

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra Výchovy ke zdraví

Diplomová práce

Vliv rodiny na utváření zdravého životního stylu dítěte s ohledem
na geografické a generační faktory.

Vedoucí práce: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.

Autor: Bc. Dagmar Jiřincová
Studijní program: Specializace v pedagogice
Studijní obor: Výchova ke zdraví

2015

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

Diploma Thesis

The influence of a family in forming healthy lifestyle of a child
with regard to geographical and generational factors.

Supervisor: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.

Author: Bc. Dagmar Jiřincová

Field of study: Specialization in Education

Study Programme: Health Education

2015

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci „Vliv rodiny na utváření zdravého životního stylu dítěte s ohledem na geografické a generační faktory“ jsem vypracovala samostatně pod odborným vedením MUDr. Ing. Bc. Markéty Kastnerové, Ph. D., pouze 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 úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Pedagogickou fakultou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/ 1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 20. 4. 2015

Bc. Dagmar Jiřincová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí diplomové práce MUDr. Ing. Bc. Markétě Kastnerové, Ph. D.
za vstřícný přístup, cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

1. Úvod.....	9
2. Teoretická část.....	10
2.1. Význam zdraví jako kvality života, jeho determinanty, salutory a rizikové faktory zdraví, prevence poškození zdraví.....	10
2.1.1. Výklad pojmu zdraví.....	10
2.1.1.1. Zdraví dětí podle Americké pediatrické společnosti.....	11
2.1.2. Kvalita života a well- being.....	11
2.1.2.1. Well- being českých dětí.....	11
2.1.3. Determinanty zdraví.....	12
2.1.3.1. Sociální prostředí jako nepřímá determinanta zdraví.....	12
2.1.4. Pozitivní a negativní faktory zdraví.....	13
2.1.5. Prevence poškození zdraví.....	13
2.1.5.1. Zdraví pro všechny v 21. století.....	14
2.2. Zdravý životní styl a stres, psychosomatické projevy stresu u dětí, zásady prevence stresu, následky stresu na zdraví.....	15
2.2.1. Zdravý životní styl a vliv rodiny na zdraví dětí.....	15
2.2.1.1. Programy na podporu zdravého životního stylu.....	17
2.2.2. Stres a jeho psychosomatické projevy u dětí.....	17
2.2.2.1. Psychosomatické projevy dětí v Čechách.....	17
2.2.3. Prevence stresu dětí a zásady jeho předcházení.....	17
2.3. Vývojové etapy dětství, dospívání a jejich specifika, ontogenetický vývoj člověka.....	19
2.3.1. Periodizace stadií ontogenetického vývoje člověka.....	20
2.3.2. Vývojové etapy dětství, dospívání a jejich specifika.....	20
2.3.2.1. Rané dětství.....	20
2.3.2.2. Předškolní věk.....	20
2.3.2.3. Mladší školní věk.....	21
2.3.2.4. Střední školní věk.....	21
2.3.2.5. Starší školní věk.....	23
2.3.2.5.1. Dospívání.....	24
2.4. Rodina, její funkce a význam pro dítě, současný pohled na rodinu.....	25
2.4.1. Rodina a její funkce.....	28

2.4.1.1. Narušené funkce rodiny.....	26
2.4.2. Současný pohled na rodinu.....	26
2.5. Stravovací návyky dětí a výživa školních dětí, zásady správného stravování a důsledky nesprávných stravovacích návyků.....	27
2.5.1. Stravovací návyky dětí a výživa školních dětí.....	27
2.5.1.1. Stravovací návyky českých rodin.....	27
2.5.2. Správné stravovací návyky dětí.....	28
2.5.2.1. Význam pravidelnosti a absence snídaně.....	29
2.5.2.1.1. Snídání českých dětí.....	29
2.5.2.2. Význam denní konzumace ovoce a zeleniny.....	29
2.5.2.2.1. Konzumace ovoce a zeleniny českými dětmi.....	30
2.5.2.3. Význam konzumace rybího masa.....	30
2.5.2.3.1. Konzumace rybího masa českými dětmi.....	30
2.5.2.4. Význam správného pitného režimu dětí.....	31
2.5.2.4.1. Nebezpečí sladkých a kofeinových nápojů, jejich spotřeba u českých dětí.....	31
2.5.3. Důsledky nesprávných stravovacích návyků.....	31
2.5.3.1. Zubní kaz a vliv rodiny na jeho prevenci.....	32
2.5.3.1.1. Výskyt zubního kazu u českých dětí.....	32
2.5.3.2. Dětská obezita, výzkum a vliv rodiny na její prevenci.....	33
2.5.3.3. Diabetes mellitus 1., 2. typu a jeho prevence.....	33
2.6. Pohyb dětí, adekvátní pohybový režim dětí, hypokinéza, optimální tělesná aktivita, pohyb a české děti.....	34
2.6.1. Pohyb jako základní potřeba dětí.....	34
2.6.2. Adekvátní pohybový režim dětí.....	34
2.6.3. Hypokinéza a její důsledky.....	35
2.6.4. Optimální tělesná aktivita školních dětí.....	35
2.6.5. Pohybová aktivita českých dětí.....	36
2.7. Vliv médií, kouření, konzumace alkoholu na zdraví a životní spokojenost dětí, prevence.....	37
2.7.1. Vliv médií na děti.....	37
2.7.1.1. Vliv médií a gamblersví u českých dětí.....	38
2.7.2. Prevence nezdravého vlivu médií na děti.....	38
2.7.3. Kouření a prevalence kouření u českých dětí.....	38

2.7.3.1. Následky kouření cigaret na zdraví.....	39
2.7.4. České děti a konzumace alkoholu.....	39
2.7.4.1. Rizika konzumace alkoholu na zdraví.....	40
2.7.5. Vliv kouření a konzumace alkoholu na životní spokojenost českých dětí.....	40
2.7.6. Prevence kouření cigaret a konzumace alkoholu.....	41
2.8. Význam trávení volného času v rámci rodiny.....	42
2.8.1. Volnočasové aktivity českých rodičů s dětmi.....	42
2.9. Generační faktory.....	43
2.9.1. Typizace generací v období dospělosti.....	43
2.9.1.1. Charakteristika generací do 35 let a jejich psychosociálních specifik.....	43
2.9.1.2. Charakteristika generací nad 35 let a jejich psychosociálních specifik.....	44
2.10. Geografické faktory.....	45
2.10.1. Charakteristika životního stylu rodin ve městě.....	46
2.10.2. Charakteristika životního stylu rodin na venkově.....	47
3. Výzkumná část.....	48
3.1. Metodologie.....	48
3.1.1. Cíle práce.....	48
3.1.2. Úkoly práce.....	49
3.1.3. Hypotézy.....	50
3.1.4. Metodika.....	54
3.1.5. Charakteristika souboru.....	55
3.1.6. Použité metody.....	60
3.1.6.1. Dotazníkový formulář.....	60
3.1.7. Statistické metody.....	62
3.1.8. Organizace výzkumného šetření.....	64
4. Vyhodnocení výsledků práce.....	65
4.1. Vyhodnocení odpovědí dotazníku.....	65
4.1.1. Psychosomatické příznaky.....	65
4.1.2. Stravovací návyky.....	67
4.1.3. Pohybové aktivity.....	74
4.1.4. Prevence škodlivých návyků.....	75

4.1.5. Vyhodnocení hypotéz.....	80
5. Diskuze.....	96
5.1. Diskuse k první výzkumné otázce psychosomatických příznaků.....	97
5.2. Diskuse k oblasti stravovacích návyků dětí.....	99
5.3. Diskuse k pohybovým aktivitám dětí.....	104
5.4. Diskuse k prevenci škodlivých návyků.....	106
6. Závěr.....	112
7. Seznam použitých zdrojů.....	116
7.1. Seznam použité literatury.....	116
7.2. Seznam použitých elektronických zdrojů.....	120
8. Seznam grafů.....	124
9. Seznam zkratk.....	126
10. Přílohy.....	127
11. Abstrakt.....	130
12. Abstract.....	131

1. Úvod

Tato práce je určena pro širokou veřejnost. Odkrývá skutečný stav výchovy ke zdravému životnímu stylu současných rodin v Čechách. Motivuje rodiče k pozitivnějšímu postoji ke zdraví vlastních dětí.

Základní otázkou mé práce je zjištění aktuálních vlivů v rodinách utvářející životní styl českých dětí. Dále budu zkoumat působení dvou faktorů na formování zdravého životního stylu dětí, jimiž jsou věk rodičů a místo bydliště rodin.

V teoretické části práce objasním význam zdraví pro kvalitu lidského života, pojmy zdravý životní styl, stres s jeho psychosomatickými projevy. Upřesním specifika vývojových etap dětství. Vysvětlím pojem rodina a její funkce. Popíši problematiku vlivu rodiny na stravování, pohybové aktivity dětí, na společné volnočasové aktivity dětí s rodiči. Osvětlím rizika vlivu médií, kouření a konzumace alkoholu u dětí včetně prevence těchto negativních faktorů na jejich zdraví. Vysvětlím pojmy geografické a generační faktory vztahující se k cílům této práce.

V praktické části budu řešení problému realizovat výzkumem dotazníkovou metodou. Vlastní dotazník bude orientovaný na zjištění aktuálních vlivů v rodinách formujících zdravý životní styl dětí v oblasti duševního zdraví, stravovacích návyků, sportovních aktivit a prevence škodlivých návyků (vliv médií, alkoholu a kouření) včetně preventivního vedení dětí ke svěřování s problémy a vhodnému volnočasovému vyžití.

Šetření proběhne přímo mezi dětmi, aby se co nejvíce přiblížilo skutečnému obrazu. Zaměřím se na děti ve věku 10 až 12 let. Toto období středního školního věku je mezníkem mezi dětstvím a dospíváním. Zjištěné údaje porovnáám s geografickými a generačními faktory, které by mohly mít na utváření zdravého životního stylu dětí vliv. Zjištěná fakta by měla vypovídat o vlivu rodinného zázemí a komunikaci uvnitř rodiny. V závěru uvedu praktická doporučení podporující zdravý životní styl dětí.

Faktory ovlivňující životní styl dětí v konkrétních lokalitách u nás zkoumá vědkyně Doc. RNDr. Dagmar Dzúrová, CSc. Zdravým životním stylem českých dětí se zabývá studie HBSC- Health Behaviour in School-aged Children, ze které jsem se inspirovala pro tuto diplomovou práci. Ze studie HBSC uvádím poznatky z oblasti životního stylu českých školáků z roku 2010. Výsledky HBSC studie byly prezentovány na půdě Senátu a Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky.

2. Teoretická část

2.1. Význam zdraví jako kvality života, jeho determinanty, salutory a rizikové faktory zdraví, prevence poškození zdraví

2.1.1. Výklad pojmu zdraví

„Naše zdraví máme především ve svých rukou a jen na nás samotných záleží, jak s ním naložíme.“ (Kastnerová, 2012, s. 4)

Pojem zdraví má původ z řeckého i latinského „whole“ (celek). Z pohledu biologů výraz znamená „celý organismus“ nebo „celé tělo“. Ze sociologického náhledu označuje jednotlivého člověka nebo rodinu jako sociální skupinu. Historický význam pojmu zdraví z hebrejštiny přeloženo jako „šalom“. Značí celé zdraví, vnitřní klid a mír, neporušenost člověka, dozrávání, jisté počínání si v životě a realizaci svých tužeb. (Žaloudíková, 2013, s. 10)

Zdravím člověka je myšlený zdravotní stav se všemi jeho souvisejícími a ovlivňujícími jevy. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je zdraví stavem úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomností nemoci či vady. Ve své Ústavě WHO definuje zdraví jako záměr, jež vytyčuje jeho orientaci. (Mužík, Vlček, 2010, s. 12)

Žaloudíková představuje teorii zdraví od Křivohlavého, definovanou v r. 2003. Podle ní je zdraví možno rozčlenit do šesti oblastí. První je oblastí síly fyzické a psychické. Druhá oblast souvisí s vnitřní metafyzickou (duchovní) silou člověka. Tato síla pomáhá překonávat negativní životní podmínky a zvládat životní problémy. Třetí oblast zdraví je nazývána „salutogenezí“, individuálním zdrojem zdraví. Jako celková holistická charakteristika postoje k životu. Čtvrtou oblastí je zdraví jako adaptační schopnost přizpůsobit se prostředí. Jde o dobrou tělesnou kondici „fitness“. Pátou oblastí je schopnost dobře fungovat, udržovat tělo i mysl v dobrém stavu. V poslední oblasti je zdraví označeno jako zboží. Vede k pasivnímu postoji vůči svému zdraví bez úsilí o ně aktivně pečovat. (Žaloudíková, 2013, s. 13)

Zdraví má být chápáno jako nezbytná primární hodnota sloužící pro dosahování ostatních cílů. Je prvořadým individuálním i veřejným zájmem. Určuje kvalitu života

každého člověka. Má vliv na zaměření, kvalitu a intenzitu společenského rozvoje. (Marková, 2012, s. 7)

2.1.1.1. Zdraví dětí podle Americké pediatriké společnosti

Americká pediatriká společnost (American Academy of Pediatrics) zjistila, že od šedesátých let 20. století se zhoršil průměrný zdravotní stav dospívajících. Dnešní děti jsou slabé, jejich srdce i cévy nejsou zdravé a nemají dobrou fyzickou kondici. Výzkumné ústavy se zabývají otázkou vlivu moderní společnosti na děti. Národní institut zdraví (National Institute of Health) přichází s varujícím zjištěním, že srdeční nemoci mají svůj původ již v dětství. Zjistili na základě vyšetření 360- ti náhodně vybraných dětí ve věku 7 až 12 let, že u 98 % dětí se objevuje tři a více rizikových faktorů jejich zdraví. (Diehl, Ludingtonová, Pribiš, 2009, s. 30)

2.1.2. Kvalita života a well- being

Kvalitu života Marková (2012, s. 8- 9) konstatuje jako pozitivní subjektivní mínění jedince o svém úspěšném životě po stránce jak fyzické, tak i psychické, sociální a spirituální. Světová zdravotnická organizace kvalitu života definuje jako způsob, kterým je vnímán postoj k svému životu, k svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.

V současné době je přikládána největší důležitost subjektivnímu vnímání životní spokojenosti, pocitu štěstí a smysluplnosti. Marková uvádí pojem pocit osobní pohody „well- being“, jako protiklad k blahobytu materiálního charakteru. Jde o oblasti subjektivního vnímání sebehodnocení, osobního úspěchu, tělesné zdatnosti „wellnes“, celkové spokojenosti se životem či smyslu života. Pociť osobní pohody zahrnuje psychickou osobní pohodu vyjadřující shodu mezi očekávanými cíli a realitou, dále sebeúctu „self- esteem“, sebeuplatnění „self- efficacy“, osobní zvládnání denních nároků „personál kontrol“. (Marková, 2012, s. 8- 9)

2.1.2.1. Well- being českých dětí

Jako celkově dlouhodobě vysokou životní spokojenost dětí v naší republice definují Kalman, Hamřík, Pavelka (2013, s. 65). Mínění dětí souvisí s formální strukturou rodiny, s množstvím společně stráveného volného času s rodiči, s pitím alkoholu,

kouřením a subjektivně vnímaným zdravím. Autoři uvádí, že vyšší životní spokojenost častěji potvrzují děti z rodin, které společně s rodiči tráví hodně společného času a děti, které nekouří ani nepijí alkohol. Spokojenost se životem pociťují děti bez psychosomatických obtíží.

Lze konstatovat, že pohlaví, věk, rodina, konzumace alkoholu a tabáku představují významné determinanty životní spokojenosti (kvality života) v dospívání. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2013, s. 65)

2.1.3. Determinanty zdraví

„Determinanty zdraví jsou faktory, které působí na potenciál zdraví a mohou jej ovlivnit jak pozitivně, tak negativně.“ (Marková, 2012, s. 7)

Na zdraví se podílí čtyři přímé determinanty zdraví. Jsou jimi v 10- 15 % zdravotnické služby, v 10- 15 % biologické danosti, z 15- 20 % životní prostředí a až z 50- 60% životní styl. Nejdůležitější determinantou lidského zdraví je způsob života ovlivňující jeho kvalitu. K jeho základním atributům patří výživa, tělesná aktivita, sexuální zdraví, konzumace alkoholu, tabáku a drog. Negativní determinanty budou mít vliv na veřejné zdraví i v příštích deseti letech stejně jako dodnes. (Marková, 2012, s. 7- 9)

2.1.3.1. Sociální prostředí jako nepřímá determinanta zdraví

Zdraví má úzkou spojitost s dobrým psychickým stavem člověka a prostředím ve kterém žije. S tím souvisí sociální prostředí jako nejdůležitější nepřímá determinanta zdraví. Mezilidské vztahy mezi jedinci žijícími v daném sociálním prostředí, jejich postoje a myšlení utváří vzorec chování- životní styl. Jeho kvalitu určuje prostředí lidí shodného sociálního statusu nebo vzdělání. (Marková, 2012, s. 8)

Na člověka během jeho života působí několik socializačních prostředí. Primární je rodina, sekundární pak prostředí školy a referenčních skupin. Terciálním prostředím je prostředí pracovní, uskutečňující se v dospělosti. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 15)

Záleží nejenom na vlastní snaze každého jedince ochraňovat, udržet a rozvíjet svoje vlastní zdraví, ale také na opoře ve společnosti. Významnou roli při vytváření vhodných

podmínek pro zdravý vývoj dítěte hraje v sociálním prostředí rodina. (Kalman, Vašíčková, 2013, s. 23).

2.1.4. Pozitivní a negativní faktory zdraví

Pozitivní faktory posilující zdraví jsou nazývány „salutory“. Patří k nim zdravé pozitivní chování ve smyslu dostatku pohybové aktivity, pestrá a vyvážená strava, dostatek odpočinku a relaxace, adekvátní hygienické návyky i pozitivní přístup k životu. Jeho znalost je důležitou součástí prevence nemocí a podpory zdraví. (Kastnerová, 2012, s. 2- 3)

Hlavními negativními rizikovými faktory pro zdraví jsou kouření, nadměrná konzumace alkoholu, snížená pohybová aktivita, nezdravá strava, promiskuitní chování, užívání drog a stálý stres. Analýza těchto hlavních zdravotních rizik je významná v procesu primární prevence. S její koncepcí jsou dnes seznamovány generace dětí předškolních, školních, studentů, dospělých až po seniory. Jde především o vzdělávací aktivity prostřednictvím školních programů zaměřujících se na podporu zdraví u dětí, dále internetové stránky a další osvětové materiály. (Žaloudíková, 2013, s. 22- 23)

I přes tyto snahy Marková (2012, s. 7) dokládá, že i přes dobrou informovanost o rizikových faktorech na lidské zdraví narůstá obezita, zvyšuje se trend mladých kuřáků, uživatelů drog a výrazně se snižuje podíl tělesné aktivity současné populace.

2.1.5. Prevence poškození zdraví

Nástroj moderní medicíny a první stupeň omezení incidence onemocnění je primární prevence. Hodnotíme-li zdravotní stav a analyzujeme jej z hlediska věku, docházíme k nejdůležitějšímu činiteli, k rodině. Rizikové a protektivní faktory zdraví se mění především podle rodinného prostředí. Všechny děti nemají optimální startovací podmínky. (Dzúrová, 2013)

První prevence poškození zdraví probíhá v rodinném prostředí již od raného věku a je zároveň i obsahem rodičovské zodpovědnosti a péče o nezletilé dítě. Tato péče zahrnuje nejen jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj, ale také péči o jeho zdraví. (Havelková, Ferbarová, 2005, s. 28)

Prevence závisí na zdravých životních návycích. Od útlého věku se dítěti má dostávat soustavného, přiměřeného poučení o tom, co je pro ně zdravé a co nikoliv. Mělo by být upozorňováno na to, čemu se má vyhýbat. Rodiče mají důležitou roli jako

vzor chování v nebezpečných situacích, které dítě přejímá do budoucna. (Machová, Kubátová, 2009, str. 251)

Při stavu nerovnováhy organismu se dostavuje nemoc. Hraniční stav zdraví a nemoci závisí na věku, tělesných a duševních dispozicích, období života a dalších faktorech. Velkou roli v připravenosti imunitního systému sehrávají správné stravovací návyky s dobrou výživou, dále pravidelná pohybová aktivita posilující zdatnost organismu a kompaktnost duševní rovnováhy s okolním sociálním prostředím. (Kastnerová, 2012, s. 2)

Nejbezpečnějšími i ekonomicky nejméně náročnými preventivními a léčebnými prostředky v boji s civilizačními nemocemi je pohybová aktivita a přiměřený příjem energie. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 16)

2.1.5.1. Zdraví pro všechny v 21. století

Zdraví je významná humánní hodnota pro jednotlivce i pro celou společnost. Cílené úsilí společnosti chránit, rozvíjet a navracet lidem zdraví je nazýváno veřejné zdraví „public health“ (Kastnerová, 2012, s. 2- 3)

S posilováním a rozvojem zdraví „health promotion“, který zahrnuje i zdravotní výchovu, roste význam prevence zdraví pro celou společnost. Z tohoto důvodu přichází WHO s preventivním programem „Zdraví 21- zdraví pro všechny v 21. století“. Tento program podnítil země Evropské unie ke zlepšení úrovně zdraví ve svých podmínkách. (Kastnerová, 2012, s. 205- 211)

Česká republika reaguje „Dlouhodobým programem zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR- Zdraví pro všechny v 21. století“. Opatření slouží k podpoře zdraví. Patří do primární prevence a jsou zaměřena k posílení zdraví celé společnosti. V programu má nezbytné zastoupení výchova ke zdraví, zdravotní výchova, prevence, meziresortní spolupráce a široké zapojení občanů do péče o zdraví. V tomto směru jsou v programu vymezeny cíle specificky zaměřené například jako například cíl č. 11 orientovaný na zdravější životní styl. (Česko. Úřad vlády, 2003, s. 63- 85)

Preventivní program „Zdraví 21“ podporuje růst zdravotního vědomí a chování občanů, zvyšuje zdravotní gramotnost a podle Mužíka, Vlčka (2010, s. 1) by měla být předpokladem pro zdravý způsob života.

