri otázky boli zamerané na pohybovú aktivitu a voľný čas žiakov, ďalších osem bolo zameraných na stravovacie zvyklosti mladistvých, dve na dodržiavanie pitného režimu, tri boli zamerané na závislosti (tabak, alkohol, drogy), jedna bola zameraná na stres a posledná bola zameraná na informovanosť o zdravom životnom štýle na školách. Dotazník mal charakter uzavretých otázok.

Na hodnotenie a spracovanie údajov získaných z dotazníkov sme použili štatistickú metódu chí kvadrát test v kontingenčných tabuľkách, test normálneho rozdelenia, Kruskal-Wallisov test a softwarové programy - SPSS 19, Microsoft Excel 2007.

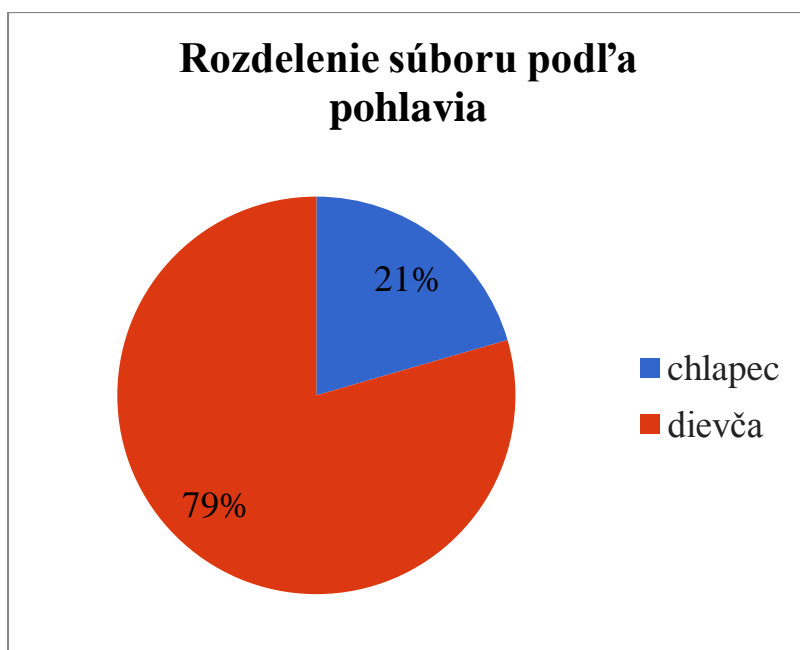
Premenné sme popísali absolútnymi (n) a relatívnymi číslami (%). Výsledky sme testovali na hladine významnosti $\alpha=0,05$. Za štatisticky významné sme ich považovali, ak p hodnota bola menšia alebo rovná ako hladina významnosti ($p \leq 0,05$).

8 VÝSLEDKY

8.1 Deskriptíva súboru

Celkovo súbor tvorilo 117 žiakov základných škôl aj 4-ročných a 8-ročných gymnázií v Bratislave vo vekovej kategórii 11-20 ročných. Z celkového počtu 117 žiakov bolo 93 (79,5%) dievčat a 24 (20,5%) chlapcov (obrázok č.1).

Obrázok č.1 Rozdelenie súboru podľa pohlavia (n=117)



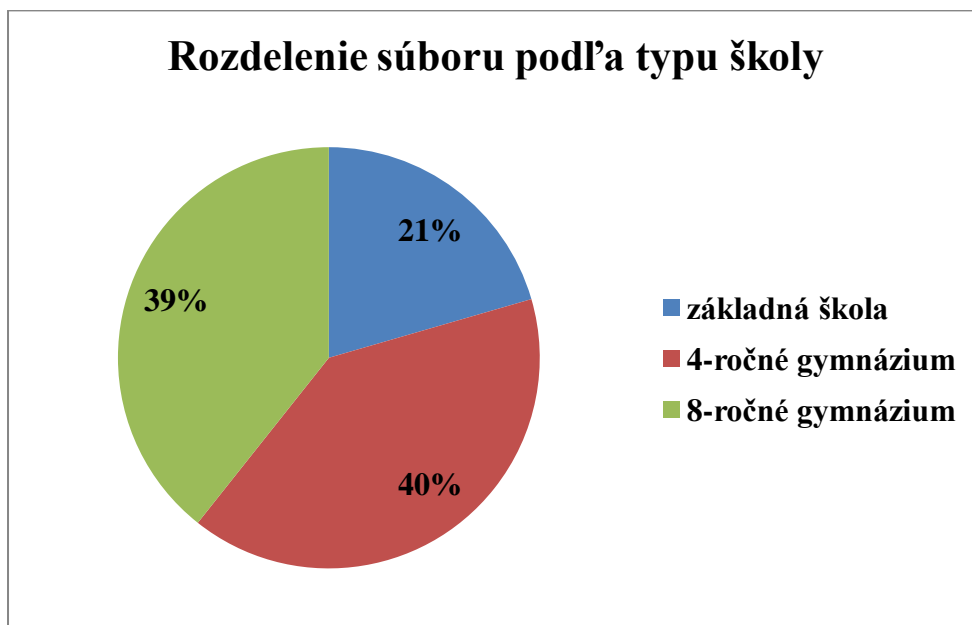
Z celkového súboru 117 žiakov bol jeden 11-ročný, desiaty 12-ročných, trinásť 13-ročných, štyria 14-ročných, štrnásť 15-ročných, dvadsiatišiesti 16-ročných, dvadsiatidvaja 17-ročných, sedemnásti 18-ročných, siedmy 19-ročných a traja 20-ročných. Minimum vo vekovom rozdelení bolo 11 rokov, maximum 20 rokov, vekový priemer bol 16 rokov (tabuľka 1).

Tabuľka 1 Rozdelenie súboru podľa veku

Vek	
Minimum	11
Maximum	20
Priemer	16

Z celkového súboru 117 žiakov navštevovalo základnú školu 24 (21%) žiakov, 4-ročné gymnázium navštevovalo 47 (40%) študentov a 8-ročné gymnázium navštevovalo 46 (39%) študentov (obrázok č.2)

Obrázok č.2 Rozdelenie súboru podľa typu školy



8.2 Porovnanie odpovedí žiakov základných a stredných škôl

Súbor tvorilo celkovo 117 žiakov zo základných škôl, 4-ročných a 8-ročných gymnázií. Zisťovali sme ako žiaci trávia svoj voľný čas.

Z celkového súboru 117 žiakov trávi svoj voľný čas 15 (12,8%) žiakov pri pozeraní TV/ hre na mobile, počítači, 30 (25,6%) žiakov trávi svoj voľný čas vonku s kamarátmi, 50 (42,7%) žiakov sa vo voľnom čase venuje aktívne športu, 7 (6,0%) žiakov vo voľnom čase číta knihy a 15 (12,8%) žiakov navštevuje vo voľnom čase záujmový krúžok (tabuľka 2)

Tabuľka 2 Voľný čas žiakov, (n=117)

Otázka č.4 Ako trávite svoj voľný čas?		
Odpoveď	Počet odpovedí	
	n	%
a)pozeranie TV/hra na počítači, mobile	15	12,8
b)s kamarátmi vonku	30	25,6
c)aktívne sa venujem športu	50	42,7
d)čítam knihy	7	6,0
e)navštevujem záujmový krúžok	15	12,8
Spolu	117	100

Zisťovali sme u žiakov koľko hodín denne trávia pri pozeraní TV.

Z celkového súboru 117 žiakov 60 (51,3%) žiakov trávi denne 0-1 hodinu pri pozeraní TV, 38 (32,5%) žiakov trávi denne 1-2 hodiny pri pozeraní TV, 15 (12,8%) žiakov trávi denne 2-4 hodiny pri pozeraní TV, 3 (2,6%) žiakov trávi denne 4-6 hodín pri pozeraní TV a 1 (0,9%) žiakov trávi denne 6 a viac hodín pri pozeraní TV (tabuľka 3).

Tabuľka 3 Počet hodín strávených pri pozeraní TV, (n=117)

Otázka č.5 Koľko hodín denne trávite pri pozeraní TV?		
Odpoveď	Počet odpovedí	
	n	%
a)0-1 hodina	60	51,3
b)1-2 hodiny	38	32,5
c)2-4 hodiny	15	12,8
d)4-6 hodín	3	2,6
e)6 a viac hodín	1	0,9
Spolu	117	100

Zisťovali sme u žiakov tiež koľko hodín denne trávajú pri počítači alebo mobile.

