



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra Výchovy ke zdraví

Diplomová práce

Vliv organizovaných pohybových aktivit na kouření a pití alkoholu u dětí ve věku 12 – 16 let

Vypracoval: Bc. Jaroslava Šimotová

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.

České Budějovice 2014



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

University of South Bohemia in České Budějovice
Faculty of Education
Department of Health Education

Diploma thesis

The influence of organized physical
activity on smoking and alcohol drinking
among children aged 12 to 16 years

Author: Bc. Jaroslava Šimotová

Supervisor: doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.

České Budějovice 2014

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Bc. Jaroslava Šimotová

Název diplomové práce: Vliv organizované pohybové aktivity na kouření a pití alkoholu u dětí ve věku 12 – 16 let

Studijní obor: Vychovatelství se zaměřením na výchovu ke zdraví

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí diplomové práce: doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2014

Abstrakt:

Diplomová práce je zaměřena na vliv organizovaných pohybových aktivit na kouření a pití alkoholu u dětí ve věku 12 – 16 let.

V teoretické části práce jsou popsány obecné charakteristiky pohybových aktivit, kouření a pití alkoholu, je kladen důraz zejména na děti a mládež. Mezi obecné charakteristiky je zařazen pohled sociologický, psychologický a biologický.

V praktické části byl zrealizován průzkum pomocí dotazníkového šetření. Celkové množství probandů bylo 216. Po statistickém zpracování dat, byl zmapován objem pohybové aktivity, kouření i pití alkoholu u dětí ve věku 12 -16let v souvislosti se členstvím ve sportovním klubu. Z výzkumu je zřejmé, že děti, které jsou registrované ve sportovním klubu, méně kouří a konzumují alkohol.

Klíčová slova:

Organizovaná pohybová aktivita, kouření, alkohol, děti a mládež

Bibliographic identification

Name and Surname: Bc. Jaroslava Šimotová

Title of Bachelor Thesis: The influence of organized physical activity on smoking and alcohol drinking among children aged 12 to 16 years

Department: Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice

Supervisor: doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.

The Year of presentation: 2014

Abstract:

The thesis is focusing on the influence of organized physical activities on the smoking and alcohol drinking by the kids between 12 and 16 years of age.

The basic characteristics of organized physical activities, smoking and alcohol drinking are described in the theoretical part of the thesis where emphasis is put on children and youth. The sociological, psychological and biological views are included in the basic characteristics.

The research in the practical part of the thesis was done by a questionnaire. The total number of interviewee was 216. The amount of physical activities, smoking and alcohol drinking by kids between 12 and 16 years of age was charted, once the data collected was statistically evaluated and put into connection with membership in a sports club. The research clearly shows that children registered in a sports club are less likely to smoke or consume alcohol.

Keywords:

Organized physical activity, smoking, alcohol drinking, children

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem zadanou diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, dne 21. 12. 2014

.....

Bc. Jaroslava Šimotová

Poděkování:

Děkuji doc. PaedDr. Vladislavu Kukačkovi, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady a ochotu při vypracování diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1.1 Volný čas dětí a mládeže.....	10
1.2 Pohybové aktivity.....	16
1.2.1 Obecná charakteristika pohybu a jeho význam.....	16
1.2.2 Sociologický pohled na pohybové aktivity.....	21
1.2.3 Psychologický pohled na pohybové aktivity.....	24
1.2.4. Biologický pohled na pohybové aktivity.....	26
1.2.5. Význam pohybové aktivity u dětí a mládeže.....	27
1.3 Kouření.....	32
1.3.1 Kouření v historii.....	32
1.3.2 Sociologický pohled na kouření.....	34
1.3.3 Psychologický pohled na kouření.....	36
1.3.4 Biologický pohled na kouření.....	36
1.3.5 Kouření u dětí a mládeže.....	41
1.4 Alkohol.....	44
1.4.1 Alkohol v historii.....	44
1.4.2 Sociologický pohled na pití alkoholu.....	45
1.4.3 Psychologický pohled na pití alkoholu.....	47
1.4.4 Biologický pohled na pití alkoholu.....	52
1.4.5 Pití alkoholu u dětí a mládeže.....	56
2 CÍLE, HYPOTÉZY A ÚKOLY PRÁCE.....	58
2.1 Cíl práce.....	58
2.2 Úkoly práce.....	58
2.3 Hypotézy.....	58
3 METODICKÁ ČÁST.....	59

3.1 Charakteristika souboru.....	59
3.2 Použité metody a techniky sběru dat.....	60
3.3 Organizace praktického šetření.....	62
4 VÝSLEDKY.....	63
4.1 Analýza a interpretace výsledků.....	63
4.2 Vyhodnocení hypotéz.....	79
5 DISKUZE.....	83
6 ZÁVĚR.....	86
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	87
8 PŘÍLOHY.....	90

ÚVOD

Téma své diplomové práce jsem si zvolila záměrně, protože mám velmi blízko k pohybovým aktivitám, ať už organizovaným či neorganizovaným. Právě ve svých dvanácti letech jsem se začala naplno věnovat karate. Sama mohu potvrdit, že období pubescence je snad z celého života nejdramatičtější a nejzajímavější. Tělesný vývoj, kterým člověk prochází, je nejdůležitější součástí pohlavního dospívání a odráží se i v psychologickém vývoji. Dítě se už rozhodně nechce cítit dítětem, dělá velké pokroky v rozumovém vývoji pod vedením školy, mění způsob nazírání na svět a na vlastní život. Významné děje nastávají i ve vztazích k ostatním – vrstevníkům, k rodičům a jiným autoritám. Společnost od něj vyžaduje, aby zvládal základy poznání vědy, přírody, společnosti a její historie. A postaví ho na první křižovatku života a to je volba povolání nebo studijního oboru. V tomto krátkém úseku se stane opravdu mnoho změn, dítě se ocitá na pomyslném rozcestí a bez správného zacházení může odbočit na špatnou cestu. Jedna z těch špatných cest může vést i ke kouření a k pití alkoholu.

Ve své práci jsem se snažila pomocí nastudované literatury nastínit problematiku pohybových aktivit, volného času, kouření a pití alkoholu se zaměřením na děti ve věku 12 – 16 let. Teoretická část se věnuje těmto tématům z několika pohledů. Sociologický objasňuje vztah k danému tématu ve společnosti, v rodině a mezi vrstevníky, taktéž aktuální situaci ve světě i u nás. Psychologický rozkrývá působení pohybu, kouření i pití alkoholu na duši jedince, popisuje možné závislosti, negativní, ale i pozitivní dopad na člověka. A biologický se zabývá chemickými i mechanickými procesy, které se odehrávají při pohybové aktivitě, při kouření cigaret a při pití alkoholu.

V souladu s názvem diplomové práce jsem stanovila cíle, na které jsem se zaměřila v praktické části. Cílem je zanalyzovat vliv organizovaných pohybových aktivit na kouření a pití alkoholu u vybrané skupiny dětí a zjistit úroveň pohybové aktivity v souvislosti s registrovaným členstvím.

Zjištěné informace budou jistě přínosem nejen studentům pedagogické fakulty, ale i rodičům a pedagogům.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Volný čas dětí a mládeže

Volný čas je čas, ve kterém člověk nevykonává činnosti pod tlakem závazků, které vyplývají z jeho sociálních rolí, především z dělby práce a nutnosti zachovat a rozvíjet svůj život. Někdy se také vymezuje jako čas, který zbývá po splnění nepracovních i pracovních povinností. Přesnější je ale charakteristika jako činnosti, do níž jedinec vstupuje s očekáváním, účastní se jí na základě svého svobodného rozhodnutí, a která mu přináší příjemné zážitky i uspokojení. Hlavní funkce volného času jsou:

- Odpočinek
- Zábava
- Rozvoj osobnosti

Roger Sue, dnešní francouzský sociolog volného času, uvádí především funkci sociální, která zahrnuje socializaci v různých sociálních prostředích, včetně rodiny a sdružování, funkci terapeutickou, která zahrnuje hledisko zdravotní, smyslový rozvoj, prevenci chorob a zdravý životní styl a funkci ekonomickou, která docenjuje hospodářský význam volného času pro jednotlivce i společnost. (HOFBAUER, 2004)

Specifickou zvláštností volného času dětí a mládeže je to, že z výchovných příčin je žádoucí jeho pedagogické ovlivňování. Děti nemají dostatek zkušeností, nedokážou se orientovat ve všech oblastech zájmových činností, potřebují tak citlivé vedení. Podmínkou účinnosti je, aby vedení bylo nenásilné, nabízené činnosti přitažlivé a pestré, účast na nich dobrovolná. Míra ovlivňování volného času je závislá na věku dětí, jejich mentální i sociální vyspělosti a na charakteru rodinné výchovy.

Prostředí, v jakém děti tráví volný čas je různorodé. Může to být domov, škola, společenské instituce a organizace. Mnoho dětí prožívá volné chvíle ve veřejném prostranství, na ulici, venku, často bez dohledu, dokonce i bez zájmu dospělých. (PÁVKOVÁ A KOL., 2002)

Organizovanost výchovného působení

- Činnost spontánní
 - Uplatňuje se individuálně nebo ve skupině podle zájmu účastníků a je nepřímým pedagogicky a výchovně ovlivňována. Spontánní aktivity jsou zpřístupněny všem zájemcům a nemají stanoven čas začátku ani konce. Např. v přírodních prostředích, na otevřených hřištích a sportovištích nebo v čítárnách a knihovnách.
 - Pedagogický pracovník, pokud je stanoven, vystupuje jako rádce, konzultant nebo motivující činitel.
- Zájmová činnost příležitostná
 - Zahrnuje organizované, jednorázové i cyklické, rekreační, vzdělávací nebo oddechové aktivity, jako například – cykly přednášek a poznávací soutěže, sportovní turnaje a závody, koncerty a přehlídky umělecké tvořivosti, divadelní představení, výlety a exkurze, turistické aktivity a zájezdy, příměstské tábory a další způsoby prázdninové činnosti.
 - Je časově ohraničena, řízena přímo pedagogem a umožňuje a podněcuje spoluúčasť dětí a mládeže. Může probíhat v místním, regionálním, celostátním i mezinárodním měřítku.
- Zájmová činnost pravidelná
 - Uskutečňuje se pravidelně po celý rok pod vedením kvalifikovaného vedoucího. Inspiruje vznik různých způsobů zájmových útvarů, jako jsou – kroužky, umělecké soubory, sportovní družstva, kluby s volnější organizační strukturou, kurzy trvající od několika měsíců až po jeden rok
 - Cílem je osvojit si nové vědomosti, dovednosti a prohloubit kladný vztah k vybranému zájmu.
 - Účastníci seznamují zpravidla na závěr školního roku své rodiče, druhy i veřejnost s výsledky činnosti, a to formou výstavy, uměleckého vystoupení, přehlídky, sportovní akce, a dostávají osvědčení o činnosti. (HOFBAUER, 2004)

Nejvýznamnější zařízení pro výchovu mimo vyučování

- Školní družiny
 - Zaměření na práci s dětmi prvního stupně základní školy.
 - Výchovná, zdravotní a sociální funkce.
- Školní kluby
 - Zaměření na práci středního školního věku, se žáky druhého stupně základních škol.
 - Pracují na principu dobrovolnosti, těžiště práce školních klubů je v zájmové činnosti – v kroužcích, souborech, tělovýchovných oddílech.
- Střediska pro volný čas dětí a mládeže
 - Zaměření zejména na realizaci specializovaných zájmových činností pod odborným pedagogickým vedením.
- Domovy mládeže
- Dětské domovy
- Základní umělecké školy
- Jazykové školy
- Občanská sdružení, tělovýchovné a sportovní organizace, kulturní a osvětová zařízení, církve a náboženská společenství (PÁVKOVÁ A KOL., 2002)

Základní typy sdružení dětí a mladých lidí

1. Sdružení všestranného obsahu se základním posláním výchovy k občanství:
 - Junák
 - Nejpočetnější v současnosti, vznikl v roce 1907, působí ve 214 státech, má 39 milionů členů. V České republice máme kolem 50 tisíc členů.
 - Jeho posláním je působit mezi dětmi, mladými lidmi i dospělými. Vést je k duchovní, mravní a tělesné zdatnosti a připravenosti plnit své povinnosti ke společnosti, bližnímu, vlasti, přátelství mezi národy.

- Pionýr
 - Pionýrská organizace vznikla po druhé světové válce podle vzoru tehdejší organizace sovětských dětí. Současný Pionýr vznikl v roce 1990, dnešní počet členů se pohybuje kolem 12 tisíc dětí.
 - Vymezuje se jako demokratické, nezávislé, laické, dobrovolné hnutí, působící ve výchově aktivního občana země.

2. Sdružení zájmová:

Vychází ze zájmu, tedy z individuální, stálé připravenosti člověka zabývat se předměty a aktivitami, které pokládá jako významné. Nejčastěji je spjat s tělovýchovou a sporty, s různými způsoby poznávání a ochrany přírody, s aktivitami společenskovedními, s uměleckou tvořivostí, s technikou, osvojování cizích jazyků atd.

Nejznámější sdružení:

- Sokol
- Český svaz tělesné výchovy (ČSTV)
- Česká tábornická unie
- Folklorní sdružení
- Duha
- Asociace pro mládež, vědu a techniku (AMAVET)

3. Sdružení odborů a politických stran.

4. Sdružení orientovaná nábožensky:

- YMCA
- Katolická kongregace salesiánů

5. Samosprávné struktury dětí a mládeže.(HOFBAUER, 2004)

Nejčastější volno-časové aktivity u dětí a mládeže

Subjektivní hodnocení významu prováděné aktivity ve volném čase (rok 2006):

- u chlapců ve věku 9 – 11 let:
 - počítačové hry, video hry
 - sledování televize/ videa
 - návštěvy příbuzných
 - rekreační, organizovaný, neorganizovaný sport
- u dívek ve věku 9-11 let:
 - pomoc v domácnosti
 - četba
 - návštěvy příbuzných
 - rekreační, organizovaný, neorganizovaný sport

- u chlapců ve věku 16-19 let:
 - poslech hudby
 - schůzky s dívkou
 - rekreační, organizovaný, neorganizovaný sport
 - vydělávání peněz
 - sledování televize/ videa
- u dívek ve věku 16-19 let:
 - poslech hudby
 - schůzky s chlapcem
 - loudání a povídání s přáteli
 - četba
 - rekreační, organizovaný, neorganizovaný sport

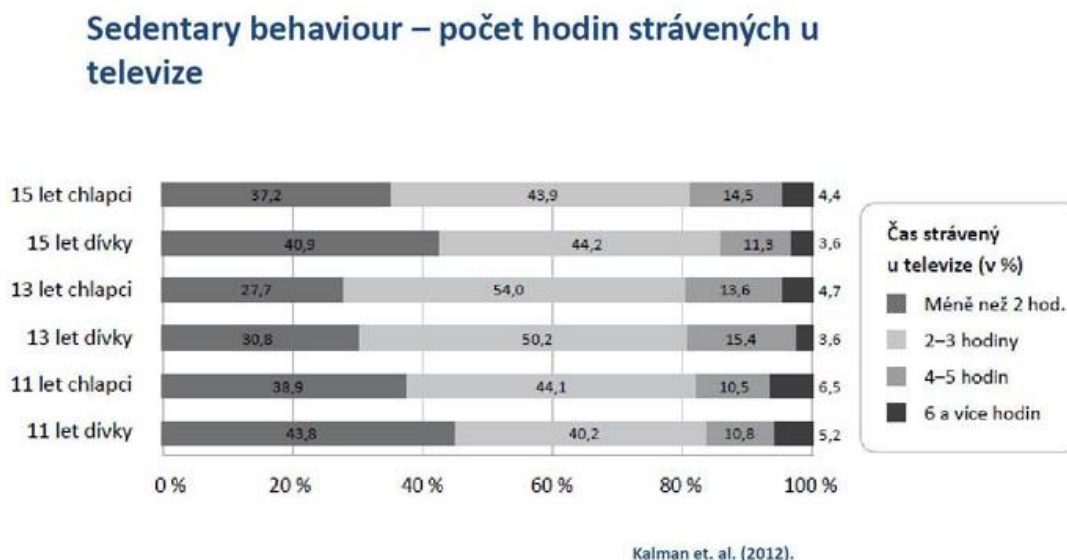
(RYCHTECKÝ, 2006)

Sedentary behaviour – počet hodin strávených u počítače, to má za následek:

- vyšší prevalenci pravidelného kouření
- vyšší prevalenci opakovaného excesivního užívání alkoholu
- vynechávání snídaní
- menší konzumace ovoce a zeleniny
- vyšší konzumace sladkostí
- vyšší konzumace sladkých limonád
- častější agresivní chování ve škole – rvačky, šikana

- větší stres ve škole, menší motivace dosahovat dobrých výsledků. (HAMŘÍK, 2010)

Obrázek č 1: Přehled o počtu hodin strávených u televize u dětí ve věku 11 – 15 let.



(zdroj: [www: http://kin-ball.cz/pohybova-aktivita-a-zivotni-styl-ceskych-skolaku](http://kin-ball.cz/pohybova-aktivita-a-zivotni-styl-ceskych-skolaku))

Šetření z roku 2006 odkrylo zajímavé poznatky. Pozitivní například je, že pravidelné sledování televize, videa, konzumace počítačových her aj. nestojí již v popředí zájmu mládeže a s přibývajícím věkem dětí se pravidelnost užívání či sledování snižuje. Pravidelné provádění sportovních a pohybových aktivit zaujímá u chlapců čtvrté místo v pořadí, u dívek je to místo sedmé. Ve srovnání s rokem 2000 se jedná o mírný pokles. Ve srovnání s evropskou studií, ve které bylo stejným dotazníkem administrováno více než 6000 probandů ve věku 12-15 let v šesti zemích (Estonsko, Německo, Belgie, Finsko, Maďarsko, Česká republika), respondenti lokalizovali sport a pohybovou aktivitu na šesté místo z hlediska účasti a na deváté z hlediska hodnocení významu ve svém životním stylu. Naproti tomu sedavé aktivity patřily mezi dominantní volno-časové aktivity zejména u probandů z Německa, Finska a Belgie. (RYCHTECKÝ, 2006)

1.2 Pohybové aktivity

1.2.1 Obecná charakteristika pohybu a jeho význam

Pohyb je nejobecněji chápán jako jakákoli změna ve společnosti i v přírodě. Je základním projevem každého živého organismu, je jeho základní a neodlučitelnou vlastností. Existence organismu v okolním prostředí je zajištěna prostřednictvím pohybu. Představuje aktivní proces probíhající podle zákonů fyziky. Je řízen záměrem sledujícím konkrétní cíl, který si každý živý organismus určuje sám nebo podle kterého instinktivně jedná. Jednotlivé pohybové záměry vycházejí z potřeb daného organismu a slouží k udržení jeho integrity s okolním prostředím. Pohyb je prostředkem k vytváření vztahů mezi vnitřním a vnějším prostředím organismu. Člověk, stejně jako ostatní živé bytosti v přírodě, se přizpůsoboval pohybem vnějšímu prostředí a po té i vnější prostředí si přizpůsoboval svým potřebám. Během tohoto dlouhodobého procesu adaptace na vnější podmínky se vyvíjel a nabýval nových kvalit. Významnými kroky ve fylogenezi člověka byly vzpřímená postava s dvojesovitým zakřivením páteře, článkovaná řeč a jemná motorika ruky. Tyto specifické lidské znaky umožňovaly činnost, která kladla stále vyšší nároky na centrální nervovou soustavu. Výsledkem je dnešní mimořádná úroveň rozvoje mozku, kde probíhají řídicí procesy nejvyšší úrovně – psychika a intelekt. Pohyb sehrál jednu z nejdůležitějších rolí v procesu „polidšťování“. Výsledkem tohoto dlouhodobého vývoje je dnešní lidské chování, jež je souhrnem lidských projevů. Člověk se odlišuje od ostatních živých tvorů především svojí biologickou podstatou, vědomím a rozumem, psychikou a společenským životem. (BURSOVÁ, RUBÁŠ, 2001)

Pohybová aktivita

Pojem pohybová aktivita patří mezi základní koncepty vědy zvané kinantropologie. Všeobecně se však uznává, že pohybová aktivita má komplexní charakter, který je určen vazbami biologické, psychické, psychomotorické a sociální stránky člověka. Pohybová aktivita je cílesměrnou, účelově zaměřenou činností, která může mít i funkci adaptačního podnětu pro rozvoj psychomotorických dovedností a tělesné

zdatnosti. Za určitých okolností může také působit na duševní oblast člověka a podporovat socializační proces včetně interiorizace etických a estetických norem. Proto je pohybová aktivita předmětem zkoumání v rozličných kinantropologických podoborech. Pohybová aktivita je vždy spojena s činností kosterního svalstva, která se odráží ve zvýšeném energetickém výdeji. Proto může za určitých podmínek mít i charakter pohybového zatížení, které vyvolává adaptační účinky. Monitorování a hodnocení pohybové aktivity z tohoto funkčně motorického a fyziologického aspektu se uplatňuje jak v kinantropologickém výzkumu, tak ve sportovní a tělovýchovné praxi. (PSOTTA, 2003)

Pohybová aktivnost

Je souhrn všech pohybových aktivit v určité časové jednotce (den, týden), které podporují zdraví, uskutečňují se jak v pracovní, tak i mimopracovní době. Mohou být vykonávány bez přerušení v jednom časovém úseku nebo se sčítají z několika oddělených intervalů. Pohybová aktivnost je komplexní záležitostí, zahrnuje mnoho různých druhů pohybových aktivit a činností – běžnou chůzi, práci na zahradě nebo tradiční cvičební a strukturované aktivity jako je sportovní hra či cvičení s hudbou. (KORVAS, KYSEL, 2013)

Organizovaná pohybová aktivita

Základní charakteristikou těchto sportovních činností je, že veškeré akce, osobní zapojení a chování je přísně regulováno formálními pravidly. Jejich fungování zabezpečují dospělí a to včetně trenérů, manažerů, sudích, rozhodčích, zapisovatelů, časoměřičů a dalších funkcionářů. Z hlediska aktivních účastníků je třeba v souladu s mnohými výzkumnými závěry teorie symbolického interakcionismu připomenout, že děti jsou schopné naplno pochopit širší sociální souvislost týmového, strategicky zaměřeného, organizovaného výkonnostního sportu až kolem dvanáctého roku života.