2.2. Zdravý životní styl a stres, psychosomatické projevy stresu u dětí, zásady prevence stresu

2.2.1. Zdravý životní styl a vliv rodiny na zdraví dětí

Zdravý životní styl je základem pro zdraví člověka. Významně ovlivňuje společně s vlivy prostředí zdraví z největší části. Zdravý životní styl může ovlivnit i genetické dispozice k civilizačním onemocněním, protože zamezuje jejich plnému rozvinutí.

Jak již bylo řečeno, podle WHO je zdraví stavem úplné tělesné, duševní a sociální jednoty. Pokud je tato jednotka narušena, vzniká nemoc. Potíže z emocionální sféry, afekty a narušená duševní rovnováha se podílí na vzniku různých chorob. (Krejčí, 2011, s. 33)

Ozdravění životního stylu vede k vytvoření zdravé kvality života- „healthy quality of life“. K základním doporučením ke zdravému životnímu stylu patří racionální výživa, optimální pohybová aktivita vytrvalostního rázu, péče o psychické zdraví, vyvážený denní režim a absence závislostí, jako je kouření, alkohol a návykové látky. (Kastnerová, 2012, s. 5)

Podle Kalmana a Vašíčkové (2013) je utváření zdravého životního stylu dítěte zásadně ovlivněno vlivy v rodině včetně soužití všech jeho členů. Rodina má rozhodující význam pro formování somatického, psychického i sociálního zdraví dítěte a jeho vývoj. Je to prostředí, které formuje osobnost dítěte do budoucna. Určuje jeho sociální status i životní styl. (Kalman, Vašíčková, 2013, s. 32)

2.2.2. Stres a jeho psychosomatické projevy u dětí

„Behaviorální a zážitkové obtíže a poruchy u dětí a mladých lidí, představují velmi závažný sociální problém určující další psycho- sociální rozvoj mladé generace.“
(Kohoutek, 2014)

Stres je pro člověka jeden z hlavních faktorů ovlivňujících zdraví. V dnešním světě existuje mnoho stresových podnětů, jako je hluk, záplava informací, přelidnění, znečištěné prostředí a další. Tyto dlouhodobé stimuly jsou pro organismus stresovou zátěží. Pozitivní stimul je nazýván eustres a negativní distres.

Stres je soubor reakcí v těle člověka odpovídající na ohrožující změny vnitřní či vnější. Zvyšuje se při něm napětí v organismu, které zapříčiňuje změnu chování člověka v oblasti emocí, myšlení i volního úsilí. Současně dochází ke změně fyzické kondice. Stres ovlivňuje současně tělesnou i psychickou kondici. Je rozlišován na chronický či akutní. Na stejný stresový podnět mohou reagovat dva jedinci odlišně. Záleží na věku, pohlaví a zdravotním stavu každého.

Stres vede stejně tak děti a mládež jako dospělé jedince k nevhodným stravovacím návykům. Jako povzbuzující prvek proti vyčerpání organismu mohou pak sáhnout po návykových látkách. Kouření, alkohol a gamblerství patří mezi tzv. „sociální nemoci“, nevhodné způsoby kompenzace stresu. (Krejčí, 2011, s. 33)

Stres se podílí na rozvoji psychosomatických poruch u dětí. Na rozdíl od dospělých, děti nedovedou aktivně ovlivnit situaci vyvolávající stres. Následek zátěžové situace nebo potlačované emoce neřešeného problému se promítá na tělesné úrovni psychosomatickými projevy. K typickým psychosomatickým poruchám u dětí patří různé druhy obtíží. Nejčastějšími jsou bolesti hlavy, zejména u dívek, pro chlapce jsou typické bolesti břicha. Dále únava, nechutenství, psychogenní zvracení, psychogenní kašel, nespecifické bolesti břicha či hlavy (až migrény), teploty, kolapsové stavy, poruchy příjmu potravy (mentální anorexie, bulimie), poruchy vyměšování, onemocnění kůže (zejména bradavice a atopický ekzém) a další. (Ježková, Mastner, 2014)

Do odolnosti dětského organismu vůči stresu se promítá individuální životní styl dítěte, který obsahuje znaky, rysy a způsoby chování. Do podmínek individuálního životního stylu patří:

- 1) fikční cíle (poskytující dítěti vzorec usilování, i když jsou nerealistické)
- 2) rodinné prostředí
- 3) psychosomatický vztah (Oudová, 2002, s. 24)

Jsou rozlišovány projevy stresu v somatické oblasti (např. bolesti hlavy), v emoční oblasti (např. předrážděnost) a v oblasti behaviorální (např. nutkavé přejídání). Somatizace (konverze) znamená přesunutí duševního napětí do činnosti tělesných systémů. Tento stav může vést ke vzniku přetlakové choroby, žaludečních vředů, nevysvětlitelných bolestí hlavy, alergických potíží aj. civilizačních chorob. (Kohoutek, 2009 a.)

2.2.2.1. Psychosomatické projevy dětí v Čechách

Studie HBSC – Health Behaviour in School- aged Children zaměřila pozornost na obtíže a zjistila u českých školních dětí nejvyšší indexy u únavy, vyčerpání, nervozity a napětí. Z objemu šetření 11- ti letých dětí většina odpovídala, že se u nich vyskytují dva anebo více symptomů alespoň dvakrát týdně. (Kalman a kol., 2010)

Jedenáctileté děti a častěji dívky si nejčastěji stěžovaly na nervozitu, napětí a každodenní potíže při usínání. Ze somatických problémů děti nejčastěji uváděly bolesti v zádech. Každodenní bolesti ramen a krční páteře nejčastěji uváděly jedenáctileté děti a dívky. Na každodenní bolesti hlavy si stěžovalo téměř dvakrát více dívek než chlapců. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 54, 55)

2.2.3. Prevence stresu dětí a zásady jeho předcházení

Rodiče by měli předcházet stresu svých dětí a chránit je před ním. Je třeba doma pěstovat dobré vztahy, dbát na adekvátní pohybový režim, relaxovat, uplatnit pozitivní myšlení a humor. Z rodiny mají pocházet podněty ke zdravému osobnostnímu rozvoji dítěte, ale mnohdy je tomu naopak. (Krejčí, 2011, s. 52- 55)

Se stresem je třeba naučit se pracovat. Zásadami předcházení vzniku stresu je dodržovat režim dne, odplavovat nashromážděný stres z organismu dostatečnou pohybovou aktivitou, dopřát si dostatečný odpočinek a nabrat nové síly vhodnými formami správné relaxace. (Ježková, Mastner, 2014)

Krejčí (2011, s. 52- 60) a Martiník (2008, s. 127- 129) uvádí následující zásady prevence stresu:

1. Režim dne

Režim dne je termín používaný pro režim práce a odpočinku a měl by být v souladu s přírodními biorytmy. Je nezbytnou součástí zdravého životního stylu. Podkladem je biologický rytmus člověka. Podle Krejčí je optimální režim dne členěný na tři oblasti- spánek, práci (učení) a volný čas (aktivní odpočinek, relaxace). (Krejčí, 2011, s. 59- 60)

2. Spánek

Spánek je nejdůležitější způsob regenerace organismu. Jde o nejpřirozenější způsob udržení zdraví. Zejména pro děti hraje důležitou roli v procesu zapamatování a učení.

Pro děti je potřeba více než 9 hodin spánku. (Krejčí, 2011, s. 52- 55)

3. Relaxace

Mezi formy relaxace je řazen především spánek a pohyb. Tělesné i duševní uvolnění přináší správné dýchání, relaxace a meditace. K uvolnění jsou nejvhodnější jógové techniky. Dalšími relaxačními metodami, méně náročnějšími na čas, podmínky i finance jsou aromaterapie, arteterapie, masáže, muzikoterapie, poetoterapie, psaní deníku, saunování, vodní procedury a balneoprocedury. Existují i další druhy rekreace: kulturně- umělecké, intelektuální, sociální, zájmové a pohybové (pohybové aktivity především v přírodě, outdoorové aktivity). (Krejčí, 2011, s. 52- 55)

4. Pohyb

Pohyb posiluje svalový i srdečně- cévní systém. Při pohybu se lépe okysličuje krev a zároveň se snižuje hladina cukru v krvi. Při fyzické námaze jsou uvolňovány hormonální látky endorfiny napomáhající zvládat stresové situace (Martiník, 2008, s. 127- 129)

2.3. Vývojové etapy dětství, dospívání a jejich specifika, ontogenetický vývoj člověka

2.3.1. Periodizace stadií ontogenetického vývoje člověka

Periodizace stadií ontogenetického vývoje člověka:

- 1) prenatální období (od početí do narození)
- 2) perinatální období (období okolo porodu)
- 3) novorozenecké období (do 6 týdnů)
- 4) období nemluvněte /kojenecké/ (do 1 roku)
- 5) období batolete (1- 3 roky)
- 6) předškolní věk (3- 6 let)
- 7) mladší školní věk /prepubescence/ (6 - 11 let)
- 8) starší školní věk /pubescence/ (11 - 15 let)
- 9) adolescence (15 - 20 let)
- 10) mladší dospělost (20 - 35 let)
- 11) střední dospělost (35 - 50 let)
- 12) starší dospělost (50 - 65 let)
- 13) rané stáří (65 - 75 let)
- 14) stáří (75 - 85 let)
- 15) dlouhověkost (85 let a výše)

(Kohoutek, 2010)

2.3.2. Vývojové etapy dětství, dospívání a jejich specifika

Dětství a dospívání patří k nejdůležitějším vývojovým etapám. Toto období je spjato se socializací. Socializace znamená začleňování jedince do kultury a společenských vztahů, jež jsou základem pro budoucí vývoj společnosti. Dětství a dospívání je rozděleno na několik vývojových period. Jimi jsou: rané dětství, období předškolního věku, mladšího školního věku, středního školního věku a staršího školního věku. (Pávková, 2011, s. 93, 96)

Havrdová (2002) dělí dětství na období:

- 1) Rané dětství (zahrnuje čtyři období):
 - novorozenecké období (do 2 měsíců života)
 - kojenecké období (od 2 do 12 měsíců)

- batolecí období (od 1 do 3 let)
 - předškolní období (od 3 do 6 let)
- 2) Školní věk (zahrnuje tři období):
- mladší školní věk (od 7 do 8/ 9 let)
 - střední školní věk, prepuberta (8/ 9, 12 let)
 - starší školní věk, pubescence (12- 15, 16 let)

(Havrdová, 2002)

2.3.2.1. Rané dětství

Rané dětství zahrnuje období novorozenecké, kojenecké a období batolecí. Novorozenecké období je vymezeno od narození do 2 měsíců věku dítěte. V tomto období jsou pro dítě životně důležité vrozené i adaptační reflexy a vrozené způsoby chování zajišťující základní přežití dítěte.

Období kojence začíná od 2 měsíců života dítěte a končí ve věku 12 měsíců. Dítě při vnímání zapojuje více smyslů- „polysenzorická identifikace“. Dochází k rozvoji řeči a emocí. Objevují se počátky sociálního učení- matka funguje pro dítě jako zrcadlo.

Období batolete připadá na věk od 1 do 3 let věku dítěte. Období nazýváno též „obdobím vzdoru“ pro typické vzdorovité chování dítěte při omezování jako výraz osamostatňování. Zlepšuje se jeho pozornost, paměť, představivost, orientace v prostoru. Typické experimentální myšlení nazývá Piaget „senzomotorickou inteligencí“. (Havrdová, 2002, s. 5- 14).

2.3.2.2. Předškolní věk

Období předškolního věku trvá od 3 do 6 let, do doby nástupu do školy. Paměť předškolního dítěte je převážně mechanická, zapamatování neúmyslné. Pozornost v tomto věkovém období je krátkodobá. V rozvoji řeči dochází k prudké akceleraci. V této etapě dochází k postupnému uvolňování vázanosti na rodinu a rozvoji aktivity mimo rodiny. Dítě je v jednotě „já a svět“.

V tomto období z hlediska tělesného vývoje probíhá osifikace kostry a rozvíjí se svalstvo. Proto pro správný tělesný vývoj je potřeba dostatečná tělesná aktivita. Přednost by měla být dána pestrému a mnohostrannému pohybu a jeho spontánnosti.

Děti se vyjadřují především ve hře a v kresbě. (Hájek, Hofbauer, Pávková. 2011, s. 86-87)

Pro školní zralost je rozhodující tělesná a duševní vyspělost, emoční i sociální vyspělost. (Havrdová, 2002, s. 17- 25)

2.3.2.3. Mladší školní věk

Období mladšího školního věku trvá dva roky (7- 8/ 9 let) a je charakteristické především adaptací na školu. Jde o žáky prvního stupně základní školy.

Je to doba od vstupu do školy až po pohlavní dozrávání. Jde o čas „naivního realismu“, kdy jde o to „jak to dítě vidí“. V tuto dobu je nekriticky závislé na autoritách - rodičích a učitelích.

Z tělesného pohledu dochází k prudkému růstu s výrazným prodlužováním končetin, osifikaci kostí, formováním páteře. Znakem tohoto období je vývoj trvalého chrupu. Tělesné orgány i nervová soustava se stále vyvíjí proto je dětský organismus při duševní zátěži snadno unavitelný organismu a potřebuje častý odpočinek. Nesprávné a nepřiměřené zatížení v tomto věku často vede k vadnému držení těla. Děti mladšího školního věku mají velkou potřebu pohybové aktivity. Nesprávná výživa, zanedbání zdravotní a hygienické péče, nedostatek citových projevů vedou v tomto věku k poruchám tělesného vývoje. V rozumové sféře je dítě ovlivněno rodinným, školním prostředím i prostředím, kde prožívá volnočasové aktivity.

(Havrdová, 2002, s. 28- 35)

Pro dítě v tomto věku je typický realismus v oblasti mravních citů, které přejímá od osob s autoritou. Přejímá tak mravní zásady ne z vnitřního přesvědčení, ale ze snahy nelišit se od ostatních. Na vývoj estetického cítění a vkusu dítěte mají v této době velký vliv hromadné sdělovací prostředky, zejména televize. V období mladšího školního věku dítě navazuje nové a četnější společenské vztahy, nicméně vliv rodiny jako primární sociální skupiny je nenahraditelný. (Hájek, Hofbauer, Pávková. 2011, s. 88-92)

2.3.2.4. Střední školní věk

Střední školní věk je provázen nejen sociálními, ale i biologickými změnami. Jde o období třetí až páté třídy (8/ 9- 12 let) a trvá až do přechodu dítěte na druhý stupeň ZŠ. Toto období dospívání odděluje dětství od dospělosti.

Dítě se plynule vyvíjí, je obrácené ke světu, extravertované, zajímá se o dění okolo sebe. Velký význam v tomto věku má očekávání a požadavky rodičů kladené na dítě.

Toto stadium je charakterizováno jako Freudovo „Genitální stadium“. Typické jsou nové heterosexuální a erotické vztahy s genitálními projevy. Dle Eriksona je to stadium „Identita proti zmatení rolí“, kdy dochází k uvědomění identity ega. Piaget popisuje dospělost stadiem „Formálních operací“, protože dospívající myslí logicky i v abstraktním pojmu.

Období středního školního věku je obdobím velkých tělesných i duševních změn způsobených nerovnováhou mezi vývojem tělesné a duševní oblasti. V chování je typicky neklid, výbušnost a nevyrovnanost dospívajícího dítěte. Velkou váhu mají vztahy mezi dospívajícími a dospělými. Jedním z mezníků je identifikace s vrstevnickou skupinou. V tomto období se snižuje impulzivnost a zvyšuje sebeovládání, přesto zvýšená kritičnost k autoritám bývá označována obdobím „druhého vzdoru“. Dospívající dítě potřebuje k pozitivnímu vývoji kladné vzory, které respektují věkové zvláštnosti chlapců i dívek. Dospívání bývá odlišné podle charakteru sociálních vztahů. V psychice dětí se výrazně odráží biologické změny a činnost pohlavních žláz. Po tělesné stránce dochází k prudkému a nerovnoměrnému vývoji. Intenzivní růst kostry a končetin oproti hrudnímu koši. Tělesné disproporce mohou být příčinou psychických projevů. Disharmonický vývoj je i u kardiovaskulárního systému. Objem a výkon srdce roste rychleji než průměr cév. To má za následek rychlou unavitelnost, bolesti hlavy, slabost a zvyšování krevního tlaku. Tyto nerovnoměrnosti ve vývoji mohou vést až k vyčerpání energie celého organismu.

Vnímání je dokonalejší. Analýza, syntéza, diferenciací podnětů jsou správnější, jemnější. Přesnější je orientace v prostoru i čase, ale pro plné pochopení prostoru chybí zkušenost. Pozornost je v období pubescence kvalitnější, zejména v souvislosti s upevňováním zájmů. Zkvalitňuje se logická paměť. Při učení je důležitá motivace. Myšlení se zdokonaluje. Děti mají vyšší schopnost zobecňování i abstrakce. Pubescent dokáže vytvářet hypotézy i složitější úsudky a diskutovat o nich. Výsledkem řešení problémů bývají unáhlené a neobjektivní závěry z důvodu odporu ke kompromisu a nedostatku zkušeností. Rozvoj myšlení se odráží v řeči, záleží na sociálním prostředí. Oživená tvůrčí fantazie rozvíjí osobnost dětí a používají ji při řešení problémů či různých konstrukčních hrách nebo uměleckém tvoření.

Dítě si v tomto období vytváří svůj vlastní hodnotový systém. Vliv na jeho utváření mají v tomto věku i vrstevníci. Heteronomní mravní cítění typické pro mladší školní věk je nahrazeno autonomním dle vlastního přesvědčení. Tuto autonomní morálku je nutno rodiči správně usměrňovat.

Nervová soustava je více vzrušivá, dochází ke vznětlivosti, bouřlivým afektivním reakcím či naopak k apatii, malátnosti, nesoustředěnosti. Střídání citů je pro toto období typické. City jsou rozmanitější, hlubší a hrají v dospívání velkou roli. Častou příčinou záporných citů jsou generační konflikty. Dospívající se snaží o samostatnost. Projevují snahu o kritiku ostatních, ale k sobě jsou méně sebekritičtí. Volní jednání je v období pubescence projevované s větší uvědomělostí v rozhodování. (Havrdová, 2002, s. 35-49)

V době dospívání je pro děti nejvýznamnější sociální potřebou uznání. Zájmy jsou rozličné, hlubší, trvalejší a mohou ovlivnit budoucí výběr povolání. V dospívání si děti vytváří své názory a plány do budoucna podle vzorů, jimiž jsou často kromě sportovců, populárních osobností nebo literárních hrdinů právě rodiče.

Začínající pohlavní zrání je nejdůležitějším znakem středního školního věku. Toto období vyžaduje pedagogicky uvážené metody výchovy, nenásilné usměrňování nových zájmů. Vliv na pohlavní zrání má genetika, sociální prostředí, zdravotní stav, výživa i režim práce. (Hájek, Hofbauer, Pávková. 2011, s. 99- 111)

2.3.2.5. Starší školní věk

Období školního věku, které provází biologické a duševní změny souvisejí s dospíváním. Jde o dobu mezi 12 až 15 lety.

V tomto období plně dozrávají všechny tělesné funkce. Dokončuje se psychický vývoj. Na počátku doznívají projevy pubescence. Růst v této etapě je rychlý až překotný. Roste trup, prodlužují se dolní končetiny, svalstvo mohutní a ukládá se tělesný tuk. V druhé etapě staršího školního věku dochází ke zklidnění tělesného vývoje. Zlepšuje se paměť i logické myšlení. Vysoká úroveň abstrahování a zobecňování. Přesné pochopení abstraktních pojmů. Typická pro toto období je intelektuální aktivita a touha po poznání. Inteligence dosahuje svého vrcholu. I tvůrčí fantazie dosahuje vysoké úrovně. Rozumový vývoj se odráží v kvalitě vyjadřování. Dospívající jedinci mají významnou potřebu citové odezvy. Morální citění se vyvíjí se zkušenostmi v souvislosti s rozumovým vývojem. Výrazně se formuje estetické citění. Významnou roli hraje v tomto období kamarádství, přátelství i láska. Ze sociálních potřeb je významná potřeba sociální prestiže. (Havrdová, 2002, s. 36- 49)

Z biologických potřeb jsou nejvýznamnější sexuální. Mládež není ekonomicky nezávislá, proto je třeba ji vést k rodičovské zodpovědnosti a o způsobech antikoncepce.

Zájmy mládeže se vyhraňují a ustalují. (Hájek, Hofbauer, Pávková. 2011, s. 101- 111)

2.3.2.5.1. Dospívání

Dospívání probíhá mezi 11. až 20. rokem života člověka.

Toto dlouhé období má několik fází, které se od sebe podstatně liší. Dospívání je děleno na tři období:

- 1) prepubertu (počátek dospívání mezi 11. až 12. rokem)
- 2) pubertu (pohlavní dozrávání začíná nestejně u obou pohlaví, u dívek v 12,5 letech a u chlapců ve 13 letech)
- 3) adolescenci (duševní dospívání začíná od 15 až do 20 let) (Čížková, 2004)

Prepuberta je počátek komplikovaných změn a krizového období v životě.

Tělesný vývoj v tomto období dochází ke zvýšené činnosti pohlavních žláz. Dochází ke změně fyzického vzhledu jedince. Mění se anatomická struktura mozku, zvyšuje se výkonnost srdce. U dívek převažuje hrudní dýchání a u chlapců naopak dýchání břišní.

Velké psychické změny jsou typické a vyplývají z celkové lability. Souvisí s rozvojem rozumových schopností a vnímání. Osobnost dospívajícího dítěte je nestálá, nevyrovnaná a mimořádně citlivá. Typická je snížená sebekritičnost a zvýšená kritičnost vůči okolí. Zvyšuje se unavitelnost, zhoršuje se učení a výkon pubescenta díky vlivu všech probíhajících fyziologických změn zrání. Myšlení se objektivizuje, děti přesněji odlišují podstatné a nepodstatné znaky. Rozvíjí se jejich vlastní úsudek.