Z celkového súboru 117 žiakov 12 (10,3%) žiakov trávi 0-1 hodinu pri počítači/mobile, 28 (23,9%) žiakov trávi denne 1-2 hodiny pri počítači/mobile, 46 (39,3%) žiakov trávi denne 2-4 hodiny pri počítači/mobile, 20 (17,1%) žiakov trávi denne 4-6 hodín pri počítači/mobile a 11 (9,4%) žiakov trávi denne 6 a viac hodín pri počítači/mobile (tabuľka 4).

Tabuľka 4 Počet hodín strávených pri počítači/ mobile žiakmi, (n=117)

Otázka č.6 Koľko hodín denne trávite pri počítači/mobile?		
Odpoveď	Počet odpovedí	
	n	%
a)0-1 hodina	12	10,3
b)1-2 hodiny	28	23,9
c)2-4 hodiny	46	39,3
d)4-6 hodín	20	17,1
e)6 a viac hodín	11	9,4
Spolu	117	100

Zisťovali sme u žiakov ich vzťah k športovej aktivite a koľko sa jej týždenne venujú.

Z celkového súboru 117 žiakov 7 (6,0%) žiakov sa venuje 1-2 krát týždenne športovej aktivite, 31 (26,5%) žiakov sa venuje 2-4 krát týždenne športovej aktivite, 35 (29,9%) žiakov sa venuje 5-6 krát týždenne športovej aktivite, 14 (12,0%) žiakov vykonáva športovú aktivitu každý deň a 30 (25,6%) žiakov sa nevenuje vôbec športovej aktivite (tabuľka 5).

Tabuľka 5 Pohybová aktivita počet hodín týždenne, (n=117)

Otázka č.7 Koľkokrát do týždňa vykonávate športovú aktivitu?		
Odpoveď	Počet odpovedí	
	n	%
a)1-2 krát	7	6,0
b)2-4 krát	31	26,5

c)5-6 krát	35	29,9
d)každý deň	14	12,0
e)vôbec	30	25,6
Spolu	117	100

Zisťovali sme u žiakov koľkokrát sa denne stravujú.

Z celkového súboru 117 žiakov 5 (4,3%) žiakov sa stravuje denne menej ako 3 krát, 25 (21,4%) žiakov sa stravuje denne 3 krát, 45 (38,5%) žiakov sa stravuje denne 4 krát, 29 (24,8%) žiakov sa stravuje denne 5 krát a 13 (11,1%) žiakov sa stravuje viacej ako 5 krát (tabuľka 6).

Tabuľka 6 Stravovanie žiakov, (n=117)

Otázka č.8 Koľkokrát sa denne stravujete?		
Odpoveď	Počet odpovedí	
	n	%
a)menej ako 3 krát	5	4,3
b)3 krát	25	21,4
c)4 krát	45	38,5
d)5 krát	29	24,8
e)viacej ako 5 krát	13	11,1
Spolu	117	100

Zisťovali sme u žiakov, čo tvoria ich raňajky.

Z celkového súboru 117 žiakov 31 (26,5%) žiakov neraňajkuje vôbec, 11 (9,4%) žiakov raňajkuje biele/sladké pečivo, 27 (23,1%) žiakov raňajkuje celozrnné pečivo, šunku a syr, 43 (36,8%) žiakov raňajkuje mliečne výrobky a 5 (4,3%) žiakov raňajkuje ovocie alebo zeleninu (tabuľka 7)

Tabuľka 7 Typ raňajok žiakov, (n=117)

Otázka č.9 Čo zvyknete raňajkovať?		
Odpoveď	Počet odpovedí	
	n	%
a)neraňajkujem	31	26,5
b) biele/sladké pečivo	11	9,4
c) celozrnné pečivo, šunka, syr	27	23,1
d) mliečne výrobky	43	36,8
e) zeleninu/ovocie	5	4,3
Spolu	117	100

Zisťovali sme u žiakov koľkokrát do týždňa jedia mäso, ovocie, zeleninu a sladkosti. Zisťovali sme ich stravovacie návyky.

Z celkového súboru 117 žiakov 5 (4,3%) žiakov jedáva mäso 1-2 krát do týždňa, 13 (11,1%) žiakov jedáva mäso 2-4 krát do týždňa, 60 (51,3%) žiakov jedáva mäso 5-6 krát do týždňa, 29 (24,8%) žiakov jedáva mäso každý deň a 10 (8,5%) žiakov nejedáva mäso vôbec (tabuľka 8).

Tabuľka 8 Týždenná konzumácia mäsa, (n=117)

Otázka č.10 Koľkokrát do týždňa jete mäso?		
Odpoveď	Počet odpovedí	
	n	%
a)1-2 krát	5	4,3
b)2-4 krát	13	11,1
c)5-6 krát	60	51,3
d)každý deň	29	24,8
e)nikdy	10	8,5
Spolu	117	100

Z celkového súboru 117 žiakov 13 (11,1%) žiakov jedáva ovocie 1-2 krát do týždňa, 25 (21,4%) žiakov jedáva ovocie 2-4 krát do týždňa, 35 (29,9%) žiakov jedáva ovocie 5-6 krát do týždňa. 44 (37,6%) žiakov jedáva ovocie každý deň a 44 (37,6%) žiakov nejedáva ovocie nikdy (tabuľka 9).

Tabuľka 9 Týždenná konzumácia ovocia, (n=117)

Otázka č.11 Koľkokrát do týždňa jete ovocie?		
Odpoveď	Počet odpovedí	
	n	%
a)1-2 krát	13	11,1
b)2-4 krát	25	21,4
c)5-6 krát	35	29,9
d)každý deň	44	37,6
e)nikdy	44	37,6
Spolu	117	100

Z celkového súboru 117 žiakov 1 (0,9%) žiak jedáva zeleninu 1-2 krát do týždňa, 17 (14,5%) žiakov jedáva zeleninu 2-4 krát do týždňa, 33 (28,2%) žiakov jedáva zeleninu 5-6 krát do týždňa, 29 (24,8%) žiakov jedáva každý deň zeleninu a 37 (31,6%) žiakov nejedáva nikdy zeleninu (tabuľka 10).

Tabuľka 10 Týždenná konzumácia zeleniny, (n=117)

Otázka č.12 Koľkokrát do týždňa jete zeleninu?		
Odpoveď	Počet odpovedí	
	N	%
a)1-2 krát	1	0,9
b)2-4 krát	17	14,5
c)5-6 krát	33	28,2
d)každý deň	29	24,8
e)nikdy	37	31,6
Spolu	117	100

Z celkového súboru 117 žiakov 4 (3,4%) žiakov konzumuje sladkosti 1-2 krát do týždňa, 25 (21,4%) žiakov konzumuje sladkosti 2-4 krát do týždňa, 42 (35,9%) žiakov konzumuje sladkosti 5-6 krát do týždňa, 20 (17,1%) žiakov konzumuje každý deň sladkosti a 26 (22,2%) žiakov nekonzumuje sladkosti (tabuľka 11).

Tabuľka 11 Týždenná konzumácia sladkostí

Otázka č.13 Koľkokrát do týždňa jete sladkosti?		
Odpoveď	Počet odpovedí	
	n	%
a)1-2 krát	4	3,4
b)2-4 krát	25	21,4
c)5-6 krát	42	35,9
d)každý deň	20	17,1
e)nikdy	26	22,2
Spolu	117	100

Z celkového súboru 117 žiakov ani jeden neodpovedal na otázku koľkokrát jedáva mliečne výrobky odpoveďou 1-2 krát do týždňa, 14 (12,0%) žiakov jedáva mliečne výrobky 2-4 krát do týždňa, 30 (25,6%) žiakov jedáva mliečne výrobky 5-6 krát týždenne, 32 (27,4%) žiakov jedáva mliečne výrobky každý deň a 41 (35,0%) nejedáva mliečne výrobky (tabuľka 12).

Tabuľka 12 Týždenná konzumácia mliečnych výrobkov

Otázka č.14 Koľkokrát do týždňa jete mliečne výrobky? (mlieko,jogurty, syry,...)		
Odpoveď	Počet odpovedí	
	n	%
a)1-2 krát	0	0
b)2-4 krát	14	12,0

c)5-6 krát	30	25,6
d)každý deň	32	27,4
e)nikdy	41	35,0
Spolu	117	100

Z celkového súboru 117 žiakov 33 (28,2%) žiakov navštevuje 1-2 krát do týždňa tieto prevádzky, 5 (4,3%) žiakov navštevuje 3-6 krát do týždňa prevádzky rýchleho občerstvenia, 29 (24,8%) žiakov navštevuje 1-2 krát prevádzky rýchleho občerstvenia, 12 (10,3%) žiakov ich navštevuje 3-6 krát mesačne a 38 (32,5%) žiakov ich nenavštevuje (tabuľka 13).