Základní charakteristiku organizovaného sportu mládeže pak tvoří:

- zaměřenost na pravidla hry
- specializace herních postavení jednotlivců
- tvoření vztahů s dospělými
- kladení důrazu na herní strategii
- motivace vítězit a podat co nejlepší výkon
- touha po nejlepším hráčském kreditu
- kladení důrazu na dodržování principu fair play. (SEKOT, 2006)

Pohybové aktivity a kvalita života

Z pohledu tělesné výchovy a tělesné kultury je pojem kvalita života velmi široký a málo si všímá pohybových aktivit jako svého prvku. Proto je používán pojem životní styl a zejména zdravý životní styl, který již tento prvek definuje a je to jeden z prokázaných preventivních prostředků pro zachování kvality života a kvality života všech generací. Životní způsob občanů a především zdravý způsob života je v současné době jedním ze základních problémů populace ve vyspělých zemích. Zdravotním stavem svých občanů se zabývají jednotlivé státy, ale je i obsahem činnosti celosvětových organizací, jako například WHO, UNICEF atd. Už v roce 1946 definovala WHO základní charakteristiku pojmu zdraví, jež se do současnosti téměř nezměnila, jako: „...stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze přítomnost nemoci nebo vady.“ Z výsledků velkého množství výzkumů byly definovány faktory a příčiny, které nejvíce ovlivňují lidské zdraví v současnosti. Kupříkladu studie WHO poukazují na to, že zhoršující se stav fyzického, psychického a sociálního zdraví lidského rodu na celém světě je důsledkem spolupůsobení několika vážných příčin současně – zhoršování životního prostředí, zvýšení nároků na dosažení i udržení kvality života, zvyšování výskytu osob s nadměrnou váhou již od dětského věku, snižování hranice věku osob, které mají zkušenosti s konzumací návykových látek omezujících vytvoření kvalitního předpokladu ke kvalitnímu životu v pozdějších letech, nárůst násilí, násilného

chování jedinců i skupin, nerovný přístup všech obyvatel k podmínkám podporující zdraví. Faktory, jako osobní chování jedince, biologické vlivy, podmínky životního prostředí a kvalita zdravotních služeb, mají vliv na vyšší pravděpodobnost vzniku civilizačních chorob, jejichž důsledky způsobují snížení kvality života, seberealizaci a zaměstnatelnost. Mezi nejfrekventovanější onemocnění tohoto typu patří nemoci kardiovaskulární (ischemická choroba srdeční), diabetes mellitus, osteoporóza a osteoartritida, zvýšení krevní tlak, obezita, snížená funkce imunitního systému, rakovina, mrtvice, duševní problémy apod. většina těchto onemocnění ohrožuje zejména populaci vyspělých zemí, ve kterých se na životním stylu nejvíce negativně projevuje technologický pokrok. Rizikové faktory těchto nemocí vykazují stoupající trend. Je zde osobní chování jedince, kterým si poškozuje zdraví, příčinou až 50 % všech úmrtí.

Proto je dnes zdraví a jeho uchování na dostatečné úrovni v posledních desetiletích spojováno s prevencí, která souvisí se zachováním dostatečného objemu pohybové aktivity, která byla v průběhu fylogenetického vývoje člověka vždy nedílnou součástí jeho životního stylu. Množství pohybové aktivity v rozvinutých zemích bohužel klesá. Technický rozvoj v posledních letech usnadnil lidem život natolik, že adekvátní pohybová aktivita, která byla po tisíce let nezbytnou podmínkou přežití, téměř u větší části populace vymizela z běžného, každodenního života. U 50 % obyvatel převažuje sedavé zaměstnání a sedavý způsob života. Nedostatečná až žádná úroveň pohybové aktivity v kombinaci s nadměrným energetickým příjmem zapříčiňuje zvyšování počtu osob s nadváhou, obezitou a dalších neinfekčních onemocnění.

První zprávy a výsledky studií o vlivu pohybové nedostatečnosti na zdraví se objevily v průběhu 50. a 60. let minulého století a označovaly pohybovou nedostatečnost jako vážnou příčinu chronických stavů, především srdečních chorob. V současné době trpí pohybovou nedostatečností až 70 % obyvatel vyspělých zemí zejména díky sedavému způsobu života. Je tedy zřejmé, že pohybové aktivity mají pozitivní vliv na zdraví všech vrstev populace a současně pravidelná pohybová aktivita může silně redukovat pravděpodobnost onemocnění řady chorob. (KORVAS, KYSEL, 2013)

Pravidelné cvičení i přirozená pohybová aktivita jsou spolu s přiměřeným energetickým příjmem nejlepším, nejnebezpečnějším a ekonomicky nejméně náročným léčebným a preventivním prostředkem většiny civilizačních onemocnění. Bylo dokázáno, že dlouhodobá pohybová aktivita prodlužuje život člověka a snižuje úmrtnost na onemocnění spojená se sedavým životním stylem. Indikace tělesných cvičení je ale značně individuální. Lékařský předpis pohybové aktivity je stejně významný jako aplikování jakéhokoli léku. Variabilita reakce na pohybovou zátěž je ovlivněna několika faktory, jako je dědičnost, pohlaví, věk, zdravotní stav, trénovanost, intenzita zatížení, druh a frekvence cvičení. (KUKAČKA, 2010)

Pohybová aktivita působí blahodárně na celý nervový, pohybový a oběhový systém, upravuje funkci vnitřních orgánů a žláz s vnitřní sekrecí a zároveň působí preventivně proti civilizačním chorobám. Navíc dnes už pomalu nenalezneme chorobu, která by opodstatňovala absolutní zákaz tělesných aktivit a cvičení vůbec. Zákaz tělesné výchovy, jak se s ním lze ve školách setkat z různých důvodů, je mnohdy nebezpečnější a rizikovější než opačný postoj. Lidské tělo a lidská mysl jsou tak propojené navzájem, že uvolnění mysli se uvolní tělo a naopak uvolnění tělesné vede k uvolnění naší mysli. Toho se používá například k hojení a k rekonvalescenci. (KREJČÍ, 2011)

Rekreační formy pohybu jsou ve většině případů motivovány prvky, které souvisejí s podporou zdraví a udržování životního stylu. To lze jistě považovat za přínosné. Nicméně motivace k pohybu kvůli udržování zdraví je pouze součástí vztahu člověka k pohybu. Životní styl v sobě nese většinu spíše vnějškově patrných aspektů (styl oblékání, sdílení společného prostředí, kvalitní materiální vybavení). Odklon současného člověka od přirozeného pohybu je výrazný. Sport, ať už ve vrcholové a výkonnostní podobě, kde je jako součást současné kultury, nebo ve své rekreační podobě, kde je motivován většinou právě aspekty životního stylu a aspekty zdravotními, představuje stěžejní kompenzaci za tuto insuficienci. Hlubší zakotvení pohybu spojené s duchovním rozměrem každého člověka, tázání se po smyslu prováděné činnosti, to je jedním z hlavních témat filosofie sportu. V mnoha zemích se silnou náboženskou tradicí představuje důležitý rámec pro zařazení pohybu do

každodenního života náboženský přístup. To platí v jisté míře i v českých poměrech. Česká republika ale patří k nejsekularizovanějším zemím v Evropě i ve světě. Je i přesto zřejmé, že i v oblasti sportu bude problematika duchovního prostoru člověka stále více nabývat na aktuálnosti. (HURYCH, 2013)

Mezi nejzávažnější proměnné vztahující se k provozování pohybové aktivity patří faktory demografické a biologické, psychologické, psychologické, kognitivní a emocionální, behaviorální vlastnosti a dovednosti, environmentální, sociální a kulturní faktory, faktory fyzického prostředí a charakter pohybové aktivity. Současně zde sehraává roli i faktor materiálně technické základny, který do značné míry určuje i kvalitu vztahu k pohybovým aktivitám. Změnu životního způsobu obyvatelstva k vyšší účasti na pohybových aktivitách je nutné ovlivňovat zkvalitněním a rozšířením infrastruktury tělovýchovně sportovních zařízení a jejím zpřístupněním všem zájemcům. Především při motivaci dětí a mládeže k celoživotní pravidelné pohybové činnosti je vliv prostředí a podmínek pro realizaci pohybových aktivit nezastupitelný. (KORVAS, KYSEL, 2013)

1.2.2 Sociologický pohled na pohybové aktivity

Sport, stále frekventovanější pojem v našem každodenním životě i v odborné literatuře, označuje nejen jedinečnou pohybovou aktivitu a herní situaci, nýbrž je zároveň i významným sociálním jevem. Sport patří k nejdiskutovanějším jevům ve společnosti v novém tisíciletí. Jeho význam je dnes umocňován svým nesporným dopadem v rovině ekonomické, kulturní i sociální. Je ztělesněním obdivovaných hodnot radosti z pohybu, výkonu, zdraví a krásy. Stejně tak odráží i řadu nově vyhocovaných problémů, kterým musí s obavami dnešní svět čelit. Bezbřehá komercializace, konzumní způsob života, drogová scéna, rasismus, korupce, násilí na stadionech – to vše odráží svět sportu v míře odpovídající jeho virtuální přitažlivosti a mediální působivosti. (SEKOT, 2006)

Pochopit podstatu a směřování soudobého světa, jeho dílčích kultur a společností, aniž bychom si všimli a náležitě ocenili úlohu sportu, je skoro nemožné. Žijeme ve

světě, kde sport je mezinárodní fenoménem, je důležitý pro politiky a světové vůdce, přispívá k dynamice ekonomického rozvoje, rozšiřuje globální povědomí cestou mezinárodních sportovních událostí, je nedílnou součástí lokálních kulturních a sociálních struktur, regionů a národů. Sport je schopen přispívat svým potenciálem k vývoji nejchudších oblastí světa, tvoří nezastupitelnou součást masové ediční podívané, podílí se na rozvoji turistického podnikání, je různým způsobem spojován s řadou sociálních jevů a problémů, jako je násilí, zdraví, kriminalita, sociální rozdíly, pracovní migrace, ekonomický a sociální rozvoj a chudoba. Je nezastupitelnou součástí smysluplně naplňovaných volnočasových aktivit velkých mas lidí. Sport se může stát účinným nástrojem demagogických idejí diktátorů, stejně tak symbolem demokratických procesů a prostředkem mezinárodního usmíření. Sportovní aktivity bývají spojovány s politickým protestem na cestě boje za lidská práva i sociální spravedlnost. Sportovní aktivity mohou pro jedny znamenat cíl sám o sobě, radostnou formu sebrání se v životadárném kompenzačním působení rekreační kondiční fyzické aktivity, kdežto pro jiné je nutným stereotypním bolestivým prostředkem sofistikované přípravy k dosažení výkonu, vítězství a odměny. (SEKOT, 2008)

Nejúžeji je s procesem socializace spojena rodina. Rodiče zpravidla v rámci vlastních norem a hodnot usilují o to, aby se jejich dítě stalo samostatnou suverénní bytostí. V počátečních stádiích si právě zde jedinec osvojuje svoji příslušnost k pohlaví ve smyslu přiměřeného chování, postojů a aktivit hochů a dívek. U chlapců se zpravidla očekává - z hlediska vztahu ke sportu velmi důležitá- maskulinní tvrdost, u dívek pak spíše něžnost a poddajnost. Chlapci si mnohdy získávají vysoký osobní kredit na základě svých atletických schopností a sportovních dovedností, chladnokrevností a vytrvalostí. Dívky odvozují své uznání a popularitu spíše díky svým sociálním dovednostem a školnímu prospěchu. Obecně vzato se ukazuje, že participace dětí a mládeže na sportovních aktivitách je ovlivňována dostupností příležitostí, podporou rodinných příslušníků, názorových vůdců a životních vzorů, kamarádů, nejbližší komunitou a konečně i vnímavostí potenciálního dětského účastníka sportovních aktivit. Hoši jsou zpravidla vystaveni silné rodičovské

kontrole. Do světa fyzické dovednosti a sportovních her pronikají obvykle už v poměrně mladém předškolním věku. S přibývajícím věkem roste i jejich důvěra v možnosti výhod organizovaného výkonnostního sportu jako zdroje osobního uspokojení a kreditu nebo dokonce profesní aspirace. Sport je v případě chlapců chápán jako nedílná součást dozrávání v muže. U dívek se výraznější úloha sportu v procesu osobnostního zrání většinou nepředpokládá. Tato skutečnost se aktualizuje především socializačním procesem v období adolescence. (SEKOT, 2006)

Často je podpora dětí k pohybovým aktivitám spojována se socioekonomickým statutem rodin, ale výsledky jsou často protichůdné. Sledováním týdenního objemu pohybových aktivit u 214 dětí ve věku 7-8 pomocí akcelerometru Actigraf Voss et al. (2008) zjistili, že děti z rodin s nižšími příjmy se méně často účastní organizovaných pohybových aktivit, ale jejich celková týdenní pohybová aktivita je nezávislá na výši finančního příjmu rodičů. Oproti tomu vyšší socioekonomický status rodičů je pozitivně asociován s vyšší víkendovou pohybovou aktivitou u jejich 8-10letých dětí. Je zřejmé, že děti rodičů s vyšší úrovní dosaženého vzdělání nebo děti z rodin s vyššími příjmy mají vytvořeny lepší podmínky pro realizaci pohybových aktivit. Vztah mezi aktivitou dětí a jejich rodičů není zcela jednoznačný, zřejmě je podmíněn celou řadou psychologických (způsob a preference trávení volného času, temperament), sociálních (počet a pohlaví sourozenců a kamarádů, úplnost rodin), environmentálních (dostupnost a bezpečnost sportovišť a volných ploch k pohybovým aktivitám, lokalita a typ bydliště), somatických (zdravotní stav, úroveň tělesné hmotnosti) a jiných proměnných, které je potřeba zviditelňovat pro tvorbu efektivních pohybových programů podporujících zdravý a pohybově aktivní životní styl. (SIGMUND A SPOL, 2008)

Pohyb ve volném čase

Výčet možné náplně volného času, jak ji dokumentuje nominální struktura času, ukazuje, že škála možných aktivit je velmi široké. Přitom časový prostor není velký. V současné době se industriální společnost nachází v určité hodnotové krizi. Na

jedné straně stojí čistě materiální orientace kladoucí důraz na výkon, úspěch. Na straně druhé, se objevují postmaterialistické hodnoty, které směřují ke spoluúčasti na konání ostatních, na svobodě a rovnosti, seberealizaci. Stále více lidí má problém nalézt správnou rovnováhu mezi hodnotami. Není proto samozřejmostí, že každý bude mít zájem věnovat se ve volném čase sportovním aktivitám nebo aktivitám založených na pohybu a že jimi svůj volný čas naplní. Sportu ve volném čase konkurují nejrůznější další aktivity, jejichž počet narostl právě i díky masovosti volného času. Vedle toho konzumnost a pasivní zábava zatlačují tvořivé aktivity do pozadí, které vyžadují mentální či fyzické úsilí typické pro sport. Tento trend je viditelný nejen u dospělé populace, ale i u dětí a mládeže. (SLEPIČKOVÁ, 2005)

1.2.3 Psychologický pohled na pohybovou aktivitu

Duševní zdraví lze definovat jako stav člověka, kdy jeho kognitivní procesy jsou na úrovni odpovídající danému vzdělání a věku, kdy zejména správně funguje paměť, myšlenkové pochody a pozornost, kdy jsou realizovány správné a dostatečně rychlé reakce a response na podněty z vnějšího i vnitřního prostředí. Člověk se tak dokáže vypořádat s běžnými situacemi v životě, je schopen pracovat produktivně a efektivně. (KREJČÍ, 2011)

V současné době problémy zdraví ve společnosti dostávají přední pozice vědeckého i společenského zájmu. Pokud není člověk zdravý, není schopen prožívat plnohodnotný život. Pojetí zdraví se radikálně změnilo a změnil se i přístup lékařů k psychologům, kteří poskytují nemocným psychoterapeutické metody k uchování zdraví. K pojmu zdraví neodmyslitelně patří také i pocit štěstí. Šťastní jedinci se cítí obvykle zdravěji a žijí déle. (BLAHUTKOVÁ, ŘEHULKA, DVOŘÁKOVÁ, 2005)

Je zřejmé, že pohybová aktivita pozitivně působí na rozvoj člověka i v oblasti psychosociální. Pohybová aktivita snižuje subjektivní stres a redukuje riziko symptomů a frekvence depresí, zlepšuje kognitivní funkce a sebeúctu. Lidé, kteří mají nedostatek pohybové aktivity, trpí dvakrát více depresemi ve srovnání s aktivními lidmi. (KORVAS, KYSEL, 2013)

Přehled formativního a psychoregulačního působení pohybu na jedince, vlivy:

- zdravotní
- relaxační, kompenzační a regenerační
- kondiční
- na poznávací procesy
- emocionálně- prožitkový
- socializační
- na rozvoj kreativity
- na integrovanost osobnosti
- stimulační
- na odolnost vůči neúspěchu a úměrnost při úspěchu (BURSOVÁ, RUBÁŠ, 2001)

Jednou z důležitých součástí strategie a intervence ve společnosti v podpoře pohybové aktivity je ovlivňování motivace k realizaci pohybových aktivit a je důležité si uvědomit, že mezi pohybové aktivity, které přinášejí benefity, počítáme všechny pohybové činnosti člověka, strukturované i nestrukturované. Pohybová aktivita je mnohem obsáhlejší pojem než sport. Patří do ní všechny pohybové aktivity běžného života, mezi které patří lokomoční a pracovní, úkony jako hygienické a sexuální a další pohybové struktury v oblasti zájmových činností, kam systémově patří sport, cvičení, tanec, turistika atd. Využití pohybové aktivity jako podpůrného a ochranného prostředku, který nám zkvalitňuje život, se nazývá kinezioprotekce a všechny pohybové činnosti lze zahrnout do podpory pohybové aktivity a využívat je pro zvýšení motivace k jejich realizaci. (KORVAS, KYSEL, 2013)

Sportovní aktivita je pro běžnou populaci vhodným prostředkem pro navození pocitu pohody. Lidé sportují a cvičí nejen z čistě racionálních důvodů, tzn., aby upevnili své zdraví a fyzickou kondici. Většina se této volnočasové aktivitě věnuje především proto, že je baví a že při ní zažívají příjemné pocity. Prožitek se stal v posledních letech velice aktuálním pojmem v oblasti sportu ve volném čase, ale taktéž povinné

tělesné výchovy ve školách. Není tomu náhodou, poněvadž člověk dělá rád to, co ho baví, co mu navodí příjemné pocity a zážitky. Nepříjemnostem se přirozeně snaží vyhnout. Důvodů, proč se lidé věnují sportu, je celá řada. V soutěžním sportu převažuje výkon, vzrušení ze hry a soupeření. V sociokulturně orientovaném a alternativním sportu nacházíme jako motivy k provozování těchto forem většinou zdraví, pohodu a uvolnění. To je do značné míry spojeno s principy působení pohybových aktivit na psychiku. (SLEPIČKOVÁ, 2005)

1.2.4 Biologický pohled na pohybovou aktivitu

Na realizaci pohybu se podílejí jednotlivé dílčí systémy – řídicí a zásobovací, podpůrně pohybový, které vždy pracují jako jeden funkční celek. Tato součinnost probíhá na úrovni biochemických dějů a fyziologických funkcí. Výsledkem je pak přeměna energie chemické v energii mechanickou při svalovém stahu. Pasivní (kosti, vazy, šlachy) a aktivní (svaly) část podpůrně pohybového systému provádí pohyb mechanicky a současně zajišťuje převod energie chemické na mechanickou. Řídicí systém představuje nervová soustava, která vytváří a řídí jednotlivé pohybové programy, rozhoduje o pohybové reakci organismu na vnitřní a vnější podmínky. Zásobovací systém organismus zásobuje chemickými látkami, které představují zdroj energie, a tím udržuje podmínky pro práci vnitřního prostředí. Tento systém tvoří soustavy, jejichž úkolem jsou přesuny potřebných látek.

Řízení a regulace svalové činnosti

Centrem řízení neurohumorální regulace pohybu je hypothalamo – hypofyzární systém, který zprostředkovává jednotlivé vazby mezi řídicím (CNS) a řízeným (pohybový aparát) systémem. Látková regulace je pokaždé podřízena nervovému systému a na rozdíl od nervové regulace, která je okamžitá, vyžaduje určitou časovou prodlevu (vyplavení hormonů do krve a transport k cílovému orgánu). Na nervovém řízení a regulaci motoriky se podílejí všechny úrovně – korová, podkorová a míšň, přičemž nejvyšším řídicím a integračním centrem je mozková kůra.

Rozlišujeme tři funkční systémy, které zajišťují:

- příjem informací
- zpracování informací
- realizaci pohybových programů.

Informace z vnějšího i vnitřního prostředí se přenášejí prostřednictvím smyslových analyzátorů do mozku, kde se vytváří celkový obraz o zadaném pohybovém úkolu. Výsledek této první etapy významně ovlivňuje průběh dalších procesů, které vedou ke splnění pohybového úkolu. Smyslové analyzátory jsou součástí nervové soustavy, které formou dostředivých informací umožňují analýzu zevního a vnitřního prostředí. Skládají se z receptorů, z dostředivých nervových drah a ze senzoričtých oblastí v kůře mozku a v podkorových orgánech. Informace z jednotlivých receptorů jsou nervovými drahami předávány do centrální nervové soustavy, kde se v příslušné části mozku vyhodnocují. Pro vytvoření komplexního vjemu je nutná součinnost jednotlivých analyzátorů, přičemž vedoucí roli v řízení a regulaci pohybu se přisuzuje pohybovému analyzátoru, který je úzce propojen nejen se všemi ostatními analyzátory, ale i pro člověka s velmi důležitým řečovým informačním systémem. Je důležité, aby slovní instrukce o pohybovém úkolu vždy odpovídala úrovni žáka.

Kvalita pohybových programů závisí na řadě faktorů a mívá individuální charakter. Nejdůležitější roli hraje dostatečná pohybová stimulace již od novorozeneckého věku, a tím získaná pohybová zkušenost. Provedení pohybového úkolu výrazně stimuluje motivace, jež ovlivňuje vůli, aktivizuje vnímání, myšlení a rozhodování. Naše emoce řídí limbický systém, který zastřešuje veškeré motivační a volní procesy a vede k motorické aktivitě. Stanovuje význam a míru přitažlivosti zadaného pohybového úkolu. Je pokládán za nejstarší motorický systém, který potřebujeme jako zdroj aktivity k vytváření paměťových stop a pohybových programů. (BURSOVÁ, RUBÁŠ, 2001)

1.2.5 Význam pohybové aktivity u dětí a mládeže

Vývoj motoriky v období pubescence

Pubescence patří mezi nejkritičtější a nejdynamičtější období lidského života, pro kterou jsou typické výrazné změny psychické, biologické, sociální a motorické ovlivněné probíhající pubertou s hormonálním přeladěním. Puberta je dlouhé vývojové období v rozsahu od deseti do osmnácti let a může tudíž zasahovat i do období prepubescence a postpubescence. Začátek puberty je bisexuálně různý a stejně individuálně rozdílný je i samotný průběh, jenž je primární příčinou rozdílnosti nejen v růstu, stavbě těla, funkční zdatnosti ale i v psychických projevech nebo zájmech. Celá puberta je zahájena podněty z hypothalamu a sekrecí pohlavně nespécifických gonadotropních hormonů hypofýzy, které uvedou do činnosti pohlavní žlázy (varlata a vaječníky). Výraznou endokrinní aktivitu vykazují nadledvinky a štítná žláza. Výsledkem těchto změn je postupné dozrávání pohlavních orgánů se zahájením jejich činnosti. Současně dozrávají všechny vnitřní orgány a to i včetně nervové soustavy, po ukončení puberty jsou již po stránce anatomicko-fyziologické zformované.

V pubertě pokračuje vývoj pohlavních orgánů a sekundárních pohlavních znaků, ke konci tohoto období se dostaví u chlapců první poluce a u dívek první menstruace, jež jsou důkazem dosažení fyziologické pohlavní zralosti. Rozdílné vyrovnání s hormonálními změnami se promítá i do lability vyšší nervové funkce a tím i do sféry psychické. Pro toto období, označované jako období druhého vzdoru, jsou typické přecitlivělost, rozpornost, neklid, impulzivnost, potíže s koncentrací, labilita nálad a sebepojetí, nespokojenost se sebou samotným, nejistota, rozkolísaná emocionalita, konflikty apod. významnou roli mohou sehrát pohybové aktivity, které mohou uvolňovat psychické napětí a zvýšit citovou stabilitu a sebedůvěru.