Adolescent již lépe rozumí sobě samému. Díky získaným zkušenostem přijímá s větším pochopením vzory a společenské normy. Jeho reakce nejsou tak prudké a city více kontroluje. Postupně se harmonizuje duševní dění dospívajícího. (Havrdová, 2002)

Novotná, Hříchová, Miňhová rozlišují tyto fáze adolescence: preadolescenci (10- 12 let), ranou adolescenci (12- 16 let) a pozdní adolescenci (17- 21 let)

Problémem v adolescenci bývá toxikománie, požívání návykových látek nebo suicidální tendence. U dívek se vyskytuje bulimie či mentální anorexie. (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2012, s. 55- 57)

2.4. Rodina, její funkce a význam pro dítě, současný pohled na rodinu

2.4.1. Rodina a její funkce

Rodina je společensky schválená forma trvalého spolužití. Je primárním prostředím sociálně kulturního utváření osobnosti dítěte. Skládá z osob, které jsou spojeny krví, manželstvím či adopcí. Členové rodiny zpravidla bydlí pod jednou střechou a spolupracují v rámci společensky uznávaného rozdělení rolí, přičemž jednou z nejdůležitějších úloh je výživa a výchova dětí. Rodina jako primární sociální skupina zajišťuje primární socializaci dítěte. Je pro dítě zařízením, které jej učí, jak se má chovat. (Portál pro sociální oblast Prahy, 2008)

Podobu rodiny ovlivňují její vlastní vnitřní podmínky. Těmi jsou cíle, hodnoty, normy, vnitřní struktura, organizace aktivit. (Havlík, Halászová, Prokop, 1996, s. 63-65)

Rodina plní několik základních funkcí. Primární úlohou je funkce biologicko-reprodukční. Tato funkce má svoji důležitost jak pro členy rodiny, tak i pro společnost. Druhá funkce rodiny sociálně- výchovná zajišťuje socializaci dítěte. Třetí emocionální funkce, jež rodina naplňuje, má zásadní význam. Žádná jiná instituce mimo rodinu nedovede vytvořit potřebné citové zázemí a pocit bezpečí pro dítě. Emocionální funkce rodiny má velký význam pro učení se lásce k bližnímu, osvojování si hodnot a norem. Děti se jí učí sdílením, pozorováním, i nápodobou. Tak se tvoří základ pro budoucí přijímání norem, hodnot a utváření morálky a řádu. (Havlík, Halászová, Prokop, 1996, s. 63- 65)

Čtvrtá ekonomická funkce dnes zaznamenala určitý posun ve směru návratu k podobě rodiny, která představuje samostatnou ekonomickou jednotku, tedy rodinnou firmu. Pátou ochrannou funkcí, spočívající v zajišťování životních potřeb nejen dětí, ale všech členů rodiny. Po roce 1990 je rodina na této funkci více zainteresována a očekává se od ní větší spoluúčast na jejím plnění. V moderní době přibývá i nová funkce-rekreační. Ta rodinu integruje, rodiče mohou uplatnit autoritu a děti si osvojují správné příklady. Rekreační, relaxační a zábavnou funkci, která hovoří o rodině jako o instituci, která by měla pamatovat na rekreaci, relaxaci a zábavu. Aktivity tohoto typu se týkají všech členů rodiny, ale pro děti mají význam největší. (Kraus, Základy sociální pedagogiky, s. 81- 82).

2.4.1.1. *Narušené funkce rodiny*

Kromě funkční rodiny, která pečuje o své děti kladně a stabilně, existují i rodiny, které svoje funkce neplní částečně nebo úplně. Mezi ně patří rodina problémová, dysfunkční a afunkční rodina. Problémová rodina vážně narušuje rodinný systém a zdravý vývoj dětí i jejich psychiky. Dysfunkční rodina již řádně neplní svoje základní funkce a ohrožuje výživu, psychiku i zdraví dítěte. Afunkční rodina neplní základní funkce vůbec, vážně narušuje výživu i zdraví či dokonce život dítěte. (Šmídová, Vávra, 2010, s. 133)

2.4.2. *Současný pohled na rodinu*

V dnešní postmoderní společnosti se hovoří o krizi rodiny. Dochází k oslabení mezilidských vztahů, odosobnění, egoismu a individualismu. Dítě bývá materiálně zabezpečeno, ale citově ochuzeno. Dochází k oslabení sociální opory („social support“) v primární sociální skupině. (Krejčí, 2011, s. 32)

Rozvolňují se tradiční rodinné vazby, mění se životní styl i hodnotové orientace a tím se proměňuje samotný institut rodiny. Přibývá dětí v péči volně žijících dvojic či jednotlivce. Sociální změny přináší rizika negativního ovlivňování pro dítě. (Kalman, Vašíčková, 2013, s. 32)

Specifickým negativním problémem v dnešní hektické době je nedostatek času rodičů věnovat se rodině, který často směřuje k výchytkám v zabezpečování základních funkcí. Každé selhání rodiny zasahuje do jejího běžného života a dopady jsou největší pro děti, které jsou na rodině zcela závislé. (Portál pro sociální oblast Prahy, 2008)

V důsledku volnosti aktivit všech členů rodiny dochází k individualizaci uvnitř rodiny. Rodina společně nespolupracuje. Její členové mají rozdílné časy příchodů a odchodů, v jinou dobu spí a jí. Pro rodinnou integraci nahrává volný čas pouze o víkendech. (Havlík, Halászová, Prokop, 1996, s. 63- 65)

Pozitivním opatřením jsou změny v právním řádu zakotvené v Úmluvě o právech dítěte. Jde o zpřesnění práv a povinností rodičů vedoucí k ochraně před zanedbáváním, nedbalým zacházením, duševnímu či tělesnému násilí. (Krejčí, 2011, s. 32)

2.5. Stravovací návyky dětí a výživa školních dětí, zásady správného stravování a důsledky nesprávných stravovacích návyků

2.5.1. Stravovací návyky dětí a výživa školních dětí

Duševní i tělesné zdraví je pozitivně ovlivnitelné zdravým jídlem. Základům zdravé výživy a stravování se dítě učí v rodině, ta je hlavním činitelem při utváření zdravých stravovacích návyků dětí. Rodiče jsou pro dítě vzorem, který je provází v dalším životě. Součástí domácího stravování by měla být pestrá a plnohodnotná strava odpovídající věkovým zvláštnostem dětí svoji kvalitou i kvantitou. Skladbu stravy celé rodiny ovlivňují zásadní měrou ženy, které pokrmy připravují. Matky by měli pamatovat na doplnění skladby školního stravování, ve kterém není zastoupeno dostatečné množství ovoce a zeleniny. K zásadám správného stravovacího režimu patří neoddelitelně také dodržování potřebných hygienických návyků. Klid rodinného prostředí a lákavě upravená strava prospívá psychice dětí i jejich trávicímu ústrojí. (Machová, Kubátová 2009, str. 38)

Výživa školních dětí je charakteristická tím, že stravování a stravovací návyky jsou ovlivňovány stravováním v rodině i škole, chuťovými preferencemi, reklamou a obavami o postavu a hmotnost. S nástupem dospívání jsou děti samostatnější při samotném výběru a koupi potravin. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 102)

Výživa dětí od 10 let se blíží výživě dospělých. V tomto věku je zapotřebí mnoho bílkovin na tvorbu svaloviny, vitamínu C na zvýšení odolnosti proti infekcím, B-komplexu na podporu učení a vitamínu A pro podporu zraku. Důležitý je příjem tekutin. Nedostatečná výživa v tomto období může vést k poruchám růstu nebo k hormonálním poruchám (zejména u dívek). V tomto období se vytváří tukové buňky, jež mohou být základem pro obezitu v dospělosti. Proto nadměrný konzum nadměrně energetických pokrmů není vhodný. Dospívající děti si vytváří výživové návyky. Je třeba dbát na správnou skladbu i režim stravy. (Pánek, Pokorný, Dostálová, 2007, s. 131)

2.5.1.1. Stravovací návyky českých rodin

Stravování je součástí celkového stylu života. V Čechách v rodinách převládá konzumní přístup ke stravování jako součást konzumního životního stylu. Charakterizuje ho nadměrná energetická hodnota spotřebovaných potravin. Častý sklon k přejídání a nedostatečný zájem o volbu vhodné stravy k udržení zdraví. V rodinách stravování souvisí s tradičními zvyklostmi české kuchyně. V českém jídelníčku jsou často

zařazované smažené a tučné pokrmy. Česká populace upřednostňuje raději lacinější, méně kvalitní potraviny. Určitý podíl na tomto stravovacím stylu má i vliv zásobení českého trhu globálně rozšířenými výrobky. Mladá generace rodin následuje americký trend rychlého občerstvení. Toto stravování bufetového charakteru má výživově nevhodný sortimentem nabízených, často smažených potravin. Značnou měrou současné stravovací návyky ovlivňuje mediální reklama. Předává ucelený přehled o stravování. Jejím cílem je propagace potravin s vysokým obsahem cukru, tuku a soli. (Machová, Kubátová 2009, str. 38)

2.5.2. Správné stravovací návyky dětí

Osvojení správných stravovacích návyků je pro děti důležité jako prevence časově blízkých a vzdálených zdravotních obtíží. (Machová, Kubátová, 2009, s. 38)

Autoři Diehl, Ludingtonová, Pribiš (2009) zmiňují několik námětů, jak lze u dětí vypěstovat správné stravovací návyky. Tři jídla bohatá na ovoce, zeleninu a celozrnné obiloviny denně ve stejnou dobu. Velké množství vody, ne slazené limonády. A dostatečné každodenní cvičení pro podporu chuti, prováděné raději venku po dobu minimálně jedné hodiny.

Marková (2012) doporučuje pro děti „superpotraviny“ (brokolice, špenát, fazole, krůtí maso, losos), které jsou stěžejní pro obsah významných nutrientů v komplexním složení.

Kalman, Hamřík, Pavelka (2011, s. 102) uvádí zásadu upřednostňovat potraviny bez obsahu konzervačních látek a barviv.

Žádoucí je kultivování smyslového života dětí, pěstování vhodných chuťových návyků na správnou výživu bez zbytečně tučných, překořeněných a přesolených jídel. (Kohoutek, 2014)

Společně se odborníci na zdravé stravování dětí (uvedení v následující podkapitole 2.5.2.1.) shodují v následujících správných stravovacích návycích:

- 1) Pravidelná snídane
- 2) Denní konzumace ovoce a zeleniny, 5krát denně
- 3) Konzumace rybího masa, minimálně 1krát týdně
- 4) Správný pitný režim bez slazených nápojů

2.5.2.1. Význam pravidelnosti a absence snídaně

Den by měl začínat snídaní, na kterou by mělo mít dítě dostatek času. Zlovykem je její vynechání nebo její konzumování ve spěchu a stresu. (Milatová, 2010, s.)

Ideální doba pro snídani popsaná Tombakem (2014) je od 7.00 hod do 10.00 hod ráno.

Snídaně je považována za nejdůležitější jídlo pro dospívající děti z pohledu nutričního i z pohledu podpory učení ve škole. Vynechávání snídaně je spojeno se zvýšenou spotřebou občerstvení s nízkým obsahem vlákniny a vysokým obsahem tuku později během dne. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 100- 114)

Absence snídaně má za následek zvýšení polední dávky jídla přidáváním si příloh. Naopak vynechání teplého oběda děti nahrazují konzumací sušenek, rohlíků, salámů a majonézových salátů. (Martiník, 2008, VII. díl, s. 69)

Machová, Kubátová vysvětlují odmítání snídaně dětmi důvodem neurotických potíží, jejichž příčinou je zejména ranní stres. Důsledkem vynechání snídaně je hladovění a nesoustředěnost na školní práci. (Machová, Kubátová, 2009, str. 38)

2.5.2.1.1. Snídání českých dětí

Z výzkumů vyplývá, že v rodině je dopouštěno ve výživě dětí velkých prohřešků. Ve stravování je chybou především nepravidelnost a nevhodný výběr potravin. Studie HBSC – Health Behaviour in School- aged Children zjistila, že každý všední den snídá polovina dětí a častěji chlapci než dívky. Oba víkendové dny snídá většina dětí, ale častěji dívky než chlapci. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 100- 114)

2.5.2.2. Význam denní konzumace ovoce a zeleniny

Zásadou je denně konzumovat dostatek ovoce a zeleniny. Doporučovaným minimem podle WHO pro zajištění vhodného přívodu ochranných látek je frekvence 5 krát denně porce ovoce a zeleniny. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 100)

Tyto potraviny obsahují vitamin C, beta- karoten. Vitamin C posiluje imunitu a urychluje vyžívání imunitních buněk. Nejvíce je obsažen v citrusových plodech, kiwi, banánech, v černém rybízu, v zelenině i bramborách. Beta- karoten je v těle přeměňován na vitamín A, který hraje důležitou úlohu v odstraňování volných radikálů v organismu a podpoře imunitního systému. Vitaminy skupiny B a karotenoidy jsou obsaženy především v ovoci a zelenině. Díky této zásadě dodržíme denní příjem vitamínů,

vlákniny a omezených látek z ovoce a zeleniny. Jejich přítomnost v těle ovlivňuje jeho hmotnost a také velmi důležitý mechanismus- imunitní systém. Tělo využívá látek z ovoce a zeleniny ke zlepšení odolnosti vůči infekcím a v boji proti rakovině.

(Pánek, Pokorný, Dostálová, 2007, s. 164- 167)

2.5.2.2.1. Konzumace ovoce a zeleniny českými dětmi

Studie HBSC- Health Behaviour in School- aged Children zjistila, že s věkem dětí u obou pohlaví klesá konzumace ovoce i zeleniny častěji než 1x denně. Frekvence spotřeby ovoce je častější, více než 1x denně. Frekvence spotřeby zeleniny je nižší u obou pohlaví. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 100)

2.5.2.3. Význam konzumace rybího masa

Konzumace ryb je doporučena alespoň 1krát v týdnu. Přínosem konzumace mořských ryb je zvýšený přísun jodu, vápníku, fosforu, draslíku, také polyenových mastných kyselin, vitaminů A, D, E a skupiny B. (Výživa a potraviny, 2008)

Rybí maso je nezbytné pro růst, vývoj organismu a obnovu tkání. Z výživového hlediska velmi cenné, má vysokou biologickou hodnotu pro svůj obsah nenasycených mastných kyselin řady n-3 významných pro prevenci srdečně- cévních onemocnění. (Pánek, Pokorný, Dostálová, 2007, s. 173)

N-3 mastné kyseliny ovlivňují produkci prostaglandinů (látek snižující zánětlivé reakce organismu), proto mají pozitivní účinek na zánětlivá onemocnění kloubů. Nenasycené mastné kyseliny řady n- 3 jsou nezbytnou výživou nervových buněk, zvyšují imunitní schopnosti organismu a zlepšují stav pleti. Je zdravé konzumovat každý týden 2 až 3 porce ryb a rybích výrobků různých druhů. Jednou týdně je vhodné koupit čerstvou nebo zmraženou rybu. (Nutricoach, 2015)

V mořských plodech a v rybách je obsažen také zinek, který má zásadní úlohu v produkci a normální funkci imunitních buněk. (Pánek, Pokorný, Dostálová, 2007, s. 131)

2.5.2.3.1. Konzumace rybího masa českými dětmi

Autoři Celine a Brát (2012) tvrdí, že v Čechách nejsou dodržena doporučení ohledně konzumace rybího masa u dětí. Rybu méně než jednou za týden konzumuje 41% dětí a 13,5% nejí ryby vůbec.

2.5.2.4. Význam správného pitného režimu dětí

Zásadou ke správnému stravování je dodržování správného pitného režimu. Pitný režim znamená udržování rovnováhy mezi příjmem a výdejem tekutin a minerálů v závislosti na okolním prostředí, zdravotním stavu jedince a jeho aktuální činnosti. (Martiník, 2008, VIII. díl, s. 114)

Pití vody je velmi důležité pro udržení pozornosti a výkonnosti dětí v průběhu školního dne. Pitný režim 1,5 – 2 litry denně pramenité vody bez cukru, neslazených nápojů (ovocné, zeleninové šťávy, bylinkové čaje) doporučuje Kalman, Hamřík, Pavelka (2011, s. 100).

2.5.2.4.1. Nebezpečí sladkých a kofeinových nápojů, jejich spotřeba u českých dětí

„Podceňování hodnoty tekutin, které konzumujeme, směřují k vědomému zkrácení života.“ (Tombak, 2014, s. 44)

U dětí jsou oblíbené slazené lahvové nápoje a limonády, které při zvýšené potřebě tekutin do těla přivádí nadměrné zdroje energie. (Martiník, 2008, VIII. díl, s. 114)

Kofein z kolových nápojů je jednak diuretikum a lehce návyková látka vytvářející u dětí hyperaktivitu. Součástí kolových nápojů je kyselina fosforečná, která zvyšuje riziko osteoporózy. Spotřeba těchto nápojů většinou v rychlém občerstvení („fast- food“) je ve vztahu ke zvyšující se prevalenci nadváhy a obezity.

Studie HBSC – Health Behaviour in School-aged Children u dětí v České republice zjistila, že více než polovina 11- ti letých dětí 1- krát týdně. Spotřeba je vyšší u chlapců. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 100)

2.5.3. Důsledky nesprávných stravovacích návyků

Nesprávné stravování sebou nese časově blízké a vzdálené důsledky. Mezi časově blízké důsledky nesprávných stravovacích návyků patří zubní kaz či dětská obezita. Do vzdálených řadíme osteoporózu, kardiovaskulární nebo nádorová onemocnění. (Machová, Kubátová, 2009, s. 236)

2.5.3.1. Zubní kaz a vliv rodiny na jeho prevenci

„Pravidelná zubní hygiena od útlého věku je předpokladem, že jí děti přivyknou a budou o ni dbát po celý život.“ (Machová, Kubátová 2009, str. 236)

Zubní kaz („caries dentis“) je destruktivní choroba vznikající na povrchu zubu. Postihuje jak mléčný, tak trvalý chrup. Příčinou vzniku kazu kromě podílu dědičnosti je demineralizace, ke které dochází vlivem kyselého prostředí. To je vytvářeno v ústech organickými kyselinami přeměnou cukrů v potravě. Přeměnu vyvolávají bakterie v zubním plaku.

Rizikovou skupinou pro vznik zubního kazu jsou děti předškolního a školního věku. V těchto věkových obdobích se rozhoduje o zdraví zubů v dospělosti. Prevencí je vytváření základních hygienických návyků od útlého věku v rodině. Další preventivní zásadou, kterou by se rodiče měli řídit, je omezit v jídelníčku dětí přijímání sladkých pokrmů a nápojů, zejména mezi hlavními jídly. Pro zdravý vývoj zubů a dásní je prospěšné zařadit jim do jídelníčku dostatek mléka a mléčných výrobků, syrového ovoce a zeleniny. Jako doplněk má význam fluoridová prevence používáním vhodné zubní pasty pro děti. Prevence zubního kazu vychází z pravidelného čištění zubů 2krát denně po jídle kartáčkem, aby došlo k odstranění zubního plaku. (Machová, Kubátová 2009, str. 236)

2.5.3.1.1. Výskyt zubního kazu u českých dětí

Machová, Kubátová uvádí zhoršení výsledků výzkumu v oblasti zubního zdraví u dětí předškolního a školního věku v České republice za posledních deset let. Podle porovnání výzkumu výukového programu „Zdravé zuby“ z roku 2000 z některých měst Evropské unie je Česká republika na posledním místě. V rámci Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro všechny v 21. století“ se problémem kazivosti zubů dětí a mládeže zabývá strategický cíl č. 8. (Machová, Kubátová, 2009, s. 236)

Přibližně dvě třetiny chlapců a tři čtvrtiny dívek uvedly, že si čistí zuby alespoň 2krát denně. Genderové rozdíly byly zjištěny u 11- ti letých, kdy dívky uvedly čištění zubů ve větší míře než chlapci. (Kalman a kol., 2010, s. 65)

2.5.3.2. Dětská obezita, výzkum a vliv rodiny na její prevenci

Dětská obezita je definována jako nadměrná tělesná hmotnost se zvýšením podílem tukové tkáně. K jejímu vzniku přispívá nevhodná strava. (Hlúbik P., 2002)

Obrovský vliv na dětskou obezitu má ale v první řadě rodinný životní styl. V roce 2012 byl publikován výzkum v ARYA Atherosclerosis Journal s názvem „Effect of education on anthropometric indices in obese parents and children after one year of followup“. Tato publikovaná nefarmaceutická klinická studie z kliniky endokrinologie a metabolismu v Isfahanu upozorňuje na to, že špatné stravovací návyky vedou až už k dětské obezitě, anebo obezitě v pozdějším věku. Studie dále vzbudila pozornost nad existujícími systémy odměňování dětí v rodinách sladkostmi. K pozitivním změnám došlo u rodin, které si osvojily nové návyky související se zdravým životním stylem. (Hashemipour et al., 2012, s. 21- 26)

Prevence dětské obezity spočívá v pravidelnosti stravování s důrazem na skladbu potravy. V přijímané potravě dětí by měly převládat celozrnné výrobky, zelenina a dostatek vlákniny. Omezovány by měly být potraviny bohaté na cukry a tuky. Nezbytné je dodržování pitného režimu s minimem slazených nápojů. Patří k ní i pravidelná pohybová aktivita, nejlépe plavání, chůze nebo jízda na kole. Zásadní je podpora všech členů rodiny pro zdravý životní styl a jejich společné zapojení do sportování. (Machová, Kubátová 2009, str. 224)

2.5.3.3. Diabetes mellitus 1., 2. typu a jeho prevence

Vlivem obezity a nedostatku pohybu se mění citlivost tkání k inzulínu a tím se usnadňuje vznik diabetu. U dětí se dříve vyskytoval téměř vždy pouze diabetes mellitus 1. typu, nyní se stále častěji vyskytuje diabetes mellitus 2. typu. (Urbanová, 2012)

Diabetes 1. typu patří mezi tzv. autoimunitní onemocnění začínající již v dětském věku. Pro prevenci vzniku cukrovky 1. typu je dobré chránit dítě před virózy, dbát o jeho zdravou životosprávu s dostatečným příjmem omega-3 mastných kyselin a zajistit používání pitné vody s nezvýšeným obsahem nitrátů. (Kostiuk, 2013)

U diabetu 2. typu je snížena citlivost tkání na působení inzulínu. Zde hraje dědičná vlna také významnou roli, ale nemoc se víceméně rozvíjí až v dospělosti. Riziko nemoci lze oddálit či snížit zdravou životosprávu. Mezi faktory zvyšující riziko vzniku diabetu 2. typu patří zejména obezita a sedavý způsob života. (Kostiuk, 2013)

2.6. Pohyb dětí, adekvátní pohybový režim dětí, hypokinésa, optimální tělesná aktivita, pohyb a české děti

2.6.1. Pohyb jako základní potřeba dětí

„Začlenění každodenního cvičení do životního stylu dětí je nejlepší cestou k tomu, aby tento prospěšný návyk z dětí přetrval až do dospělosti.“ (Ministerstvo životního prostředí ve spolupráci s Delegací Evropské komise v ČR, 2002, s. 12)

Z fyziologického je pohyb základní vlastností živé hmoty. Jeho prostřednictvím lze uspokojit základní životní potřeby, přizpůsobit se zevnímu prostředí a přežít. Je důležitý pro organismus člověka a funkci řady jeho vnitřních orgánů. (Martiník, IX. díl, 2008, s. 16)

Životní styl rodiny klíčově ovlivňuje pohyb dětí. Pohyb jako základní potřeba dětí je nezbytný pro dítě proto, aby se správně vyvíjelo. V postnatálním období je pohyb podvědomý a spontánní. Díky němu se vyvíjí podpurný pohybový aparát dítěte, který je základem pro svalový korset. V předškolním věku je potřeba dítěte pohybovat se značně vysoká a přetrvává i do dalších vývojových období mladšího i staršího věku. (Krejčí, 2011, s. 47- 59)

Podle Machové a Kubátové (2009, s. 251) mají rodiče zodpovědnost za dostatečný pohyb dětí.