Tabuľka 13 Návšteva prevádzok rýchleho občerstvenia, (n=117)

Otázka č.15 Ako často navštevujete prevádzky rýchleho občerstvenia?		
Odpoveď	Počet odpovedí	
	n	%
a)1-2 krát do týždňa	33	28,2
b)3-6 krát do týždňa	5	4,3
c)1-2 krát mesačne	29	24,8
d)3-6 krát mesačne	12	10,3
e)nenavštevujem tieto prevádzky	38	32,5
Spolu	117	100

Zisťovali sme či žiaci dodržiavajú denný pitný režim.

Z celkového súboru 117 žiakov 5 (4,3%) žiakov vypije denne menej ako 0,5 litra, 24 (20,5%) žiakov vypije za deň 0,5- 1 liter vody, 44 (37,6%) žiakov vypije denne 1-1,5litra, 25 (21,4%) žiakov vypije denne 1,5-2 litre vody a 11 (16,2%) žiakov vypije denne 2 a viac litrov vody (tabuľka 14).

Tabuľka 14 Pitný režim žiakov, (n=117)

Otázka č.16 Koľko litrov vody denne vypijete? (nepočíta sa polievka a sladené nápoje)		
Odpoveď	Počet odpovedí	
	n	%
a)menej ako 0,5 litra	5	4,3
b)0,5- 1 liter	24	20,5
c)1-1,5 litra	44	37,6
d)1,5-2 litre	25	21,4
e)2 a viac litrov	19	16,2
Spolu	117	100

Z celkového súboru 117 žiakov 39 (33,3%) žiakov pije sladené nápoje každý deň, 58 (49,6%) žiakov pije sladené nápoje 1-2 krát týždenne, 12 (10,3%) žiakov pije sladené nápoje 3-4 krát týždenne, 5 (4,3%) žiakov pije sladené nápoje viac ako 4 krát týždenne a 3 (2,6%) žiakov nepije sladené nápoje vôbec (tabuľka 15).

Tabuľka 15 Konzumácia sladených nápojov počas týždňa, (n=117)

Otázka č.17 Ako často pijete sladené nápoje? (Coca-cola, fanta, sprite, kofola)		
Odpoveď	Počet odpovedí	
	n	%
a)každý deň	39	33,3
b)1-2 krát týždenne	58	49,6
c)3-4 krát týždenne	12	10,3
d)viac ako 4 krát týždenne	5	4,3
e)nepijem sladené nápoje	3	2,6
Spolu	117	100

Zisťovali sme u žiakov ich vzťah ku konzumácii alkoholu ako často ho konzumujú.

Z celkového súboru 117 žiakov 14 (12,0%) žiakov konzumuje alkoholické nápoje 1-2 krát do týždňa, 23 (19,7%) žiakov konzumuje alkoholické nápoje 1-2 krát za mesiac, 14 (12,0%) žiakov konzumuje alkohol 1-2 krát do polroka, 2 (1,7%) pijú alkohol 1-2 krát za rok a 64 (54,7%) žiakov nepijú vôbec alkohol (tabuľka 16).

Tabuľka 16 Konzumácia alkoholu u mladistvých, (n=117)

Otázka č.18 Ako často konzumujete nápoje s alkoholom?		
Odpoveď	Počet odpovedí	
	n	%
a)1-2 krát do týždňa	14	12,0
b)1-2 krát za mesiac	23	19,7
c)1-2 krát do polroka	14	12,0
d)1-2 krát do roka	2	1,7
e)ne pijem alkohol	64	54,7
Spolu	117	100

Taktiež sme zisťovali u žiakov ich vzťah k fajčeniu a často fajčia.

Z celkového súboru 117 žiakov 13 (11,1%) žiakov fajčí každý deň, 5 (4,3%) žiakov fajčia 1-2 krát do týždňa, 5 (4,3%) žiakov fajčí 1-2 krát do mesiaca, 1 (0,9%) žiak fajčí 1-2 krát do roka a 93 (79,5%) žiakov nefajčí (tabuľka 17).

Tabuľka 17 Fajčenie u mladistvých, (n=117)

Otázka č.19 Ako často fajčíte?		
Odpoveď	Počet odpovedí	
	n	%
a)každý deň	13	11,1
b)1-2 krát do týždňa	5	4,3
c)1-2 krát za mesiac	5	4,3
d)1-2 krát do roka	1	0,9
e)ne fajčím	93	79,5
Spolu	117	100

Z celkového súboru 117 žiakov 93 (79,5%) žiakov uviedli, že užili jedenkrát za život nejakú drogu, 9 (7,7%) žiakov užíva drogy aspoň 1 krát do týždňa, 4 (3,4%) žiakov užíva drogy

niekoľkokrát za mesiac, 2 (1,7%) žiakov užíva drogy niekoľkokrát za rok a len 9 (7,7%) žiakov uviedli, že neužívajú drogy nikdy (tabuľka 18).

Tabuľka 18 Užívanie psychoaktívnych látok u mladistvých

Otázka č.20 Užívate psychoaktívne látky? (marihuana, hašiš,..)		
Odpoveď	Počet odpovedí	
	n	%
a)jedenkrát za život	93	79,5
b)aspoň 1 krát týždenne	9	7,7
c)niekoľkokrát za mesiac	4	3,4
d)niekoľkokrát za rok	2	1,7
e)nikdy	9	7,7
Spolu	117	100

Zisťovali sme u žiakov či pociťujú stres a ako často ho pociťujú.

Z celkového súboru 117 žiakov 43 (36,8%) žiakov pociťuje stres 1-2 krát do týždňa, 30 (25,6%) žiakov uviedlo, že pociťuje stres 3-4 krát do týždňa, 7 (6,0%) žiakov pociťuje stres 5-6 krát do týždňa, 16 (13,7%) pociťuje stres 7-8 krát do týždňa a 21 (17,9%) žiakov uviedlo, že stres nepociťuje (tabuľka 19).

Tabuľka 19 Počet stresových situácií počas týždňa u mladistvých, (n=117)

Otázka č.21 Stres pociťujem		
Odpoveď	Počet odpovedí	
	n	%
a)1-2 krát do týždňa	43	36,8
b)3-4 krát do týždňa	30	25,6
c)5-6 krát do týždňa	7	6,0
d)7-8 krát do týždňa	16	13,7
e)nepociťujem stres	21	17,9
Spolu	117	100

Zisťovali sme u žiakov vedomosti a informovanosť o zásadách zdravého životného štýlu v rámci predmetov a prednášok na školách.

Z celkového súboru 117 žiakov 37 (31,6%) žiakov máva takéto prednášky 1-2 krát za školský rok, 11 (9,4%) žiakov máva prednášky 3-4 krát za školský rok, 2 (1,7%) žiakov majú tieto prednášky 5-6 krát za školský rok, 3 (2,6%) žiaci majú prednášky 7-8 krát za školský rok a 64 (54,7%) žiakov takéto prednášky nemáva na školách (tabuľka 20).

Tabuľka 20 Počet prednášok na školách o zásadách zdravého životného štýlu, (n=117)

Otázka č.22 Máte na škole prednášky alebo v rámci predmetov informácie o zásadách dodržiavania zdravého životného štýlu?		
Odpoveď	Počet odpovedí	
	n	%
a)1-2 krát za školský rok	37	31,6
b)3-4 krát za školský rok	11	9,4
c)5-6 krát za školský rok	2	1,7
d)7-8 krát za školský rok	3	2,6
e)nemali sme takéto prednášky	64	54,7
Spolu	117	100

8.3 Testovanie hypotéz

Hypotéza č. 1

Predpokladáme, že žiaci na základných školách budú častejšie dodržiavať zdravý životný štýl ako žiaci na stredných školách (menej povinností, vplyv rodičov).

V hypotéze č. 1 sme vychádzali z otázky č.3 (*Akú školu navštevujete?*) a na hodnotenie zdravého životného štýlu sme použili z dotazníka otázky č.4- otázka č.17.