Všechny uvedené změny zasahují i do vývoje motorického, jehož průběh je označován jako stadium diferenciacie a přestavba motoriky. Základním znakem pohybového projevu je diskoordinace, disharmonie, které se projevují nejen ve výrazně zhoršeném držení těla a lokomočních činnostech, ale i u dříve naučených pohybových dovednostech. Objevuje se i tzv., pohybový luxus, který vystihuje

doprovázející nadbytečné souhyby s větším pohybovým rozsahem. Nově získané tělesné parametry si vyžadují korekci jednotlivých pohybů. Tato přestavba způsobuje i rozdílnou úroveň rozvoje pohybových schopností. Obratností schopnost, jež byla na začátku období na vysoké úrovni, se přechodně zhoršuje či stagnuje. Naopak k výraznému rozvoji může dojít v úrovni rychlostní schopnosti, jak rekreačně rychlostní tak i frekvenční a lokomoční. Velké bisexuální a interindividuální rozdíly projevů puberty vyplývají jednak z individuálního průběhu pubertálních změn, ale svůj významný podíl hrají dřívější motorické zkušenosti a stávající kvalita a kvantita mimoškolní pohybové aktivity. Charakteristiky, týkající se motorické úrovně postihují především tzv. normální populaci, tzn. Nesportující dětskou populaci, u chlapců bývají výkyvy výraznější než u dívek. Naopak u sportovně talentované mládeže s pravidelnou pohybovou stimulací, u které na konci období specializovaný trénink objemově odpovídá všeobecně rozvíjejícímu, se s kritickými momenty nemusíme vůbec setkat. (SLEPIČKOVÁ, 2005)

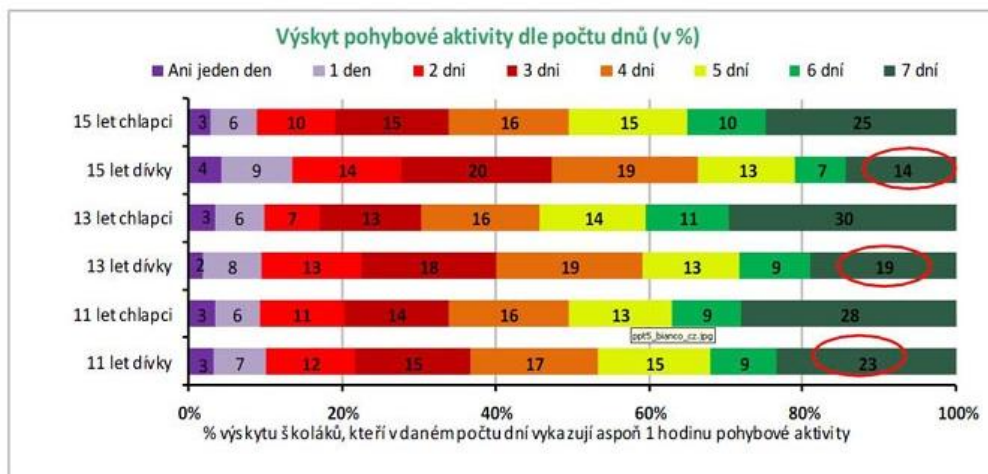
Přehled pohybových aktivit u dětí ve věku 11- 15 let

Vychází z výsledků mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010 v rámci mezinárodního projektu Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National study (HBSC).

HBSC studie (The Health Behavior in School-aged Children) je mezinárodní výzkumná studie kolaborativního charakteru životního způsobu u dětí. Studie vychází ze stanoviska WHO, že chování a životní styl v dospělosti jsou výsledkem vývoje v dětství a dospívání. Sledování výskytu behaviorálních komponent ovlivňujících zdraví u mladých lidí je důležité z hlediska veřejného zdraví, mladí lidé se specifickými rizikovými faktory by měli být dle WHO (2002) cílovou skupinou preventivních snah v oblasti podpory zdraví. Česká republika se spolu s dalšími 24 převážně evropskými státy studie poprvé účastnila v roce 1995. Výzkum opakuje vždy ve čtyřletých intervalech. Do posledního výzkumu (2010) bylo zapojeno 5012 dětí z České republiky. Celkový vzorek je cca 230 000 dětí; celkově 43 zemí světa. (HAMŘÍK, 2010)

Obrázek č. 2: Přehled pohybových aktivit u dětí ve věku 11 – 15 let.

Počet dní, kterých se z uplynulých 7 dní věnoval pohybové aktivitě alespoň jednu hodinu



Kalman et. al. (2011).

(zdroj: <http://kin-ball.cz/pohybova-aktivita-a-zivotni-styl-ceskych-skolaku>)

Potřeba pohybu v dětském věku

V tomto období většinou probíhá prepubertální růstový sport a puberta. Mění se složení těla, u hochů dochází k nárůstu aktivní svalové hmoty, u děvčat se často zvyšuje procento tělesného tuku. Začíná se projevovat typická ženská motorika, kde převládá zaoblenost pohybu a plynulý přechod mezi pohybovými fázemi i celky. Na druhé straně pak typicky mužská motorika, kde je patrný nárůst silových schopností, pohyby ale nejsou tak plynulé. Projevuje se také rozdíl mezi výkonností chlapců a dívek. V pubescenci dochází k přestavbě motoriky, která se projevuje nejvíce u obratnostních schopností. Dochází k poklesu koordinační výkonnosti, jsou postiženi rytmické schopnosti, schopnosti prostorového vnímání a rovnováhy. Kvůli růstové akceleraci je zhoršena svalová elasticita a kloubní pohyblivost. Potupně dochází k uzavírání růstových štěrbin a k ukončení růstu. Toto období je kritické z hlediska rozvoje entezopatií a projevů maladaptace z přetížení. Sportovní výkonnost dětí je velmi vysoká, udržují si velkou pružnost a kloubní pohyblivost, starší děti postupně stále více chápou jednotlivé složky tělesné zdatnosti, zvládají dovednosti, které jim

umožňují se účastnit různých sportů, tanců, gymnastických sestav a aktivit v přírodě. Dosahují dobrého provedení i ve specializovaných sportech. Vědí jak, kdy a proč použít určité strategie a taktiky ve sportovních hrách, využívají informace z různých zdrojů. Naopak děti s nedostatečným pohybovým zázemím a s chybějícími základními pohybovými vzorci, často se jedná o jedince s obezitou, nacházejí uplatnění ve sportovních aktivitách jen stěží anebo vůbec a začarovaný kruh se uzavírá. Mezi tělesnou výchovou a mimoškolní nebo školní činností po vyučování se prohlubuje propast. Sportovní činnosti se ve volném čase věnuje čím dál méně dětí. Nedostatečné je také v této době provozování sportovních aktivit 2 krát týdně a méně. Děti ve starším školním věku by se pohybové činnosti měly věnovat minimálně 30 minut denně. Výrazně nižší úroveň pohybové aktivity je u dětí a mladých dospělých o víkendech než v pracovních dnech. Jedním z dalších problémů je virtuální realita. Riziko obezity stoupá u dětí, které tráví více jak 2 hodiny denně u televize či počítače. Není ale výjimkou, že v současnosti tráví děti až 26 hodin týdně při sledování televize nebo u počítače. Více jak 3 hodiny denně u počítače prosedí přes 20 % českých dětí. (PASTUCHA, 2011)

I když se poslední dobou spíše setkáváme s klesajícím zájmem o pohybové aktivity, je tu i celá řada nových sportů a rostoucí zájem mladých sportovců a společně s tím i nároky na ně kladené. Je dobré si uvědomit, že vrcholoví mladí sportovci tvoří malou část těch, kteří mají pravidelný pohybový režim, že trénují. Dispozice pro vrcholový sport má podle dnešních poznatků cca 3 % jedinců v populaci. Otázka je, zda je možné tyto talentované sportovce spolehlivě a včas identifikovat. Rozhodující předpoklady sportovního výkonu – taktika, technika a kondice jsou spolu navzájem vázány a také se vzájemně ovlivňují. Nejvíce informací je shromážděno o kondičních předpokladech a kondiční přípravě, méně už o technických a taktických předpokladech pohybového výkonu. Řada využívaných postupů nebo metod v současnosti již v mnoha případech neodpovídá dnešním poznatkům. Ale i tak jejich znalost může významně přispět k rozvoji současné teorie i praxe pohybového nebo sportovního tréninku. (BUNC A KOL., 2013)

Můžeme tvrdit, že bez ohledu na pohlaví a věk jsou vztahy mezi pohybovou aktivitou dětí a jejich rodičů pozitivní. Nejtěsnější vztahy mezi pohybovou aktivitou dětí a jejich rodičů nalzáme u doby trvání každodenní chůze, pak u celkové týdenní pohybové aktivity a u pohybové aktivity střední intenzity. Lze tedy konstatovat, že pohybově aktivnější rodiče, matky i otcové, vychovávají pohybově aktivnější děti, (zřetelněji u chlapců). Delší doba prováděné pohybové aktivity se u synů a dcer a jejich matek i otců vztahuje ke kratší době každodenního sezení. I delší doba každodenního sezení rodičů je asociována s delší dobou sezení u jejich dětí. Lze tedy souhrnně říci, že pohybově méně aktivní matky a otcové, vychovávají pohybově méně aktivní potomky. Dcery, synové a jejich matky, jež se dvakrát a vícekrát týdně účastní organizované pohybové aktivity, vykazují významně delší dobu prováděné pohybové činnosti než matky a děti bez účasti v organizované pohybové aktivitě. Účast v organizované pohybové aktivitě se tak významně podílí na celkové vyšší úrovni prováděné týdenní pohybové aktivity. (SIGMUND A SPOL., 2008)

1.3 Kouření

1.3.1 Kouření v historii

První písemné záznamy o kouření v evropském jazyce pochází od Kryštofa Kolumba, který ve svém deníku uvedl, že když dopluli ke břehům San Salvadoru, tak domorodci přinesli ovoce, dřevěná kopí a jiné sušené listí (tabák), které prý vydávalo intenzivní vůni. Když si pak Španělé mečem a listí probíjeli cestu územím Nového světa, setkávali se se zvykem kouření tabáku všude tam, kam přišli. Při prvním setkání s Mayi Španělé zjistili, že kouří primitivní doutníky, vyrobené z dlouhých, silných listů. Zvyk kouření starých Mayů byl pravděpodobně odvozen od kouřových obřadů s kadidlem medicinmanů a kněží. Tabák hrál významnou roli i mayské medicíně. Tabák se například používal proti bolestem zubů, nachlazení, na nemoci plic, ledvin, očí, požíval se také při nedostatku síly, bolesti kostí, kousnutím hadem, bolesti břicha, srdce, častém nachlazení, při křečích, ztrátě řeči, dýmějům, neštovicím a zadržování moči. Na záchvaty, horečky a vyrážky se doporučovalo

vypít trochu tabákové šťávy s medem a pepřem. Dnešní Lakadonci (potomci Mayů) stále dodržují původní styl života. Jsou silní kuřáci, pěstují tabák a své zabalené doutníky používají jako platidlo.

Kouření v Indii

Lidé se vědomě vystavovali kouři z různých příčin, mezi které mimo jiné patřily zdravotní důvody, náboženské závazky, relaxace, psychedelické experimenty a zbavování se závislosti. Kouření doporučovaly tradiční způsoby medicíny, např. ajurveda. Podle ní kouření nemocem předcházelo, ale také je léčilo, zejména choroby spojené s dýchací soustavou. Kouření bývá často součástí náboženských obřadů. Podle ajurveda má kouření za úkol hlavně zajistit fyzické blaho, zatímco na mozek má vliv jen slabý. Také může správné kouření pročistit kanálky v supra-klavikulární (klíční) oblasti a v dýchacím ústrojí, čímž nemoci v těchto oblastech jednak léčí, jednak působí jako prevence. Kouření bezprostředně po probuzení vysušuje nahromaděné hleny, aktivuje orgány šestého smyslu (včetně inteligence) a napomáhá volnému průchodu vzduchu dýchacími cestami. Může zmírnit nemoci horních cest dýchacích, odstraňuje hleny, osvěžuje a čistí ústa po vyčištění zubů. Může také léčit onemocnění dásní a zubů. Kouření po dovádění ve vodě může být rychlým lékem proti bolesti hlavy, bolesti uší a výtoku hlenu z nosu. Po jídle prý kouřen uspořádá tělesné tekutiny, stabilizuje zažívanou potravu a vyčistí hlavu. Kouření po kýchnutí může pročistit zablokované cesty a tím usnadnit průchod vzduchu. Také může normalizovat průchody jícnem a cestami dýchacími. Blahodárné účinky má i dokonce kouření těsně po pohlavním styku. Kouření po zvracení může sloužit k vysušení a pročištění hrtanu a k neutralizaci tlaku v hlavě. Ajurveda doporučuje k přípravě směsí ke kouření využít nejen rostliny, ale i zvířata a anorganické látky. Některé ajurvedské recepty byly sestaveny speciálně pro konkrétní typy kouření: pro běžné kouření, hluboké kouření, očišťující kouření, pro dávivé, vykašlávací a pro vykuřování ran. (GILMAN, ZHOU, 2006)

1.3.2 Sociologický pohled na kouření

Kouření a sociálně- ekonomický status

Historicky se počet kuřáků zvyšoval s nárůstem příjmu obyvatelstva a v prvních desetiletích kuřácké epidemie v zemích s vysokými příjmy bylo více kuřáků mezi bohatými oproti chudým obyvatelům. V posledních třech až čtyřech desetiletích se ale tento trend obrátil, přinejmenším u mužů. Bohatší muži v zemích s vysokými příjmy v rostoucí míře přestávají kouřit, což však neplatí o mužích z chudších vrstev. Je tedy zřejmé, že prevalence kouření je u chudších lidí, s nižším vzděláním, celosvětově větší, méně údajů je ale o tom, kolik cigaret vykouří za den. (JHA, CHALOUPKA, 2004)

Jedním z faktorů, v minulosti úmyslně opomíjených, dnes vystupující do popředí v problematice životního stylu dnešní populace, je zneužívání drog, a s tím spojená problematika různých toxikománií. Tempo moderního života klada na jedince nemalé nároky. Velmi exponováni či citliví a labilní jedinci se snaží kompenzovat neúměrné nároky na ně kladen užíváním různých preparátů. Svou roli zde hraje stresová zátěž. U mládeže všech sociálních vrstev je přístup k drogám motivován spíše zvědavostí, touhou být moderní nebo hledáním vzrušení. (RENDEKOVÁ, 2002)

Kuřáctví a formální struktura rodiny

Mezi formální struktury rodiny, v níž dospívající vyrůstá, a jeho kouřením existuje vztah, jenž nasvědčuje tomu, že nejvyšší výskyt nekuřáků a nejnižší výskyt kuřáků je u dospívajících, kteří vyrůstají v úplné rodině s oběma vlastními rodiči. U dětí v rodinách jednoho z rodičů, nejčastěji vlastní matka, je již výskyt kuřáků výrazně vyšší (37% oproti 25% u dětí z úplných rodin). Nejvyšší výskyt kuřáctví je v rodinách restrukturovaných (rodina, kde se o děti stará vlastní matka a nevlastní otec, popř. druh). V těchto rodinách kouří 44% z dotázaných dospívajících dětí. Kromě struktury rodiny má kuřáctví dospívajícího dítěte vztah také k dalším parametrům, např. k její socioekonomické úrovni, která je určena jednak vzděláním rodičů, a pak charakteristikami jejich zaměstnání. Výskyt kuřáctví je v nepřímé

úměře k úrovni socioekonomického statusu. U rodin s nejvyšším statusem kouří 21,4 % dětí, zatímco v kategorii nejnižší je to 46,7% dospívajících. Experimentování s kouřením začíná v dětství a v dospívání, a to nejčastěji ve věku 10 až 14 let, je ovlivněno sociálním prostředím, především vztahem k vrstevníkům, touhou patřit ke skupině, ale i nápodobou vzoru ze světa dospělých. Návyk kouření nevzniká rychle, ale prochází několika stádii příprav, prvních pokusů i příležitostného kouření, než se utvoří vzorce prožitků a chování typické pro pravidelné kuřáctví. Nejzávažnějším chronickým následkem užívání nikotinu je závislost. Stane-li se člověk jednou kuřákem, je obtížné fyzicky a psychicky s tímto návykem skoncovat. To spolu s často opakovaným rituálem manipulace s cigaretou, doutníkem či dýmku, zapalování, popotahování z cigarety či jiného tabákového výrobku a vypouštění dýmu způsobuje, že se z kouření stane ritualizované, výrazně nutkavé chování. (SOVINOVÁ, CSÉMY,2003)

Psychosociální závislost

Psychosociální závislost na kouření bývá spojována s první cigaretou. Většina lidí, kteří vdechli poprvé cigaretový kouř, pocítili negativní účinky kouření. Mezi ně patří pocit nevolnosti, oblužení, bolesti břicha apod. na tyto pocity však vzniká tolerance. Toleranci doprovází psychosociální závislost na vztazích a situacích, které kouření doprovází. Pro kuřáka jsou situace, při kterých si zapaluje cigaretu, velmi osobní, typická je pouze cigareta. Vzniká zde závislost na cigaretě jako na předmětu či prostředku komunikace, bez ohledu na obsah cigarety. Vše úzce souvisí s rituály nabízení cigaret, zapalováním, pozorování plamene zápalek nebo cigaretového dýmu. U mnoha osob rituál zapalování a kouření cigaret znamená dočasné snížení stresu, překonání osobních komunikačních bariér s kolegy, partnery, s neznámými lidmi a úzkostí. (SOVINOVÁ, CSÉMY, 2003)

1.3.3 Psychologický pohled na kouření

Co rozumíme pod pojmem „návyk“?

V dnešní době existují tendence termín zaměňovat za poněkud širší definici – závislost na látce, což je chronický stav, který má plno projevů, ale také několik společných prvků. Dvěma klíčovými charakteristikami jsou nucení si drogu vzít a odvykací syndrom, který má za následek psychické a někdy i fyzické útrapy, pokud je člověku droga upírána. Nucení pokračovat v braní drog může být v některých případech zvláště naléhavé, postihuje například některé silné kuřáky, kteří se uprostřed noci vzbudí, jenom proto, aby si mohli dát cigaretu.

Odvykání od nikotinu doprovází mírnější fyzické syndromy, ale psychické útrapy jsou velice silné, včetně depresivní nálady, popudlivosti, pocitu zoufalství, úzkosti, ale i frustrace a neschopnosti se soustředit. Tyto nepříjemné psychické příznaky odvykání od nikotinu přetrvávají dlouhou dobu, během které odvykací kuřáci prožívají období intenzivní touhy.

U kuřáků tabáku vyvolává nikotin, v případě každé první cigarety, pozitivní posilující účinky včetně mírné euforie, zvýšené energie, povzbuzení, snížení stresu a úzkosti a potlačení chuti k jídlu. Tyto pozitivní účinky jsou zásadní v tvorbě vzorce opakovaného podávání a toto opakované podávání nakonec způsobuje jistou dlouhodobou adaptaci mechanismů mozku, která nakonec vede k závislosti. Závislost na nikotinu ovlivňuje velké procento kuřáků, je pravděpodobné, že více jak 90 %. Jen 10 – 20% těch, kteří s kouřením přestali, uspěli na dobu dvanáct a více měsíců, většina z nich podlela recidivě mnohem dříve. (GILMAN, ZHOU, 2006)

1.3.4 Biologický pohled na kouření

Fyziologie kouření

Drogy jsou chemické látky, které se konzumují záměrně, za účelem navození žádoucího účinku. Vdechováním do plic nabízí plno výhod, protože vdechovaná látka působí na ohromnou vnitřní plochu plic a je rychle vstřebávána do krve.

Plíce se skládají ze systému mohutně rozvětvených bronchií (kanálek), které končí v miniaturních citlivých alveolách (sklípčích), jimiž se do krve vstřebává kyslík a které zároveň odvádějí oxid uhličitý. Plíce člověka obsahují kolem 300 milionů sklípků a jejich celková plocha dosahuje kolem 70 m čtverečních. Aby bylo možné psychoaktivní látku formou vdechování kouře užívat, musí mít jisté fyziologické vlastnosti. Kouř se vytváří zahříváním nebo spalováním, k čemuž se používají buď rostlinné materiály, které obsahují aktivní drogu, nebo přímo čistá látka. Aktivní drogou nazýváme látku, kterou je možno vysokou teplotou přeměnit na plyn. Takový plyn by byl příliš horký na to, aby se mohl vdechovat přímo do plic, ale pokud se plyn ochladí v kuřácké pomůcce (dýmka nebo cigareta), plynné skupenství drogy zase kondenzuje do skupenství pevného nebo tuhého. Vzniká kouř, který obsahuje aktivní drogu. Kouř se vdechuje do plic a tím se rychle vstřebává do krevního oběhu. Tento způsob aplikace nabízí rychlé vstřebávání drogy, o něž mnoha uživatelům jde. Tabákový kouř obsahuje oxid uhelnatý, jenž vzniká při nedokonalém spalování, a ten po vstřebání narušuje schopnost přenášet krví kyslík. Další jedy obsažené v tabákovém kouři mají pro dlouhodobé kuřáky ještě vážnější následky, včetně zvýšeného rizika předčasného úmrtí na následky více než dvou desítek různých nemocí, z nichž nejběžnější je rakovina plic. Nemoci a úmrtí, které jsou spojené s tabákem, představují nejdůležitější problém veřejného zdravotnictví ve většině zemí, kde je kouření běžné. (GILMAN, ZHOU, 2006)

Cigaretový kouř

Skládá se z hmotné části, která představuje 8 % a z plynné části 92 %.

- Plynná fáze obsahuje orgánové nespecifické iniciátory (nitrosaminy, hydrazin a vinylchlorid), promotory tumorů a činitele, které jsou toxické pro řasinky respiračního epitelu (formaldehyd, kyanovodík a acetaldehyd).
- Hmotná fáze obsahuje nespecifické (benz-a-pyren a 5metylchrysen) i specifické (polycyklické aromatické uhlovodíky) iniciátory tumorů pro konkrétní orgán, promotory (prchavé fenoly) i ko-kancerogeny (katechol, naftalen).

Riziko vzniku maligního bujení v důsledku kouření je závislé na množství cigaret, které vykouříme za den, na počtu kuřáckých let, na hloubce inhalace a na věku, kdy kuřák začal kouřit, tzn. čím dříve, tím je riziko onemocnění větší. (KUKAČKA, 2009)

Nemoci související s kouřením

V ČR souvisí s 30 – 40 tisíc úmrtí ročně s kouřením, což je zhruba pětina všech úmrtí. Třicet let kouření zatíží lidský organismus sedmnácti kilogramy tabáku, který obsahuje 1 500 gramů nikotinu, což je 15 tisíc smrtelných dávek. Úmrtnost kuřáků v dospělosti je o 70 – 80% vyšší než úmrtnost nekuřáků. Silný kuřák ve věku třiceti až třiceti pěti let se v průměru dožije o osm až devět let méně než stejně starý nekuřák. Každá vykouřená cigareta zkracuje život kuřákovi o pět a půl minuty. Úmrtnost a choroby kuřáků souvisí s hloubkou a inhalací kouře, počátkem kouření v mladém věku, na počtu vykouřených cigaret a obsah dehtu a nikotinu v cigaretách. Tabákový kouř vzniká nedokonalým spalováním tabáku a obsahuje až 4000 škodlivin, z nichž nejdůležitější jsou oxid uhelnatý, nikotin a jeho deriváty, dehtové látky a látky s karcinogenním účinkem. Kouření cigaret působí na uvolňování katecholaminů, což vede ke vzniku pevného návyku. Byla prokázána souvislost mezi kouřením a celou škálou těchto chorob:

- ischemická choroba srdeční
- mozková arterioskleróza
- choroby končetinových cév
- zhoubné nádory průdušek a plic, hrtanu, hltanu, dutiny ústní, močového měchýře, slinivky břišní
- nádorová onemocnění dýchacího ústrojí
- choroby dvanácterníku a žaludku

Kouření také ovlivňuje častější výskyt infekčních zánětlivých onemocnění, komplikace v těhotenství, předčasné porody a potraty a i snížení porodní váhy dítěte. Děti kuřáček mají v průměru nižší váhu o 200 g ve srovnání s dětmi nekuřáček. Také

mají menší objem hrudníku a hlavy. Je prokázáno, že děti kuřáček trpí častěji katary průdušek a plic. Některé odborné prameny uvádějí, že kouření je zvláště nebezpečné u žen, které užívají hormonální antikoncepci. Takové kuřáčky se vystavují riziku úmrtím infarkt do padesáti let věku, a to v poměru k nekuřáčkám 1: 60. Kouření také ovlivňuje vstřebávání vitamínu C a pozměňuje farmakologický účinek některých léků. (MARHOUNOVÁ, NEŠPOR, 1995)

Závislost těla na nikotinu

Kouření je velmi silný návyk, který se postupně vyvíjí. Po dvou letech pravidelného kouření je už velmi silný a kuřáci, kteří chtějí s kouřením přestat, nejsou schopni závislost překonat. Ti, co kouří, si uvědomují, že přestat kouřit vyžaduje velké úsilí, které se ale setkává se silnými abstinenciálními příznaky spojenými se ztrátou důvěry ve svou schopnost přestat kouřit. (GERVAIS A KOL, 2007)

Projevy ovlivnění nikotinem podle Světové zdravotnické organizace:

- Chování nebo poruchy vnímání, poruchy spánku, zhoršení výkonnosti, citová labilita, bizarní sny, pocit odcizení a nepřírodnosti ve vztahu k sobě a okolí.