2.6.2. Adekvátní pohybový režim dětí

Adekvátní pohybový režim dětí je pohybová aktivita odpovídající věku, jejich schopnostem i potřebám. Doporučení lékařů pro mládež považuje za optimální 8-10 hodin adekvátního pohybového režimu týdně. Pravidelná pohybová aktivita posiluje kosterní a svalový systém, zlepšuje srdečně- cévní systém a posiluje funkci plic. Na jeho základě děti co nejlépe využívají a zdokonalují své vrozené schopnosti, které zužitkují v každodenním životě při jízdě na kole, plavání, zbavování se napětí- relaxaci i vnímání radosti z pohybu. Příležitosti k adekvátním pohybovým aktivitám je mnoho. Ve volnočasových činnostech mohou děti cvičit jógu, bruslit na in-line bruslích, lyžovat, plavat, tančit. (Krejčí, 2011, s. 47- 59)

2.6.3. Hypokinéza a její důsledky

Nedostatečnost vedení dětí k různým sportovním aktivitám směřuje k preferenci klidových činností dětí. Celkový nedostatek pohybu je nazýván hypokinéza. Ta má za následek tělesnou neobratnost, nešikovnost, nemotornost a tloušťku. Rozšířeným jevem dětí školního věku je svalová nerovnováha, která zapříčiňuje vadné držení těla dětí. Úroveň pohybové docility má význam na identitu, zejména pro děti ve věku od 8- 11 let. (Krejčí, 2011, s. 56- 57)

2.6.4. Optimální tělesná aktivita školních dětí

Sigmund, Sigmundová (2014) charakterizují optimální tělesné aktivity podporující zdravý životní styl školních dětí ve věku od 11- ti do 15 let:

- fyzickou aktivitu nejméně střední intenzity 60 minut denně
- fyzickou aktivitu střední intenzity nebo chůzi alespoň 30 minut 5krát týdně
- fyzickou aktivitu vysoké intenzity (energické, posilující kardiorepirační cvičení) alespoň 20 minut 3krát týdně
- kombinace předchozích doporučení vysoké a střední aktivity rozdělená do 10 minutových nebo delších sekcí v rámci dne

Dále doporučují:

- optimální denní počet kroků pro dívky v počtu 11 000 a 13 000 pro chlapce
- podporovat fyzickou aktivitu dospívajících (například chůzi nebo jízdou na kole do školy i v dalších volnočasových aktivitách)
- specializované sportovní tréninky respektující optimální fyzický vývoj dospívajících
- podporovat tělesné aktivity orientované na rychlost a zručnost jako kompenzaci zaměřených tělesných aktivit
- zvýšit účast dospívajících v organizovaných fyzických aktivitách (včetně tělesné výchovy) alespoň 3krát týdně
- zvýšit počet dospívajících, kteří stráví alespoň 50% z tělesné výchovy ve střední až vysoké intenzitě tělesné aktivity
- doba nepřetržitého sledovacího času uvedených doporučených pohybových aktivit by neměla přesáhnout 2 hodiny denně

(Sigmund, Sigmundová, 2014, s. 129)

2.6.5. Pohybová aktivita českých dětí

Z uvedených výsledků HBSC studie uveřejněné Kalmanem, Hamříkem a Pavelkou (2011, s. 84) je zřejmé, že většina českých dětí není dostatečně pohybově aktivní, přičemž dívky jsou méně aktivní než chlapci.

Počet dětí ve věku od 11- 13 let, které uváděli každodenní pohybovou aktivitu alespoň 1 hodinu, se pohybuje mezi 23% - 30 %. (Kalman a kol., 2010, s. 65)

Potřebě každodenního pohybu dětí se věnuje Mužík a Vlček (2010) v intervenčním projektu „Školáci v pohybu“. Podle zveřejněných výsledků tohoto výzkumu sledovaných starších školních dětí je konstatováno, že vnitřní potřeba dětí aktivního pohybu neklesá, ale je utlumována denním režimem dětí. Výzkum ukazuje na klesající trend mimoškolních pohybových aktivit u dívek staršího školního věku. Závěrem Mužík, Vlček (2010) zdůrazňují nutnost vést děti k pohybovým aktivitám mimo školu. Školní a mimoškolní možnosti pohybového vyžití jsou minimální, proto hraje zásadní roli v pohybu dítěte životní styl rodiny a současné společnosti vůbec.

2.7. Vliv médií, kouření, konzumace alkoholu na zdraví

a životní spokojenost dětí, prevence

2.7.1. Vliv médií na děti

Masmédia televize a internet představují v současné době pro mladou populaci velký přínos v informativní, vzdělávací i komunikační sféře. Na druhé straně sebou nese přílišné sledování televize, internetu, DVD a videa mnohá rizika pro zdravý fyzický a psychický vývoj dětí. Bez náležité rodičovské regulace jsou děti ochotné před monitorem trávit dlouhé hodiny. (Diehl, Ludingtonová, Pribišová, 2009, s. 31)

Mezinárodní doporučení uvádějí, že přijatelná denní doba sledování televize by neměla přesahovat 2 hodiny denně. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 82)

Diehl, Ludingtonová, Pribišová (2009, s. 31) dále tvrdí, že v životě dětí přílišným sledováním televize nebo PC převládá pasivita na úkor aktivních her. Délka času stráveného před televizí přímo úměrně souvisí se zvyšováním tělesné hmotnosti a zvýšenou hladinou cholesterolu v krvi i procentem výskytu srdečních onemocnění.

Souvislost nadměrného sledování televize v dětství spojují Kalman, Hamřík a Pavelka (2011, s. 80- 85) s nadváhou, nízkou zdatností, kouřením a zvýšeným cholesterolem v dospělém věku. Odráží se i v nevhodných stravovacích návycích. Zvyšuje se konzumace sladkých nápojů, tučných jídel a snižuje se konzumace ovoce a zeleniny. Sedavé chování spojené se sledováním televize je spojeno s riziky nadváhy, obezity, kardiovaskulárních onemocnění, diabetu mellitus 2. typu, metabolickým kardiovaskulárním syndromem a hypertenzí.

Dle Machové, Kubátové (2009, s. 96- 98) nadměrné sledování je v souvislosti s dlouhodobým sezením rizikem pro zdravý vývoj pohybového systému a vzniku nadváhy. Další rizika spočívají v poškození zraku, vzniku nervových poruch, poruch spánku. Ohrožena je rovnováha dětí, tzv. „virtuální nevolnost“. Narušován je nejen fyzický, ale i psychický vývoj dítěte. Přemírou času stráveného u médií dochází k zanedbávání školních povinností, k útlumu vývoje sociálních dovedností. Oslabují se schopnosti soucitu a empatie, deformují estetické cítění a vědomí.

Nevhodné filmy a pořady mají negativní dopad na vývoj osobnosti dětí. Napodobování násilných prvků, nezdravé riskování, sledování sexuality prezentované nepřiměřeně dětského věku. Dorůstající mladé generace si vytváří zkreslený obraz světa. Zvyšující se

objem hodin trávených u počítače a jiných médií je nebezpečím pro vznik návykového chování školních dětí. (Machová, Kubátová, 2009, s. 96- 98)

2.7.1.1. Vliv médií a gamblersví u českých dětí

Kalman a kol. (2010, s. 72) udávají závěry studie HBSC v problematice mediálního vlivu na české děti. Ve všední dny se na televizi, video či DVD dívá víc než polovina dětí minimálně dvě hodiny denně. Dvě až tři hodiny denně sleduje média 40%- 44% dětí. O víkendu míra sledovanosti médií ještě stoupá.

Gamblerství je častou vyskytující se drogou mezi dospívajícími dětmi. Hra, soutěžení, facebooky, chatování je oblíbenou činností dětí. Rodiče často podceňují gamblerství, ke kterému spěje mnoho školáků. Ti hledají únik od reality, vzrušení, stále vyšší napětí. (Krejčí, 2011, s. 35)

Výzkum shrnutý studií HBSC- Healthy Behavior in School- aged Children ukazuje, že za posledních deset let byl u českých dětí zjištěn nárůst času stráveného u počítače. Dvě a více hodin denně tráví adolescenti chatováním, brouzdáním po internetu, e-mailováním či psaním domácích úkolů na počítači. Více času takto dětí tráví o víkendu, častěji dívky než chlapci.

2.7.2. Prevence nezdravého vlivu médií na děti

Prevence nezdravého vlivu médií na děti spočívá především ve výchově v rodině. Rodiče si všímají míry trávení volného času dětí sledováním televizních pořadů nebo počítačových her. Cíleně ovlivňují výběr pořadů v televizi i počítačových her. Sledují, zda si děti vytvářením náhradního virtuálního světa nekompensují svoje skutečné problémy. K pozitivním výchovným vlivům v rodině patří korigování celkového využívání volného času dětí, podpora kvalitních zájmů a volnočasových činností. Rodiče mají u dětí autoritu a ovládají umění zakazovat. Se zákazy šetří a doprovází je vysvětlením. (Fialová, Krch, 2012, s. 30- 39)

2.7.3. Kouření a prevalence kouření u českých dětí

Kouření je závažný zdravotní problém mezi mládeží ve většině evropských zemí. Je jedním z nejvýznamnějších faktorů, jejímž vyloučením lze významně přispět k udržení zdraví. Kromě kouření cigaret je nejvíce rozšířenou drogou v České republice marihuana a hašiš. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 13- 14)

Děti začínají kouřit z mnoha důvodů, protože kouří jejich kamarádi nebo si berou za vzor kouřící populární osoby. Zásadní je vliv rodičů a sourozenců. Prostřednictvím působení rodičovské výchovy v dětství vznikají základní postoje, které ovlivňují vztah k cigaretě i výběr kamarádů nekuřáků do budoucna. (Pešek, Nečesaná, 2009, s. 20- 21)

Osobní zkušenosti s kouřením v 11 letech má 1 ze 4 chlapců a 1 ze 7 dívek. Školní věk je rozhodující pro vznik kuřáckého návyku. Téměř 90% kuřáků začalo kouřit dříve, než ve věku 18 let věku. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 61)

Kritické rizikové období pro začátek pravidelného kouření je období dospívání, kdy je alarmující vysoká prevalence kouření. Pokud kouří oba rodiče, je pravděpodobnost vzniku kuřáctví u dítěte 4krát vyšší oproti dítěti z nekuřácké rodiny. V celé České republice vykouří děti první cigaretu kolem 10 roku věku. Alarmující je fakt, že kouří více dívek než chlapců. (ČSÚ, WHO, Králíková, 2012)

2.7.3.1. Následky kouření cigaret na zdraví

Každoročně umírá v České republice třetina obyvatelstva na následky kouření cigaret, uvádí Krejčí (2011, s. 33).

Nikotin zužuje cévy, omezuje činnost plic a klade vyšší nárok na srdce. V cigaretovém kouři je mnoho chemických toxických látek, více než 60 prokázaných karcinogenů. Kouření kazí vizuální vzhled jedince. Jeho organismus trpí respiračními chorobami, kardiovaskulárními nemocemi, různými typy rakovin a řadou dalších onemocnění. Kromě toho pravidelné kouření ze sociální stránky snižuje finanční úroveň v rodině. Velmi nebezpečné je i pasivní kouření. Riziko kouření cigaret stoupá v kombinaci s konzumací alkoholu. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 13- 14)

2.7.4. České děti a konzumace alkoholu

V naší společnosti přetrvává vysoce tolerantní postoj k nadměrné konzumaci alkoholických nápojů u dospělých i u mladých lidí. Špatný příklad dávají rodiče svým dětem již v dětství, například tvrzením: „Pivo je u nás nápoj, nikoliv alkohol, natožpak droga.“ (Pešek, Nečesaná, 2009, s. 25)

Studie HBSC potvrzuje, že postoje dětí k užívání alkoholu utváří především chování rodičů. České děti se do kontaktu s alkoholem dostávají v útlém věku. Mezinárodní studie podporovaná Světovou zdravotnickou organizací s názvem „Mládež a zdraví“ (Healthy Behavior in School- aged Children- HBSC) z období 1998- 2002

zaměřená na zdravý životní styl a chování žáků základních škol potvrdila v oblasti užívání alkoholu jeho pravidelnou konzumaci žáky ve věkové kategorii 11, 13 a 15 let. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 12- 17, 61)

Zkušenost s alkoholem u nás má v 11 letech 88.5% chlapců a 80,2% dívek. V pravidelné konzumaci alkoholu je převaha chlapců. (Krejčí, 2011, s. 34)

Jiný výzkum realizovaný Karlem Nešporem po dobu deseti let ukazuje na rizikové chování jedinců, kteří měli zkušenosti s pitím alkoholu již jako žáci 7. ročníku. Tato studie dále potvrzuje spojitost s kriminálním jednáním. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 12- 17, 61)

2.7.4.1. Rizika konzumace alkoholu na zdraví

Konzumace alkoholu je rizikovým faktorem pro kardiovaskulární onemocnění, nádorová onemocnění a neuropsychiatrické poruchy. Nadbytek alkoholu vede ke ztrátě minerálů, vitamínů a omezení příjmu bílkovin. Závislost na alkoholu postihuje orgánové funkce, zejména játra, oběhovou soustavu a metabolismus. Z hlediska sociálního zdraví dokáže zcela zničit člověka v sociálních interakcích. (Krejčí, 2011, s. 34)

Pešek, Nečesaná (2009, s. 24- 26) píše o alkoholu jako časté příčině úmrtí mnoha mladistvých. Spojují konzumaci alkoholu s dalšími riziky, jako je užívání jiných drog, nechráněný sex nebo projevy agrese.

Konzumace alkoholu má zvláště negativní dopady na dětský organismus. Nebezpečná je alkoholová intoxikace, která může u dospívajícího dítěte končit selháním životně důležitých orgánů až smrtí. Častá konzumace zvyšuje pravděpodobnost onemocnění jater a poškození nervového systému. Děti mají nižší schopnost se soustředit a zhoršuje se jim paměť. To sebou nese vážné problémy s učením a později i riziko nesnadného pracovní uplatnění. Nebezpečím do budoucna je zvýšení pravděpodobnosti k přechodu na další návykové látky. (Steiner, 2014)

2.7.5. Vliv kouření a konzumace alkoholu na životní spokojenost českých dětí

U dospívajících dětí v ČR je kouření a konzumace alkoholu nejrozšířenější formou zdraví ohrožujícího chování. První zkušenosti s alkoholem i s tabákem získávají české děti již ve věku od 10 let. Kouření je spojeno s vyšší frekvencí konzumace alkoholu.

V celosvětovém měřítku je konzumace alkoholu v České republice nadprůměrná. V Healthy Behavior in School- aged Children zjistili statisticky významné vztahy mezi životní spokojeností, pitím alkoholu a kouřením cigaret. Děti, které pravidelně kouřily a pily alkohol (i velmi malé množství), uváděly nižší životní spokojenost. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 49- 52)

2.7.6. Prevence kouření cigaret a konzumace alkoholu

Velmi podstatná je prevence škodlivých návyků kouření a pití alkoholu.

Zásadní úlohu při ochraně dospívajících dětí a jejich informovanosti v tomto ohledu mají rodiče. Důležité je dobré povědomí rodičů o aktivitách jejich dětí ve volném čase. Rodičovská výchova je jedním ze stěžejních komponentů metodik preventivních programů potvrzující dobré výsledky, například ve Španělsku, Irsku, Rumunsku, Norsku. (Problémy související s užíváním drog u dětí do 15 let, 2010, s. 11-24)

O prevenci škodlivých návyků uceleně píše R. Kohoutek (2014). Tvrdí, že důraz na prevenci je vždy na místě. V prevenci proti škodlivým návykům mají velkou naději na efektivnost rodiče, protože jsou pro děti v mladším školním věku významnými autoritami. Složitější je tomu ve starším školním věku, kdy jen vzor nestačí. Nebezpečím je napodobování dospělých i v škodlivých návycích napodobují dospělé, zvláště mají-li k tomu dostatek finančních prostředků. V tomto věku by se měly vybudovat základní záporné postoje ke kouření a alkoholu posílené dalšími novými informacemi týkajícími se například rizika pasivního kouření, zdravotně - ekonomických důsledků, ale také ukazovat na výhody nekouření a neužívání alkoholu. Velmi důležité je vhodné volnočasové využití, ke kterému by měli děti v tomto věku vést rodiče. Vhodné filmy a televizní pořady, divadelní hry, dobré časopisy a literatura, hřiště, tělocvičny, posilovny, turistika. Důležitou roli hraje trénink dětí v odmítání nabízených alkoholických nápojů, cigaret nebo jiných drog.

Rodiče jsou největší a přirozenou autoritou, vzorem, zdrojem znalostí o světě. Vlivem rodiny si děti utvářejí hodnoty, emoce a získávají návyky. Rodičovská opora je nejsilnějším prediktorem v utváření sebehodnocení dětí a obrazu vlastního tělesného sebepojetí „body image“. Tělesné „já“ je motivačním činitelem chování k sebeúctě, duševnímu zdraví a „well- beingu“. Je spojováno s racionální výživou a sportem. Cílem je získat dobrou kondici, udržet ideální hmotnost, dobrý vzhled, zdravotní stav, vybudovat svalstvo a zdravý racionální životní styl. (Fialová, Krch, 2012, s. 30- 3)

2.8. Význam trávení volného času v rámci rodiny

Způsob trávení volného času se formuje především v rámci rodiny. Je jedním z významných kritérií, která charakterizují životní styl dětí i jejich rodiny. Odráží se v něm jejich individuální cíle a rodinné možnosti. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2014, s. 75)

Rodiče mají zodpovědnost za kvalitní využívání volného času svých dětí a jejich dostatečný pohyb. Od útlého věku se dítěti má dostávat soustavného, přiměřeného poučení o tom, co je pro ně zdravé a co nikoliv. Mělo by být upozorňováno na to, čemu se má vyhýbat. Rodiče mají důležitou roli jako vzor chování v nebezpečných situacích, které dítě přejímá do budoucna. (Machová, Kubátová, 2009, str. 251)

Podnětné rodinné prostředí chápající potřeby dítěte je důležitým činitelem. Z něho děti přejímají správné vzorce volnočasového chování rodičů. Zásadní jsou výchovné podněty a zásahy rodičů podněcující účast na žádoucích aktivitách. Faktorem je i možnost hmotně či organizačně tyto volnočasové aktivity dětí podpořit. (Hájek, Hofbauer, Pávková, 2011, s. 32, 33)

Rodina realizuje svoji funkci především v mimoškolní době, o víkendech a o prázdninách, podílí se tak významnou měrou na výchově k využívání volného času. (Havlík, Halászová, Prokop, 1996, s. 41)

Společně trávený volný čas a zájem rodičů napomáhá propojování individuality dítěte s rodinou, ke tvorbě skupinové i osobní identity a je významným protektivním faktorem vzniku závislosti na psychoaktivních látkách. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 64)

Obecně lze říci, že návyky, které si dospívající děti vytvoří v časném věku, si obvykle sebou nesou až do dospělosti. (Ministerstvo životního prostředí ve spolupráci s Delegací Evropské komise v ČR, 2002, s. 9)

2.8.1. Volnočasové aktivity českých rodičů s dětmi

Mezi nejčastější způsoby společně tráveného volného času dětmi s rodinou zkoumané výzkumnou studií HBSC – Health Behaviour in School- aged Children patří sledování televize nebo videa, společné posezení a návštěva přátel či příbuzných. Méně často děti s rodinou sportují a hrají společenské hry. Téměř 60 % dětí uvedlo odpověď méně často či nikdy. Z volnočasových pohybových aktivit více než pětina dětí chodí s rodinou denně nebo skoro denně na procházku. Nejčastěji uvádí tento způsob trávení volného času jedenáctileté dívky. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 120)

2.9. Generační faktory

Pojem „faktor“ pochází z latinského slova „facere“ znamenajícího činit, dělat. Doslovně přeloženo jako činitel nebo veličina, která něco ovlivňuje nebo podmiňuje. (Wikipedia, 2013)

Generační faktory podmiňují jevy týkající se určitého souboru osob narozených ve stejném časovém úseku, ve shodném ročníku. Pojem „generace“ je definován Matějčkem jako soubor osob narozených v určitém časovém úseku. Mnohdy jsou používány výrazy ročník, pokolení (Matějček a kol., 2007, s. 34)

2.9.1. Typizace generací v období dospělosti

Oudová (2003) vymezuje období dospělosti:

- 1) mladá dospělost (20, 25 až 35 let)
- 2) střední dospělost (35- 45 let)
- 3) starší dospělost (45- 60, 65 let)

Novotná, Hříchová a Miňhová (2012) rozdělují dospělost na periody:

- 1) časná dospělost- mectima (20- 30, 32 let)
- 2) střední dospělost- adultium (30- 45 let)
- 3) pozdní dospělost- intervium (45- 60, 65 let)

2.9.1.1. Charakteristika generací do 35 let a jejich psychosociálních specifik

Mladá dospělost je období lidského věku od 20 let do 35 let. Mladá dospělost startuje důsledky pro nastávající fáze. Erikson nazývá mladou dospělost „Intimitou proti izolaci“ a definuje hlavní úkol mladé dospělosti. Je jím dosažení intimity, která je opakem povrchních vztahů. Ovlivňuje rozvoj osobnosti směrem porozumění si s druhými a k sebepoznání, má obdobný smysl jako prožití spolehlivého vztahu s matkou v raném dětství.