Z celkového súboru (n=117) žiakov 24 (21%) navštevovalo základnú školu, 47 (40%) študentov navštevovalo 4-ročné gymnázium a 46 (39%) študentov navštevovalo 8-ročné gymnázium.

Vytvorili sme si novú premennú zdravý štýl, kde sme skórovali odpovede mladistvých podľa toho či dodržiavali alebo nedodržiavali zdravý životný štýl. V tejto premennej sme si vytvorili tri skupiny.

Prvú skupinu tvorili mladiství, ktorí najmenej dodržiavali zdravý životný štýl. Zo základnej školy sem patrilo 5 (20,8%) žiakov, 17 (36,2%) študentov bolo zo 4-ročného gymnázia a 15 (32,6%) študentov bolo z 8-ročného gymnázia.

Druhú skupinu tvorili mladiství, ktorí dodržiavajú zdravý životný štýl častejšie. Túto skupinu tvorilo zo základnej školy 15 (62,5%) žiakov, 21 (44,7%) študentov zo 4-ročného gymnázia a 28 (60,9%) študentov z 8-ročného gymnázia.

Tretiu vytvorenú skupinu tvorili mladiství, ktorí najčastejšie dodržiavali zdravý životný štýl. Do tejto skupiny patrili 4 (16,7%) žiaci zo základnej školy, 9 (19,1%) študentov zo 4-ročného gymnázia a 3 (6,5%) študenti z 8-ročného gymnázia (tabuľka 21).

Tabuľka 21 Rozdelenie súboru do skupín podľa dodržiavania zdravého životného štýlu

Počet žiakov patriacich do skupín	1.skupina		2.skupina		3.skupina	
	Počet odpovedí		Počet odpovedí		Počet odpovedí	
	n	%	n	%	n	%
Základná škola	5	20,8	17	36,2	15	32,6
4-ročné gymnázium	15	62,5	21	44,7	28	60,9
8-ročné gymnázium	4	16,7	9	19,1	3	6,5
Spolu	24	100	47	100	46	100

Najvyššie skóre, ktoré mohli mladiství získať bolo 14 bodov. Na základných školách bolo minimálne skóre 6 a maximálne skóre 10. Na 4-ročných gymnáziách bolo minimálne skóre 2 a maximálne skóre 11. Na 8-ročných gymnáziách bolo minimálne skóre 3 a maximálne skóre 10.

Na všetkých školách bol medián skóre 7.

Nepreukázali sme štatisticky významný rozdiel medzi žiakmi základných a študentmi stredných škôl a dodržiavaním zdravého životného štýlu ($p=0,238$) (tabuľka 22).

Tabuľka 22 Získané skóre na školách

Získané skóre	Minimum	Maximum	Medián
Základná škola	6	10	7
4-ročné gymnázium	2	11	7
8-ročné gymnázium	3	10	7

Hypotéza č. 2

Predpokladáme, že študenti na stredných školách budú častejšie v kontakte s návykovými látkami (tabak, alkohol, drogy) ako žiaci na základných školách.

V hypotéze č. 2 sme na hodnotenie použili z dotazníka otázky č. 18- otázku č. 20 (*Ako často konzumujete nápoje s alkoholom, Ako často fajčíte, Užívate psychoaktívne látky*).

Vytvorené boli 4 skupiny. Prvú tvorili tí, ktorí konzumujú alkoholické nápoje 1-2 krát do týždňa. Túto skupinu tvoril súbor (n=14). Z toho ani jeden nebol zo základnej školy, 8 (17,0%) študentov bolo zo 4-ročného gymnázia a 6 (13,0%) študentov bolo z 8-ročného gymnázia.

Druhú skupinu tvoril súbor (n=23), títo konzumujú alkoholické nápoje 1-2 krát za mesiac. Opäť raz ani jeden zo základnej školy, 13 (27,7%) študentov zo 4-ročného gymnázia a 10 (21,7%) študentov z 8-ročného gymnázia.

Tretiu skupinu tvoril súbor (n=16), ktorí konzumujú nápoje s alkoholom 1-4 krát za rok. Zo základnej školy boli 2 (8,3%) žiaci, zo 4-ročného gymnázia 8 (17,0%) študentov a z 8-ročného gymnázia 6 (13,0%) študentov.

Štvrtú skupinu tvoril súbor (n=64), ktorí nekonzumujú alkoholické nápoje. Zo základnej školy ich bolo 22 (91,7%) žiakov, zo 4-ročného gymnázia 18 (38,3%) študentov a z 8-ročného gymnázia 24 (52,5%) študentov.

Pri alkohole sme zistili štatisticky významný rozdiel medzi žiakmi škôl ($p=0,003$).

Otázka č. 19 (*Ako často fajčíte?*) sme rozdelili na tri skupiny. Prvú skupinu tvoril súbor (n=13). Každý deň nefajčí ani jeden žiak zo základnej školy, 9 (19,1%) študentov zo 4-ročného gymnázia a 4 (8,7%) študenti z 8-ročného gymnázia.

Druhú skupinu tvoril súbor (n=11). Títo mladiství fajčia 1-2 krát do týždňa, 1-2 krát za mesiac alebo 1-2 krát za rok. Zo základnej školy bol 1 (4,2%) žiak, zo 4-ročného gymnázia 5 (10,6%) študentov a z 8-ročného gymnázia boli 5 (10,9%) študenti.

Tretiu skupinu tvoril súbor (n=93). Nefajčí 23 (95,8%) žiakov základnej školy, 33 (70,2%) študentov 4-ročného gymnázia a 37 (80,4%) študentov z 8-ročného gymnázia.

Pri fajčení cigariet sme nezistili štatisticky významný rozdiel medzi žiakmi škôl ($p=0,091$).

Otázka č.20 (Užívate psychoaktívne látky?) sme rozdelili na tri skupiny. Prvú skupinu tvoril súbor (n=93), ktorí drogu užili raz za život. Zo základnej školy ich bolo 23 (95,8%) žiakov, zo 4-ročného gymnázia 35 (74,5%) študentov a z 8-ročného gymnázia ich bolo 35 (76,1%) študentov.

Druhú skupinu tvoril súbor (n=15), ktorí užívajú drogy občasne. Zo základnej školy 1 (4,2%) žiak, zo 4-ročného gymnázia 7 (14,9%) študentov a z 8-ročného gymnázia 7 (15,2%) študenti.

Tretiu skupinu tvoril súbor (n=9), ktorí nikdy neužívajú drogy. Zo základnej školy to nebol ani jeden, zo 4-ročného gymnázia to bolo 5 (10,6%) študentov a z 8-ročného gymnázia to boli 4 (8,7%) študenti.

Ani v tomto prípade sa nezistil štatisticky významný rozdiel medzi žiakmi škôl pri užívaní drog ($p=0,267$). Zaujímavosťou, ale je že žiaci na základnej škole síce nefajčia cigarety, ale 95,8% z nich má prvé skúsenosti s drogami už za sebou.

Hypotéza č. 3

Predpokladáme, že študenti na stredných školách budú pod vplyvom stresu častejšie ako žiaci na základných školách.

V hypotéze č.3 sme vychádzali z otázky č. 21 (*Stres pociťujem*).

Pri hodnotení hypotézy č. 3 sme si vytvorili 3 skupiny mladistvých podľa toho ako často pociťujú stres.

Prvú skupinu tvoril súbor (n=43). Títo žiaci pociťujú stres 1-2 krát do týždňa. Skupinu tvorilo 15 (62,5%) žiakov zo základnej školy, 13 (27,7%) tvorili študenti zo 4-ročného gymnázia a 15 (32,6%) študentov z 8-ročného gymnázia.

Druhú skupinu tvoril súbor (n=53). Žiaci odpovedali na otázku (Stres pociťujem) odpoveďami 3-8 krát do týždňa. Zo základnej školy tvorilo túto skupinu 6 (25,0%) žiakov, zo 4-ročného gymnázia odpovedali na tieto možnosti 26 (55,3%) študenti a z 8-ročného gymnázia to bolo 21 (45,7%) študentov.

Tretiu skupinu tvoril súbor (n=21), títo nepociťovali stres nikdy. Zo základnej školy to boli 3 (12,5%) žiaci, zo 4-ročného gymnázia to boli 8 (17,0%) študenti a z 8-ročného gymnázia 10 (21,7%) študentov.

Potvrdili sme štatisticky významný rozdiel. Študenti na stredných školách sú pod vplyvom stresu častejšie ako žiaci na základných školách ($p=0,046$).