Znaky:

- Návaly potu, nevolnost nebo zvracení, zrychlení nebo nepravidelnost tepu

Některá rizika:

- onemocnění dýchacího systému
- srdeční nemoci
- pokles tělesné výkonnosti
- zhoršuje vředovou chorobu žaludku a dvanáctníku
- porucha potence
- riziko poškození plodu u těhotných žen
- nepříznivý vliv na pokožku obličeje - pleť rychle stárne
- alergie na složky tabákového kouře, astma
- onemocnění tepen dolních končetin

- závislost. (NEŠPOR, DVOŘÁK, 1998)

Drogová závislost nikotinu se vyvíjí po určité době a může být u různých osob velmi odlišná, většinou se závislost objevuje do dvou let po zahájení kouření. U velmi malé skupiny kuřáků nemusí fyzická závislost nikdy vzniknout. Jsou to ti, kteří kouří celý život jen příležitostně, epizodicky a málo, a to jak z hlediska frekvence kouření v čase, tak i z hlediska počtu vykouřených cigaret. Dále existuje velké množství kuřáků, kteří přestanou kouřit, a zakrátko se ke své neřesti navrátí. Hlavním důvodem nutkání kouřit je snaha udržet hladinu nikotinu v krvi. Když jeho hladina klesne pod určitou hranici, toto nutkání je velmi intenzivní, kuřáci bývají podráždění, rozladění, nervózní a zapalují si další cigaretu.

V mozku člověka jsou nikotinové receptory. U pravidelného závislého kuřáka s pravidelnou dávkou nikotinu z cigaret se tyto receptory zmnožují. Účinky na organismus jsou jemné a okamžité. Po prvním potažení z cigarety se nikotin dostává do organismu během deseti sekund. Nikotin v první cigaretě má vliv na zvýšení krevního tlaku a činnosti srdce, zvýší se výdej krve ze srdce a dojde k zúžení cév. Jak stoupá hladina nikotinu, dostavuje se uklidňující účinek, v mozku se uvolňují endorfíny, což jsou látky, které ovlivňují nejen náladu, ale mohou mít vliv nekrátkodobé zvýšení koncentrace pozornosti, k němuž při kouření prokazatelně dochází.

K abstinčním příznakům při nedostatku nikotinu patří nervozita, podrážděnost, deprese, neschopnost soustředit se, které jsou vždy provázené touhou zapálit si. U těžkých závislostí se nedostatek nikotinu projevuje i fyzickou nevolností. Rizikovost kouření je dána samotnou charakteristikou procesu spalování. Hořící cigareta produkuje kouř, obsahující více než 4000 složek. Z nich je 200 prudce jedovatých a 50 patří mezi karcinogenní. Základní součástí cigaretového kouře je nikotin, dehty, nitrosaminy, amoniak, formaldehyd, kyanid, arzenik atd. Všechny tyto látky ovlivňují velmi negativně téměř všechny orgány a tkáně lidského těla. Kouření je rizikovým faktorem pro vznik onemocnění srdce a cév, rakoviny plic a dalších orgánů, vývojových poruch plodu, žaludečních vředů atd. (SOVINOVÁ, CSÉMY, 2003)

Pasivní kouření

Pasivní kouření má okamžitý i dlouhodobý vliv na lidské zdraví. Mezi okamžité účinky patří podráždění očí, nosu, hrdla i plic. Toxický tabákový kouř u citlivějších nekuřáků vyvolává bolesti hlavy, pocity nevolnosti a i závratě. Astmatici a alergici by se měli v zakouřených místnostech pohybovat jen velmi málo, neboť takový kouř pro ně představuje okamžité ohrožení vyvoláním záchvatu. Pasivní kouření zatěžuje srdce a postihuje hospodaření organismu s přijímáním a s využíváním kyslíku. Dlouhodobě pasivní kouření zvyšuje riziko výskytu nádorových onemocnění i onemocnění srdce.

Nejzranitelnější v souvislosti s pasivním kouřením jsou děti. Jejich pobyt v zakouřených prostorách může být příčinou vyššího výskytu zánětu průdušek, zápalu plic, zánětu středního ucha, funguje jako spouštěč astmatických záchvatů. (SOVINOVÁ, CSÉMY,2003)

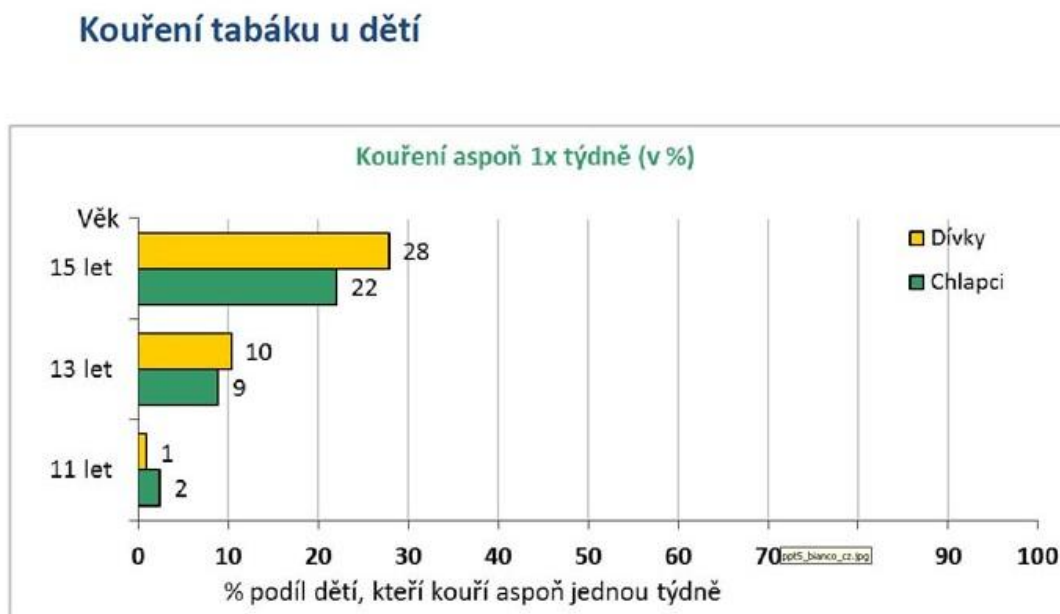
1.3.5 Kouření u dětí a mládeže

U kouření u dětí a dospívajících je prokázán vliv rodičů a starších sourozenců. I přesto, že ženy kouří méně než muži, jejich podíl se stále zvyšuje a navíc začínají s pravidelným kouřením ve stále nižším věku. V některých skupinách mladých patří kouření k jisté normě, závazné pro každého člena. (MARHOUNOVÁ, NEŠPOR, 1995)

I když podle statistik je závislost na kouření větší u žen. Ženám také více hrozí riziko srdečních chorob, krevního oběhu a plic. Také ve věkové skupině dětí 12 – 17 let začínají kouřit nejdříve děvčata, pak chlapci. (BÄTZING, 2008)

I ti mladiství, kteří byli o rizicích kouření informováni, často mívají omezenou schopnost tyto informace moudře využít. Většina si neumí představit, že jim jednou bude dvacet pět let, natož padesát pět, a varování před škodami, které kouření jejich zdraví jednou v budoucnosti přivodí, sotva zmenší jejich přání kouřit. (JHA, CHALOUPKA, 2004)

Obrázek č 3: Přehled o kouření u dětí ve věku 11- 15 let



Kalman et. al. (2011).

(zdroj: [www: http://kin-ball.cz/pohybova-aktivita-a-zivotni-styl-ceskych-skolaku](http://kin-ball.cz/pohybova-aktivita-a-zivotni-styl-ceskych-skolaku))

Ve školní populaci je kouření ve srovnání s alkoholem výraznějším hromadným jevem. Cigareta si prosazuje symbol mužnosti a dospělosti. V každém postupném ročníku základní školy každoročně přibývají mezi žáky pravidelní či nepravidelní kuřáci. Kuřáctví je spojeno s prospěchem – čím horší je prospěch, tím častěji a více jsou kouřeny cigarety. Mezi děvčaty je zřetelně více nekuřáků než mezi chlapci a mezi chlapci je více především slabých kuřáků. Ti vytvářejí základnu pro další rozvoj a s postupnými ročníky roste množství kuřáků i počet vykouřených cigaret. Místo, kde mládež kouří, je převážně ulice, park apod. Dá se říci, že většina dětí si je vědoma škodlivosti kouření a i že jde o nežádoucí chování. Z druhé strany ale velká část školáků má zcela výrazné zkušenosti s kouřením. K rizikovému jednání mají blíže chlapci než děvčata, děti s podprůměrným prospěchem a děti z vyšších tříd. U žáků osmých tříd se špatným prospěchem můžeme najít již návykové kouření. Rodiče kouřících dětí častěji sami kouří a žáci osmých tříd nejčastěji kouří pod dohledem dospělých. (HELLER, PECINOVSKÁ, 2011)

„gateway drugs“ = průchozí drogy

Marihuana, těkavé látky, tabák a alkohol v časném věku přidají dospívajícímu rizikové faktory a zvyšují nebezpečí přechodu k jiným drogám. Neznamená to, že každé dítě, které konzumuje alkohol nebo kouří marihuanu, se stane závislé např. na heroinu. Rizikové faktory mohou být vyváženy faktory ochrannými. Nebezpečí přechodu k jiným drogám je ale u takového dítěte větší, než kdyby nepilo alkohol. Lze namítnout, že většina dětí a mladistvých se s alkoholem dřív nebo později stejně setká. To je pravda, ale oddálení prvního kontaktu s alkoholem nebo jinou drogou je z hlediska prevence úspěchem. S přibývajícím věkem a s psychickým i tělesným dozráváním sílí odolnost vůči návykovým látkám. Naproti tomu u mladších dětí bývají účinky poměrně malých dávek alkoholu velmi silné a často i nebezpečné. (NEŠPOR, DVOŘÁK, 1998)

Specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících:

- závislost na návykových látkách se u dětí a dospívajících vytváří podstatně rychleji (to, co u dospělého trvá několik let, stihne dospívající během měsíců)
- vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, menší zkušenost a sklon k riskování, jež je v dospívání častý.
- vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky
- zaostávání v psychosociálním vývoji (oblast vzdělávání, sebekontroly, citovém vyžívání, sociálních dovednostech)
- větší problémy v různých oblastech života (škola, rodina, trestná činnost)
- tendence zneužívat širší spektru návykových látek – to zvyšuje riziko otrav a dalších komplikací
- alkohol a jiné drogy narušují vytváření sítí mozkových buněk, které probíhá právě v dospívání, což vede k znevýhodnění těchto dospívajících. (NEŠPOR, 2011)

1.4 Alkohol

1.4.1 Alkohol v historii

Alkohol provází člověka snad po celou dobu jeho civilizovaného vývoje. Znali ho staří Egypťané a dokonce i staří Sumerové. Naši předci pili většinou víno a pivo. Zásadním obratem byl objev destilace, umožňující překročit hranici třinácti a čtrnácti procent koncentrace. (MARHOUNOVÁ, NEŠPOR, 1995)

První alkoholické nápoje

Pití alkoholu je součástí naší kultury již od počátku lidské historie. Svědčí o tom i také nález genů pro alkohol – dehydrogenázu, enzymu, který hraje nejdůležitější roli ve štěpení alkoholu. Je známo, že už před vznikem člověka pili a i dnes pijí nekvašené šťávy z květů a ovoce nejen ptáci, např. papoušci, ale také krysy, jeleni, sloni, koně a zajisté i lidoopi. Cukry ve šťávách a ovoci se fermentovaly díky kontaktu s kvasinkami obsaženými ve vzduchu. Nakvašená šťáva ale obsahovala málo, kolem 5 % alkoholu. Pití alkoholu mohlo začít ve větším až po zavedení zemědělství.

Prvním opravdovým alkoholickým nápojem byla pravděpodobně medovina, která vznikla zkvašením medu. Medovina měla i vyšší obsah alkoholu ve srovnání s nekvašenou šťávou z různého sladkého ovoce, jako jsou datle nebo fíky, rostoucí v Mezopotámii již asi 8000 let. Později se začal konzumovat alkohol, který vznikl nakvašením obilí, hlohu a rýže a také divokých vinných hroznů. Vykvašená směs medu, rýže, hlohu a hroznů byla nalezena v nádobách starých více jak 9000 let u vesnice Žia-Chu v severní Číně.

Důvodem, proč začalo lidstvo pít alkohol, nebyla chuť se opít, ale důvodem bylo nebezpečí, které hrozilo z pití vody, jež byla plná bakterií a podstatně nebezpečnější než alkohol. Jeden z dalších důvodů fermentace šťáv a výroby vína byla skutečnost, že nefermentované šťávy se brzy kazily. (BUDINSKÝ, 2012)

1.4.2 Sociologický pohled na pití alkoholu

Spotřeba alkoholu

Nejvyšší je u mužů ve středním věku, tzn. mezi 35 – 44. rokem života. Nejnižší je u mužů ve věkové skupině 18-24 let. Rozdíly mezi ženami nejsou tak markantní, pokud sledujeme jejich věk. Nejnižší spotřebu uvádějí ženy ve věku nad 54 let. I mezi ženami je největší spotřeba ve věkovém rozmezí 35 – 44 let. Vyšší spotřeba alkoholu ve středním věku může mít souvislost s tím, že v tomto období jsou lidé na vrcholu svých fyzických sil, mají odrostlejší děti a zpravidla jsou i po ekonomické stránce zajištěni. Nižší spotřeba alkoholu ve věku vyšším má patrně souvislost s přibývajícím zdravotními omezeními. Naopak v nižším věku může být limitujícím faktorem studium, resp. příprava nepovolání, péče o dítě atd. (SOVINOVÁ, CSÉMY, 2003)

Je důležité si uvědomit, že naše společenské cítění je proalkoholní. Například zabudování konzumace alkoholu do většiny rituálů. Následné odmítnutí konzumace může vyvolat pozornost a reakce. Jedinec, který odmítá konzumaci alkoholu, je považován za podivína. Právě rituály spojené s konzumací alkoholu mají svou nebezpečnost pro oslovení dětí a mládeže. Rituál tůkání na zdraví je symbolem dospělosti a účasti v životě dospělých. Odklad účasti v této aktivitě tvoří napětí a snahu tuto bariéru odstranit a být nositelem dospělosti – tedy moci konzumovat alkohol. Alkohol jako tradiční droga v našich krajích má své stabilní příznivce, ale také své následky. Jestliže je u nealkoholových drog významná parta vrstevníků a způsob odlišný od běžného průměru, potom u alkoholu je významným prvkem životní styl rodiny a případně způsob konzumace alkoholu u rodičů. Nevhodné utváření základních sociálních vztahů v rodině se závislostí, nedostatek vhodných identifikačních vzorů, nedostatečné vytváření základní potřeby životní jistoty, toto vše vede k vážným důsledkům ve vývoji osobnosti dítěte. Vliv závislosti na alkoholu alespoň jednoho rodiče způsobuje u dětí tyto následky, v porovnání s dětmi vyrůstajícími v prostředí bez vlivu alkoholu na rodinné struktury. (HELLER, PECINOVSKÁ, 2011)

Z výsledků pracovníků Výzkumného ústavu psychiatrického vyplývá, že pravidelná konzumace, tedy první stupeň ohrožení ze závislosti, vzniká u více jak poloviny naší mužské populace už v adolescenci. Také se ukázalo, že silný konzum a zejména evidovaná závažná závislost jsou častější u pracovníků manuálních profesí. Podrobnější rozbor ukázal, že profesní rozdíly ve spotřebě jsou dány větší spotřebou piva u profesí manuální. Ukázalo se, že nekvalitní rodinné prostředí bylo u mužů evidovaných pro závislost častější než u mužů ostatních. Bylo potvrzeno, že snížená známka z chování na základní škole je v mírném vztahu k silnému konzumu v dospělosti a je zřetelnou předzvěstí evidence pro závažnou závislost v pozdějším věku. Z výzkumu vyplynulo, že neúměrné požívání alkoholu se jako nadstavba váže na poruchy chování v dětském věku. Excesivní konzumenti se od ostatních liší už v dětství a to hlavně v poruchách chování, v adolescenci pak kontakty s represivními složkami. Poruchy chování ztěžují dosažení vyššího vzdělání a ve značné míře bývají podloženy značnou impulzivitou. Je zajímavé, že tito závislí obvykle uvádějí, že prožívají zvlášť silné zážitky euforie. (MARHOUNOVÁ, NEŠPOR, 1995)

Rozložení spotřeby alkoholu podle výše dosaženého vzdělání potvrzuje nepřímý vztah. Lidé s vyšším vzděláním vypijí méně alkoholu. Zejména u mužů je tento vztah zřetelný. Muži, kteří jsou vyučeni nebo mají jen základní vzdělání, vypijí denně v průměru o 10 g alkoholu více než vysokoškoláci. (SOVINOVÁ, CSÉMY, 2003)

Riziková populace

Jeden ze způsobů, jak posoudit rozsah problémů, je odhad populace s rizikem problémů s alkoholem – výskyt silného pití a závislost na alkoholu. Velká většina dospělých Evropanů konzumuje alkohol minimálně příležitostně. Procento těch, kteří nepijí, představuje v Evropské unii asi jednu desetinu mužů a jednu pětinu žen, s tím, že nejnižší výskyt je v Dánsku a nejvyšší v Irsku. Významná část dospělých Evropanů konzumuje nadměrné množství alkoholu. V některých případech jsou abúzus alkoholu a závislost na alkoholu příčinou rozpadu rodiny. V jiných zemích, nejspíše tam, kde jsou rozvod nebo rozchod společensky neakceptovatelné, setrvává velké procento lidí se závažnými problémy s alkoholem v manželství. Na příklad

v Portugalsku je 70 % osob, které se léčí pro závislost na alkoholu, ženatých či vdaných. (CSÉMY, NEŠPOR, SOVINOVÁ, 2001)

Alkohol v ČR

Výsledky epidemiologických studií potvrzují, že na kvalitě zdraví populace se podílí vedle biologických činitelů také faktory životního stylu. Vedle nesprávné výživy patří ve vyspělých zemích mezi rizikové faktory, které ohrožují zdraví, také kouření a pití alkoholu. Zneužívání ilegálních drog je faktorem, jehož vliv sice v posledních desetiletích vzrůstal, ve srovnání s tabákem a alkoholem je však výrazně menší. (SOVINOVÁ, CSÉMY, 2003)

Občané České republiky patří mezi největší spotřebitele alkoholu na jednu osobu, nejen v Evropě, ale i v celosvětovém měřítku. Alkohol můžeme považovat za jednu z nejrozšířenějších drog. K přihlídnutí k jeho snadnému získání a velkému procentu uživatelů z řad dospělých, stává se poměrně často objektem zájmu mládeže. Někdy tvrdí, že tak dokážou překonat stres z adolescence, nebo únik před rodinnými či jinými problémy. (ILLES, 2002)

1.4.3 Psychologický pohled na pití alkoholu

Pozitivní vliv alkoholu na zdraví

Konzumace alkoholických nápojů působí na tělesné zdraví, duševní zdraví, psychický stav a psychickou výkonnost. V poslední době se množí studie, které dokazují příznivý vliv mírné konzumace na lidské zdraví celkově, ale i na jednotlivé orgány, například srdce a celý kardiovaskulární systém, na mozek jako prevence proti mozkové mrtvici a skleróze. Zpočátku se na základě tzv. francouzského paradoxu zkoumalo pouze červené víno. Předpokládalo se, že právě to má podíl na velmi zajímavém úkazu, a sice na neúměrně dobrém stavu srdce a cév francouzských mužů ve vztahu k ne vždy zdravé stravě a často i ke kouření. V pozdějším výzkumu bylo zjištěno, že bílé víno, destiláty a pivo fungují obdobně. Alkohol působí také jako přirozené hypnotikum a lék proti špatné náladě a nepatologické mírné depresi a

úzkosti. Pokud člověk váhá, zda na mírnou nespavost použít prášek nebo malé pivo, neměl by váhat. Pivo zklidní a uspí, navíc na rozdíl od prášku, ho obdaruje vedlejšími pozitivními účinky. (BUDINSKÝ, 2012)

Alkohol je především droga a její zrádnost spočívá v pozvolné tvorbě návyku. Tato droga je nejdříve příjemná, avšak při pravidelném užívání výrazně mění naši psychiku. Nejdříve člověk pije alkohol, aby se zbavil špatné nálady, myšlenek na problémové situace či úzkosti. Jenže při vytvoření závislosti se dostaví špatná nálada, jakmile abstinuje. Uvádí se, že vznik závislosti trvá deset až patnáct let a v té době se z občasného konzumenta stává pijan. Jeho odolnost se zvyšuje, stoupá sebevědomí a víra ve vlastní schopnosti. Do této fáze podle mezinárodních odhadů spadá v průmyslově vyspělých státech 30- 40% dospělých mužů. Jakmile dojde k poškození jater a tím i k poruše látkové výměny, odolnost prudce klesá. Obecně přitom platí, že vznikem návyku bývá často nejvíce ohrožen ten, kdo alkohol dobře snáší. A prvním signálem případné závislosti je to, že člověk přestává pít s mírou. Odborné prameny odhadují, že na celém světě je na alkoholu závislé 1% celé populace. S tím ale také souvisí smutná pravda, že pokud jde o masovost užívání a tragické důsledky – žádná jiná droga se alkoholu nevyrovná. (MARHOUNOVÁ, NEŠPOR, 1995)

Závislost na alkoholu pocity nebo problémy jen potlačuje, místo toho, aby je řešila. Duch je omámen a na chvíli nevnímá úkoly, cítí se lehčí, je veselý a bezstarostný, jako by žádné problémy neexistovaly. Jakmile ale přestane alkohol působit, následuje nevyhnutelně kocovina. (TEPPERWEIN, 2005)

Projevy ovlivnění alkoholem podle Světové zdravotnické organizace:

Chování:

- odbrzděnost, citová labilita, hádavost, zhoršená soudnost, porucha pozornosti, agresivita a zhoršení výkonnosti

Znaky:

-nejistá chůze, nejistý stoj, méně zřetelná řeč, nystagmus, červeň v tvářích, nastříknutí spojivek a porucha vědomí

Odvykací stav po alkoholu:

Postižený by měl projevovat nejméně tři příznaky - bolesti hlavy, pocení, vyšší tepová frekvence nebo krevní tlak, epileptické záchvaty, nevolnost nebo zvracení, přechodné halucinace nebo iluze, tělesný a duševní neklid, pocit choroby a slabosti, nespavost, třes jazyka, víček nebo prstů.