Výhodou pro tento věk je samostatnost, nezávislost, ekonomická soběstačnost, svoboda výběru přátel a partnera. Nevýhodou pak přijetí definitivní společenské pozice, omezení svobody, málo prostředků, sociální tlak na druh investic. Základním rozporem je potřeba svobody proti potřebě zkusit nové role- profese, rodičovství.

Vývojovými úkoly rodičů v tomto věku jsou stabilizace partnerství (resp. manželství), profesní role a rodičovství. Rodičovská role má vyšší sociální status než manželská nebo partnerská role. V období gravidity ženy dochází k transformaci rolí na otcovskou a mateřskou. Narození dítěte je mezníkem ve vytváření rodičovských postojů. První bilancování nastává ve 30 letech a může vést ke změně partnera, manžela, počtu dětí, zaměstnání. (Oudová, 2003, s. 34- 58)

Mectima je charakterizována jako období tvořivosti a přizpůsobivosti. Mladí rodiče sbírají zkušenosti jak profesní, tak i výchovné. Učí se z chyb. Zvláště ženy jsou do 35 let zatěžovány péčí o rodinu. (Novotná, Hříchová a Miňhová, 2012, s. 59- 61)

2.9.1.2. Charakteristika generací nad 35 let a jejich psychosociálních specifik

Střední dospělost je období lidského věku od 35 let až do 45 let. Erikson ji nazývá stadiem „Generativita proti stagnaci“. Lidé v tomto věku se zapojují do společnosti, aby měli potomstvo, vytvářeli hmotné statky a umělecká díla, plodí tvůrčí myšlenky. Výhodou jsou minimální nároky oproti období mladé dospělosti. Nevýhodou v období střední dospělosti je minimum nových podnětů, stereotypní životní styl, nezájem, lhostejnost, monotónnost, nuda. Nastává stagnace osobního rozvoje, která vyvolává potřebu změny jako protest proti rutině. Dochází ke krizi středního věku. Hrozí mimomanželský vztah jako kompenzační funkce k manželství nebo důsledek dysfunkce manželství. Druhé manželství je časté, lidé středního věku kladou důraz na obsah, vztahovou kvalitu a uspokojování lidských potřeb.

Charakteristickým rysem rodičů jsou somatické změny (stárnutí), společná intimita (sdílení života) a význam profesní role pro uspokojení seberealizace (ne společenská prestiž a finanční ohodnocení). Preferují pohodu a jistotu, smysl a užitek z práce. V tomto období mění vztah k hodnotám- hledají skutečné naplnění.

Nadřazenost rodičovské role se mění v symetrickou roli partnerů. Dítě pubescent rady rodičů nepřijme, proto je nutné stanovit hranice.

Propojením krize středního věku a dospívání dětí dochází k druhé krizi manželství. (Oudová, 2003, s. 58- 64)

Mezi 35 a 40 rokem prožívá většina dospělých „krizi středních let“.

V adultiu je rizikovým obdobím čtyřicátý rok věku rodičů, kdy se objevuje druhá manželská krize. S věkem klesá schopnost čelit zátěžovým situacím (nemoc, úmrtí či

rozvod) a přibývá množství vegetativních obtíží. Častý je konflikt rodina- zaměstnání, který má příčinu ve stresu a vede ke vzniku neuróz. (Novotná, Hříchová a Miňhová, 2012, s. 62- 64)

Starší dospělost je období lidského věku od 45 let do 60 let.

Toto období je spojeno se stárnutím a úbytkem kompetencí. V tomto období je nutné se adaptovat na tuto změnu a odhadovat svoje možnosti. Člověk nestojí o změnu, chce si uchovat to co je pro něj dobré, přijatelné. V postoji k sobě je patrná menší flexibilita, větší rigidita, svědomitost až ulpívavost.

Charakteristickými pro starší dospělost jsou tělesné změny a pozvolný úpadek tělesných funkcí. Stárnutí žen provází klimakterium, které je velkou stresovou změnou na rozdíl od mužů, kdy má stárnutí pozvolnější projevy.

V profesních rolích je v období starší dospělosti častý workaholismus nebo vyhoření.

Pojem generativita od E. H. Eriksona znamená předávání zkušeností v profesní roli další generaci a v roli rodičovské výchova dětí. V manželství je typický syndrom prázdného hnízda. K partnerovi jsou kladeny menší nároky, větší shovívavost a tolerance. Zvyšuje se spokojenost s manželstvím. Muži jsou klidnější, ženy se více prosazují. V roli prarodiče, která se stává součástí identity jedince, pak vnouče uspokojuje psychické potřeby prarodiče. Tato generace má nejvíce zodpovědnosti. (Oudová, 2003, s. 58- 67)

Intervium je období nesoucí sebou novou roli „prarodiče“. V tomto věkovém období převládá introvertnost a sklon k sebepozorování. Rodiče jsou méně aktivní v zájmech a méně impulzivní v emocích. Kladným přínosem jsou nashromážděné zkušenosti a řešení životních situací. (Novotná, Hříchová a Miňhová, 2012, s. 64- 66)

2.10. Geografické faktory

Geografické faktory označují činitele, které působí v lokalitě, kde rodina s dětmi bydlí. Zeměpisná poloha bydliště ovlivňuje zdraví a chování lidí žijících v dané lokalitě. S odlišnou geografickou polohou se mění i kvalita životního prostředí. Liší se také z hlediska dopravních možností a dosažitelnosti. Rozdíly v dostupnosti se mohou projevovat především v porovnání mezi typem vesnického a městského sídla. Toto rozdělení je podle počtu trvale žijících obyvatel. Funkční geografická poloha odlišuje město a vesnici ve velikosti (vyjádřené počtem obyvatel), v hospodářské struktuře, v

charakteru zástavby, v sociální infrastruktuře a způsobu života. (Matějček a kol., 2007, s. 63)

2.10.1. Charakteristika životního stylu rodin ve městě

Pro život rodin ve městě je charakteristická dobrá dostupnost v daném území. Dostupnost ve velkých městech je zajišťována hromadnou dopravou. Dosažitelná jsou školská zařízení, zdravotní střediska, sportovní a plavecká centra, parky nebo přírodní relaxační zóny. Dostupná jsou také kulturní a volnočasová střediska. Tento rys významně ovlivňuje pozitivní využívání volného času dětí ve městě. Pro volnočasové aktivity představuje městská lokalita bohaté a rozmanité možnosti. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 45)

V tomto tvrzení se shodují i autoři Hájek, Hofbauer, Pávková (2011, s. 31). Píší o enormním nárůstu volnočasových aktivit v městech v posledních desetiletích.

V negativním pohledu město charakterizují zhoršené životní podmínky. Dzúrová (2013) uvádí mezi negativní aspekty ovlivňující zdraví v městských lokalitách především znečištění (ve velkých aglomeracích), návykové látky a omezení pohybové aktivity.

Krejčí (2011, s. 31) vyslovuje názor souhlasný s výsledky Dzúrové, že čím větší aglomerace, tím větší negativní trendy- zvýšená kriminalita, konfliktní vztahy mezi lidmi, nadměrná konzumace drog všeho druhu (cigarety, alkohol, drogy).

WHO Kalman, Hamřík, Pavelka (2011, s. 72) dodávají, že současné dopravní podmínky v evropských městech nepodporují obyvatelstvu upřednostnit chůzi či jízdu na kole před hromadnou dopravou či automobilem. Snížený aktivní pohyb napomáhá rozvoji hypokinézy.

Kromě znečištění a stoupající hladiny hluku je ve městě vysoký výskyt dopravních nehod. Výsledky průzkumů uveřejněné v „Zelené knize“ (2011, s. 45) nebo v knize „Děti na cestách“ (2002, s. 3) ukazují na nebezpečí plynoucí z provozu, díky kterému dochází ke snižování počtu dětí, které chodí do školy pěšky nebo na kole. Také městská hromadná doprava zapříčiňuje snižování úrovně pohybové aktivity dětí a mládeže. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 45)

Podle Kohoutka (2009) má význam umístění obydlí, je rozdíl zda rodina bydlí na samotě, na venkově, ve městě či ve velkoměstě. Posuzuje místo bydliště dětí z hlediska uspokojování jejich potřeb. Z biologických potřeb Kohoutek píše o potřebě pohybu, která je často u dětí z velkoměst frustrována, pokud nejsou vytvořeny

adekvátní podmínky pro volný pohyb, hry a sport. Dítě nemohoucí uspokojit své základní potřeby v souladu se svými biorytmy, přiměřeně, je uspokojuje třeba i sociálně nežádoucím způsobem. Další frustrací je neuspokojování vyšších sociálně psychických potřeb (citového vyžití, sebeuplatnění, společenský kontakt a potřeba poznávat). Oproti venkovu město poskytuje více podnětů a zkušeností pro děti, které se však se zlepšováním a zrychlováním komunikačních možností zmenšují. Stinnou stránkou města je jednoznačně více „svodů“ (patologických jevů). (Kohoutek, 2009)

2.10.2. Charakteristika životního stylu rodin na venkově

V menších obcích z hlediska velikosti kategorie obce do 5000 obyvatel je nižší nabídka adekvátních sportovních aktivit, volnočasových středisek či klubů pro děti. Následkem této nedostatečné možnosti aktivního volnočasového vyžití stouplo rizikové chování dospívajících dětí v menších obcích v České republice v konzumaci tvrdého alkoholu a to 15 litrů na obyvatele nad 15 let. (Dzúrová, 2013).

Rozdíly byly zaznamenány mezi venkovskými a městskými dětmi ve způsobu trávení volnočasových aktivit. Poukazuje na to fakt, že městské děti mají výraznější názory na bojové filmy a agresivní počítačové hry, zatímco venkovské děti tráví čas především v přírodě. (Ptáčková, 2006)

I na venkově se mění podmínky využití volného času. Spotřební orientaci volného času nahrazuje styl života s aktivnější zážitkovou orientací pohybových aktivit a preferencí začleňování pohybu do životního stylu dětí již v dětském věku. (Sobotková, 2011)

Průcha (2002, s. 135) zmiňuje výzkum, kde v místech snížené dostupnosti kulturních center bylo jako následek zjištěno procentuálně nižší kulturní povědomí vesnických rodin pracujících zemědělců a dělníků.

3. Výzkumná část

3.1. Metodologie

3.1.1. Cíle práce

1. První cíl

Prvním cílem je zjistit aktuální vlivy v rodinách vedoucí ke zdravému životnímu stylu dětí s využitím dotazníkové metody. Dotazované oblasti životního stylu dětí se týkají duševního zdraví dětí a projevů stresu, vedení ke stravovacím návykům, pohybové aktivitě, k prevenci návykových rizik (vliv médií, kouření a alkoholu) včetně preventivního vedení rodičů dětí v oblasti vytváření vzájemné důvěry a společného trávení volného času.

2. Druhý cíl

Druhým cílem je analyzovat zjištěné výsledky z cíle prvního a provést komparaci s generačními a geografickými faktory.

Vlivy rodičů mladšího nebo staršího věku limitované věkovou hranicí 35 let představují faktory generační. Lokality, v kterých rodiny žijí, prezentují faktory geografické. Pro potřeby této diplomové práce jsou posuzovány odlišnosti vlivů v rodinách žijících v lokalitách do 10 000 obyvatel a nad 100 000 obyvatel.

Specifické dílčí cíle:

- stanovit výsledky v jednotlivých otázkách dotazníku
- porovnat projevy stresu v psychosomatické oblasti dětí s ohledem na geografické a generační faktory
- porovnat rodičovské vlivy na stravovací návyky dětí s ohledem na geografické a generační faktory
- porovnat rodičovské vlivy na pravidelnost sportovních aktivit dětí s ohledem na geografické a generační faktory
- porovnat rodičovské vlivy na prevenci škodlivých návyků s ohledem na geografické a generační faktory
- zjistit případný vliv geografických a generačních faktorů ovlivňujících utváření zdravého životního stylu dětí

3.1.2. Úkoly práce

- vyhledání a obsahová analýza odborné literatury a internetových zdrojů vztahujících se k tématu diplomové práce
- sestavení cílů diplomové práce na základě konzultací s vedoucím práce
- zpracování literární rešerše vztahující se k tématu
- stanovení předpokladů plánovaného výzkumu
- sestavení metodického postupu diplomové práce
- oslovení vytipovaných škol vhodných pro výzkum, domluvení spolupráce s těmito školami
- stanovení termínu dotazování
- realizace výzkumu
- zpracování zjištěných výsledků, analýza a komparace všech získaných dat
- diskuze k zjištěným faktům
- závěr výsledků výzkumu, stanovení doporučení

3.1.3. Hypotézy

Hypotéza 1

Tato hypotéza se vztahuje ke geografickým faktorům.

H1: Děti žijící v lokalitách do 10 000 obyvatel pociťují procentuálně méně psychosomatických příznaků stresu oproti dětem žijícím v lokalitách nad 100 000 obyvatel.

Zdůvodnění hypotézy:

Psychosomatické příznaky stresu se odrážejí z podmínek individuálního životního stylu dítěte, myšlenka Oudové (2002, s. 24). Dále je možné se domnívat, že městské děti mají nevýhodu v životním prostředí oproti venkovským, které tráví čas především v přírodě, jak uvádí Ptáčková. (Ptáčková, 2006) I z tvrzení, že potřeba pohybu a činnosti je často frustrována u dětí z velkoměst. (Kohoutek, 2009 a.) Zároveň i další shodné názory od Krejčí (2011, s. 31) a Džúrové (2013): „...čím větší aglomerace, tím větší negativní trendy...“, přispívají k této hypotéze.

Hypotéza 2

Tato hypotéza se vztahuje ke generačním faktorům.

H2: Děti rodičů do 35 let pociťují procentuálně méně psychosomatických příznaků stresu než děti rodičů nad 35 let.

Zdůvodnění hypotézy:

Z charakteristiky generací mladší a střední dospělosti a jejich psychosociálních specifik vyplývá, že mladí rodiče do 35 let, zvláště ženy, se věnují především péči o rodinu a děti. Naopak generace ve střední dospělosti preferují osobního rozvoj. (Novotná, Hříchová a Miňhová, 2012, s. 59- 64)

Hypotéza 3

Tato hypotéza se vztahuje ke geografickým faktorům.

H3: Děti žijící v lokalitách do 10 000 obyvatel jsou vedeny rodiči ke zdravým stravovacím návykům procentuálně více než děti žijící v lokalitách nad 100 000 obyvatel.

Zdůvodnění hypotézy:

Lze usuzovat z dobré dostupnosti ve městě, která je zajišťována hromadnou dopravou (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 45) a dobře dosažitelné jsou díky ní i různé cukrárny a občerstvení typu „fast- food“ oproti venkovskému prostředí.

Hypotéza 4

Tato hypotéza se vztahuje ke generačním faktorům.

H4: Rodiče nad 35 let vedou své děti ke zdravým stravovacím návykům procentuálně více než rodiče do 35 let.

Zdůvodnění hypotézy:

Odvozuji z názoru, že mladá generace rodin následuje americký trend rychlého občerstvení s výživově nevhodným sortimentem nabízených, často smažených potravin. (Machová, Kubátová 2009, str. 38)

Hypotéza 5

Tato hypotéza se vztahuje ke geografickým faktorům.

H5: Děti žijící v lokalitách do 10 000 obyvatel jsou vedeny ve volném čase k sportovnímu vyžití ve více než v 30% 3krát týdně oproti dětem žijícím v lokalitách nad 100 000 obyvatel, kteří v 30% 3krát týdně nespoutují.

Zdůvodnění hypotézy:

Je usuzováno z výroku, že městské děti mají nevýhodu v životním prostředí proti venkovským dětem, které tráví čas především v přírodě, jak uvádí Ptáčková. (Ptáčková, 2006) Také z jevu, že ve městě dochází ke snižování úrovně pohybové aktivity dětí a mládeže. (Zelená kniha, 2011, s. 45)

Dále z faktu, že jen 23% - 30 % z výzkumného počtu českých dětí ve věku od 11- 13 let se pohybuje alespoň 1 hodinu denně. (Kalman a kol., 2010, s. 65)

Hypotéza 6

Tato hypotéza se vztahuje ke generačním faktorům.

H3: Děti rodičů do 35 let jsou vedeny ve volném čase k sportovnímu vyžití více než 3krát týdně alespoň v 30% oproti dětem rodičů nad 35 let, kteří 30% 3krát týdně nedosahují.

Zdůvodnění hypotézy:

Je usuzováno z rešerše na pozitivní stránky psychosociálních specifik mladších rodičů (snaha o dobrou tělesnou kondici, dobrá komunikace s dětmi, tvořivost a přizpůsobivost ve výchově).

Dále z faktu, že jen 23% - 30 % z výzkumného počtu českých dětí ve věku od 11- 13 let se pohybuje alespoň 1 hodinu denně. (Kalman a kol., 2010, s. 65)

Hypotéza 7

Tato hypotéza se vztahuje ke geografickým faktorům.

H7: U dětí žijících v lokalitách do 10 000 obyvatel rodiče procentuálně více podporují dostatečnou prevenci škodlivých návyků než u dětí žijících v lokalitách nad 100 000 obyvatel.

Zdůvodnění hypotézy:

Dalo by se usuzovat z rešerše, že děti v menších lokalitách tráví více volného času v přírodě pohybovými aktivitami a mají ve svém okolí i méně negativních „svodů“, než děti ve městě.

Hypotéza 8

Tato hypotéza se vztahuje ke generačním faktorům.

H8: Procentuálně více je podporována dostatečná prevence škodlivých návyků u dětí rodičů nad 35 let než u dětí rodičů do 35 let věku.

Zdůvodnění hypotézy:

Jak vyplývá z rešerše, dalo by se usuzovat, že rodiče střední či starší dospělé generace vedou děti dostatečně k prevenci škodlivých návyků z důvodu větších životních zkušeností.

Hypotéza 9

Tato hypotéza se vztahuje ke geografickým faktorům.

H9: Lokalita bydliště má vliv na utváření životního stylu dětí.

Zdůvodnění hypotézy:

Na základě prostudované literatury lze předpokládat, že lokalita bydliště má vliv na utváření zdravého životního stylu dětí. Například Krejčí (2011, s. 31) vyslovuje

názor souhlasný s výsledky Džúrové (2013), že čím větší aglomerace, tím větší negativní trendy.

Hypotéza 10

Tato hypotéza se vztahuje ke generačním faktorům.

H10: Věk rodičů má vliv na utváření zdravého životního stylu dětí.

Zdůvodnění hypotézy:

Na základě prostudované literatury (Novotná, Hříchová a Miňhová, 2012) lze předpokládat, že každá generace rodičů má svá psychosociální specifika a může rozdílným vlivem působit na děti a odlišně utvářet jejich zdravý životní styl.

3.2. Metodika

Na základě vyhledání, shromáždění a prostudování české odborné literatury se zahraniční, včetně internetových zdrojů uvedených v seznamu literatury a seznamu internetových zdrojů, bude v teoretické části zpracována literární rešerše vztahující se k tématu diplomové práce.

Literární rešerše bude obsahově členěna pro potřeby diplomové práce do čtyř částí. V první části bude osvětlen význam zdraví jako kvality života, jeho determinanty, salutory, rizikové faktory zdraví a jeho prevence. Bude vysvětlen pojem „zdravý životní styl“, psychosomatické projevy stresu u dětí i zásady jeho prevence.

Druhá část literární rešerše bude pojednávat o vývojových etapách dětství a jejich specifikách, o rodině a jejím významu pro dítě, podá současný pohled na rodinu.

Třetí část literární rešerše bude věnována jednotlivým oblastem zdravého životního stylu: výživě dětí, správným stravovacími návykům včetně důsledků nesprávných stravovacích návyků dětí; pohybu dětí, jejich optimální tělesné aktivitě a riziku hypokinesy; vlivu médií, kouření a alkoholu na zdraví dětí, na jejich životní spokojenost i prevenci těchto škodlivých návyků; významu volnočasových aktivit rodičů s dětmi. V poslední části literární rešerše budou vysvětleny pojmy: „geografické faktory“, „generační faktory“. Blíže bude charakterizována dospělost z hlediska jejich psychosociálních specifik a popsán rozdíl životního stylu v lokalitách typu venkov-město.