Hypotéza č. 4

Predpokladáme, že žiaci ktorí mali prednášky o zdravom životnom štýle na školách budú častejšie dodržiavať zdravý životný štýl ako tí, ktorí tieto prednášky nemali.

V hypotéze č. 4 sme vychádzali z otázky č. 22 (*Máte na škole prednášky alebo v rámci predmetov informácie o zásadách zdravého životného štýlu?*).

V rámci tejto hypotézy sme si súbor rozdelili na dve skupiny tí, ktorí mali prednášky a tí, ktorí prednášky nemali. Skupinu žiakov, ktorí mali prednášky na školách tvoril súbor (n=53). Z tohto súboru bolo 12 (22,6%) zo základnej školy, 34 (64,2%) študentov zo 4-ročného gymnázia a 7 (13,2%) študentov z 8-ročného gymnázia.

Skupinu žiakov, ktorí nemali prednášky tvoril súbor (n=64). Z toho 25 (39,1%) žiakov základnej školy, 30 (46,9%) študentov 4-ročného gymnázia a 9 (14,1%) študentov 8-ročného gymnázia.

Skúmali sme či má vplyv počet prednášok na zdravý životný štýl žiakov pomocou vytvorenej kategórie zdravý štýl, kde sme skórovali odpovede mladistvých podľa toho či dodržiavali alebo nedodržiavali zdravý životný štýl. Tí mladiství, ktorí mali prednášky na školách o dodržiavaní zásad zdravého životného štýlu mali minimálne skóre 3, maximálne skóre 10 a medián skóre 7. Tí mladiství, ktorí nemali prednášky na školách o dodržiavaní zdravého životného štýlu mali minimálne skóre 2, maximálne skóre 11 a medián skóre 2.

Nepotvrdili sme štatisticky významný rozdiel medzi žiakmi, ktorí prednášky na školách mali a medzi žiakmi, ktorí prednášky nemali o dodržiavaní zdravého životného štýlu ($p=0,133$).

9 DISKUSIA

V jednej zo štúdií autor skúmal skúsenosti žiakov staršieho školského veku s cigaretami. Až 72% chlapcov a 47,5% dievčat má prvé skúsenosti už za sebou (Nevolná, 2015). V ďalšej štúdií boli uvádzané údaje o mládeži do 18 rokov. V roku 2000 bolo 52% fajčiarov, v roku 2004 ich bolo 46%. Tieto údaje svedčia o vysokom počte fajčiarov v mladom veku (Hniličková a kol., 2008). Štúdiá v Brazílii skúmala žiakov 7-14 ročných (n=750) a 2% z týchto žiakov uviedlo, že fajčí a 1,5% žiakov uviedlo, že konzumujú alkohol príležitostne (Castro a kol., 2013). Na porovnanie v našom prieskume sme zistili, že 39 (33,4%) žiakov konzumuje alkoholické nápoje príležitostne a 13 (11,1%) žiakov fajčí každý deň. Z týchto výsledkov je vidno, že deti na Slovensku čoraz častejšie v mladšom veku fajčia a konzumujú alkohol.

V ďalšej štúdií tvoril súbor 1074 osôb. Nepriaznivé stravovacie zvyklosti sa preukázali v nízkom počte dávok potravín: najčastejšie trikrát denne (46,3%), 5 a viac dávok konzumovalo len (13,4%) mužov a (29,2%) žien. Mlieko a mliečne výrobky konzumovalo denne z tohto súboru len 51,6% osôb. Ovocie konzumovalo denne (55,3%) osôb, zeleninu len (41,8%) zo súboru (n=1074). Trend spotreby ovocia klesá, ale trend spotreby zeleniny mierne stúpa. Sladené nápoje a návštevy prevádzok rýchleho občerstvenia majú rovnako zvýšený trend (Jurkovičová a kol., 2006).

V našom prieskume uviedli počet dávok potravín najčastejšie odpoveď štyrikrát denne 45 (38,5%) žiakov, 5 a viac dávok konzumuje len 13 (11,1%) žiakov. V počte konzumovaných dávok sa zhodujú výsledky so štúdiou. Mlieko a mliečne výrobky konzumuje každý deň 32 (27,4%) žiakov, v porovnaní so štúdiou sú mladiství z nášho súboru na tom horšie. V našom prieskume konzumuje ovocie denne 44 (37,6%) žiakov, zeleninu len 29 (24,8%) žiakov.

V našom sledovanom súbore (n=117) dodržiavalo pitný režim 44 (37,6%) žiakov. Z toho vyplýva, že 73 (62,4%) nedodržiava pitný režim. Na porovnanie štúdie na základných školách v Kyjích a v Golčove v Čechách taktiež preukázali nedostatočný denný pitný režim u detí (Hniličková a kol., 2008).

Štúdiá v Pekingu sledovala u žiakov základných škôl čas, ktorý trávia vonku. Priemerný čas strávený vonku bol $1,6 \pm 0,8$ hodín denne. Čas strávený športovou aktivitou bol $0,7 \pm 0,1$ hodiny denne a voľný čas vonku bol $1,0 \pm 0,8$ hodín denne (Guo a kol., 2013).

V našom prieskume sme nezistovali počet strávených hodín denne pri pohybovej aktivite a počet hodín strávených vonku vo voľnom čase. Avšak zistovali sme ako trávia voľný čas mladiství na základných a stredných školách. 30 (25,6%) žiakov trávi svoj voľný čas s kamarátmi vonku, 50 (42,7%) žiakov trávi svoj voľný čas aktívnym prístupom k športu. Z týchto výsledkov sme zistili, že väčšina bratislavských mladistvých trávi svoj voľný čas vonku a nie doma pri počítači.

Taktiež sme zistovali ako často sa žiaci venujú pohybovej aktivite do týždňa. Každý deň vykonáva pohybovú aktivitu len 14 (12,0%) žiakov, príležitostne sa venuje pohybovej aktivite 73 (62,4%) žiakov. Môžeme povedať, že bratislavskí mladiství dodržiavajú vo väčšine potrebnú fyzickú aktivitu.

Zo zistených výsledkov je možné povedať, že mladiství čoraz častejšie nedodržiavajú zdravý životný štýl. Väčšina mladistvých sa nevenuje pohybovej aktivite pravidelne, čo má dopad na ich zdravotný stav. Ich stravovacie návyky sú nedostačujúce, mladiství buď jedávajú ovocie alebo zeleninu, nejedávajú zeleninu aj ovocie, ktoré sú potrebné kvôli vitamínom. Mladiství sú ovplyvňovaní rovesníkmi, preto často krát experimentujú pri konzumácii návykových látok.

ZÁVER

V našej práci sme zistili:

- Zo súboru žiakov ($n=117$) sme testovali 4 hypotézy. Hypotéza č.1 sa nepotvrdila. Nepreukázali sme štatisticky významný rozdiel medzi školami v dodržiavaní zdravého životného štýlu ($p=0,238$).
- Hypotéza č.2 sa nám nepotvrdila. Štatisticky významný rozdiel sme nepreukázali medzi mladistvými na školách pri fajčení ($p=0,091$) a užívaní drog ($p=0,267$). Avšak štatisticky významný rozdiel sme preukázali medzi mladistvými na školách pri konzumácii alkoholu ($p=0,003$).
- Hypotéza č.3 sa potvrdila. Štatisticky významný rozdiel sme preukázali medzi školami a vplyvom stresu na mladistvých ($p=0,046$).
- Hypotéza č.4 sa nepotvrdila. Štatisticky významný rozdiel dodržiavania zásad zdravého životného štýlu sme taktiež nepreukázali medzi žiakmi, ktorí mali prednášky na školách a tými žiakmi, ktorí tieto prednášky nemali ($p=0,133$).

Na základe výsledkov nášho výskumu môžeme konštatovať, že mladiství vo všeobecnosti čoraz menej dodržiavajú zdravý životný štýl. Preto je potrebné zvýšiť informovanosť mladistvých o zásadách zdravého životného štýlu a komplikáciách, ktoré môžu vzniknúť nedodržiavaním zdravého životného štýlu. Školy ako subjekty, ktoré sa podieľajú na výchove mladistvých majú na nich veľký vplyv.