Některá rizika:

- otrava u dětí může nastat i po malých dávkách
- nebezpečné jednání pod vlivem alkoholu (pády, úrazy, dopravní nehody)
- zvýšené riziko sebevražd, trestné činnosti, agrese
- rychlejší rozvoj závislosti u dospívajících než v pozdějších letech, ve srovnání s pervitinem není tak rychlý
- duševní nemoci (deprese, alkoholické psychózy)
- oslabení imunitního systému (riziko nádorů hltanu, jícnu, žaludku, jater)
- i malé dávky (kolem 20 mg alkoholu denně, což odpovídá 0,5 l 12° piva nebo 0,2l vína) zvyšují rakovinu prsních žláz u žen, riziko poškození plodu u těhotných (NEŠPOR, DVOŘÁK, 1998)

Alkohol jako příčina problémů rodiny

Je známo, že problémoví pijáci alkoholu působí problémy nejen sobě samým, ale i svým blízkým – partnerům, dětem rodičům i dalším rodinným příslušníkům. K úplnému pochopení dopadu problémového pití na rodinu, je třeba jít dál za výčet specifitějších problémů a zkoumat pití alkoholu ovlivňuje strukturu a chování rodiny, lze to popsat následujícími termíny:

- role
 - změna role členů rodiny vůči sobě navzájem i vůči okolnímu světu. Stane-li se z člena rodiny piják s problémy, zborší se často dosavadní rozdělení rolí. Funkce buď nejsou plněny, nebo přecházejí na jiného členy rodiny, nejčastěji na manželského partnera. Také se stává, že dítě, nejčastěji to nejstarší, převezme roli a povinnosti dospělého.
- běžná práce
 - chování pijáka se stává nepředvídatelným a rušivým, poškozující schopnost rodiny plánovat nebo dodržovat zaběhnutý způsob rodinného života. Nejistota a úzkost trvale provázejí život rodiny problémového pijáka.
- rituály
 - rodinné svátky, například narozeniny či vánoce, kde smyslem je oslava v jednotě rodiny, bývají narušeny, ať nepřítomností pijáka nebo právě v důsledku jeho přítomnosti (např. demolování vánočního stroměčku).
- společenský život
 - aktivity rodiny, zejména společná rekreace, jsou omezeny, z důvodu neúčasti pijáka nebo strachu ostatních členů rodiny.
- finance
 - chybí peníze utracené za alkohol. Problém s alkoholem může narušovat či zcela likvidovat schopnost pijáka postarat se o rodinu.
- komunikace
 - neochota pijáka hovořit o problémech. (CSÉMY, NEŠPOR, SOVINOVÁ, 2001)

Po dlouholeté konzumaci alkoholických nápojů, zejména více koncentrovaných, vznikají alkoholické psychózy. Nejčastěji se vyskytuje delirium tremens, Korsakova psychóza, alkoholická halucinace, akutní alkoholická halucinatorní psychóza a alkoholická paranoidní psychóza. Spouštěcím mechanismem alkoholické psychózy může být i docela obyčejná chřipka, způsobující oslabení organismu.

Delirium tremens

Z alkoholických psychóz se objevuje nejčastěji. Začíná zejména v noci. Základními znaky jsou obluzené vědomí a třes. Nemocný je zmatený, bojí se a ztrácí orientaci. V popředí klinického obrazu jsou halucinace a iluze, nejčastěji tělové a zrakové. Nemocný vidí hmyz a také malá zvířata. Pociťuje, že po něm lezou. Zvířecí tvary mění svá vzezření a vrhají se na něho a nemocný je odhání. Další, vzácnou charakteristikou tohoto onemocnění je tzv. profesionální delirium, kdy nemocný na lůžku pracuje jako by byl v zaměstnání.

Korsakova psychóza

Tuto psychózu popsal v roce 1887 psychiatr S. Korsakov. V literatuře se uvádí, že přibližně ve čtvrtině případů navazuje na delirium tremens. V popředí obrazu je téměř vymizelá pamětní vstřípivost, nemocný si není schopen zapamatovat, co vnímal před chvílí. Na základě toho je dezorientován místem, časem a situací. Starší vzpomínky avšak bývají vybavovány. Protože si pacient nepamatuje vjemy nové, vymýšlí si a smyšlenkám věří. Tyto výmysly rychle mění, poněvadž si nepamatuje, co předtím řekl.

Alkoholická halucinace

Charakterizují ji především sluchové a zrakové halucinace, které se vyskytují hlavně v noci a pacient je při nich značně úzkostný. Po odeznění si přibližně pamatuje své halucinace. (MARHOUNOVÁ, NEŠPOR, 1995)

1.4.4 Biologický pohled na pití alkoholu

Alkohol – etanol, vzniká biochemickými procesy při kvašení ze sacharidů (z jednoduchých cukrů, které jsou obsaženy v ovoci nebo z polysacharidů z obilných zrn či brambor). Vyšší koncentrací alkoholických nápojů dosáhneme destilací. (MARÁDOVÁ, 2006)

Dopady požívání alkoholu na zdraví obyvatelstva se neustále sledují. Je prokázáno, že se alkohol podílí na celkové mortalitě, a to nejen s ohledem na zřejmou souvislost úrazy, ale také vzhledem k řadě onemocnění, na jejichž vzniku či průběhu se spolupodílí. Jde zde především o nádorové onemocnění, onemocnění trávicího traktu, onemocnění srdce a oběhového systému. (SOVINOVÁ, CSÉMY, 2003)

Resorpce alkoholu začíná už v ústech. Množství alkoholu vstřebané ústní sliznicí ale zůstává pod úrovní eliminace. Ze žaludku se vstřebává asi 20 % vypitého alkoholu, avšak rozhodující část, tj. celých 80 % vypitého alkoholu se vstřebává z dvanácterníku a z horního úseku střeva tenkého. Rychlost resorpce alkoholu do krve a do organismu závisí na difúzním spádu a na velikosti plochy zažívacího traktu, ze které může resorbovat. Uvádí se, že resorpční doba trvá do 30 do 90 minut v závislosti na plnosti žaludku (čím je žaludek plnější, tím je resorpční doba pomalejší). Zpočátku je resorpce pomalejší, přechodem alkoholu do dvanácterníku a tenkého střeva se zrychluje a při vrcholu se opět zpomaluje pro snížení difúzního napětí. Alkohol se vylučuje z 90 – 95 % z organismu oxidací v procesu látkové přeměny, 5 – 10 % se vylučuje v nezměněné formě, dechem se vylučuje cca 4 -7 % a močí 1 – 3%. Vylučování alkoholu jinými cestami je prakticky nevýznamné. Eliminace etanolu začíná prakticky hned se začátkem jeho požívání. Fyzická námaha nemá podstatný vliv na zvýšení eliminace. Rychlost eliminace taktéž podstatně ovlivňují farmaka, kofein či jiné tzv. zázračné pilulky. Rychlost odbourávání alkoholu naopak ovlivňuje nejen tělesná hmotnost, ale také stupeň hydratace, vnější teplota, teplota tělesného jádra a stupeň únavy. (KOVÁŘOVÁ, SOUKUP, KOVÁŘ, 2012)

Všeobecně se ví, že vůbec nejcitlivějším orgánem na poruchy prokrvení je mozek – a jestliže je navíc v krvi ještě alkohol, velmi rychle dochází k výrazným změnám chování, v jejichž základu stojí zpomalené vedení vzruchů v nervových vláknech a zpomalené vedení vzruchů na spojeních mezi vlákny. Při větších dávkách alkoholu ochabuje sebekritičnost, dostavuje se chvástavost, poruchy vnímání, poruchy řeči. Při 0,3 % koncentraci alkoholu nastupuje alkoholické opojení a při množství 0,4 až 0,5 % dochází k pomočení a vnímání je natolik sníženo, že člověk může podstoupit i chirurgický zákrok.

Nemoci související s požíváním alkoholu

Zdravotní a sociální následky pití alkoholu jsou dnes dostatečně známé a řada onemocnění má svoje místo v mezinárodní klasifikaci nemocí jako specifické onemocnění způsobené alkoholem. Zdravotní poškození se vyskytuje jak v oblasti somatických, tak i v oblasti psychických onemocnění. Mezi somatické poškození patří infekční nemoci, poškození žláz s vnitřní sekrecí, nemoci krve a krvetvorných orgánů, nemoci oběhové soustavy, dýchací, nervové, trávicí, močopohlavní, dále zhoubné nádory, komplikace těhotenství, nemoci svalů a kůže, poranění a otravy. Mezi psychická onemocnění patří rozvoj psychické složky závislosti na alkoholu, postižení intelektu, poruchy orientace, vnímání a jednání a to nejen ve stavu opilosti, ale i v následné době. Alkohol je tím pádem příčinou řady psychotických stavů.

Infekční nemoci

Alkohol má nepříznivý vliv na vznik a rozvoj infekčních onemocnění, poněvadž potlačuje buněčnou a humorální imunitu. Mobilizace alveolárních makrofágů a neutrofilů je snížena, snížena je i baktericidní aktivita séra. Průběh infekčních onemocnění se tedy značně komplikuje. Příkladem může být plicní tuberkulóza, která se u abuzéru alkoholu vyskytuje častěji než u ostatního obyvatelstva. Dochází k nečekaným reinfekcím a superinfekcím a k rozpadu plicní tkáně. Alkohol přispívá i k šíření venerických onemocnění, protože potlačuje zábrany a vede ke střídání partnerů.

Zhoubné nádory

V řadě případů vystupuje alkohol jako kokancerogen, ale uvažuje se i o jeho přímém karcinogenním účinku. Výskyt rakoviny dutiny ústní a nosohltanu je u pijáku alkoholu 2,5 krát větší než u abstinentů a u pijáků, kteří kouří, je riziko 24 krát větší. Byla zjištěna i úzká souvislost mezi konzumací piva a rakovinou rekta. Zvýšený je i výskyt rakoviny jícnu, žaludku, tenkého střeva, jater a slinivky břišní.

Nemoci žláz s vnitřní sekrecí

Alkohol zasahuje nepříznivě i do regulace hormonů v organismu. Kromě jiného vede ke snížení hodnot testosteronu a může i zavinit atrofii varlat a impotenci. Nedostatek jaterního glykogenu a možná stimulace sekrece inzulinu může vést po požití alkoholu k hypoglykémii až hypoglykemickému kómatu. Alkohol se může podílet i na vzniku diabetes mellitus.

Porucha výživy a přeměny látek

Tyto poruchy jsou časté a mohou mít různé klinické projevy. Abúzus alkoholu může vést na jedné straně k proteinoenergetické podvýživě, na druhé straně k obezitě, jak je tomu zejména u pijáků piva. Poruchy metabolismu proteinů se projevují ve změnách spektra bílkovin krve. Změny v krevních bílkovinách se projevují ještě dříve, než dojde k cirhóze jater. Klinickým projevem je pak i snížená srážlivost krve.

Poruchy metabolismu lipidů se staly středem zájmu v poslední době, protože alkohol zvyšuje hladinu HDL, které se podílejí na zpětném návratu cholesterolu z cév do jater. Projektivní vliv HDL se připisuje enzymové složce peroxidáza, jenž inhibuje LDL s předpokládaným negativním účinkem na aterosklerózu. Další poruchy metabolismu se týkají kyseliny močové, kde alkohol zvyšuje její tvorbu, takže dochází k hyperurikémii. Může dojít i ke zvýšené hladině draslíku v krvi a ke zvýšené resorpci železa s jeho následným ukládáním v játrech, které může vést v krajním případě ke vzniku sekundární hemochromatózy.

Nemoci nervové

Alkohol porušuje vedení nervového vzruchu, zvyšuje práh bolesti, ale snižuje křečový práh. Poškozuje REM spánek a může vyvolat i změny na EEG. Známy je také alkoholický tremor u abuzérů alkoholu projevující se třesem víček, rukou, někdy i celého těla. Zvyšuje se po odebrání alkoholu. Jako následek pití alkoholu byla prokázána mozková atrofie postihující mozkové hemisféry, která může vést až k demenci. Atrofický proces postihuje i mozeček, který se projevuje poruchou koordinace hybnosti, nejistou chůzí a třesem. Alkohol způsobuje řadu dalších neurologických onemocnění, z nichž nejčastější je výskyt epileptických záchvatů a alkoholická polyneuropatie.

Nemoci oběhové soustavy

Srdeční a cévní choroby patří mezi nejčastější a nejzávažnější onemocnění. Poslední dobou jsme svědky masivní propagace ochranného vlivu malých dávek alkoholu na kardiovaskulární onemocnění, ale prokázáný je jen účinek malých, pravidelných dávek alkoholu na vznik infarktu myokardu. Domníváme se, že základem projektivního mechanismu je antiagregační účinek alkoholu, bránící rozvoji trombembolických komplikací, které vedou až ke vzniku infarktu myokardu.

Nebylo zatím zjištěno, že by alkohol snižoval rozvoj a výskyt aterosklerózy. Pití většího množství alkoholu může vyvolat arteriální systémovou hypertenzi, závisející na obezitě, spotřebě kávy a cigaret. Při déle trvající abstinenci se krevní tlak vrací k normálním hodnotám. Kombinovaný vliv alkoholu a hypertenze může vést k alkoholické kardiomyopatii se srdečním selháním.

Nemoci trávicí soustavy

Alkohol významně ovlivňuje motilitu trávicího systému. Peristaltika duodena a tenkého střeva se zvýší jak po vypití alkoholu, tak po jeho nitrožilní podání. Větší množství požitého alkoholu může vyvolat zvracení a pylorospasmus. U pacientů se závislostí na alkoholu se vyskytují divertikly jícnu šestkrát častěji ve srovnání

s běžnou populací. Závažným onemocněním jsou jícnové varixy, které se objevují jako komplikace cirhózy jater. Významné postavení u abuzérů alkoholu mají onemocnění jater označována souborně jako alkoholická choroba jaterní nebo alkoholická hepatopatie. Je dobré vědět, že ke změnám v jaterní tkáni může dojít již při denní konzumaci 15g alkoholu (1 pivo).

Nemoci kůže a svalů

Při vysoké konzumaci alkoholu dochází ke změnám na kůži, které mohou být diagnostickým vodítkem. Jako projev vegetativní stimulace můžeme pozorovat bílý a červený dermografismus a mramorování kůže. Dochází k atrofii podkožní tukové tkáni na obličeji. Při jaterní cirhóze se mohou na kůži objevit pavoukovité névy a rozšíření povrchových žil na břicho a hrudníku. Nikdy můžeme pozorovat symetrické bílé proužkování nehtů. (SOVINOVÁ, CSÉMY, 2003)

1.4.5 Pití alkoholu u dětí a mládeže

Dětství

V tomto období prochází jedinec jednou z nejméně aktivních fází učení ve svém životě. Představa o alkoholu i znalost jeho účinků, problémů a výhod, s alkoholem související se vytváří v časném věku. Nejpodstatnější pro předávání zkušeností z generace na generaci je rodina. I proto postoje rodičů a jejich názor na alkohol a zejména jejich osobní návyky v pití alkoholu mají výrazný vliv na své potomky. Téměř většina dětí se s alkoholem seznamuje prostřednictvím rodičů, některé už v časném věku, jiné krátce před dvacátým rokem života. Také rozdíly ve zvyklostech pití alkoholu a očekávání s ním spojená se přenáší právě během dětství.

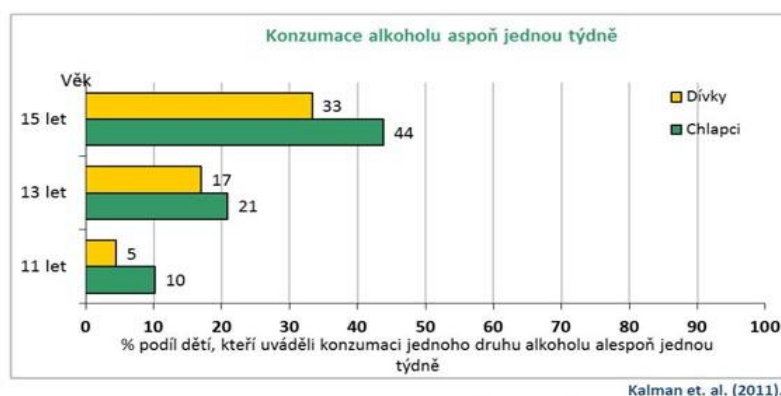
Dospívání

V průběhu dospívání se děti stávají více nezávisly na rodině a často se dostávají do silného vlivu přátel a idealizovaných vzorů mládí, hvězd z oblasti popu či sportovních osobností. Reklama a obraz alkoholu mají v médiích v tomto období významný dopad. Právě v dospívání dochází k výběru nápojů, mladí lidé si vytváří vztah k alkoholu a rozhoduje se o tom, jaký význam pro ně bude mít. V mnoha částech Evropy lze pozorovat značné rozdíly ve způsobu pití mladých ve srovnání s jejich rodiči. Způsoby a návyky se mění rychle, především ve velkých městech, kde pití dospívajících probíhá více mimo dosah a dohled rodičů. Mladí lidé, kteří silně pijí, často berou i jiné drogy, kouří a projevují se u nich i další druhy rizikového chování. (RITSON, 2002)

Období dospívání je provázeno nepřetržitým přijímáním informací a velkými osobnostními změnami. Užívání alkoholu v této době často naruší vývoj osobnosti a kladný vývoj psychiky jedince. Jako každá droga je i alkohol častým můstkem k přechodu na jinou drogu, často horší podstaty. (ILLES, 2002)

Obrázek č. 4: Přehled o pití alkoholu u dětí ve věku 11 - 15 let.

Pití alkoholu u dětí



Mezi roky 2006 a 2010 vzrostl počet dětí, které uvedly, že byly opakovaně opilé (u 15 letých chlapců byl nárůst ze 37 % na 46 %, u děvčat ze 30 % na 40 %).

(zdroj: <http://kin-ball.cz/pohybova-aktivita-a-zivotni-styl-ceskych-skolaku>)

2 CÍLE, METODY A HYPOTÉZY PRÁCE

2.1 Cíl práce

Cílem práce bylo analyzovat vliv organizovaných pohybových aktivit na kouření a pití alkoholu u vybrané skupiny dětí ve věku 12 – 16 let. Zjistit úroveň pohybové aktivity, kouření a pití alkoholu v souvislosti s registrovaným členstvím ve sportovním klubu. Jedním z cílů bylo také získat přehled o denním a týdenním objemu pohybových aktivit, o následném ovlivnění psychické pohody a o vztahu probandů k pohybovým aktivitám.

2.2 Úkoly práce

- Vyhledávání odborné literatury, vědeckých zdrojů, které souvisejí s danou problematikou.
- Na základě prostudování odborných zdrojů vypracování teoretické části.
- Sestavení cílů diplomové práce.
- Sestavení metodického postupu diplomové práce.
- Zpracování zjištěných poznatků.
- Diskuze a závěr plynoucí ze získaných výsledků.
- Vytvoření seznamu použitých zdrojů a seznamu příloh.

2.3 Hypotézy

Pro výzkumnou část byly stanoveny 2 hypotézy. Předpokládá se jejich naplnění na základě provedeného šetření a zhodnocení dalších výsledků v závěrečné diskuzi.

H1 Existuje statisticky významná závislost mezi registrovaným členstvím ve sportovním klubu a kouřením u dětí ve věku 12 – 16 let.

H2 Existuje statisticky významná závislost mezi členstvím ve sportovním klubu a pitím alkoholu u dětí ve věku 12 – 16 let.

3 METODICKÁ ČÁST

3.1 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor představují respondenti ve věku 12 – 16 let ze sportovních klubů, z jedné základní a dvou středních škol.

Skladba výzkumného souboru podle:

1. Věku:

Obrázek 5: Věkové rozložení výzkumného souboru (n=216).



(zdroj: vlastní výzkum)

2. Pohlaví:

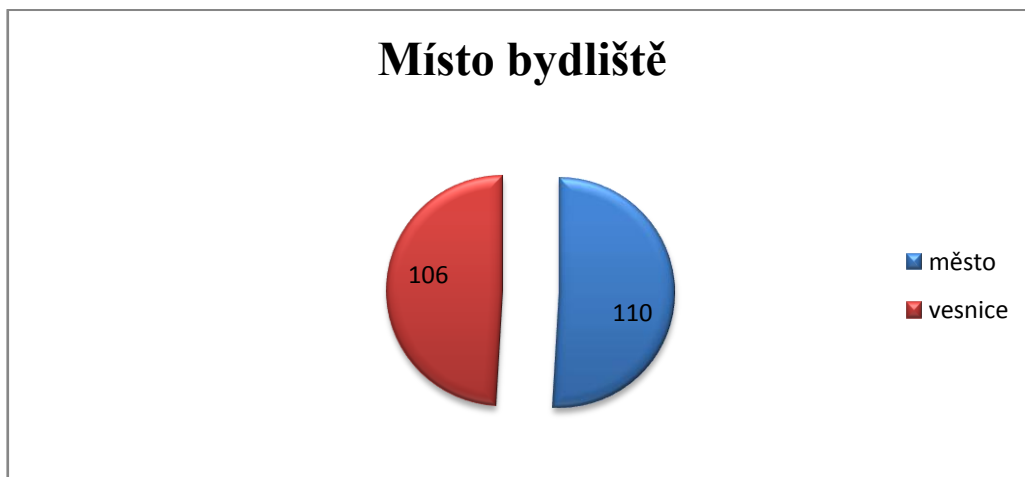
Obrázek 6: Skladba pohlaví výzkumného souboru (n=216).



(zdroj: vlastní výzkum)

3. Bydliště:

Obrázek 7: Místo bydliště výzkumného souboru (n=216).



(zdroj: vlastní výzkum)

Rozdáno bylo 300 dotazníků, při čemž jejich návratnost byla 78 %, takže výzkumný soubor čítal 216 dětí ve věkovém rozmezí 12 – 16 let.

3.2 Použité metody a techniky sběru dat

Pro účely zpracování diplomové práce byl zvolen kvantitativní výzkum, který byl uskutečněn u členů již zmíněných klubů, žáků základních a středních škol. Byl anonymní a probíhal v období od února 2014 do dubna roku 2014.

Kvantitativní výzkum byl uskutečněn metodou dotazování, prostřednictvím dotazníků v písemné a elektronické formě. Dotazník umožnil získat informace od většího množství respondentů. Dotazník byl sestaven z 21 uzavřených a polozavřených otázek.

Zpracování dat:

1. statistické zpracování:

V prvním kroku statistického zpracování získaných dat se posuzoval vztah faktorů pomocí kontingenčních tabulek, které jsou základem pro testování závislosti. Byl použit chí-kvadrát test o vzájemné nezávislosti v kontingenční tabulce. Předpokladem bylo, aby teoretické četnosti v jednotlivých políčkách neklesly pod hodnotu 5, alespoň v 80% políček a ve zbylých políčkách neklesly pod hodnotu 2, protože prázdné nebo málo zaplněné buňky bývají zdrojem nespolehlivosti asymptotických statistik. Tabulku s menším obsazením políček testujeme Fisherovým testem. Ten patří k přesným testům nezávislosti. Byla zvolena hladina významnosti 1%, tedy vysoká významnost. Tomu odpovídají p-hodnoty menší než 0,01. To znamená, že je-li p-hodnota menší než 0,01, hypotézu o nezávislosti zamítáme, neboť závislost je vysoce významná. Pro specifikaci, u kterých kategorií nastal vysoce významný rozdíl, byla použita adjustovaná standardní rezidua, která se porovnávala s kvantily standardizovaného normálního rozdělení pro zvolenou hladinu významnosti. Pro 1% hladinu je to 99% kvantil a to je 2,58 (v případě 5% hladiny by se jednalo o 95% kvantil a to je 1,96). Tam, kde se závislost prokázala, hledaly se kategorie s významným rozdílem. Byla použita standardizovaná rezidua, která se porovnávala s kvantily standardizovaného rozložení pro zvolenou hladinu spolehlivosti.