Z objemu poznatků teoretické části diplomové práce a stanovených cílů práce budou ve výzkumné části stanoveny hypotézy. Pomocí kvantitativní metody dotazování proběhne výzkumné šetření se sběrem a vyhodnocením získaných dat. Předmětem zkoumání bude vliv rodiny na utváření zdravého životního stylu dětí. Záměrem bude porovnání zjištěných vlivů s faktorem věku rodičů mladší a starší dospělosti. Dalším záměrem bude posouzení zjištěných vlivů s faktorem místa bydliště v lokalitách do 10 000 a nad 100 000 obyvatel. Získaná fakta a výsledky ověření hypotéz budou prezentovány ve výsledcích výzkumné práce. Vyvozené závěry budou v diskuzi komparovány s výsledky výzkumné studie HBSC- Health Behaviour in School- aged Children a dalšími publikovanými názory v oblasti zdravého životního stylu dětí. Budou uvedena doporučení pro praxi týkající se utváření zdravého životního stylu dětí v rodině.

3.2.1. *Charakteristika souboru*

Šetření proběhlo přímo mezi dětmi, aby se co nejvíce přiblížilo skutečnému obrazu.

Snahou bylo získat pro výzkum reprezentativní soubor českých dětí ve věku 10 až 12 let v období středního školního věku.

Střední školní věk je mezníkem mezi dětstvím a dospíváním. Přestože se v tomto věku začíná oslabovat primární funkce rodiny, velký význam má očekávání a požadavky rodičů kladené na dítě. Děti si již autonomně vytváří názory na společenskou problematiku. Formují se jejich postoje k životnímu stylu. Utváří se budoucí model správného využívání volného času. Současně se ale také zvyšuje vliv kamarádů a to s sebou nese další rizika. Nové vrstevnické vzory mohou děti svést k negativní zkušenosti s návykovými látkami. (Havrdová, 2002, s. 35- 49)

Respondenty jsou žáci základních škol: Kasejovice okres Plzeň- jih, Blatná okres Strakonice, Plzeň- Doubrovka okres Plzeň- město a Plzeň- Lobzy okres Plzeň- město.

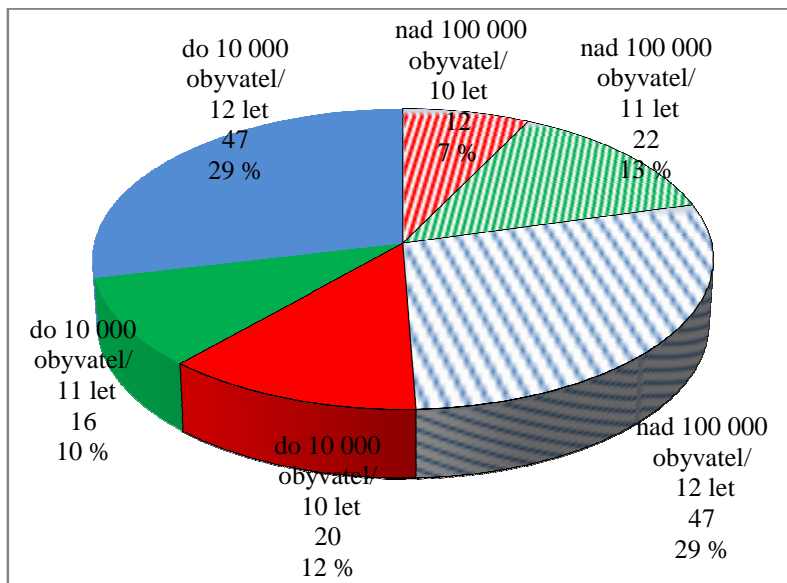
Struktura výběrového souboru byla zvolena bez ohledu na složení populace.

Z distribuovaného počtu 200 dotazníků se vrátilo 173 dotazníků. Z vráceného množství bylo dalších 9 dotazníků vyčleněno z důvodu přesažení stanovené věkové hranice probandů nebo chybného vyplnění dotazníku.

Po vytrídění obsahoval výběrový soubor 164 probandů ve věku 10, 11, 12 let, z toho 91 chlapců a 73 děvčat. Průměrný věk probandů je po zaokrouhlení 11 let.

Následující Graf č. 1 znázorňuje složení souboru z hlediska věku probandů a místa jejich bydliště.

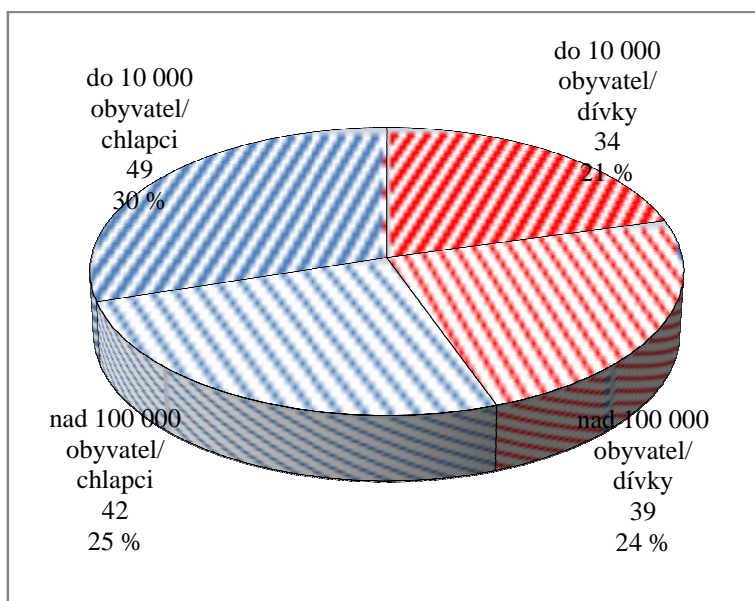
Graf č 1: Struktura výběrového souboru z hlediska věku a místa bydliště dětí



Zdroj: vlastní zpracování

Přehledně graficky je znázorněno složení výzkumného souboru probandů dle pohlaví probandů a místa jejich bydliště. (viz Graf č. 2)

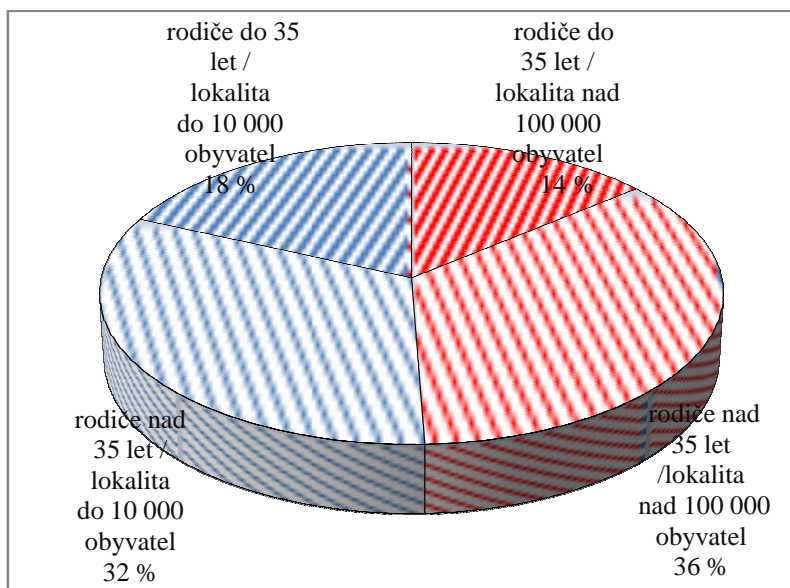
Graf č 2: Struktura výběrového souboru z hlediska pohlaví dětí a místa jejich bydliště



Zdroj: vlastní zpracování

Významná je charakteristika výzkumného souboru dle geografického faktoru- lokality místa bydliště probandů a generačního faktoru- věku rodičů probandů. Tyto specifické parametry byly nezbytné pro dosažení stanoveného cíle výzkumu. Přehled struktury souboru dle lokality bydliště probandů a věku jejich rodičů znázorňuje Graf č. 3.

Graf č. 3: Struktura výběrového souboru dle lokality bydliště a věku rodičů



Zdroj: vlastní zpracování

Z výběrového souboru bylo rozříděno 83 probandů z lokality do 10 000 obyvatel a 81 probandů z lokality nad 100 000 obyvatel.

Účastníci šetření jmenovali následující místa bydliště (uvedeno s příslušným počtem obyvatel):

- Nezdřev/ 126 obyvatel, Mladý Smolivec/ 704 obyvatel), Štěnovice/ 1658 obyvatel, Bezdědovice/ 332 obyvatel, Mačkov/ 289 obyvatel, Buzice/ 136 obyvatel, Škvořetice/ 327, Lnáře/ 759 obyvatel, Nekmíř/ 436 obyvatel, Zruč- Senec/ 2856 obyvatel, Bukovec/ 79 obyvatel, Předmíř/ 318 obyvatel, Hradiště/ 263 obyvatel, Oselce/ 364 obyvatel, Dýšina/ 1806 obyvatel (Wikipedie, 2014)
- Kasejovice/ 1 300 obyvatel, Sedlice/ 1307 obyvatel, Chrást/ 3175, Blatná/ 6777 obyvatel, Plzeň/ 169 688 obyvatel, Kladrubce/ 51 obyvatel, Řiště/ 26 obyvatel, Metly/ 60 obyvatel, Červený Hrádek/ 1196 obyvatel, Libákovice/ 182 obyvatel, Dožice/ 115 obyvatel, Újezd u Kasejovic/ 74 obyvatel, Polánka/ 78 obyvatel, Čekanice, 72 obyvatel (Wikipedie, 2015)

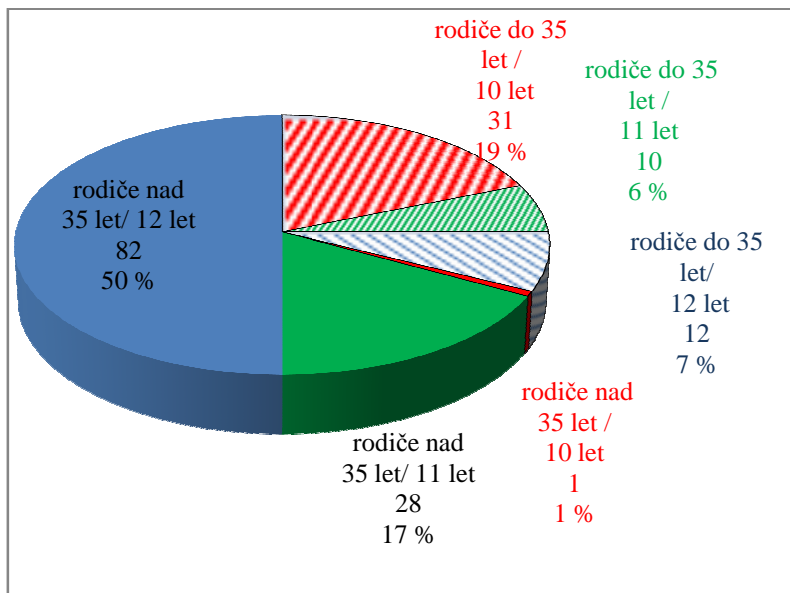
- Chloumek/ 62 obyvatel (Slavíček, 2011)
- Budislavice/ 66 obyvatel (Blovský, 2000)

Účastníci šetření uváděli data průměrného věku svých rodičů.

53 probandů mělo rodiče ve věku do 35 let (včetně 35 roku) a zbývající část 111 probandů mělo rodiče nad 35 let.

Další Graf č. 4 podává přehled o skladbě souboru z pohledu věku probandů a věku jejich rodičů.

Graf č. 4: Struktura výběrového souboru z hlediska věku probandů a věku jejich rodičů

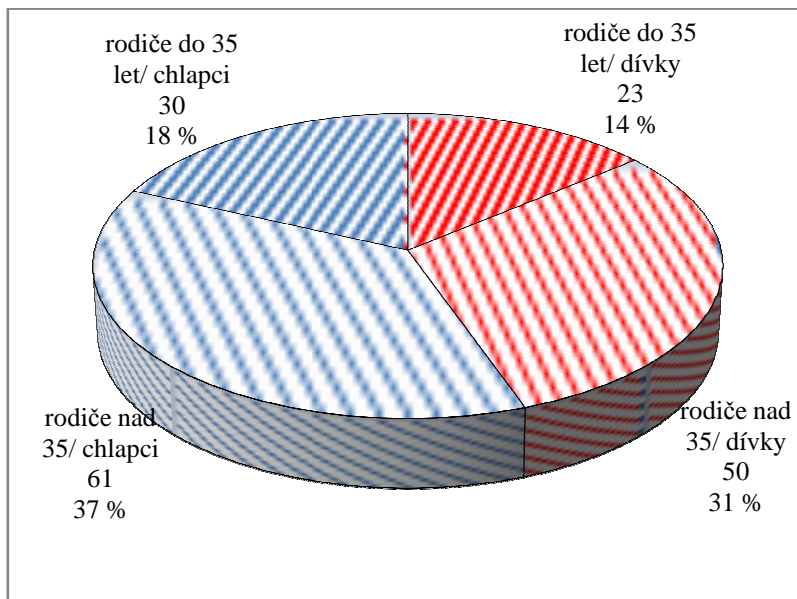


Zdroj: vlastní zpracování

Výběrový soubor čítal 91 chlapců a 73 dívek.

Přehledně graficky je znázorněno složení výzkumného souboru probandů dle pohlaví probandů a věku rodičů. (viz Graf č. 5)

Graf č. 5: Struktura výběrového souboru z hlediska pohlaví dětí a věku rodičů



Zdroj: vlastní zpracování

3.2.2. Použité metody

3.2.2.1. Dotazníkový formulář

Pro účely dotazování byl sestaven dotazník zjišťující úroveň vedení dětí ke zdravému životnímu stylu, který vychází z dotazníkového formuláře studie HBSC (Health Behaviour in School- Aged Children) uskutečněné v roce 2010. Tato studie je pokračováním mezinárodní (anglické) verze dotazníku vypracovaného koordinacním pracovištěm WHO (World Health Organization) a předmětem je výzkum životního stylu dětí v Čechách. V dotazníkovém formuláři HBSC byly dotazovány vedle základních sociodemografických ukazatelů specifické oblasti chování vztahující se k několika oblastem tělesného a duševního zdraví dětí. Jednalo se o kouření, užívání alkoholu, zdravotní a psychosomatické obtíže, užívání léků, výživa a stravovací zvyklosti, pohybové aktivity, volnočasové aktivity, rodinu a úrazy.

Dotazníkový formulář použitý v diplomové práci má obdobný zjišťující záměr. Mapuje životní styl dětí a výchovný vliv rodičů na utváření ZŽS. Dotazníkový formulář obsahuje sociodemografické údaje (věk dětí, pohlaví, průměrný věk rodičů, bydliště). Sonduje duševní stránku respondentů dotazem na psychosomatické příznaky stresu. Sedmi otázkami zkoumá oblast stravovacích návyků respondentů (snídaně, konzumace ovoce, zeleniny a rybího masa, pití čisté vody a neslazených nápojů, pravidelná dentální hygiena). Dvě otázky jsou zaměřené na pohybové aktivity dětí (vedení dětí k volnočasovým sportovním aktivitám a jejich pravidelnosti). Soubor posledních pět otázek formuláře se vztahuje k oblasti prevence před škodlivými návyky jako je vliv médií, kouření u dětí, konzumace alkoholu dětmi včetně preventivního působení a výchovy v rodině (vedení dětí k svěřování s problémy a motivaci ke společným volnočasovým aktivitám).

V dotazníku je jedna otevřená a 18 uzavřených otázek srozumitelně formulovaných pro věk probandů výběrového souboru (viz Příloha č. 1).

Dotazníkový formulář zjišťující úroveň vedení dětí ke zdravému životnímu stylu je hodnocen body jako celek. V Tabulce č. 1 je uveden klíč k vyhodnocení otázek 6 až 19 životního stylu dětí.

Tabulka č. 1: Životní styl dětí

Životní styl					
Kategorie	Body		Bodové hodnocení	%	
	od	do		od	do
I	23	28	zdravý životní styl	82	100
II	18	22	spíše zdravý životní styl	64	79
III	13	17	ani nezdravý, ani zdravý	46	61
IV	7	12	spíše nezdravý životní styl	25	43
V	0	6	nezdravý životní styl	0	22

Zdroj: vlastní zpracování

Pro ověření hypotéz H3, H4, H7, H8 jsou hodnoceny zvlášť dvě sekce otázek.

První sekce se týká oblasti vedení dětí ke stravovacím návykům. Vyhodnocení otázek 6 až 12 dotazníkového formuláře mapující stravovací návyky je stanoveno dle následujícího klíče. (Tabulka č. 2)

Tabulka č. 2: Stravovací návyky dětí

Stravovací návyky					
Kategorie	Body		Bodové hodnocení	%	
	od	do		od	do
I	12	14	zdravé stravovací návyky	86	100
II	9	11	spíše zdravé stravovací návyky	64	77
III	6	8	ani nezdravé, ani zdravé	42	57
IV	3	5	spíše nezdravé stravovací návyky	22	36
V	0	2	nezdravé stravovací návyky	0	14

Zdroj: vlastní zpracování

Druhá sekce otázek zahrnuje vedení dětí v prevenci škodlivých návyků, vedení dětí ke svěřování s problémy a společnému volnočasovému vyžití.

Příslušné otázky 15 až 19 jsou vyhodnoceny podle stanoveného klíče v Tabulce č. 3.

Tabulka č. 3: Prevence škodlivých návyků

Prevence škodlivých návyků					
Kategorie	Body		Bodové hodnocení	%	
	od	do		od	do
I	9	10	dostatečná prevence škodlivých návyků	90	100
II	7	8	spíše dostatečná prevence škodlivých návyků	70	80
III	5	6	ani dostatečná, ani nedostatečná prevence	50	60
IV	3	4	spíše nedostatečná prevence škodlivých návyků	30	40
V	0	2	nedostatečná prevence škodlivých návyků	0	20

Zdroj: vlastní zpracování

3.2.2.2. Statistické metody

Výsledky jsou zpracovány:

1. V grafické podobě pomocí grafů v programu MS Excel.
2. V kontingenčních tabulkách, v nichž jsou uvedeny absolutní i relativní četnosti odpovědí jednotlivých respondentů.
3. Chí- kvadrát test nezávislosti (χ^2) testem nezávislosti v kontingenční tabulce.

Data diplomové práce mají kategoriální charakter, proto bylo použito testování nezávislosti prostřednictvím χ^2 testu nezávislosti v kontingenční tabulce. Na základě výsledků těchto testů na hladině spolehlivosti 0,95 byly stanoveny závěry.

Ad 2) Kontingenční tabulka:

- kontingence = závislost 2 kvalitativních proměnných
- zkoumá závislost mezi kvalitativními znaky
- k ověření závislosti se používá chí- kvadrát test nezávislosti, založený na porovnání empirických teoretických četností

Stanovení hypotézy:

H0: X a Y jsou nezávislé

H1: non H0

$$n'_{ij} = \frac{n_{i\cdot} \cdot n_{\cdot j}}{n}$$

(Tomáš, 2013)

Výpočet testového kritéria:

$$G \approx \chi^2 [(r-1)(s-1)] \quad G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

(Tomáš, 2013)

Ad 3) χ^2 - test nezávislosti

χ^2 - test nezávislosti (chí- kvadrát) je rozdělení pravděpodobnosti využívané v statistice a lze jej použít pro libovolnou dvojici znaků k zjištění jejich nezávislosti (nakolik ovlivňuje změna jednoho znaku, znak druhý).

Výstupem bude jednak hodnota testovací statistiky χ^2 , jednak p- value testu, která je porovnána se zvolenou hladinou významnosti 0,05.

Pokud p- value < 0,05 je prokazováno, že znaky jsou vzájemně závislé. V opačném případě bude tvrzeno, že na zvolené hladině významnosti významný vzájemný vliv obou znaků nebyl pozorován.

Hodnota veličiny χ^2 bude porovnána s kritickou hodnotou příslušného rozdělení chí- kvadrát na požadované hladině významnosti 0,05.

Test lze použít za předpokladu, že všechny hodnoty jsou aspoň 5. (Tomáš, 2013)

Pro výpočet testovací statistiky a vyhodnocení výsledků testu byl použit statistický software „R“.

3.2.3. Organizace výzkumného šetření

Realizace výzkumu probíhala v zimních měsících od ledna do poloviny března v roce 2015. Respondenty byly žáci základních škol: Kasejovice okres Plzeň- jih, Blatná okres Strakonice, Plzeň- Doubravka okres Plzeň- město a Plzeň- Lobzy okres Plzeň- město.

Výzkum se uskutečnil v 5. a 6. třídách po domluvě s řediteli škol a třídními učiteli. Výzkumné šetření probíhalo za přítomnosti vyučujících v době třídních hodin nebo na začátku hodin předmětu Výchova ke zdraví.

Respondenti byli podrobně seznámeni s jednotlivými otázkami dotazníku a pravidly vyplňování. K zajištění anonymity byli upozorněni na skutečnost, že dotazník není potřeba podepisovat jménem.

4. Vyhodnocení výsledků práce

K uskutečnění prvního cíle bylo zapotřebí analyzovat aktuální vlivy v rodinách vedoucí ke zdravému životnímu stylu dětí s využitím kvantitativní metody dotazování.

K dosažení druhého cíle pak potvrdit či vyvrátit hypotézy vyhodnocením sebraných dat vzhledem ke geografickým a generačním faktorům.

Generačním faktorem je věk rodičů probandů. V případě výzkumu dětí středního školního věku bude porovnáván vliv rodičů dvou skupin generací. První skupinou jsou rodiče dětí v období mladší dospělosti (do věku 35 let včetně). Druhou skupinou jsou rodiče v období střední a starší dospělosti (nad 35 let).

Je stanoveno, že 35 rok věku dělí období dospělosti na mladší a střední. (Oudová, 2003)

Geografickým faktorem je místo bydliště probandů, které je pro potřeby diplomové práce rozděleno na dvě posuzované lokality. První lokalita spadá v počtu obyvatel do 10 000 a druhá lokalita nad 100 000 obyvatel.

Výsledky jsou analyzovány a statisticky vyhodnoceny v následujících kapitolách.