ODPORÚČANIA PRE PRAX

Vďaka poznatkom vyplývajúcim z našej práce by sme odporúčali:

- Zvýšiť edukáciu mladistvých na školách o zdravom životnom štýle.
- Informovať žiakov základných a stredných škôl o komplikáciách vyplývajúcich z nedodržiavania zdravého životného štýlu.
- Motivovať ich k pohybovej aktivite v mimoškolských aktivitách.
- Zvýšiť vplyv rodičov na deti a ich stravovacie návyky a pohybovú aktivitu.
- Zvýšiť edukáciu rodičov o zdravom životnom štýle, aby mohli svoje poznatky odovzdávať svojim deťom.

Všetky tieto odporúčania je vhodné uplatňovať ako nápomocné, aby sa zlepšovalo celkové zdravie populácie. Ak populácia zanedbáva svoje zdravie má to dopad na celkové prežívanie, chorobnosť, úmrtnosť, ktoré sa môžu odzrkadľovať vo vysokých nákladoch za lieky a liečbu.

POUŽITÁ LITERATÚRA

ÁGHOVÁ. Životný štýl a výskyt niektorých rizikových faktorov kardiovaskulárnych chorôb v slovenskej populácii: Lifestyle and cardiovascular diseases risk factors occurrence in Slovak population. *Kardiológia pre prax : recenzovaný, postgraduálne zameraný odborný lekársky časopis*. Bratislava : SAMEDI, 2006, 4(4), 245-250. ISSN 1336-3433

ATKINSONOVÁ a kol., In *Psychologie*; Victoria Publishing, Praha 1995, s. 1-75. Dostupné na internete: <<http://www.ssvp.wz.cz/Texty/Atkinson1.pdf>>

BARÁK, Ľubomír. Inzulín - stále jediná záchrana pre ľudí s diabetom I.typu: Insulin - still the only rescue for people with type 1.diabetes. *Via practica : moderný časopis pre lekárov prvého kontaktu*. Bratislava : MEDUCA, 2005, 2(5), 240-242. ISSN 1336-4790

BARÁK, Ľubomír. Na prvom mieste je život, až potom cukrovka. *Grand*. Bratislava. 2014. s.54-55

BÉDEROVÁ, Alžbeta. Prednosti školského stravovania. *Výživa a zdravie : časopis pre výživu a zdravý životný štýl*. Bratislava : Slovenská spoločnosť pre výživu, 2004, 48(1), 10-11. ISSN 0042-9406

BERNADIČ, Marián, Želmíra MÁCOVÁ, Helena BERNADIČOVÁ, Gustáv ČIERNY a Michal VALENT. Fajčenie ako závislosť, rizikový faktor a diagnóza. *Psychiatria, psychoterapia, psychosomatika : časopis psychiatrov, psychoterapeutov a psychosomaticky orientovaných odborníkov na Slovensku*. Bratislava: Slovak Academic Press, 2008, 15(2), 117-126. ISSN 1335-423x

BIELIK, Ivan. Determinanty zdravia. *Základy verejného zdravotníctva*. Bratislava: HERBA, 2011, 39-49. ISBN 978-80-89171-84-2

BUNC, Václav - SKALSKÁ, Marie. Tělesné složení jako indikátor zdravotního stavu a životního stylu. In *Zdravotnícke listy : vedecký recenzovaný časopis*. - Trenčín : Fakulta zdravotníctva. Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, 2015. ISSN 1339-3022, 2015, roč. 3, č. 3, s. 34-39

CASTRO, Kamila et al. In: *Nutricion hospitalaria*. Lifestyle, quality of life, nutritional status and headache in school-aged children. 2013;28(5):1546-1551. ISSN 0212-1611. Dostupné na internete: <<http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6729.pdf>>

ČILJAKOVÁ, Miriam - BÁNOVČIN, Peter (1954-). Oneskorená puberta. In *Pediatrica* : recenzovaný, postgraduálne zameraný odborný lekársky časopis. - Bratislava : SAMEDI. ISSN 1336-863X, 2006, roč. 1, č. 4, s. 205-209

ČILJAKOVÁ, Miriam - BÁNOVČIN, Peter (1954-). Predčasná puberta. In *Pediatrica* : recenzovaný, postgraduálne zameraný odborný lekársky časopis. - Bratislava : SAMEDI. ISSN 1336-863X, 2006, roč. 1, č. 3, s. 121-123

ČERVEŇANOVÁ, Eva. Životný štýl: [Lifestyle]. *Revue medicíny v praxi : odborný medicínsky časopis*. Bratislava: MAURO Slovakia, 2012, 10(3), 19-20. ISSN 1336-202x

DANIELOVÁ, Jana. Výživa dospievajúcich 11-18 ročných detí. In *Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík*. - Bratislava : Slovenská lekárska spoločnosť. ISSN 1335-5090, 2005, roč. 11, č. 4, s. 246-248

European Public Health Alliance. (2015, April 2). "European Parliament's Public Health committee calls for better drinks labeling as part of a new Alcohol Strategy to reduce harm." <<http://www.medicalnewstoday.com/releases/291852.php>>

FATRCOVÁ-ŠRAMKOVÁ, Katarína. Odporúčané výživové dávky - odporúčania pre príjem živín a energie: [Recommended nutrition dosages - recommendations for income of nutrients and energy]. *Revue medicíny v praxi : odborný medicínsky časopis*. Bratislava: MAURO Slovakia, 2012, 10(4), 39-40. ISSN 1336-202x

FATRCOVÁ-ŠRAMKOVÁ, Katarína. Voda a jej zvýšená potreba v organizme. *Revue medicíny v praxi : odborný medicínsky časopis*. Bratislava: MAURO Slovakia, 2014, 12(5), 39-40. ISSN 1336-202x

FOLTÍN, Matúš a KRAJČI Milan. Vplyv životného štýlu mládeže na kvalitu života v dospelosti. *Bakalárska práca*. Banská Bystrica. 2008. dostupné na internete: www.gjgt.sk/digitalna_studovna/...stylu/vplyv_zivotneho_stylu.doc

GAZDÍKOVÁ, Katarína a Dana FARKAŠOVÁ. Výživa nie je iba súčasť zdravého životného štýlu: Nutrition is not only a part of healthy lifestyle. *Slovenský lekár : odborný recenzovaný časopis*. Banská Bystrica: Peter Find'ó - BUSINESS ACTIVITIES, 2015, 25(1), 20-24. ISSN 1335-0234

GAZDÍKOVÁ, Katarína - ŠÚŇOVÁ, Judita - FARKAŠOVÁ, Dana. Výživa a zdravie. In *Ošetrovateľský obzor : vedecký odborný časopis Ministerstva zdravotníctva SR a Slovenskej*

zdravotníckej univerzity v Bratislave. - Bratislava : HERBA, 2015. ISSN 1336-5606, 2015, roč. 12, č. 1-2, s. 10-14

GULÁŠOVÁ, Ivica. Anorexia a bulímia - zdravotné riziká. *Lekárske listy. Psychiatria : odborná príloha Zdravotníckych novín*. Bratislava: Ecopress, 2013, (6), 22-23

Healthy living: what is a healthy lifestyle?. Copenhagen: WHO, 1999.

GUO, Yin et al. In: Ophthalmology. Outdoor Activity and Myopia among Primary Students in Rural and Urban Regions of Beijing. February 2013 Volume 120, Issue 2, Pages 277–283. Dostupné na internete: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23098368>>

HERIAN, Karol. Mlieko a mliečne výrobky - významný zdroj potravín. *Výživa a zdravie : časopis pre výživu a zdravý životný štýl*. 2000, 45(3), 51-52. ISSN 0042-9406

HNILIČKOVÁ, Jana a Mária BOLEDOVIČOVÁ. Pitný režim u detí školného veku. *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia. Supplementum*. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2008, 6(3). ISSN 1336-183x

CHROMÁ, Oľga et al. Nefarmakologická liečba obezity a nadváhy u detí a adolescentov. In *Pediatrica : recenzovaný, postgraduálne zameraný odborný lekársky časopis*. - Bratislava : SAMEDI, 2008. ISSN 1336-863X, 2008, roč. 3, č. 6, s. 352-355

CHMELÍKOVÁ, Eva. Právo a psychológia a zneužívanie nealkoholových drog (aktuálne právne aplikačné a psychologické otázky). *Diplomová práca*. 2009. Dostupné na internete: <https://is.muni.cz/th/169941/pravf_m/Diplomova_praca_Eva_Chmelikova.pdf>

JURKOVIČOVÁ, Jana, Zuzana ŠTEFÁNIKOVÁ, Ľudmila ŠEVČÍKOVÁ a Ľubica Nová stratégia Európskeho parlamentu v boji proti následkom alkoholizmu. *Právo a manažment v zdravotníctve*. Bratislava: Wolters Kluwer, 2015, 6(4), [1]. ISSN 1338-2071