Dále bylo použito:

- Četnost souboru n (n- počet naměřených jedinců vyjádřeno v procentech)
- Aritmetický průměr (\bar{x} - součet hodnot všech statistických jednotek, dělený jejich počtem)
- Procentuální vyjádření f (f - počet významnosti rozdílů mezi 2 závislými soubory)

2. následná tvorba vlastních grafů ze statisticky zpracovaných dat.

3.3 Organizace praktického šetření

V dotazníkovém šetření jsem oslovila několik sportovních klubů, základní a střední školy (viz níže). Dotazníky byly rozdány dětem během výuky či po ukončení tréninku, rozdávání se zhostili kantoři a trenéři sportovních klubů. Šetření probíhalo v období od února do dubna roku 2014.

Oslovené sportovní kluby:

- SKP České Budějovice a Trhové Sviny
- Tatran Prachatice
- Tiger Relax Club Chomutov
- Gladiator's Gym České Budějovice
- Fight Club České Budějovice

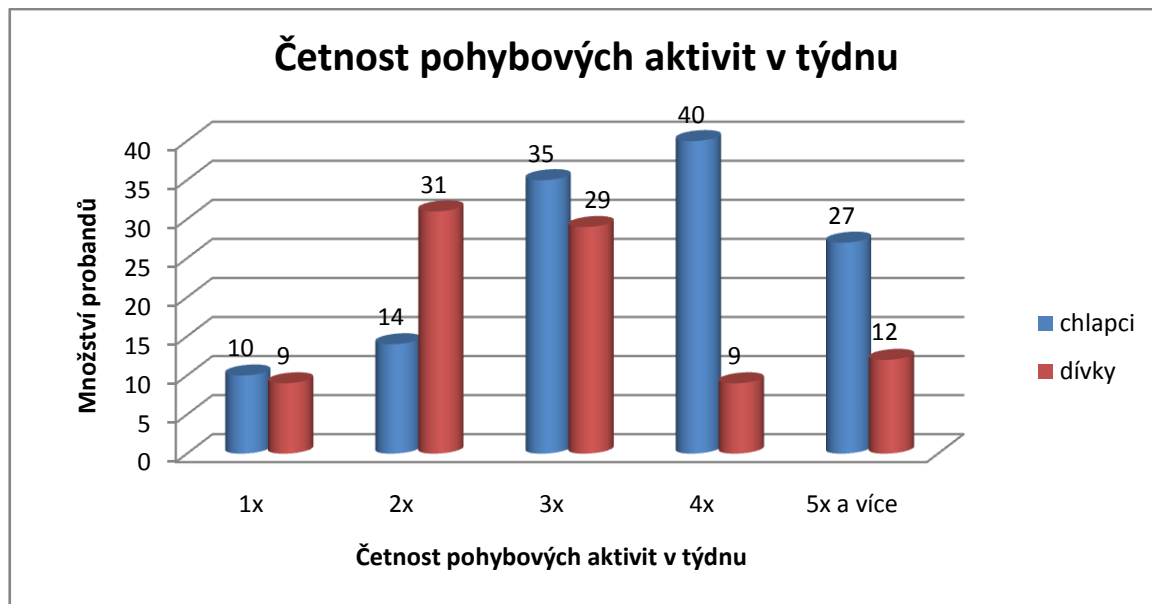
a základní a střední školy:

- Střední škola rybářská a vodohospodářská Jakuba Krčína Třeboň
- Základní škola Cehnice
- Gymnázium Vítězslava Nováka Jindřichův Hradec.

4 VÝSLEDKY

4.1 Analýza a interpretace výsledků

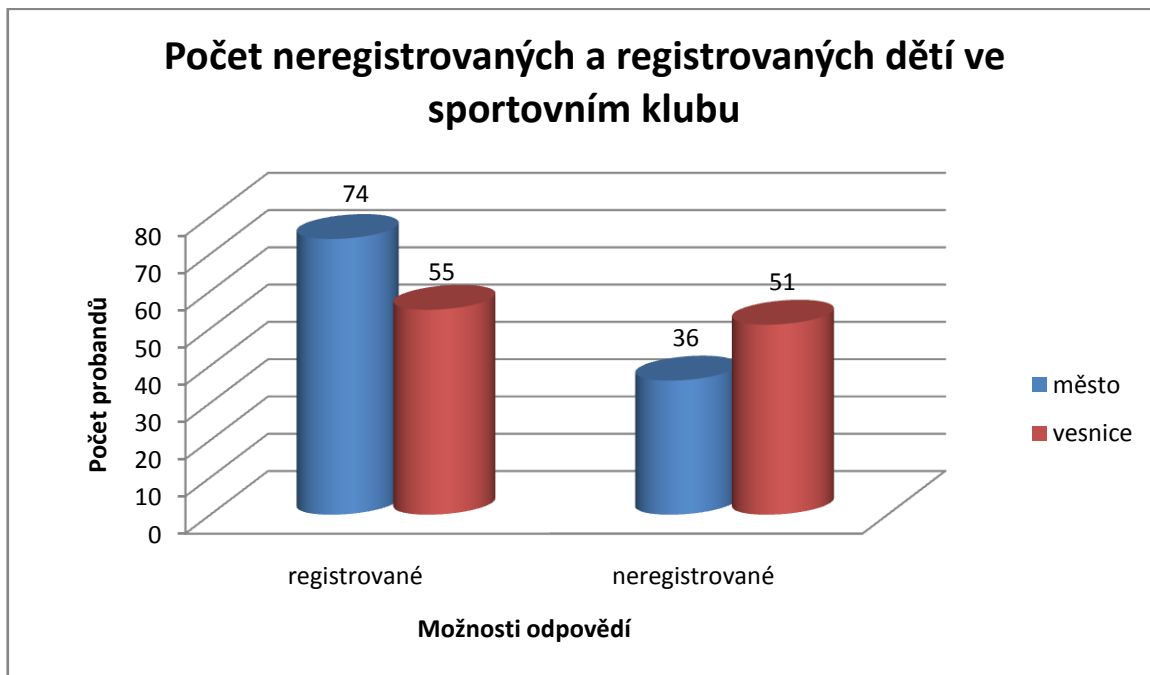
Obrázek 8: Četnost pohybových aktivit u dívek a chlapců (n= 216) v týdnu



(zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek č. 8 obsahuje grafické vyjádření četnosti pohybových aktivit v týdnu u chlapců a dívek. U chlapců je největší zastoupení u pohybových aktivit, které provozují 4krát týdně a to v počtu 40, následuje pohybová činnost, která je provozována 3krát týdně, u 35 chlapců. Třetí nejvyšší hodnotou je pohybová činnost, konaná 5krát a vícekrát v týdnu, které se věnuje 27 chlapců. Ve srovnání s dívkami, jsou chlapci aktivnější. U 31dívek je nevyšší hodnota u pohybových činností, které provádějí 2krát týdně, po té následuje pohybová činnost konaná 3krát týdně u 29 dívek a třetí nejvyšší hodnota, 12 dívek, je u aktivit, prováděných 5krát a vícekrát v týdnu. Nejméně je zastoupena pohybová aktivita provozovaná jednou týdně, tu provádí 10 chlapců ze 126 a 9 dívek z celkového množství 90.

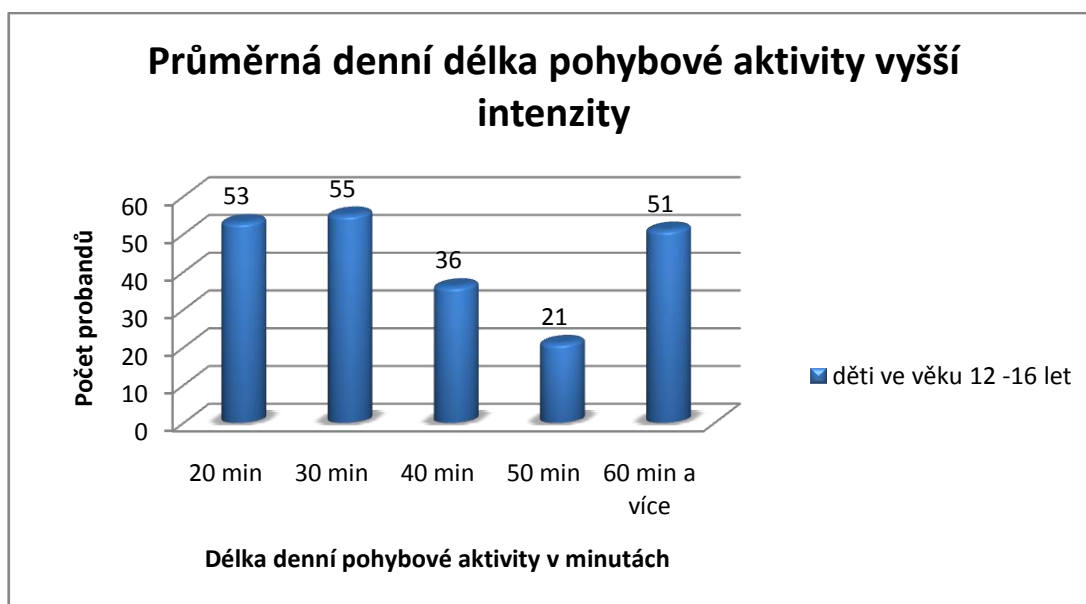
Obrázek 9: Počet registrovaných dětí ve sportovním klubu, z měst a vesnic, (n=216)



(zdroj: vlastní výzkum)

Na obrázku č. 9 je vyobrazen poměr registrovaných a neregistrovaných dětí ve sportovním klubu. Z celkového množství 216 dětí je jich 129 registrovaných. Mezi dětmi z města je 74 registrovaných a 36 neregistrovaných. 55 dětí z vesnice je registrovaných ve sportovním klubu a 51 neregistrovaných. Z toho plyne, že i místo bydliště hraje roli v registraci ve sportovních klubech. Městské děti jsou oproti vesnickým zaregistrovány ve větším množství.

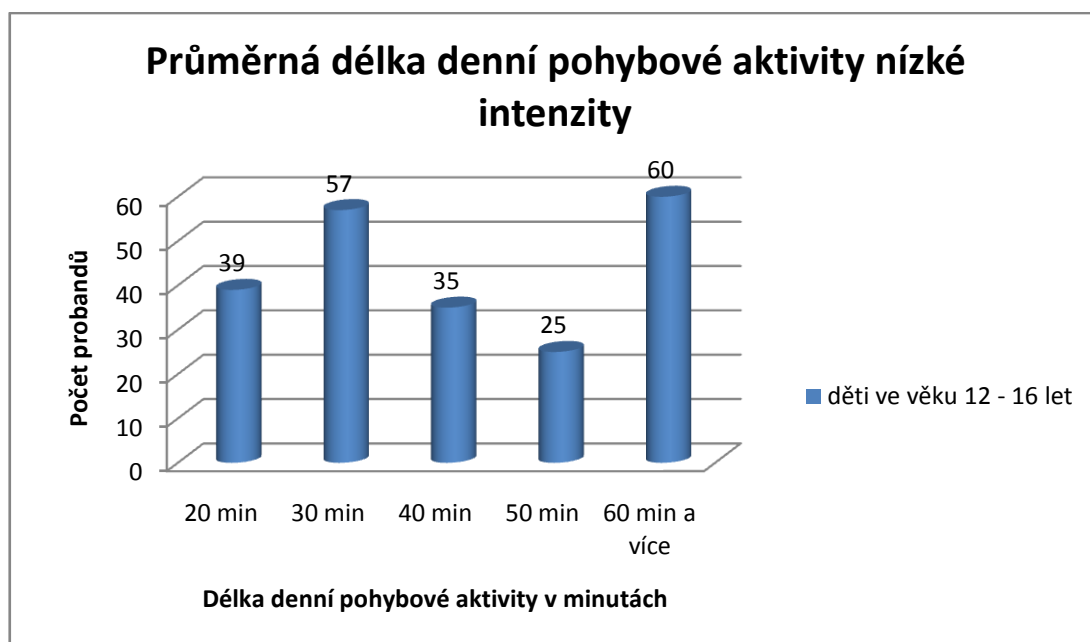
Obrázek 10: Součet intenzivní denní pohybové činnosti v minutách u dětí ve věku 12 – 16 let, (n=216)



(zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu na obrázku číslo 10 je patrné, že nejčastěji probandi volí aktivitu vyšší intenzity trvající 30 min (55 z 216), pak následuje aktivita 20 minutová (53 z 216), poté aktivita s délkou 60 minut a déle. Mezi nejméně časté odpovědi patří aktivita 40 minutová (36 z 216) a 50 minutová (21 z 216).

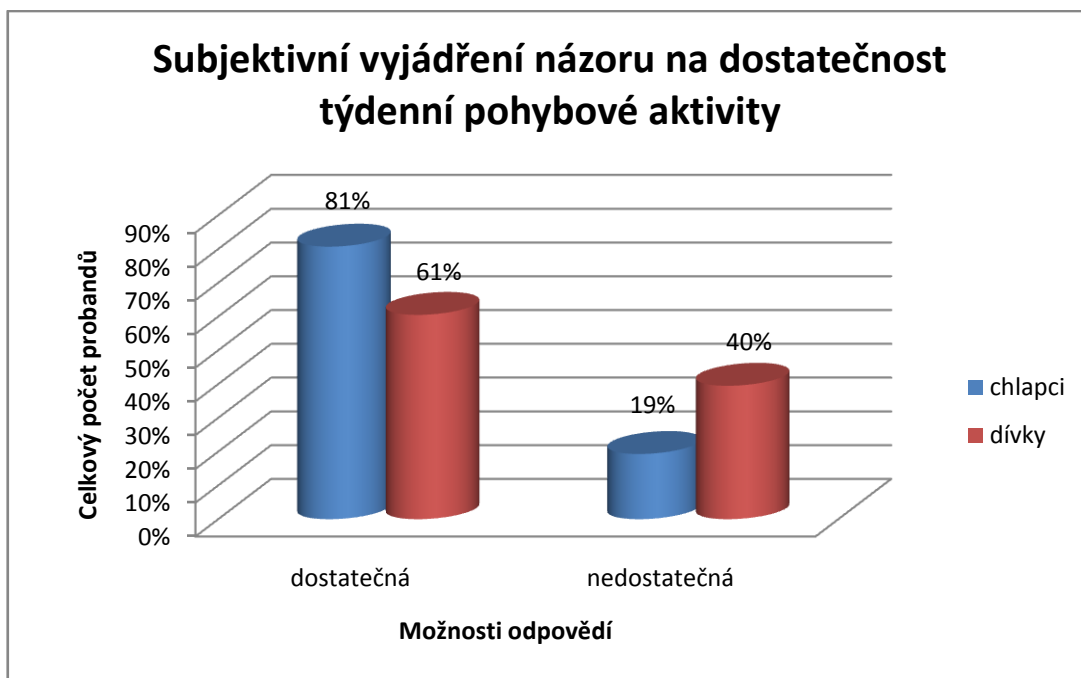
Obrázek 11: Součet denní pohybové aktivity nízké intenzity u dětí ve věku 12 – 16 let, (n=216)



(zdroj: vlastní výzkum)

Na obrázku číslo 11 je přehled průměrné délky pohybové aktivity nízké intenzity u všech probandů. Nejčastější odpovědí byla lehká pohybová aktivita trvající 60 minut a více (60 z 216), následuje odpověď s aktivitou trvající 30 minut (u 57 z 216), dále 20 minut (39 z 216), pak 40 minutová aktivita (35 z 216) a poslední zvolenou možností byla aktivita 50 minutová (25 z 216).

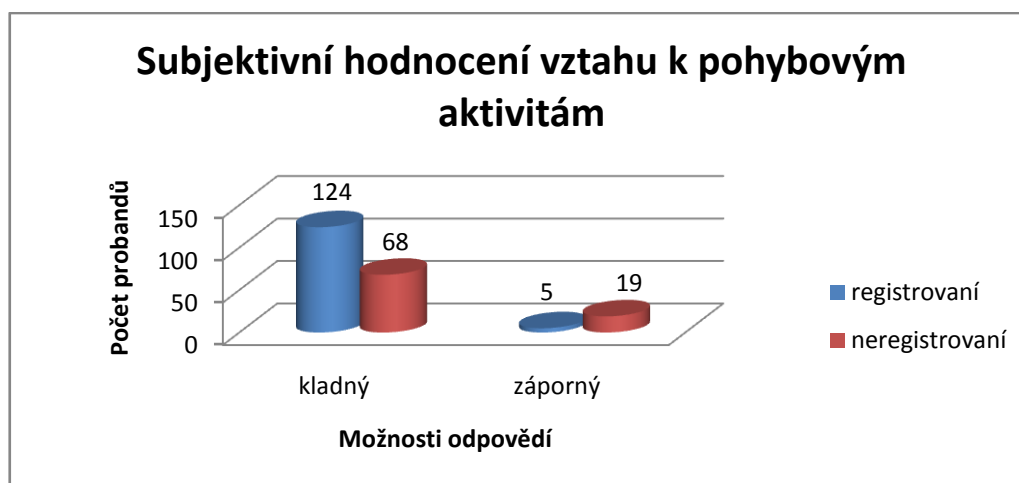
Obrázek 12: Procentuální vyjádření dostatečnosti týdenní pohybové aktivity u dětí ve věku 12 – 16 let, (n=216)



(zdroj: vlastní výzkum)

Z obrázku č. 12 je zřejmé, že většina probandů považuje svou pohybovou aktivitu za dostatečnou. 81% chlapců považuje svou aktivitu za dostatečnou a 19% za nedostatečnou, ve srovnání s dívkami jsou chlapci spokojenější. 61% dívek považuje svoji pohybovou aktivitu za dostatečnou a za nedostatečnou 40%.

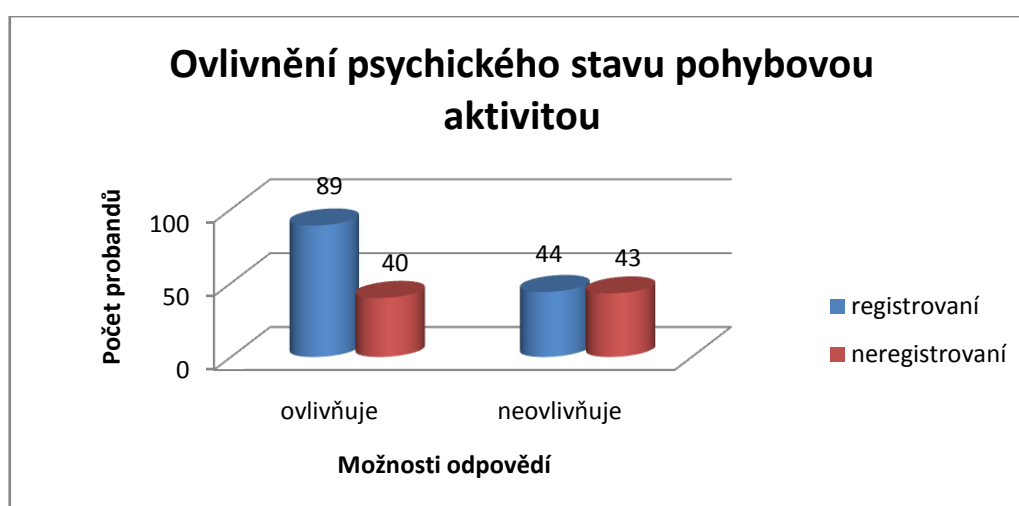
Obrázek 13: Vyjádření vztahu k pohybovým aktivitám registrovaných a neregistrovaných členů sportovních klubů, (n=216)



(zdroj: vlastní výzkum)

Na obrázku č. 13 je graficky zpracováno hodnocení vztahu k pohybové činnosti u registrovaných a neregistrovaných členů sportovních klubů. 124 dětí, které jsou registrované, hodnotí svůj vztah kladně a 5 dětí záporně. Ve srovnání s neregistrovanými dětmi, lze říci, že registrované děti mají kladný vztah k pohybovým aktivitám ve větší míře.

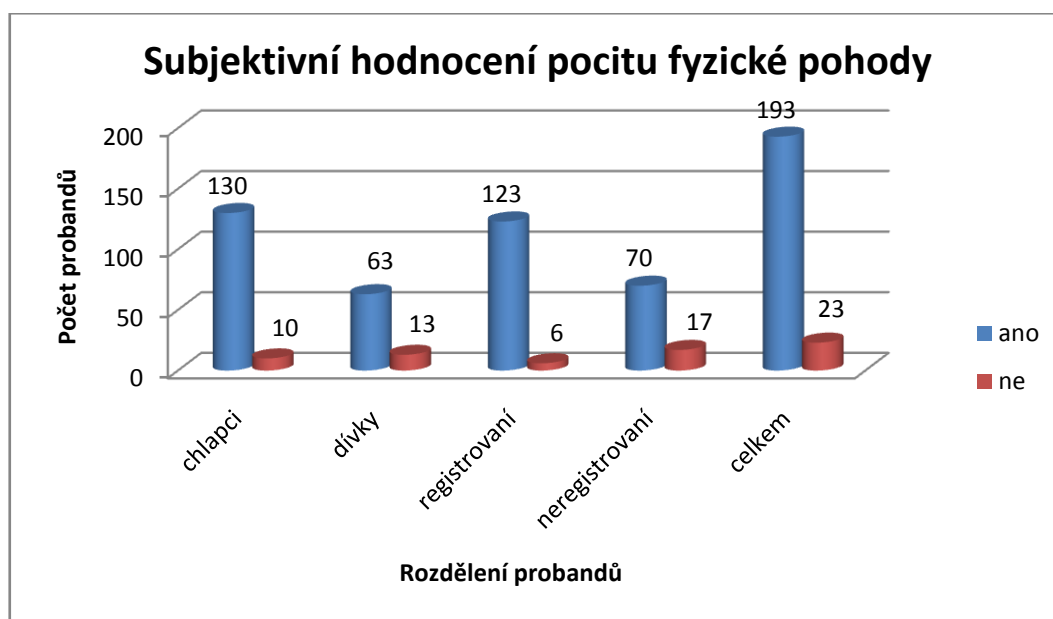
Obrázek 14: Subjektivní hodnocení ovlivňování psychického stavu přiměřenou pohybovou aktivitou u dětí ve věku 12 – 16 let, (n=216)



(zdroj: vlastní výzkum)

Na obrázku č. 14 je jednoznačné, že pohybové aktivity ovlivňují pozitivně psychický stav registrovaným členům sportovních klubů. Hodnocení neregistrovanými dětmi ukazuje, že psychický stav jim pozitivně neovlivňuje pohybová aktivita.

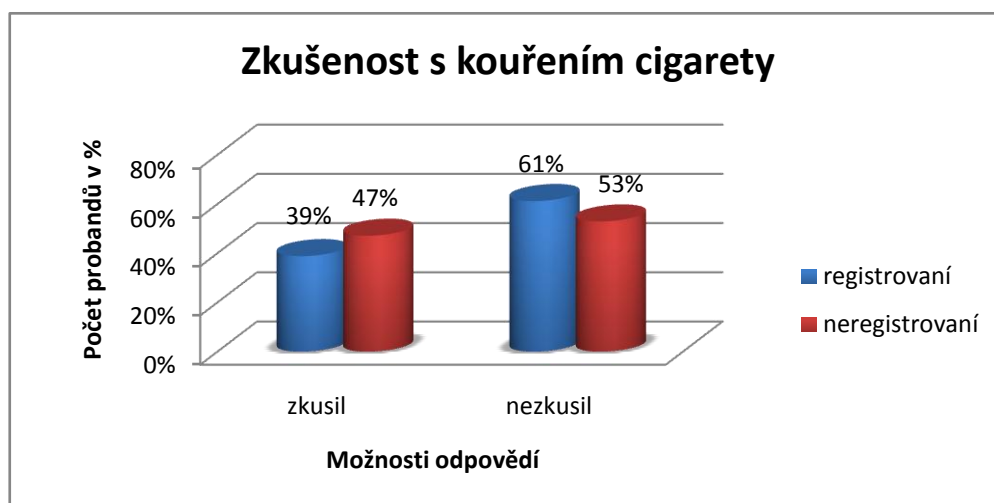
Obrázek 15: Subjektivní hodnocení pocitu fyzické pohody u chlapců a dívek a registrovaných a neregistrovaných členů sportovních klubů, (n=216)



(zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek č. 15 vypovídá o tom, že se cítí převážná většina fyzicky v pohodě, bez ohledu na pohlaví a registrovanost.