4.1. Vyhodnocení odpovědí dotazníku

Tato kapitola přináší výstupy z jednotlivých otázek vyhodnocených dotazníků žáků uvedených základních škol.

4.1.1. Psychosomatické příznaky

Otázka č. 5. zjišťuje, zda žáci na sobě pociťují některé z uvedených příznaků:

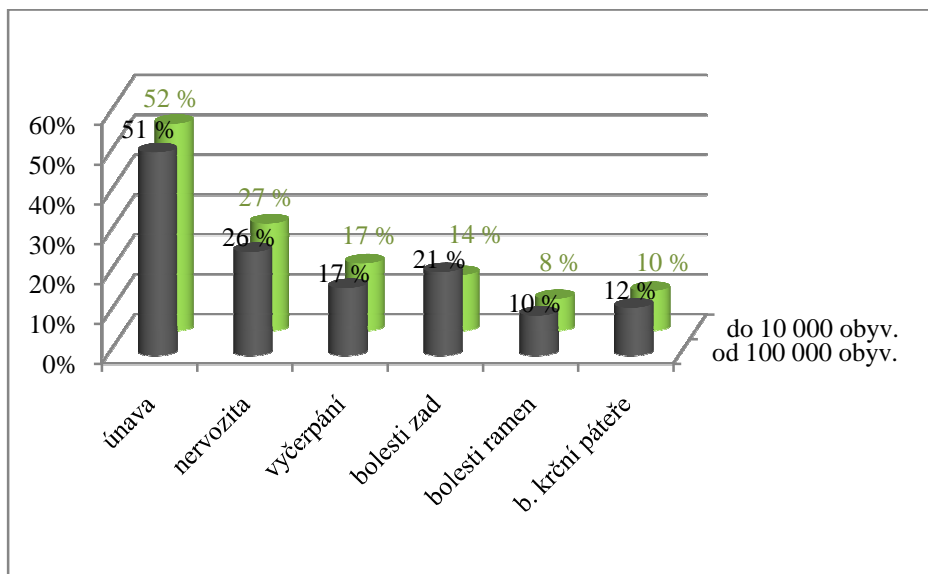
a) únava, b) nervozita, c) vyčerpání, d) bolesti zad, e) bolesti ramen, f) bolesti krční páteře. (možnost více variant odpovědí)

U příznaků byl nejnižší výskyt odpovědí zaznamenán u příznaku „bolest ramen“, v 8 % v lokalitě do 10 000 obyvatel a v lokalitě nad 100 000 obyvatel v 10 %.

Nejvyšší hodnoty byly zaznamenány u příznaku „únava“, v lokalitě do 10 000 obyvatel v 52 % a v lokalitě nad 100 000 obyvatel v 51 %.

Druhým nejvíc zastoupeným příznakem byla „nervozita“, u respondentů žijících v lokalitě do 10 000 obyvatel v 27% a u respondentů žijících v lokalitě nad 100 000 obyvatel v 26 %. Ve výsledcích u jednotlivých příznaků nebyly zjištěny výraznější rozdíly mezi posuzovanými lokalitami. Rozsah zastoupení jednotlivých příznaků vzhledem k lokalitě ukazuje Graf č. 6.

Graf č. 6: Výskyt psychosomatických příznaků vzhledem k lokalitě bydliště (v %)



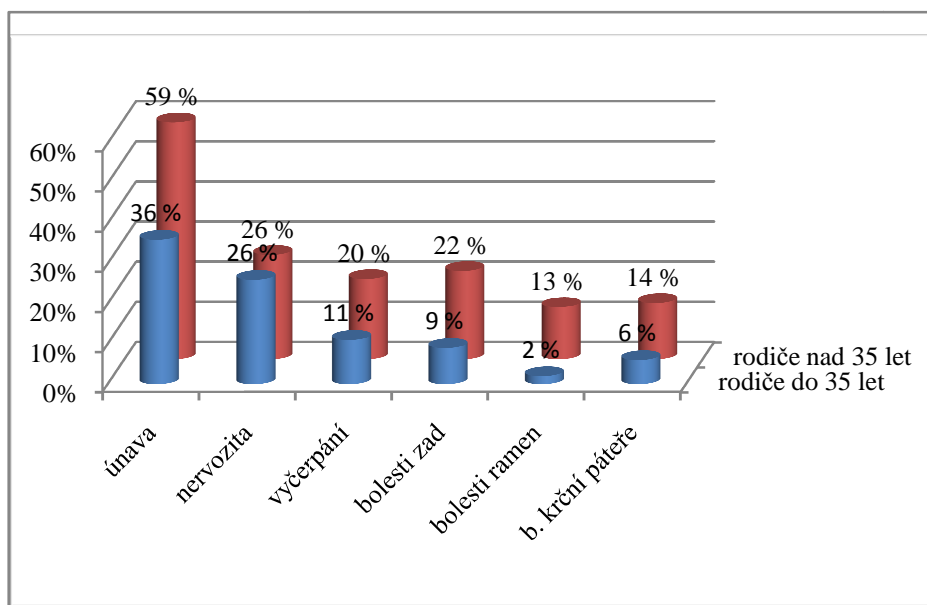
Zdroj: vlastní zpracování

q

Nejnižší výskyt byl zaznamenán u příznaku „bolest ramen“ v 2 % u žáků rodičů do 35 let. Nejvyšší výskyt udávali žáci rodičů nad 35 let u příznaku „únava“ - 59 %.

Ve výsledcích byly zjištěny výraznější rozdíly v zastoupení u jednotlivých příznaků. Ve věkové kategorii dětí rodičů do 35 let respondenti uváděli méně v následujících příznacích: „únava“ o 23 %, „vyčerpání“ o 9 %, bolesti zad o 13 %, bolest ramen o 11 % a bolest krční páteře o 8 %. Rozsah zastoupení jednotlivých příznaků vzhledem k věku rodičů ukazuje Graf č. 7.

Graf č. 7: Výskyt psychosomatických příznaků vzhledem k věku rodičů (v %)



Zdroj: vlastní zpracování

4.1.2. Stravovací návyky

K oblasti stravovacích návyků náleží otázky týkající se: pravidelnosti snídání (otázka č. 6), konzumace ovoce (otázka č. 7) a zeleniny (otázka č. 8), konzumace rybího masa (otázka č. 9), pití čisté vody (otázka č. 10), pití neslazených nápojů (otázka č. 11) a pravidelné dentální hygieny (otázka č. 12).

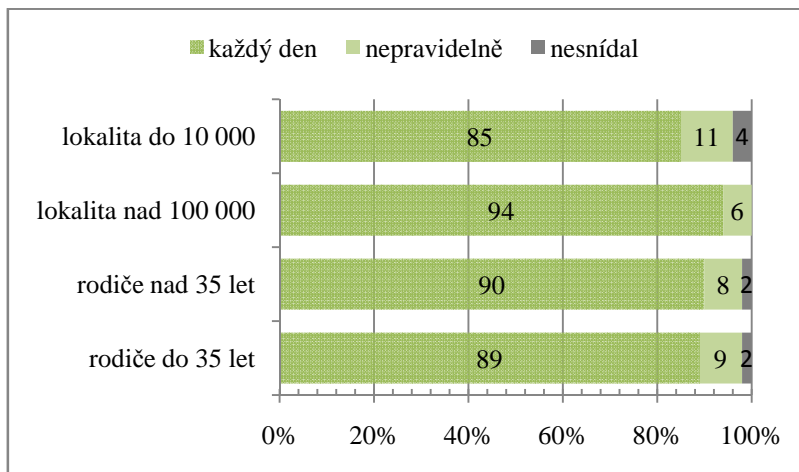
Pravidelnost snídání

Otázkou je sondováno, zda rodiče vedou děti ve stravovacích návycích k tomu, aby snídali: a) pravidelně každý den, b) nepravidelně, c) nesnídali.

Podle zjištěných výsledků k pravidelné snídání je vedeno nejméně 85 % dotazovaných dětí, k nepravidelnosti snídání 6- 11 % dětí a 11 % dětí není vedeno k snídání vůbec.

V lokalitě nad 100 000 obyvatel rodiče o 9% více vedou děti k pravidelnosti snídání než v lokalitě do 10 000 obyvatel. O 5% více dětí z lokality do 10 000 obyvatel snídá nepravidelně oproti lokalitě nad 100 000 obyvatel. V lokalitě do 10 000 obyvatel nesnídají 4% dětí, v lokalitě nad 100 000 obyvatel nejsou žádní nesnídající respondenti. Není významný rozdíl ve vlivu rodičů respondentů z hlediska věku rodičů. (Graf č. 8)

Graf č. 8: Pravidelnost snídání v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)



Zdroj: vlastní zpracování

Konzumace ovoce

Dotaz zkoumá vliv rodičů na konzumaci ovoce:

a) méně než 1krát denně, b) 1- 3krát denně, c) více než 3krát denně.

Výsledky výzkumu ukazují, že ke konzumaci ovoce „více než 3krát denně“ je rodiči vedeno 17- 31 % dětí. „1- 3krát denně“ je ke konzumaci ovlivněno 57- 65 % dětí. Méně než 12 % dětí je vedeno ke konzumaci ovoce „méně než 1krát denně“.

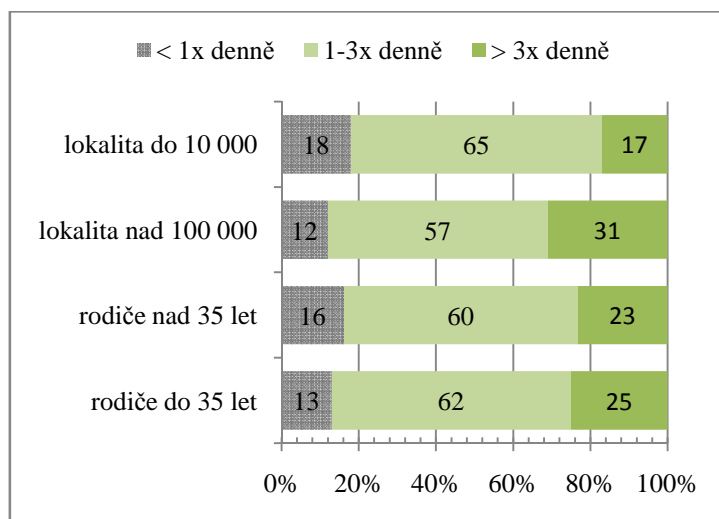
V porovnání lokalit jsou děti žijící ve velkých městských lokalitách nad 100 000 obyvatel vedeny svými rodiči k prospívající konzumaci ovoce („více než 3krát denně“) o 14 % více než v menších lokalitách do 10 000 obyvatel. I v nedostatečné konzumaci („méně než 1krát denně“) ukazují výsledky o 6 % nárůst u dětí z menších lokalit do 10 000 obyvatel oproti městským dětem.

V četnosti „1- 3krát denně“ konzumují ovoce děti v lokalitách do 10 000 obyvatel, což je o 8 % více než jsou vedené děti z lokalit nad 100 000 obyvatel.

Podle věku rodičů je rozdíl v ovlivňování respondentů v konzumaci ovoce zanedbatelný.

Prioritu výběru možností na otázku konzumace ovoce ukazuje Graf č. 9.

Graf č. 9: Konzumace ovoce v porovnání s lokalitou
bydliště a věkem rodičů (v %)



Zdroj: vlastní zpracování

Konzumace zeleniny

Dotaz zkoumá vliv rodičů na konzumaci zeleniny:

a) méně než 1 krát denně, b) 1- 3 krát denně, c) více než 3 krát denně.

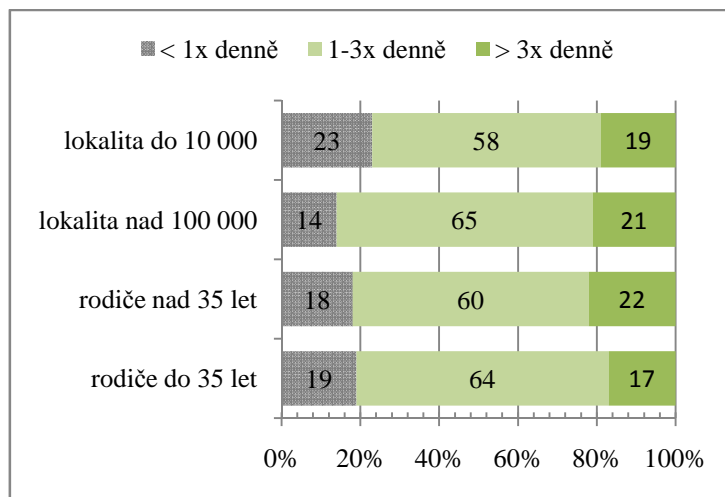
Podle výsledků je konzumace zeleniny u dětí „více než 3 krát denně“ podpořena rodiči v 17- 22 %. „1- 3krát denně“ je ke konzumaci ovlivněno 58- 64 % dětí. Méně než 14 % dětí je vedeno ke konzumaci zeleniny „méně než 1krát denně“.

V porovnání lokalit jsou děti žijící ve velkých městských lokalitách nad 100 000 obyvatel vedeny ke konzumaci zeleniny („1- 3krát denně“) o 7 % více než děti v menších lokalitách do 10 000 obyvatel. Zároveň jsou děti z menších lokalit o 9 % více nedostatečně vedeny ke konzumaci („méně než 1krát denně“) oproti městským dětem (nad 100 000 obyvatel).

Podle věku rodičů je rozdíl v ovlivňování respondentů v prospěšné konzumaci zeleniny („více než 3krát denně“) patrný více (o 5 %) u dětí rodičů nad 35 let.

Prioritu výběru možností na otázku konzumaci zeleniny ukazuje Graf č. 10.

Graf č. 10: Konzumace zeleniny v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)



Zdroj: vlastní zpracování

Konzumace rybího masa

Dotaz zkoumá vliv rodičů na konzumaci pokrmů z rybího masa:

a) 1krát týdně a více, b) 1- 3krát měsíčně, c) méně často než 1krát za měsíc, d) rybí maso nejí vůbec

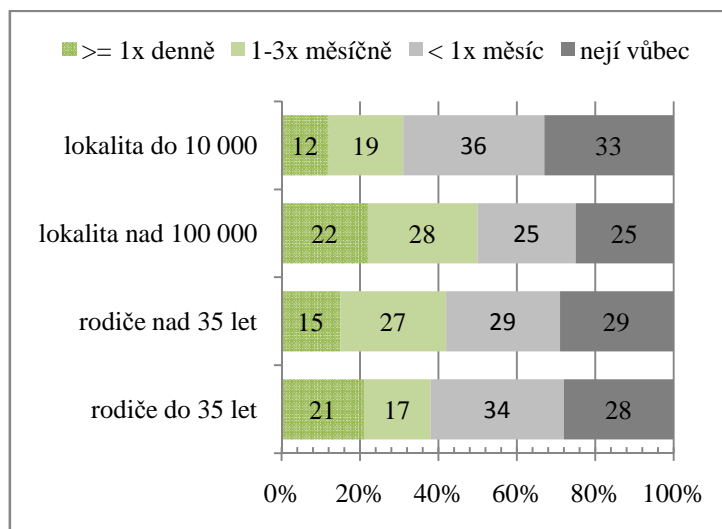
Podle výsledků je konzumace rybího masa „více než 1krát týdně“ podpořena rodiči ve 12- 22 %, „1- 3krát měsíčně“ v 17- 28 %, ve 25- 36 % „méně často než 1krát za měsíc“ a v 25- 33 % děti „rybí maso nejí vůbec“.

Při hodnocení rozdílnosti posuzovaných lokalit v konzumaci ryb ukazují výsledky na větší prospěšnost vlivu rodičů v lokalitách nad 100 000 obyvatel: děti konzumují ryby o 10% více ve variantě „1krát týdně nebo vícekrát“, o 9% ve variantě „1- 3krát měsíčně“ a naopak o 11 % méně ve variantě „méně než 1krát měsíčně“ a zároveň o 8 % méně ve variantě „nejí rybí maso vůbec“.

Rozdíl priority výběru možností podle porovnání věkových kategorií rodičů je v prospěch rodičů nad 35 let, kteří vedou děti ke konzumaci rybího masa o 10 % více ve variantě „1- 3 krát měsíčně“ a o 5 % méně ve variantě „1 krát za měsíc“.

Naopak vedení dětí v konzumaci ryb „více než 1krát týdně“ je podporováno rodiči ve věku do 35 let o 6 % oproti druhé posuzované věkové skupině rodičů, jak ukazuje Graf č. 11.

Graf č. 11: Konzumace pokrmů z rybího masa
v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)



Zdroj: vlastní zpracování

Pítí čisté vody

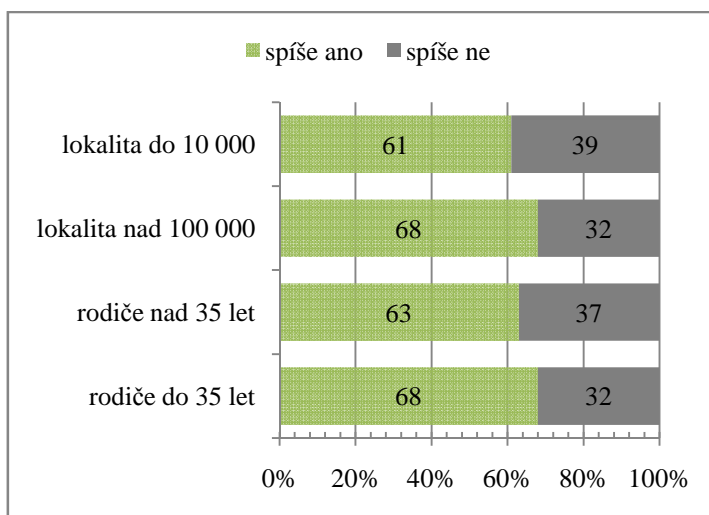
Otázka zjišťuje, zda rodiče ovlivňují děti k pití čisté vody: a) spíše ano, b) spíše ne.

Výsledky ukazují, že rodiče vedou děti k pití čisté vody (v možnosti „spíše ano“) v 61-68 %, v možnosti „spíše ne“ jen v 32- 39 %.

V lokalitách nad 100 000 obyvatel je o 7 % více dětí vyzýváno rodiči k pití čisté vody než v lokalitách do 10 000.

Děti rodičů do 35 let jsou o 5 % více vedené k pití čisté vody oproti dětem rodičů nad 35 let. Podrobněji Graf č. 12.

Graf č. 12: Pití čisté vody v porovnání s lokalitou
bydliště a věkem rodičů (v %)



Zdroj: vlastní zpracování

Pítí slazených a neslazených nápojů

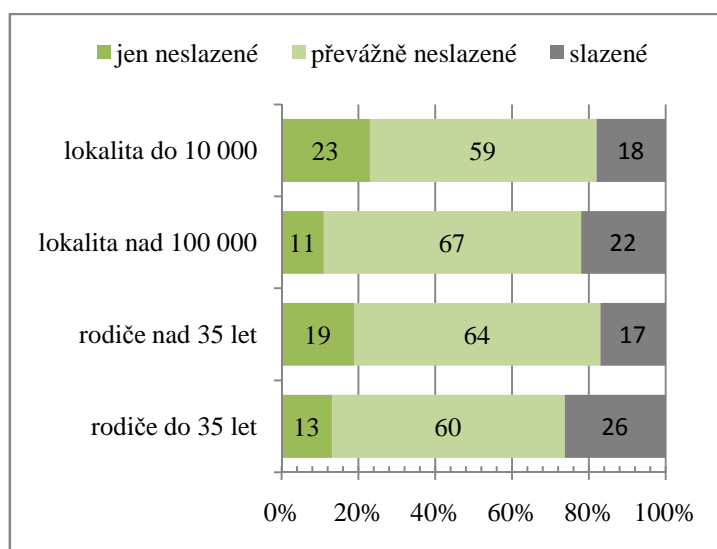
Otázka zjišťuje, zda rodiče ovlivňují děti k pití nápojů: a) jen neslazených, b) převážně neslazených, c) slazených.

K pití „jen neslazených“ nápojů vedou rodiče děti v 11- 23 %, k pití „převážně neslazených“ nápojů v 59- 64 % a „slazených“ nápojů v 17- 26 %.

S přihlédnutím k porovnání lokalit je nejvýznamnější rozdíl 12 % v rodičovské podpoře pití „jen neslazených“ nápojů ve prospěch dětí z menších lokalit do 10 000 obyvatel. Dále graf ukazuje na 8% rozdíl v pití „převážně neslazených“ nápojů ve prospěch velkých lokalit oproti malým do 10 000 obyvatel.

V porovnání zkoumaných skupin dětí podle věku rodičů ukazují výsledky ve prospěch dětí rodičů nad 35 let v pití „jen neslazených“ nápojů o 6 %, v pití „převážně neslazených“ nápojů o 4 % a v pití „slazených“ o 9% méně než děti mladších rodičů. Z výsledků odpovědí vychází, že děti rodičů do 35 let jsou vedené pít slazené nápoje ve varovných 35 %. Následující Graf č. 13. podává více informací.

Graf č. 13: Pití slazených a neslazených nápojů
v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)



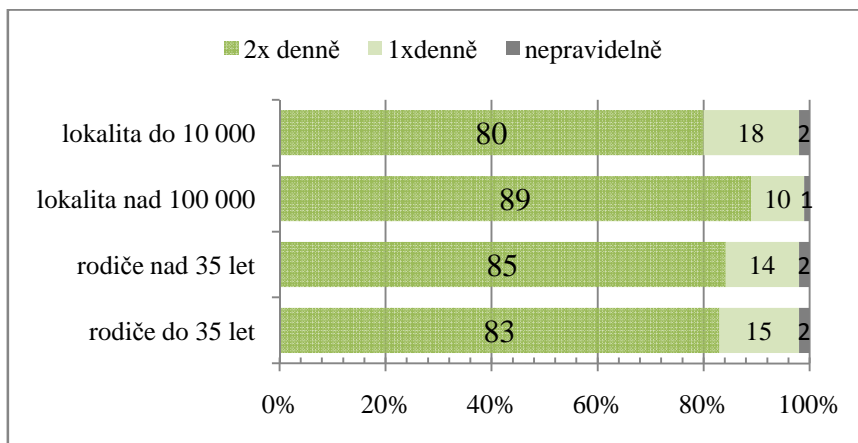
Zdroj: vlastní zpracování

Dentální hygiena

Otázka zjišťuje vedení dětí v péči o chrup: a) pravidelně 2krát denně, b) pravidelně 1krát denně, c) nepravidelně.