KAČMAROVÁ, Monika a KRAVCOVÁ Michaela. Zdroje stresu a stratégie zvládania v učiteľskej profesii. Prešov 2011. Katedra pedagogiky FHPV PU. s. 215-223

KLASTOVÁ PAPPOVÁ, Petra. Poruchy príjmu potravy. In *Lekárnik : odborný informačný mesačník pre lekárov*. - Bojnice : Unipharma, 2015. ISSN 1335-924X, 2015, roč. 20, č. 1, s. 36-37

KONČEKOVÁ, Ľuba. *Psychológia puberty a adolescencie*. Košice: Univerzita P. J. Šafárika, 1996, 113 s. ISBN 80-7097-339-0

KOPRNOVÁ, Jana. Alkohol u mladistvých a možnosti prevencie na zníženie chorobnosti, výskytu úrazov z násillia a nehôd: Adolescent alcohol abuse and possibility of decrease of

morbidity, violation and accident - related injuries. *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórných metódik : odborný časopis Slovenskej lekárskej spoločnosti*. 2006, 12(3), 152-154. ISSN 1335-5090

KOŠŤÁLOVÁ, Ľudmila (1953-). Puberta. In KREZE, Alexander sr. (1929-1999) et al. *Všeobecná a klinická endokrinológia*. - Bratislava : Academic Electronic Press, 2004. ISBN 80-88880-58-0, s. 848-861

KUJANÍK, Štefan a Ivana BAČOVÁ. Správny pitný režim: Proper hydration regime. *Slovenský lekár*. Banská Bystrica: MUDr. Peter Find'o - PF BUSSINES ACTIVITIES, 2008, 18(1), 20-26. ISSN 1335-0234

MAIDANEVYCH, Olena a Oleksandr SEMERENKO. Závislosť a poruchy príjmu potravy: Addiction and eating disorders. *Alkoholizmus a drogové závislosti : odborný časopis Ministerstva zdravotníctva SR a Sekcie drogových závislostí Psychiatrickej spoločnosti SLS*. Bratislava: Obzor, 2015, 50(4), 169-177. ISSN 0862-0350

MALKA, Maksymilian, Alžbeta HEGEDÜSOVÁ, Ondrej HEGEDÜS, Alena ANDREJIOVÁ, Radoslav KOBOLKA a Oleg PAULEN. Dietary fibre in vegetables and fruits - a review of problematic aspects: Potravinová vláknina v zelenine a ovocí - prehľad problematických aspektov. *Slovak journal of health sciences : časopis v oblasti výskumu zdravia, zdravotného stavu a liečby chronických ochorení*. Trnava, 2014, 5(1), 2-8. ISSN 1338-161x

MARŠÁLEK, Michal. Antidepresiva a architektura spánku u veľkej deprese. *Psychiatria pre prax*. Meduca. Praha. 3, 2005. s. 126-130

MEDVEĎOVÁ, Ľuba. Zdroje stresu a zdroje jeho zvládania deťmi a adolescentmi. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*.,39, 2004, č. 2-3, s. 108-120

MICHALKOVÁ, Dagmar (1928-2012). Strasti a slasti puberty : túžba po nezávislosti patrí k dospievaniu. In *Diabetik : odborný časopis pre diabetologickú verejnosť*. - Bratislava : LB International. ISSN 1336-0426, 2003, roč. 2, č. 5, s. 7-9

MIKLOVIČOVÁ, Emília - KRISTOVÁ, Jarmila. Pitný režim mládeže a obezita - preventívne zameranie ošetrovateľstva. In *Ošetrovateľský obzor : vedecký odborný časopis Ministerstva zdravotníctva SR a Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave*. - Bratislava : HERBA, 2014. ISSN 1336-5606, 2014, roč. 11, č. 1-2, s. 18-23

MIŠÍKOVÁ, Želmíra (1935-). Oneskorená puberta - diagnostika a liečba. In Detský lekár. ISSN 1335-0838, 1997, roč. 4, č. 2, s. 17-19

MORÁŇ, Miroslav. Spánek a epilepsie. *Neurológia pre prax*. Bratislava : MEDUCA, 2005, 6(1), 45-51. ISSN 1335-9592

MUSILOVÁ, Eva - ZAUJECOVÁ, Helena - HUSAROVÍČOVÁ, Eva. Vplyv životného štýlu na zdravie. In Ošetrovateľský obzor : vedecký odborný časopis Ministerstva zdravotníctva SR a Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave. - Bratislava : HERBA, 2012. ISSN 1336-5606, 2012, roč. 9, č. 1-2, s. 3-6

NEVOLNÁ, Tatiana. Existencia pozitívnej korelácie medzi vybranými faktormi životného štýlu u mladej populácie: The existence of a positive correlation between selected lifestyle factors in young population. *Zdravotnícke listy : vedecký recenzovaný časopis*. Trenčín: Fakulta zdravotníctva. Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, 2015, 3(3), 40-45. ISSN 1339-3022

NOGEOVÁ, Adriana - HRACHOVÁ, Júlia - STRNOVÁ, Jaroslava. Puberta a jej poruchy. In Detský lekár. - Bratislava : SAMEDI, 2010. ISSN 1335-0838, 2010, zv. 17, č. 3, s. 86-89

OCHABA, Róbert, Ivan ROVNÝ a Ivan BIELIK. *Ochrana detí a mládeže: tabak, alkohol a drogy*. Bratislava: ÚVZ SR, c2009. ISBN 978-80-7159-175-7

PASTERŇÁKOVÁ, Lenka. LACA, Slavomír. In: Katedra pedagogiky FHPU PU. Ponímanie osobnosti učiteľa v súčasnej škole. Prešov 2011, s. 1-5. Dostupné na internete: <file:///C:/Users/Misa/Downloads/Pasternakova.pdf>

Pitný režim je nevyhnutnou súčasťou životosprávy. *Medical practice : odborná príloha pre lekárov ambulantnej starostlivosti*. Bratislava: Ecopress, 2014, 9(2), 23

POPOV, Peter. Závislosť na alkohole: Alcohol dependence. *Psychiatria pre prax*. Bratislava : Solen, 2003, , 31-35. ISSN 1335-9584

REDAKCIA INFO CF. Výživa. In INFO CF. - Košice : Klub cystickej fibrózy, 2012. ISSN 1335-8340, 2012, č. 24, s. 6-8. Dostupné na internete: <<http://www.cftrust.org.uk/aboutcf>>.

REDAKCIA MEDICAL PRACTICE. Tam, kde je pohyb, víťazí zdravie. In *Medical practice : odborná príloha pre lekárov ambulantnej starostlivosti*. - Bratislava : Ecopress, 2014, 2014, roč. 9, č. 3, s. 13.

REDAKCIA PRÁVO A MANAŽMENT V ZDRAVOTNÍCTVE. Nová stratégia Európskeho parlamentu v boji proti následkom alkoholizmu. In Právo a manažment v zdravotníctve. - Bratislava : Wolters Kluwer, 2015. ISSN 1338-2071, 2015, roč. 6, č. 4, s. [1] a 7. Dostupné na internete: <<http://www.medicalnewstoday.com/releases/291852.php>>

SCHEBEROVÁ, Petra. Berie vaše dieťa drogy? : deti a zdravie. In Diet'a nielen pre rodičov : populárny mesačník zameraný na problematiku odbornej starostlivosti o deti a rodinu. - Bratislava : PROFIS. ISSN 1335-0919, 2005, roč. 11, č. 11, s. 62-64

ŠIMONČIČ, Róbert. Trendy výživy obyvateľov SR a zvláštnosti výživy niektorých skupín obyvateľstva. *Výživa a zdravie : časopis pre výživu a zdravý životný štýl*. 2000, 45(1), 1-5. ISSN 0042-9406

ŠAŠINKA, Miroslav (1935-). Puberta a adolescencia. In ŠAŠINKA, Miroslav (1935-) - ŠAGÁT, Tibor (1942-). *Pediatrica*. - Košice : Satus, 1998. ISBN 80-967963-0-5, s. 69-76

ŠIMONČIČ, Róbert (1929-2007). Úloha potravy v ochrane pred vplyvmi vonkajšieho prostredia. In *Výživa a zdravie : časopis pre výživu a zdravý životný štýl*. ISSN 0042-9406, 2000, roč. 45, č. 3, s. 49-50