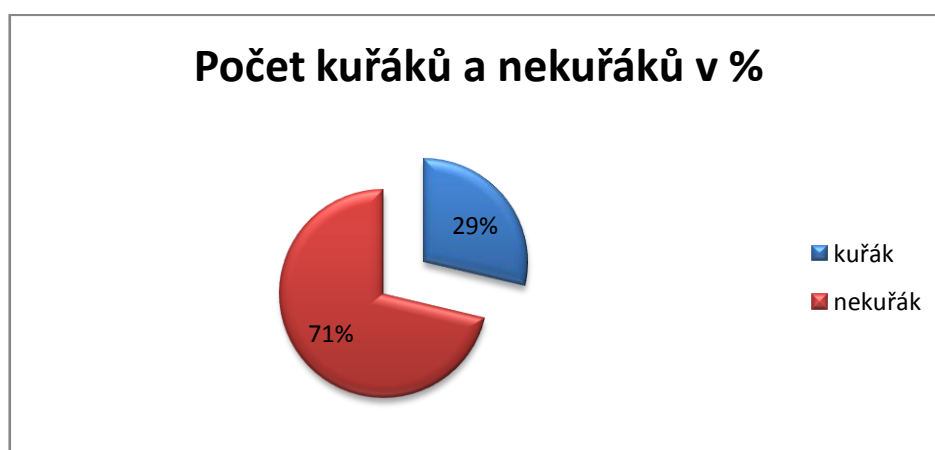
Obrázek 16: Zkušenost registrovaných a neregistrovaných probandů ve sportovním klubu s kouřením cigarety, (n=216)



(zdroj: vlastní výzkum)

Z grafického znázornění na obrázku č. 16 je jasné, že neregistrovaní jedinci mají větší zkušenost s kouřením cigarety. A také z tohoto grafu plyne, že nadpoloviční většina všech probandů zkušenost s kouřením cigarety nemá.

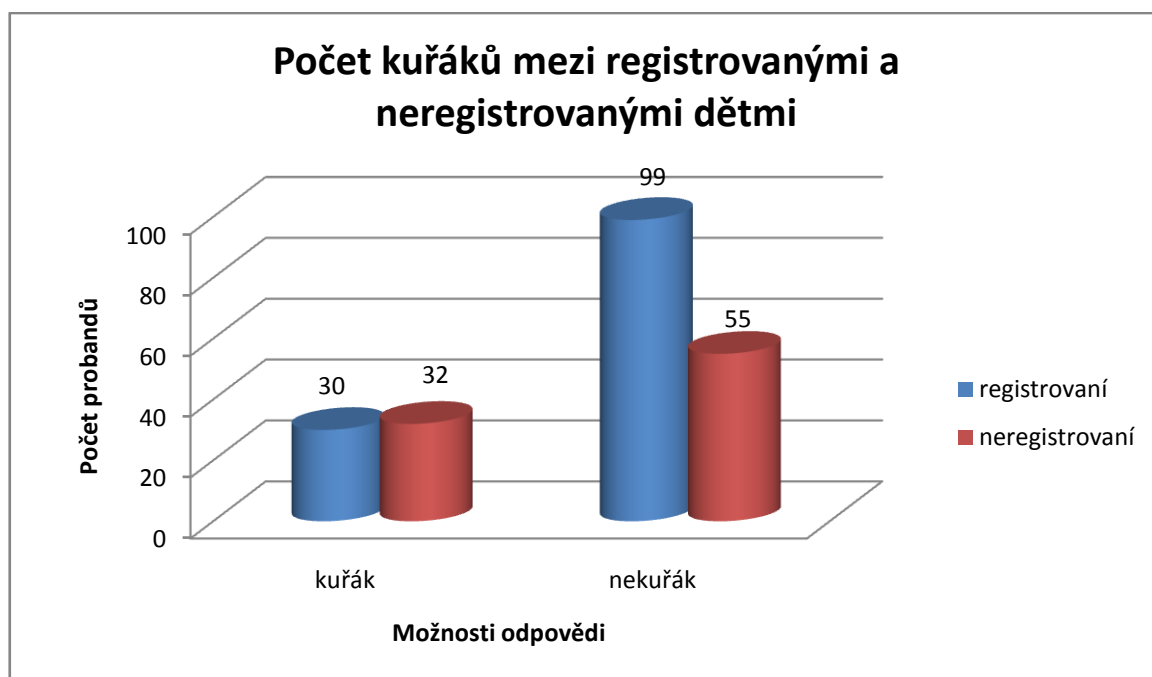
Obrázek 17: Procentuální vyjádření počtu kuřáků a nekuřáků mezi probandy, (n=216)



(zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek č. 17 nám udává podíl kuřáků a nekuřáků u všech probandů. 71% dětí nekouří.

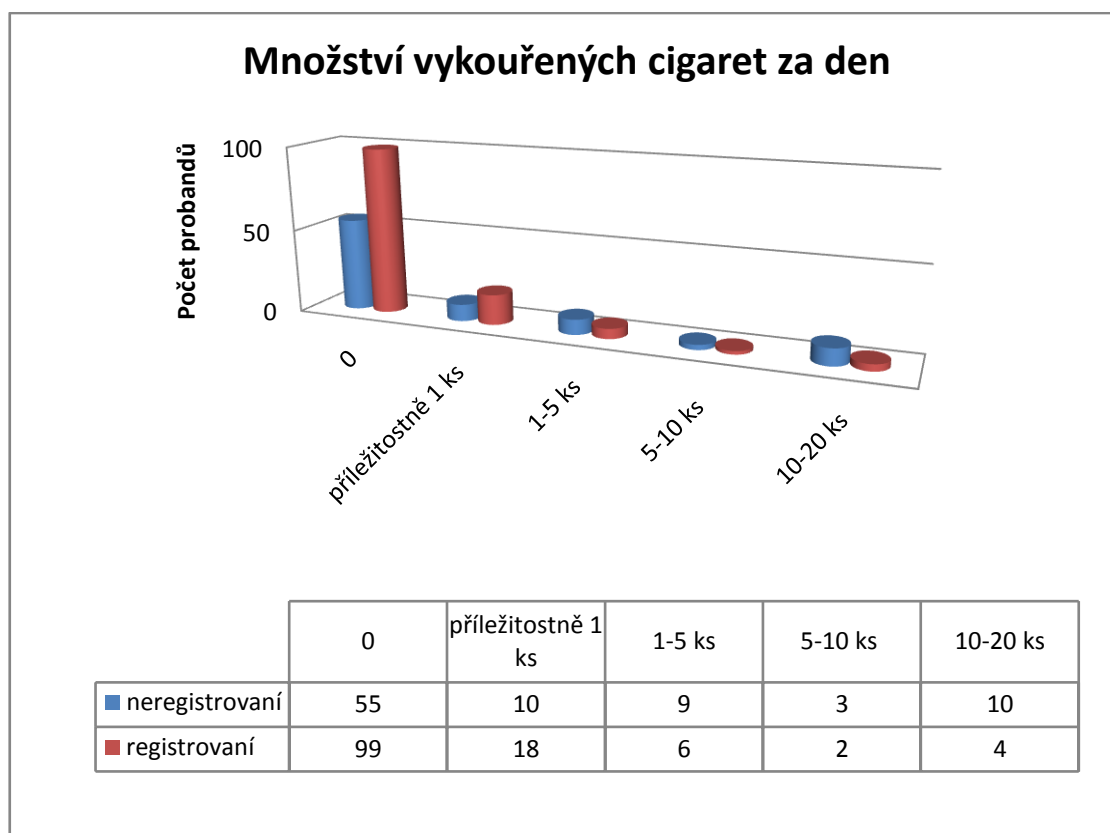
Obrázek 18: Počet kuřáků mezi registrovanými a neregistrovanými dětmi ve sportovním klubu, (n=216)



(zdroj: vlastní výzkum)

Na obrázku číslo 18 je graficky znázorněn rozdíl mezi počtem kuřáků u registrovaných a neregistrovaných dětí ve sportovním klubu. Významné je to, že děti s registrací kouří v menší míře, tzn. 30 dětí ze 129, v procentuálním vyjádření je to 23,3% všech registrovaných dětí. Mezi dětmi bez registrace je více kuřáků, 55 dětí z 87, v procentuálním vyjádření je to 63,2% dětí bez registrace.

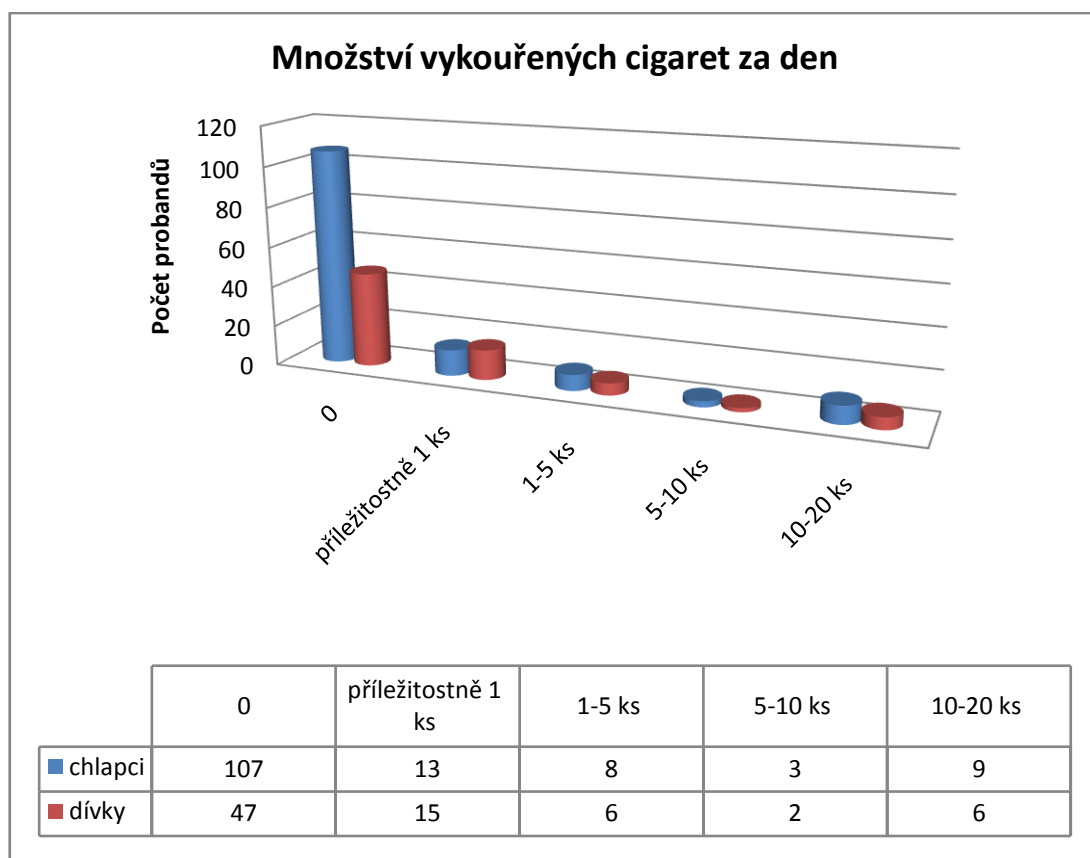
Obrázek 19: Přehled o množství vykouřených cigaret za den u registrovaných a neregistrovaných členů sportovních klubů, (n=216)



(zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek č. 19 nám dává přehled o množství vykouřených cigaret a rozdíl mezi množstvím vykouřených cigaret u registrovaných a neregistrovaných členů. Významné je to, že ze 154 dětí, které uvedly, že nevykouří jedinou cigaretu, je registrovaných 99, v procentuálním vyjádření je to 76,7% všech registrovaných členů. Dále ze 14 dětí, které vykouří 10 – 20 cigaret denně, jsou 4 registrované a 10 neregistrovaných, v procentuálním vyjádření je to 28,6 % všech neregistrovaných členů.

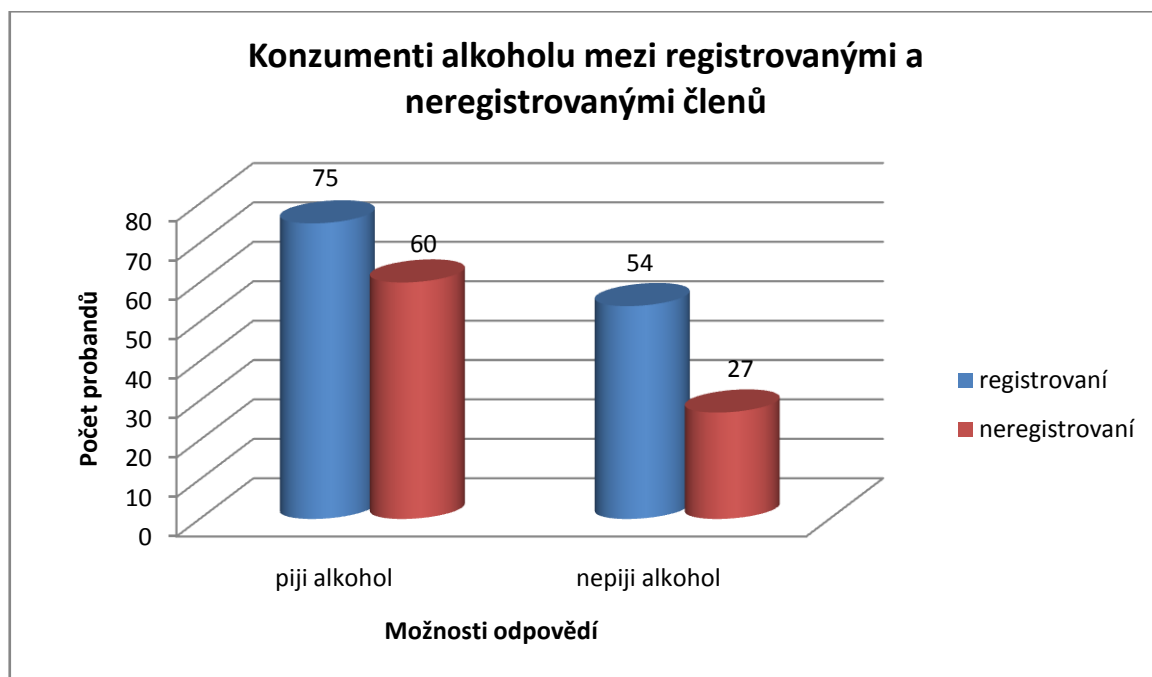
Obrázek 20: Přehled množství vykouřených cigaret za den u chlapců a dívek, (n=216)



(zdroj: vlastní výzkum)

Z grafického přehledu na obrázku č. 20 je zřejmé, že chlapci kouří méně než dívky. Většina chlapců buď nekouří vůbec (107 ze 140) či příležitostně vykouří jednu cigaretu (13 ze 140).

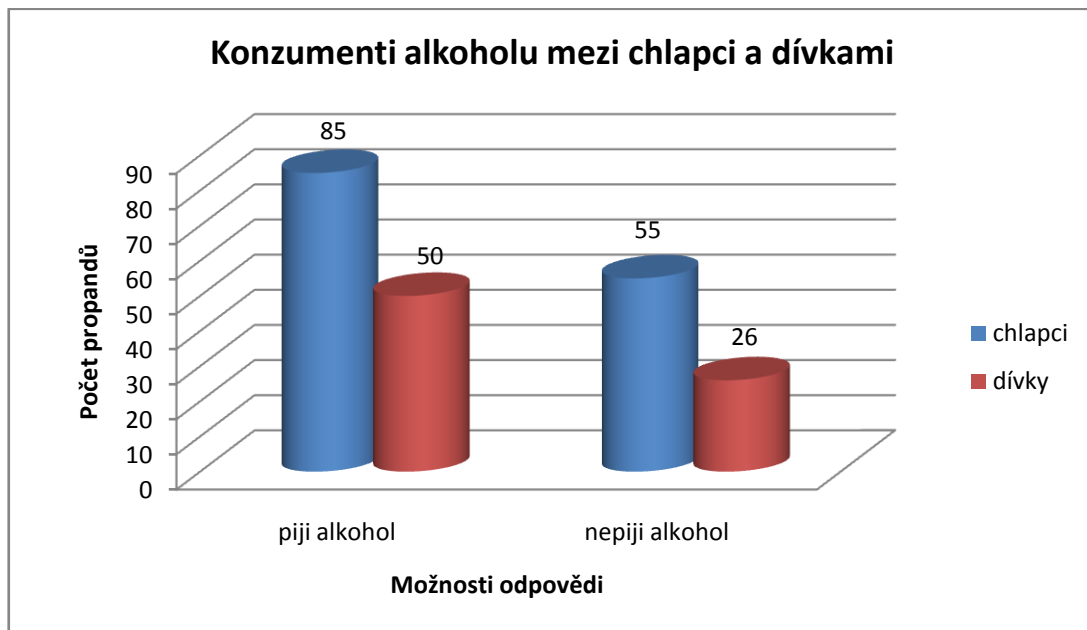
Obrázek 21 : Vyjádření počtu konzumentů alkoholu u registrovaných a neregistrovaných členů sportovních klubů, (n=216)



(zdroj: vlastní výzkum)

Grafické znázornění na obrázku č. 21 ukazuje, že mezi neregistrovanými dětmi je více konzumentů alkoholu. Z celkového množství 87 dětí bez registrace, 60 konzumuje alkohol (68,9%) Z celkového množství 129 dětí s registrací, konzumuje alkohol 75 dětí (58,1%).

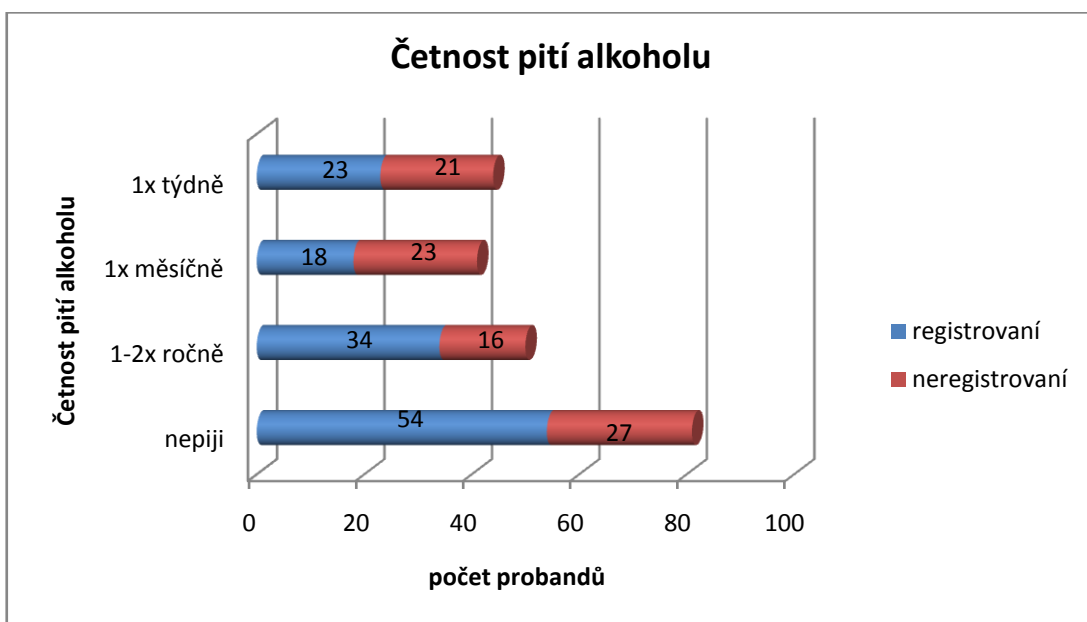
Obrázek 22: Vyjádření počtu konzumentů alkoholu u chlapců a dívek, (n=216)



(zdroj: vlastní výzkum)

Z obrázku č. 22 plyne, že většina chlapců i dívek konzumuje alkohol.

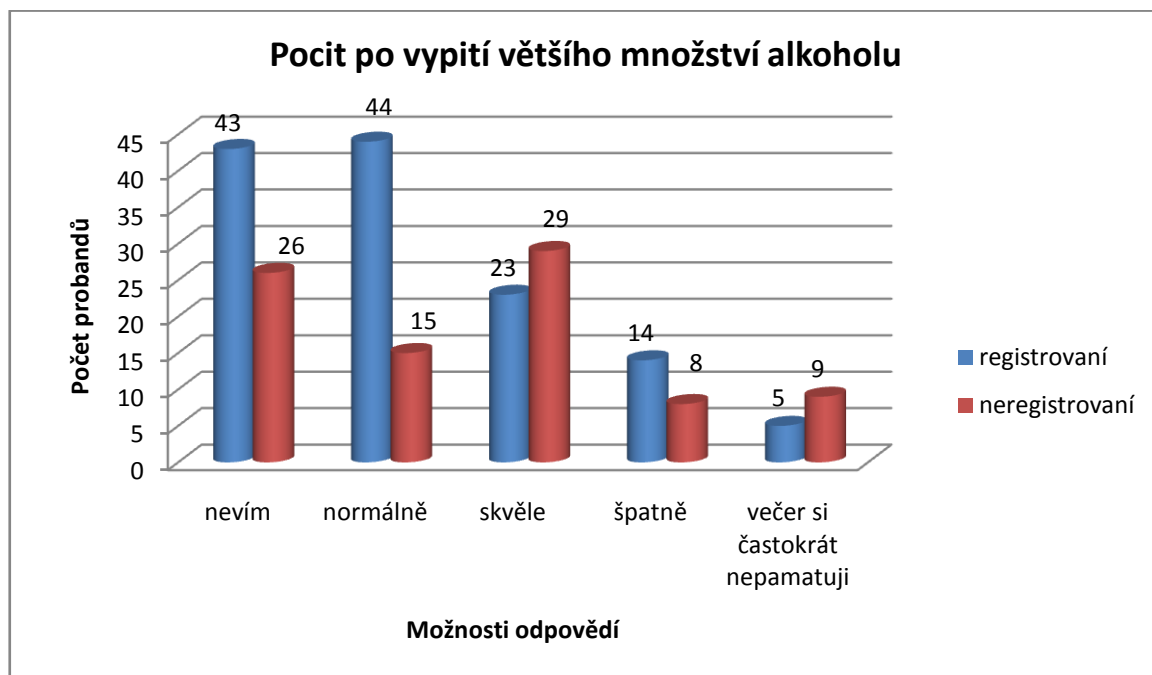
Obrázek 23: Vyjádření četnosti pití alkoholu u registrovaných a neregistrovaných členů sportovních klubů (n=216)



(zdroj: vlastní výzkum)

Na obrázku číslo 23 je patrné, že děti zaregistrované ve sportovním klubu vykazují menší četnost pití alkoholu ve srovnání s dětmi bez zaregistrování. 54 dětí ze 129 registrovaných nepije alkohol vůbec, a pokud ano, tak v největším zastoupení děti udávají, že pijí alkohol 1- 2krát v roce (34 dětí ze 129).