ŠIŇANSKÁ, Katarína, ŠANDLOVÁ Veronika. Vyrovnávanie sa so stresom a záťažovými situáciami terénnymi sociálnymi pracovníkmi. *Grant journal*. s. 41-45. ISSN 1805-062X

ŠTEFKOVÁ, Gabriela, Kamila BERNASOVSKÁ a Gabriela BERNASOVSKÁ. Výživa, fajčenie, alkohol - sledované determinanty zdravia v primárnej zdravotnej starostlivosti. *Životné podmienky a zdravie*. , 97-100. STN ISO 690

ŠTEFKOVÁ, Gabriela, G. BERNASOVSKÁ a D. ŠIMOVÁ. Determinanty zdravia a ich vplyv na životný štýl vysokoškolskej mládeže. *Podpora zdravia, prevencia a hygiena v teórii a praxi*. Martin: Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského v Martine, 2009, , 138-141

ŠTĚPÁN, Miroslav. In: Diplomová práca. Závislosť na drogách, alkoholu a tabáku jako závažný problém dnešní mládeže, Zlín 2012, s. 1-104. Dostupné na internete: <http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/19267/%C5%A1t%C4%9Bp%C3%A1n_2012_dp.pdf?sequence=1>

UKROPCOVÁ, Barbara, Milan SEDLIAK a Jozef UKROPEC. Motivujme pacientov k pohybu: Význam pohybovej aktivity pre zdravie, prevenciu a liečbu obezity: Let's motivate

patients to move: The importance of physical activity for health, prevention and treatment of obesity. *Via practica*. Bratislava: SOLEN, 2015, 12(4), 146-151. ISSN 1336-4790

Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, 2008. Dostupné na internete:

<http://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=338:otazky-a-odpovede-na-temu-fajenie&catid=61:problematika-fajenia-a-alkoholu&Itemid=68>

VILÍMOVSKÝ, Michal. Cukrovka- rozdelenie, prejavy, liečba a komplikácie. *Medlicker*. Praha. 2013. Dostupné na internete:

<<http://sk.medlicker.com/555-cukrovka-rozdelenie-prejavy-liecba-a-komplikacie>>

VRLÍKOVÁ, Daniela a Marián MOKÁŇ. Diabetes mellitus 1. typu a autoimunita: Type 1A diabetes mellitus and autoimmunity. *Vnitřní lékařství : časopis České internistické společnosti a Slovenskej internistickej spoločnosti*. Praha : Česká lékařská společnost J. Ev.

Purkyně, 1302, Roč. 51, č. 11 (2005), s. 1297-1302. ISSN 0042-773x

VULGANOVÁ, Katarína - BARTOŠ, Matej - PETRÍKOVÁ ROSINOVÁ, Iveta. Obezita ako častý dôsledok nesprávnych stravovacích návykov a nedostatočnej pohybovej aktivity u detí a mládeže. In *Zdravotnícke listy : vedecký recenzovaný časopis*. - Trenčín : Fakulta zdravotníctva. Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, 2015. ISSN 1339-3022, 2015, roč. 3, č. 3, s. 46-51

ZOBOKOVÁ, Barbora. Dôležitosť zdravého pitného režimu: [Importance of healthy drinking regime]. *Revue medicíny v praxi : odborný medicínsky časopis*. Bratislava: MAURO Slovakia, 2013, 11(3), 27-28. ISSN 1336-202x

PRÍLOHY

Príloha A

Dotazník

Vážená respondent/respondentka,

dovoľte, aby som Vás požiadala o vyplnenie dotazníka, ktorý je zameraný na dodržiavanie zásad zdravého životného štýlu u mladistvých.

Som študentkou 2. ročníka magisterského štúdia na Fakulte verejného zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave.

Uvedený dotazník je súčasťou mojej diplomovej práce s názvom *„Dodržiavanie pravidiel zdravého životného štýlu v sledovanej populácii v mladistvom veku“*.

Výsledky z neho budú použité výlučne v praktickej časti tejto práce. Dotazník je anonymný, pozostáva z 22 otázok. Na každú otázku je len jedna správna odpoveď.

1. Pohlavie:

- a) dievča
- b) chlapec

2. Váš vek ...

3. Akú školu navštevujete:

- a) základná škola
- b) 4-ročné gymnázium
- c) 8-ročné gymnázium

4. Ako trávite voľný čas?

- a) pozeranie TV/ hra na počítači, mobile
- b) s kamarátmi vonku
- c) aktívne sa venujem športu
- d) čítam knihy
- e) navštevujem záujmový krúžok

5. Koľko hodín denne trávite pri pozeraní TV?

- a) 0-1 hodina
- b) 1-2 hodiny
- c) 2-4 hodiny
- d) 4-6 hodín

e) 6 a viac hodín

6. Koľko hodín denne trávite pri počítači/ mobile?

a) 0-1 hodín

b) 1-2 hodiny

c) 2-4 hodiny

d) 4-6 hodín

e) 6 a viac hodín

7. Koľkokrát do týždňa vykonávate športovú aktivitu?

a) 1-2 krát

b) 2-4 krát

c) 5-6 krát

d) každý deň

e) vôbec

8. Koľkokrát sa denne stravujete?

a) menej ako 3 krát

b) 3 krát

c) 4 krát

d) 5 krát

e) viacej ako 5krát

9. Čo zvyknete raňajkovať?

a) neraňajkujem

b) biele/ sladké pečivo

c) celozrnné pečivo, šunka, syr

d) mliečne výrobky

e) zeleninu/ovocie

10. Koľkokrát do týždňa jete mäso?

a) 1-2 krát

b) 2-4 krát

c) 5-6 krát

d) každý deň

e) nikdy

11. Koľkokrát do týždňa jete ovocie?

a) 1-2 krát

b) 2-4 krát

c) 5-6 krát

d) každý deň

e) nikdy

12. Koľkokrát do týždňa jete zeleninu?

- a) 1-2 krát
- b) 2-4 krát
- c) 5-6 krát
- d) každý deň
- e) nikdy

13. Koľkokrát do týždňa jete sladkosti?

- a) 1-2 krát
- b) 2-4 krát
- c) 5-6 krát
- d) každý deň
- e) nikdy

14. Koľkokrát do týždňa jete mliečne výrobky? (mlieko, jogurty, syry,...)

- a) 1-2 krát
- b) 2-4 krát
- c) 5-6 krát
- d) každý deň
- e) nikdy

15. Ako často navštevujete prevádzky rýchleho občerstvenia?

- a) 1-2 krát do týždňa
- b) 3-6 krát do týždňa
- c) 1-2 krát mesačne
- d) 3-6 krát mesačne
- e) nenavštevujem tieto prevádzky

16. Koľko litrov vody denne vypijete? (nepočíta sa polievka a sladené nápoje)

- a) menej ako 0,5 litra
- b) 0,5- 1 liter
- c) 1-1,5 litra
- d) 1,5-2 litre
- e) 2 a viac litrov

17. Ako často pijete sladené nápoje? (Coca-cola, fanta, sprite, kofola,...)

- a) každý deň
- b) 1-2 krát týždenne
- c) 3-4 krát týždenne
- d) viac ako 4 krát týždenne
- e) nepijem sladené nápoje

18. Ako často konzumujete nápoje s alkoholom?

- a) 1-2 krát do týždňa

- b) 1-2 krát za mesiac
- c) 1-2 krát do polroka
- d) 1-2 krát do roka
- e) nepijem alkohol

19. Ako často fajčíte?

- a) každý deň
- b) 1-2 krát do týždňa
- c) 1-2 krát za mesiac
- d) 1-2 krát do roka
- e) nefajčím

20. Užívate psychoaktívne látky? (marihuana, hašiš,...)

- a) jedenkrát za život
- b) aspoň 1x týždenne
- c) niekoľkokrát za mesiac
- d) niekoľkokrát za rok
- e) nikdy

21. Stres pociťujem

- a) 1-2 krát do týždňa
- b) 3-4 krát do týždňa
- c) 5-6 krát do týždňa
- d) 7-8 krát do týždňa
- e) nepociťujem stres

22. Máte na škole prednášky alebo v rámci predmetov informácie o zásadách dodržiavania zdravého životného štýlu?

- a) 1-2 krát za školský rok
- b) 3-4 krát za školský rok
- c) 5-6 krát za školský rok
- d) 7-8 krát za školský rok
- e) nemali sme takéto prednášky