Obrázek 24: Grafické vyjádření subjektivního pocitu po vypití většího množství alkoholu, (n=216)



(zdroj: vlastní výzkum)

U skupiny probandů, kteří jsou registrovaní ve sportovním klubu, lze na obrázku číslo 24 pozorovat, že nejčastější odpovědí, která hodnotí pocit po vypití většího množství alkoholu, je, že se cítí normálně (u 44 dětí ze 129), pak, že neví (43 ze 129), poté následuje odpověď skvěle (23 ze 129), špatně (14 ze 129) a nejméně zmiňovaná odpověď – večer si častokrát nepamatuji (5 ze 129).

U skupiny probandů, kteří registrovaní nejsou, lze pozorovat nejčastější odpověď, že se cítí skvěle (23 dětí z 87), pak následuje odpověď – nevím (26 z 87), pak odpověď normálně (15 z 87), poté odpověď – večer si častokrát nepamatuji (u 9 dětí z 87) a nejméně zastoupena je odpověď – špatně (8 z 87).

Obrázek 25: Subjektivní hodnocení aktuálního zdravotního stavu u dětí ve věku 12-16 let, (n=216)



(zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu na obrázku číslo 25 je patrné, že 85 % všech probandů se cítí zdravě, 13 % udává, že se cítí oslabeně a jako nemocní se cítí 2%.

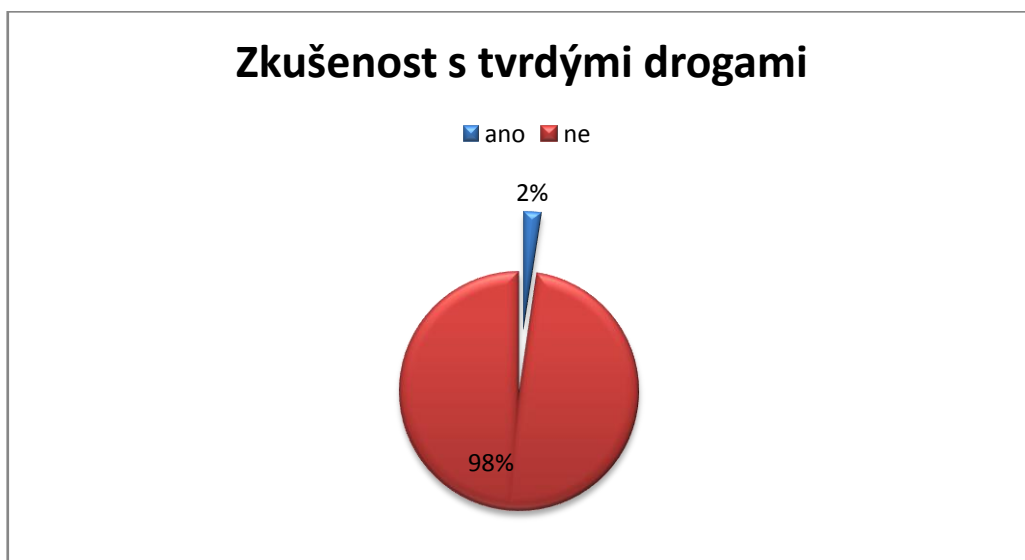
Obrázek 26: Grafické vyjádření zkušenosti všech probandů s lehkými drogami, v procentech, (n=216)



(zdroj: vlastní výzkum)

Na obrázku č. 26 je grafické znázornění zkušenosti všech probandů s lehkými drogami. Zkušenost má 14 % z 216 dětí ve věku od 12 do 16 let. 86% probandů zkušenosti s lehkými drogami nemá.

Obrázek 27: Procentuální vyjádření zkušenosti všech probandů s tvrdými drogami, (n=216)



(zdroj: vlastní tvorba)

Graf na obrázku číslo 27 zobrazuje zkušenost s tvrdými drogami mezi probandy v procentuálním vyjádření. 98% probandů zkušenost s tvrdými drogami nemá, pouhá 2% probandů se s tvrdou drogou setkala.

4.2 Vyhodnocení hypotéz

H0 Mezi registrovaným členstvím ve sportovním klubu a kouřením u dětí ve věku 12 – 16 let není závislost.

H1 Existuje statisticky významná závislost mezi registrovaným členstvím ve sportovním klubu a kouřením u dětí ve věku 12 – 16 let.

Na základě výpočtu Pearsonova chí-kvadrátu ($p=0,031$), lze zamítnout nulovou hypotézu a potvrdit alternativní (platné na 5 % hladině významnosti), která tvrdí, že je závislost mezi registrovanými členy ve sportovním klubu a kouřením. **H1 je platná.**

První hypotéza se zabývá vztahem mezi registrovaným členstvím ve sportovním klubu a kouřením ve věku 12 – 16 let. Ze statistického zpracování plyne, že většina dětí, které jsou registrované ve sportovním klubu, nekouří. Pro názornost kontingenční tabulka číslo 1 a tabulka číslo 2.

Kontingenční tabulka č 1: Přehled výsledků testování – vztah kouření a registrace.

			Kouříš?		Total
			ano	ne	
Count	1. Jsi registrovaným členem sportovního klubu?	ano	30	99	129
		ne	32	55	87
	Total		62	154	216
% within 1. Jsi registrovaným členem sportovního klubu?	1. Jsi registrovaným členem sportovního klubu?	ano	23,3%	76,7%	100,0%
		ne	36,8%	63,2%	100,0%
	Total		28,7%	71,3%	100,0%
% within Kouříš?	1. Jsi registrovaným členem sportovního klubu?	ano	48,4%	64,3%	59,7%
		ne	51,6%	35,7%	40,3%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Adjusted Residual	1. Jsi registrovaným členem sportovního klubu?	ano	-	+	
		ne	+	-	

(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č 2: Přehled výsledků Chi-kvadrat testu – vztah kouření a registrace.

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,645(b)	1	0,031		
Continuity Correction(a)	4,007	1	0,045		
Likelihood Ratio	4,594	1	0,032		
Fisher's Exact Test				0,033	0,023
N of Valid Cases	216				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,97.

(zdroj: vlastní výzkum)

H0 Mezi registrovaným členstvím ve sportovním klubu a pitím alkoholu u dětí ve věku 12 – 16 let není závislost.

H2 Existuje statisticky významná závislost mezi členstvím ve sportovním klubu a pitím alkoholu u dětí ve věku 12 – 16 let.

Na základě výpočtu Pearsonova chí-kvadrátu ($p=0,107$), lze zamítnout alternativní hypotézu a potvrdit nulovou, která tvrdí, že neexistuje závislost mezi registrovanými členy ve sportovním klubu a pitím alkoholu. **H2 není platná.**

Druhá hypotéza se zabývá závislostí mezi členstvím ve sportovním klubu a konzumací alkoholu u dětí ve věku 12 – 16 let. Ze statistického zpracování plyne, že neexistuje významný rozdíl mezi konzumací alkoholu u registrovaných či neregistrovaných členů. Pro názornost kontingenční tabulka číslo 3 a tabulka číslo 4.

Kontingenční tabulka č 3: Přehled výsledků testování – vztah pití alkoholu a registrace

			Piješ alkohol?		Total
			ano	ne	
1. Jsi registrovaným členem sportovního klubu?	ano	Count	75	54	129
		% within 1. Jsi registrovaným členem sportovního klubu?	58,1%	41,9%	100,0%
		% within Doplnující: Piješ alkohol?	55,6%	66,7%	59,7%
		Adjusted Residual	-1,6	1,6	
	ne	Count	60	27	87
		% within 1. Jsi registrovaným členem sportovního klubu?	69,0%	31,0%	100,0%
Total		% within Piješ alkohol?	44,4%	33,3%	40,3%
		Adjusted Residual	1,6	-1,6	
		Count	135	81	216
		% within 1. Jsi registrovaným členem sportovního klubu?	62,5%	37,5%	100,0%
		% within Piješ alkohol?	100,0%	100,0%	100,0%

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č 4: Přehled výsledků Chi- kvadrát testu – vztah pití alkoholu a registrace

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	2,598(b)	1	0,107		
Continuity Correction(a)	2,157	1	0,142		
Likelihood Ratio	2,626	1	0,105		
Fisher's Exact Test				0,117	0,070
N of Valid Cases	216				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 32,63.

(zdroj: vlastní výzkum)

5 DISKUZE

Hlavním záměrem diplomové práce bylo zpracování literární rešerše a provedení kvantitativního výzkumu prostřednictvím dotazníků. V teoretické části je popsána problematika pohybových aktivit, kouření a pití alkoholu u dětí ve věku 12 – 16 let. V praktické části se orientuje výzkum na posouzení úrovně pohybových aktivit, na kouření a pití alkoholu v souvislosti s registrovaností dětí ve sportovním klubu.

Hlavními cíli diplomové práce bylo zanalyzovat vliv organizovaných pohybových aktivit na kouření a pití alkoholu u vybrané skupiny dětí ve věku 12 – 16 let a zjistit úroveň pohybové aktivity, míru kouření a pití alkoholu v souvislosti s registrovaným členstvím ve sportovním klubu.

V souvislosti s hlavními cíli byly stanoveny 2 hypotézy:

- 1) H1 Existuje statisticky významná závislost mezi registrovaným členstvím ve sportovním klubu a kouřením u dětí ve věku 12 – 16 let.
- 2) H2 Existuje statisticky významná závislost mezi členstvím ve sportovním klubu a pitím alkoholu u dětí ve věku 12 – 16 let.

Pro ověření hypotéz byl sestaven dotazník s 21 otázkami. 17 otázek bylo uzavřených, 4 polouzavřené. Otázky se týkaly registrovanosti, pohybových aktivit, kouření, pití alkoholu, subjektivního hodnocení zdravotního stavu a využití volného času.

Hypotéza H1

H1 Existuje statisticky významná závislost mezi registrovaným členstvím ve sportovním klubu a kouřením u dětí ve věku 12 – 16 let.

Z výsledků mé diplomové práce plyne, že mezi registrovanými členy sportovních klubů je 23% kuřáků a 77% nekuřáků, u neregistrovaných se poměr liší a to tak, že je mezi nimi 37% kuřáků a 63% nekuřáků. To nasvědčuje tomu, že registrovaní členové kouří méně. Co se týče množství vykouřených cigaret, v mém výzkumu je mezi registrovanými sportovci 77% nekuřáků, 14% kouří příležitostně, 5% vykouří 1-5 ks cigaret denně a více jak 5 ks cigaret vykouří 5%. U neregistrovaných členů je

63% nekuřáků, 12% kouří příležitostně a 10% vykouří 1-5 ks cigaret denně a více jak 5 cigaret vykouří 15%.

V diplomové práci Křížka (2013) ze Západočeské univerzity v Plzni, jsem našla určitou podobnost. Ta se týká závislosti mezi aktuálními sportovci a kouřením. Z výzkumu a statistického zpracování vyplývá, že nejvíce nekuřáků mezi probandy je mezi aktuálními sportovci. Mezi sportovci se také vyskytuje malé množství pravidelných kuřáků. Výzkum probíhal metodou dotazování prostřednictvím elektronických dotazníků, probandů bylo 159. Křížek (2013) uvádí, že 85% aktivních sportovců nekouří, 11% jich kouří příležitostně, 0% vykouří 1-5 ks cigaret denně a 4% vykouří více jak 5 ks cigaret. U nesportovců je 78% nekuřáků, 9% jich kouří příležitostně, 5% vykouří 1-5 ks cigaret denně a více jak 5 cigaret vykouří 7%.

Z výzkumu Hrazdírové (2013) v diplomové práci z Univerzity Palackého v Olomouci vyplývá, že chlapci a dívky ze sportovních tříd vykouří méně cigaret ve srovnání se žáky z tříd všeobecných. Z výzkumu plyne, že 56 žáků sportovních tříd vykouří 18,86 cigaret za týden a 58 žáků tříd všeobecných vykouří 24,25 cigaret za týden. Na základě výsledků Hrazdírové (2013), můžeme usoudit, že chlapci i dívky ze sportovních tříd vykouří méně cigaret ve srovnání se žáky tříd všeobecných. Výzkum probíhal pomocí dotazníků u 114 probandů.

Hypotéza H2

H2 Existuje statisticky významná závislost mezi členstvím ve sportovním klubu a pitím alkoholu u dětí ve věku 12 – 16 let.

Z grafického znázornění ve výsledcích mé diplomové práce je patrné, že 58% registrovaných členů pije alkohol a 42% nikoli. 69% neregistrovaných dětí konzumuje alkohol a 31% alkohol nekonzumuje.

Pechová (2011) ve své bakalářské práci na Masarykově univerzitě použila dotazníkovou metodu u sportovců a nesportovců ke sledování konzumace alkoholu. Z dotazníkového šetření vyšlo najevo, že sportovci, zkonsumují 9,8 dávek alkoholu za týden a ti, co nesportují, zkonsumují 8,7 dávek za týden. Je patrné, že sportovci pijí alkohol ve větším množství, avšak následným statistickým vyhodnocením Pechová (2011) potvrdila, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi konzumací alkoholu u sportovců a nesportovců.

6 ZÁVĚR

Diplomová práce byla zaměřena na vliv organizované pohybové aktivity na kouření a pití alkoholu u dětí ve věku 12 – 16 let.

Z vyhodnocení odpovědí je jasné, že registrace ve sportovním klubu, má pozitivní vliv na vztah dětí k pohybovým aktivitám, 96% registrovaných dětí hodnotí svůj vztah jako pozitivní. 69% dětí, které jsou registrované, cvičí rády a jsou pohybovou aktivitou pozitivně ovlivněny. Objem pohybových aktivit je větší než u dětí, které registrované nejsou. Děti zaregistrované ve sportovním klubu mají menší zkušenosti s kouřením cigaret (39%), a pokud kouří (23%), kouří menší množství cigaret. U dětí registrovaných ve sportovním klubu, je patrný rozdíl ve zkušenosti s alkoholem a jeho konzumací. Tyto děti nepijí v takovém množství, a pokud pijí (58%), pijí alkohol nepravidelně, spíše příležitostně.

Získané výsledky pomohou dotvořit pohled na úroveň pohybových aktivit u dnešních dětí a mládeže. Správným pohybovým režimem s odborným dohledem, můžeme ovlivnit jak zdraví dětí, tak do jisté míry usměrnit tendence dětí kouřit či konzumovat alkohol.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BÄTZING S. *Jeder zweite Raucher will aufhören*. 2008. [On-line]. [cit. 2014–20–04]. Dostupné z: <http://www.presseportal.de>

BLAHUTKOVÁ M., ŘEHULKA E., DVOŘÁKOVÁ Š. *Pohyb a duševní zdraví*. Brno: Paido, 2005, 78 s. ISBN 80-7315-108-1

BUDINSKÝ V. *Ať žije alkohol*. 5. vyd. Praha: Agentura Alice, 2012, 179 s. ISBN 978-80-87138-44-1

BUNC V., HRÁSKÝ P., BALÁŠ J., SKALSKÁ M. *Funkční profil mladých trénovaných sportovců Česká kinantropologie* (17/2013.) s. 96. ISSN 1211-9261

BURSOVÁ M., RUBÁŠ K. *Základy teorie tělesných cvičení*. 1. vyd. Západočeská univerzita v Plzni. 2001, 86 s. ISBN 80-7082-822-6

CSÉMY L., NEŠPOR K., SOVINOVÁ H. *Problémy s alkoholem v rodině*. 1. vyd. Praha: Disk Davle, 2001, 97 s. ISBN 80-7071-189-2

GERVAIS A, O'LOUGHLIN J, MESHEFEDJIAN G, BANCEJ C, TREMBLAY M (2007). *Milestones in the natural course of onset of cigarette use among adolescent*. Canadian Medical Association Journal. 175/3: 255–261. ISSN 1488– 2329.

HAMŘÍK Z. *Pohybová aktivita a životní styl českých školáků*. 2010. [On-line] [cit. 2014-23-11] Dostupné z: <http://kin-ball.cz>

HELLER J., PECINOVSKÁ O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. 1. vyd. Praha: Togga, 2011, 215 s. ISBN 978-80-87258-62-0

HOFBAUER B. *Děti, mládež a volný čas*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 176 s. ISBN 80-7178-927-5

HRAZDÍROVÁ I. *Kouření a pohybová aktivita u středoškolské mládeže v Brně*. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, 2013.

HURYCH E. 2013. *Některá zjištění vyplývající z výzkumu úrovně vnímání spirituality pohybových aktivit u vybraných druhů sportů*. Česká kinantropologie (17/ 2013). s. 60 – 61. ISSN 1211-9261

ILLES T. *Děti a drogy*. 2. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2002, 55 s. ISBN 80-85866-50-1

JHA P., CHALOUPKA F. J. *Jak zvládnout kuřáckou epidemii*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004, 117 s. ISBN 80-7071-234-1

KORVAS P., KYSEL, J. *Pohybové aktivity ve volném čase*. Brno: Centrum sportovních aktivit Vysokého učení technického v Brně, 2013, 115 s. ISBN 987-80-214-4731-8

KOVÁŘOVÁ L., SOUKUP P., KOVÁŘ K. *Vliv alkoholu na změny srdeční frekvence v běhu při vytrvalostní zátěži na úrovni anaerobního prahu*. Česká kinantropologie (16/2012). s. 114. ISSN 1211-9261

KREJČÍ M. *Výchova ke zdraví. Strategie výuky duševní hygieny ve škole*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2011, 256 s. ISBN 978-80-7394-262-5

KŘÍŽEK D. *Kouření a pohybová aktivita u studentů ZČU*. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, 2013

KUKAČKA V. *Zdravý životní styl*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2009, 176 s. ISBN 978-80-7394-105-5

KUKAČKA V. *Význam optimální týdenní pohybové zátěže pro zdraví*. Význam pohybových aktivit pro osobní rozvoj a podporu zdraví. Sborník s mezinárodní prezentací vědeckých a odborných článků. 2010. s. 69. ISBN 978-80-7394-223-6

MARÁDOVÁ E. *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 28 s. ISBN 80-86991-70-9

MARHOUNOVÁ J., NEŠPOR K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*, 1. vyd. Praha: Empatie, 1995, 110 s. ISBN 80-901618-9-8

NEŠPOR K., DVOŘÁK V. *Prevence trestné činnosti související s návykovými látkami*. 1. vyd. Praha: Armex, 1998, 98 s. ISBN: 80-902283-9-9

NEŠPOR K. *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011, 176 s. ISBN 978-80-7367-908-8

PASTUCHA D. *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. Praha: Grada, 2011, 128 s. ISBN 978-80-247-4065-2

- PÁVKOVÁ J., HÁJEK B., HOFBAUER B., HRDLIČKOVÁ V., PAVLÍKOVÁ A. *Pedagogika volného času*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002, 231 s. ISBN 80-7178-711-6
- PECHOVÁ L. *Vliv pohybové aktivity na stravovací zvyklosti vysokoškolských studentů*. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Ústav preventivního lékařství, 2011.
- PSOTTA R. *Analýza intermitentní pohybové aktivity*. Univerzita Karlova v Praze. Praha: Karolinum, 2003, 124 s. ISBN 80-246-0692-5
- RENDEKOVÁ V. *Biologie mládeže*. 1. vyd. Technická univerzita v Liberci. 2002, 45 s. ISBN 80-7083-654-7
- RITSON B. *Komunitní přístupy k řešení problémů s alkoholem*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002, 87 s. ISBN 80-7071-203-1
- RYCHTECKÝ A. *Monitorování účasti mládeže ve sportu a pohybové aktivitě v České republice*. Praha: Univerzita Karlova, 2006.
- SANDER L. GILMAN, XUN Z. *Příběh kouře*. 1. vyd. Praha: Dybbuk, 2006, 457 s. ISBN 80-86862-23-2
- SEKOT A. *Sociologie sportu*. Brno: Masarykova univerzita: Paido, 2006, 410 s. ISBN 80-7315-132-4
- SEKOT A. *Sociologické problémy sportu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 223 s. ISBN 978-80-247-2562-8
- SIGMUND E., LOKVENCOVÁ P., SIGMUNDOVÁ D., TUROŇOVÁ K., FRÖMEL K. *Vztahy mezi pohybovou aktivitou a inaktivitou rodičů a jejich 8 – 13letých dětí*. Tělesná kultura (2008/31) s. 90-96. ISSN 1211-6521
- SOVINOVÁ H. CSÉMY L. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 96 s. ISBN 80-7071-230-9
- SLEPIČKOVÁ I. *Sport a volný čas*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2005, 115 s. ISBN 80-246-1039-6
- TEPPERWEIN K. *Was dir deine Krankheit sagen will*. MVG Verlag, 2005, 304 s. ISBN 978-3-636-07096-8
- VÁGNEROVÁ M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-7178-802-3

8 PŘÍLOHY

Příloha: Dotazník k diplomové práci Vliv organizované pohybové aktivity na kouření a pití alkoholu u dětí ve věku 12 – 16 let.

Vážení,

jsem studentkou pátého ročníku oboru Vychovatelství se zaměřením na výchovu ke zdraví na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a pracuji na diplomové práci na téma: Vliv organizovaných pohybových aktivit na kouření a pití alkoholu u dětí ve věku 12 – 16 let. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění předloženého dotazníku. Dotazník je anonymní a uvedené údaje budou sloužit výhradně pro mou diplomovou práci.

Předem Vám velice děkuji za spolupráci a za Váš čas.

Bc. Jaroslava Šimotová

Pohlaví:

- dívka chlapec

Věk: _____

Bydliště:

- město vesnice

1. Jsi registrovaným členem sportovního klubu?

- ano ne

2. Pokud ano, ve kterém: _____

3. Kolikrát týdně absolvuješ aktivní tělesná cvičení delší než 30 min?

- 1x 4x
 2x 5x a více
 3x

4. Kolik minut denně průměrně provádíš intenzivní pohybovou aktivitu? (aerobní cvičení, běh, posilování, sportovní hry, fyzicky náročná práce)

- 20 50
 30 60 a více
 40

5. Kolik minut denně provádíš lehkou pohybovou aktivitu? (domácí práce, chůze, turistika, rekreační sporty)

- 20 40
 30 50

- 60 a více

6. Jeví se ti tvoje pohybová aktivita během týdne dostatečná?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

7. Je tvůj vztah k pohybovým aktivitám kladný?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

8. Jaká pohybová aktivita Ti nejvíce vyhovuje?

- rychlá chůze
- běh
- jízda na kole
- plavání
- bruslení
- tanec
- aerobní cvičení
- atletika
- bojová umění
- jóga/pilatek
- jezdeckví
- lyžování
- posilování
- sportovní hry

9. Ovlivňuje přiměřená fyzická zátěž následně pozitivně tvůj psychický stav?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

10. Cítíš se dlouhodobě fyzicky v pohodě?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

11. Zkoušel/a jsi někdy kouřit cigarety?

- ano
- ne

12. Pokud ano, kouříš?

- vůbec
- občas 1 cigaretu
- občas 2 a více cigaret
- 1 a více cigaret týdně
- pravidelně 1 cigaretu denně
- pravidelně 2 a více cigaret denně

13. Máš zkušenosti s lehkými drogami? (marihuana, hašiš)

- ano
- ne

14. Máš zkušenost s tvrdými drogami? (lysohlávky, kokain, pervitin, LSD)

15. Ochutnal/a jsi někdy alkohol?

- ano
- ne

16. Pokud ano, piješ:

- vůbec
- 1 nebo 2krát za rok
- 1 krát za měsíc
- 1 krát za týden
- častěji

17. Pokud piješ častěji, udej svou průměrnou denní spotřebu alkoholu:_____

18. Pokud piješ, nejčastěji to je:

- pivo
- víno
- tvrdý alkohol

19. Jak hodnotíš svůj aktuální zdravotní stav?

- zdravý
- částečně oslabený
- oslabený
- nemocný

20. Jak trávíš nejčastěji svůj volný čas?

- aktivní pohyb
- pasivní odpočinek
- studium