Výsledky podle odpovědí ukazují na pozitivní působení rodiny v čištění zubů „pravidelně 2krát denně“ v 80- 89 % dotazovaných. „Pravidelně 2krát denně“ jsou v 80 % vedené děti z menších lokalit (do 10 000 obyvatel) k čištění zubů, což je o 9 % méně než ve velkých městských lokalitách. V porovnání dle věkového hlediska rodičů jsou rozdíly nepodstatné. Více informací dle Grafu č. 14.

Graf č. 14: Dentální hygiena dětí v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)



Zdroj: vlastní zpracování

4.1.3. Pohybové aktivity

Pohybovým aktivitám jsou věnované dvě otázky. Otázka č. 13 je zaměřená na vedení dětí k volnočasovým sportovním aktivitám a otázka č. 14 k jejich pravidelnosti.

Volnočasové sportovní aktivity

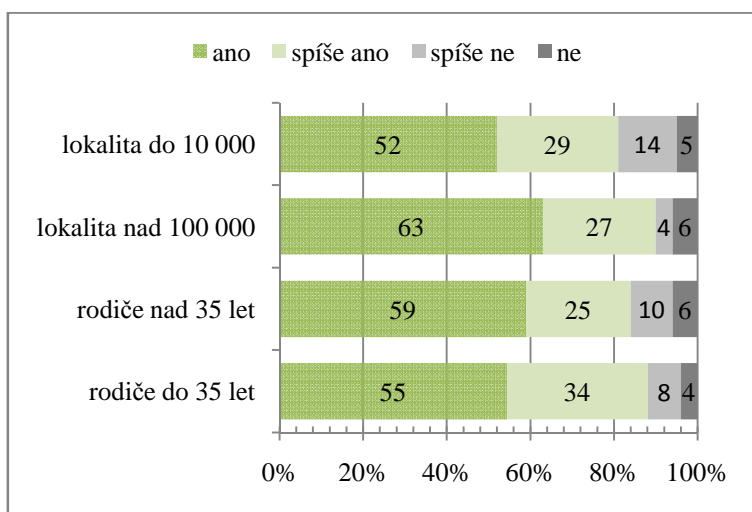
Otázka zkoumá, zda vedou rodiče děti ke sportovním aktivitám ve volném čase: a) ano, b) spíše ano, c) spíše ne, d) ne. (V otázce se uvádí příklad sportovních aktivit: fotbal, volejbal, basketbal, florbal, in-line hokej, cyklistika, tenis, stolní tenis, plavání, turistika, lyžování, bruslení, aerobic, jezdeckví, jogging, sportovní plavání, badminton...)

V celkovém pohledu na odpovědi dětí v 52- 63 % rodiče své děti vedou k tomu, aby ve volném čase sportovaly – možnost „ano“. „Spíše ano“ odpovědělo celkově 25- 34 % respondentů. Neutrálním nebo negativním postojem rodičů k podpoře dětí ke sportování ve volném čase je dle výsledků z celkového souboru vyčleněno 12- 19 % odpovědí respondentů.

V porovnání lokalit (u varianty „ano“) vedou rodiče děti ve velkých lokalitách (nad 100 000 obyvatel) ve VČ ke sportu o 11 % více než v malých lokalitách. Celkem tedy v 63 %, což je nejvyšší zastoupení z faktorů vůbec u odpovědi „ano“. Záporné odpovědi „ne“ a „spíše ne“ dosahují společně opět nejnižších procentuálních hodnot z faktorů (10 %) u dětí z velkých lokalit.

V porovnání u věku rodičů vychází pozitivněji vliv mladších rodičů do 35 let, přestože starší rodiče o 4 % více podporují ve volném čase děti ke sportu „ano“, viz Graf č. 15.

Graf č. 15: Volnočasové sportovní aktivity dětí
v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)



Zdroj: vlastní zpracování

Pravidelnost sportovních aktivit

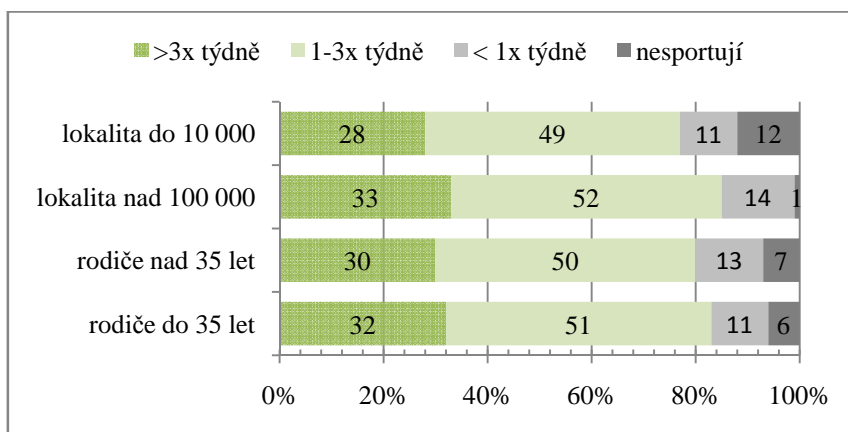
Otázka zkoumá, zda vedou rodiče děti ve volném čase ke sportovním aktivitám: a) více než 3 krát týdně, b) 1- 3 krát týdně, c) méně než 1 krát týdně, d) nesportují vůbec.

Dle výsledků jsou děti vedeny ke sportu „více než 3krát týdně“ v 28- 33 %, „1- 3krát týdně“ v 49- 51 %, „méně než 1krát týdně“ v 11- 14 % a „nesportují vůbec“ v 1- 12 % odpovědí respondentů.

Děti z lokalit nad 100 000 obyvatel jsou o 5 % více vedeny ke sportování „více než 3krát týdně“, přitom „nesportujících vůbec“ je v této lokalitě o 11 % méně než v porovnání s dětmi z menších lokalit (do 100 000 obyvatel).

Rozdíl ve vedení dětí k pravidelnosti sportovních aktivit z hlediska věku rodičů bezvýznamný, jak je znázorněno na Grafu č. 16.

Graf č. 16: Pravidelnost sportovních aktivit dětí
v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)



Zdroj: vlastní zpracování

4.1.4. Prevence škodlivých návyků

Tato část otázek je zaměřená na prevenci před škodlivými návyky, jako je přemíra sledování médií (otázka č. 15), konzumace alkoholu (otázka č. 16), kouření (otázka č. 17) Je zde zahrnuto také preventivní vedení dětí, aby se svěřovaly rodičům s problémy (otázka č. 18) nebo preventivní vedení dětí ke společnému trávení volného času s rodiči různými zájmovými činnostmi. (otázka č. 19).

Sledování médií

Otázka zkoumá vedení dětí v trávení volného času sledováním televize, videa, hraním počítačových her nebo prohlížením internetu v celkovém čase: a) 1 hod. denně a méně, b) 1- 2 hod. denně, c) 3- 4 hod denně, d) 4 hod. denně a více.

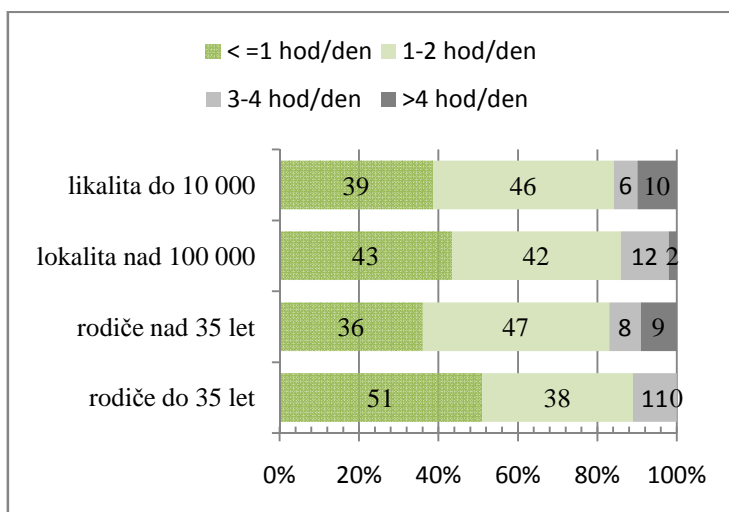
Rodiče podle výsledků vedou děti k sledování médií v čase „1 hod. denně a méně“ celkem 36- 51 % respondentů, „1- 2 hod. denně“ 38- 47 % respondentů, „3- 4 hod denně“ 6- 12 % dotazovaných a „4 hod. denně a více“ od 2- 10 % respondentů.

V porovnání lokalit je ve sledování médií významný rozdíl u respondentů z velkých lokalit nad 100 000 obyvatel: v rozmezí „3- 4 hod denně“ je o 6 % vyšší a v době „4 hod. denně a více“ o 8 % nižší než v malých lokalitách do 10 000 obyvatel.

Ještě významnější rozdíl je v porovnání skupin dětí dle věku rodičů. Děti rodičů do 35 let jsou vedené trávit volný čas sledováním televize „1 hod. denně a méně“ o 15 % více, „1- 2 hod. denně“ o 9 % méně a „4 hod. denně a více“ o 9% méně, než děti rodičů nad 35 let ve stejné době.

V 51 % je největší zastoupení možnosti „ a)“ ze sledovaných faktorů. Jde o děti rodičů do 35 let vedené k trávení volného času sledováním televize pouze „1 hod. denně a méně“. Více informací Graf č. 17.

Graf č. 17: Sledování médií dětmi v porovnání s lokalitou bydliště a věkem (v %)



Zdroj: vlastní zpracování

Konzumace alkoholu

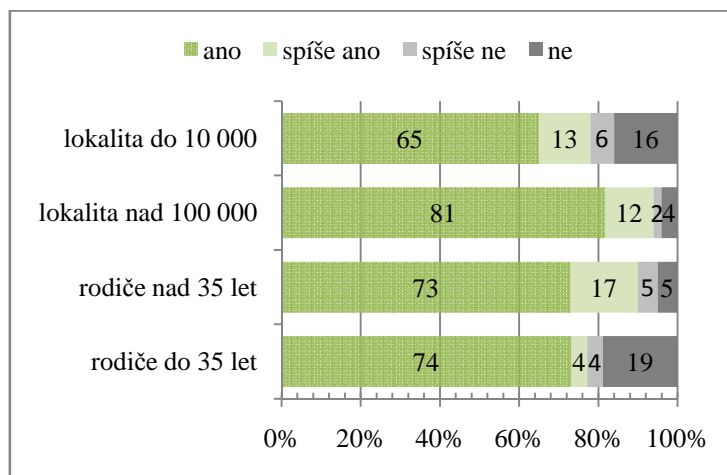
Otázka zkoumá vedení dětí k prevenci pití alkoholu: a) ano, b) spíše ano, c) spíše ne, d) ne.

Výsledky ukazují, že děti jsou vedené k prevenci konzumace alkoholu: „ano“ v 65- 81 %, „spíše ano“ v 12- 44 %, „spíše ne“ ve 2- 6 %, „ne“ ve 2- 19 %.

Nejvýznamnější pro podporu prevence je v porovnání obou lokalit působení ve velkých lokalitách nad 100 000 obyvatel, kde dosahuje 81%. To je o 16% méně než v lokalitách do 10 000 obyvatel. V menších lokalitách je o stejný rozdíl (16%) naopak zaznamenáno nevedení k prevenci pití alkoholu (odpovědi „spíše ne“ a „ne“).

Z hlediska věku rodičů je zarážející 13% rozdíl v možnostech „spíše ne“ a „ne“ nepodporující prevenci konzumace alkoholu v neprospěch rodičů do 35 let. Zbylé údaje nejsou v porovnání významné, jak ukazuje Graf č. 18.

Graf č. 18: Vedení dětí k prevenci pití alkoholu
v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)



Zdroj: vlastní zpracování

Kouření

Otázka zkoumá vedení dětí k prevenci kouření: a) ano, b) spíše ano, c) spíše ne, d) ne.

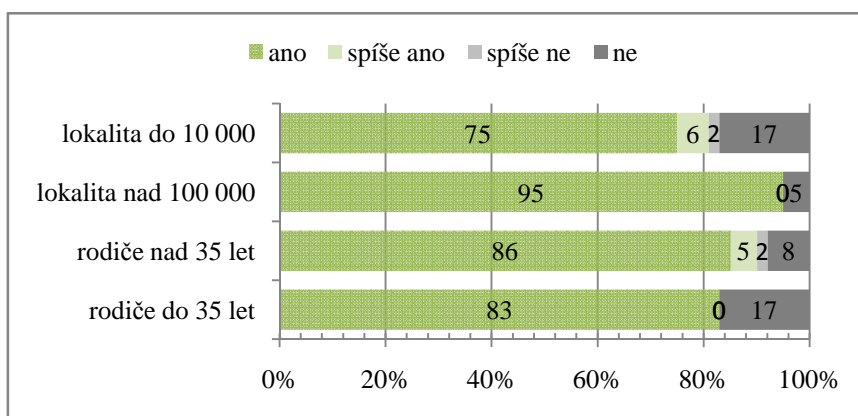
Podle výsledků z odpovědí respondentů jsou děti k prevenci kouření vedené „ano“ v 75- 95 %, „spíše ano“ v 5- 6 %, „spíše ne“ v 2 % a „ne“ v 5- 17 %.

Podle porovnání lokalit je nejvýraznější zastoupení preventivního vedení dětí v lokalitě nad 100 000 obyvatel- 95 % („ano“). Rozdíl mezi touto a menší lokalitou do 10 000 obyvatel je ve variantě „ano“ o 20 %, v obou podporujících variantách „ano“ a „spíše

ano“ o 14 %. Zároveň je v lokalitách nad 100 000 obyvatel i nejnižší zastoupení variant, které vedení prevence kouření nepodporují- 5 % (spíše ne“ a „ne“).

V porovnání rozdílnosti skupin dětí podle věku rodičů, je významné varující procento dětí rodičů do 35 let, které nejsou vedeny „ne“ k prevenci kouření v 17 %. V porovnání ve variantách odpovědí „spíše ne „, a „ne“ jsou také o 7 % na výši oproti dětem rodičů nad 35 let. Dále přehled zastoupení možností podle Grafu č. 19.

Graf č. 19: Vedení dětí k prevenci kouření v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)



Zdroj: vlastní zpracování

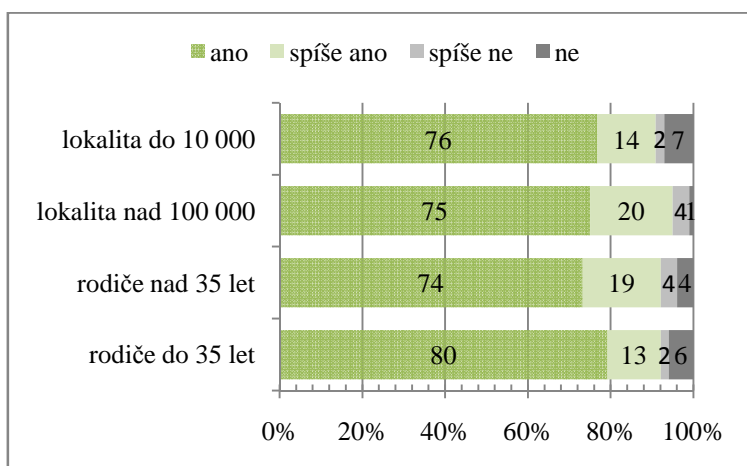
Svěřování s problémy

Otázka zkoumá vedení dětí ke svěřování s problémy: a) ano, b) spíše ano, c) spíše ne, d) ne.

Podle zastoupení možností odpovědí je v celkovém pohledu čitelné z grafu č. 20., že ke svěřování se s problémy je vedeno ve variantách: „ano“ 74- 80 % dětí, „spíše ano“ 13- 20 % dětí, „spíše ne“ 2- 4 % dětí a „ne“ 1- 7 % dětí.

V porovnání rozdílnosti lokalit je patrný rozdíl ve variantách „spíše ne“ a „ne“, kdy děti z lokalit do 10 000 obyvatel nejsou vedené ke svěřování s problémy o 4 %. Ve variantách „ano“ a „spíše ano“ jsou o 5 % více vedeny ke svěřování děti z lokalit nad 100 000 obyvatel. V porovnání rozdílnosti podle věku rodičů je působení rodičů vyrovnané, jak ukazuje Graf č. 20.

Graf č. 20: Svěřování s problémy v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)



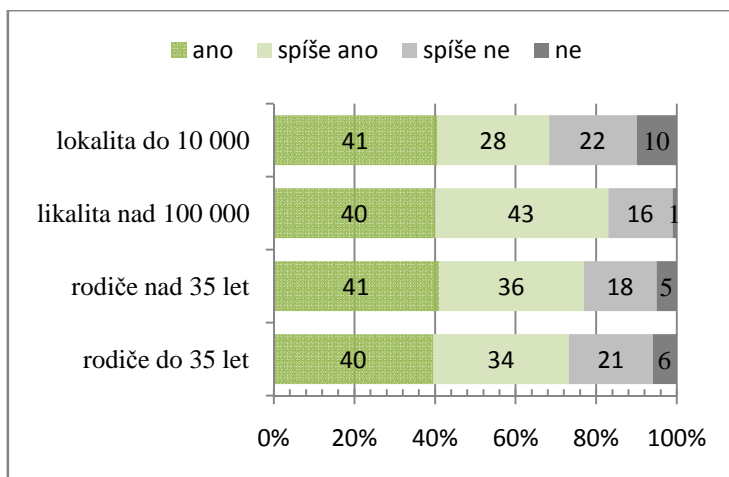
Zdroj: vlastní zpracování

Společné volnočasové využití

Otázka zkoumá společné trávení volného času rodičů a dětí procházkou, hrou nebo jinou zájmovou činností: a) ano, b) spíše ano, c) spíše ne, d) ne.

Podle Grafu č. 21 je viditelné zastoupení společně tráveného volného času v možnostech: „ano“ ve 40- 41 %, „spíše ano“ ve 28- 43 %, „spíše ne“ v 16- 22 % a „ne“ v 1- 10 %. Podle rozdílu lokalit děti z menších lokalit do 10 000 obyvatel tráví společný volný čas s rodiči ve variantách „spíše ne“ a „ne“ o 15 % než děti z lokalit nad 100 000 obyvatel, ve kterých děti mají společné volnočasové využití s rodiči o 14 % více. V posouzení skupin rodičů generačně rozdílných není patrný podstatný rozdíl podle respondentů ve vnímání společného volnočasového využití dětí s rodiči.

Graf č. 21.: Společný VČ v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)



Zdroj: vlastní zpracování

4.1.5. Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza 1

Tato hypotéza se vztahuje ke geografickým faktorům.

H1: Děti žijící v lokalitách do 10 000 obyvatel pociťují procentuálně méně psychosomatických příznaků stresu oproti dětem žijícím v lokalitách nad 100 000 obyvatel.

Bylo provedeno porovnání absolutních četností hodnot u jednotlivých příznaků pomocí testovací statistiky χ^2 , p- value testu. Z vypočítaných hodnot vyplývá, že test na hladině významnosti 0,05 neprokázal vzájemný vliv u příznaků a zkoumaných skupin lokalit. Výskyt četností jednotlivých psychosomatických příznaků v porovnání s lokalitou bydliště respondentů je uveden v kontingenční Tabulce č. 4.

Tabulka č. 4: Kontingenční tabulka absolutních četností a procentuálního výskytu příznaků v souvislosti s lokalitou

Lokalita	Únava	Nervozita	Vyčerpání	Bolesti zad	Bolesti ramen	B. krční páteře	Celkem
nad 100 000	41 51 %	21 26 %	14 17 %	17 21 %	8 10 %	10 12 %	111
do 10 000	43 52 %	22 27 %	14 17 %	12 14 %	7 8 %	8 10 %	106
χ^2	0,023	0,007	0,005	1,201	0,103	0,307	
p- value	0,879	0,933	0,944	0,273	0,749	0,579	

Zdroj: vlastní výzkum

Průměrný procentuální výskyt psychosomatických příznaků u dětí žijících v lokalitě do 10 000 obyvatel je v 83 % oproti dětem žijícím v lokalitě nad 100 000 obyvatel, které pociťují průměrně v 89 % psychosomatické příznaky. Rozdíl 6 % není statisticky významný, přesto potvrzuje hypotézu H1. Hypotéza H1 byla potvrzena.

Hypotéza 2

Tato hypotéza se vztahuje ke generačním faktorům.

H2: Děti rodičů do 35 let pociťují procentuálně méně psychosomatických příznaků stresu než děti rodičů nad 35 let.

Bylo provedeno porovnání absolutních četností hodnot u jednotlivých příznaků, mimo příznaku „bolest ramen“ (nesplňuje podmínky testu) pomocí testovací statistiky χ^2 , p- value testu. Z vypočítaných hodnot vyplývá, že test na hladině významnosti 0,05 prokázal vzájemnou závislost mezi výskytem psychosomatického příznaku „únava“ a věkem rodičů. Výskyt četností jednotlivých psychosomatických příznaků v porovnání s věkem rodičů respondentů je uveden v kontingenční Tabulce č. 5.

Tabulka č. 5: Kontingenční tabulka absolutních četností a procentuálního výskytu v souvislosti s věkem rodičů

Věk	Únava	Nervozita	Vyčerpání	Bolesti zad	Bolesti ramen	B. krční páteře	Celkem
do 35 let	19 36 %	14 26 %	6 11 %	5 9 %	1 2 %	3 6 %	48
nad 35 let	65 59 %	29 26 %	22 20 %	24 22 %	14 13 %	15 14 %	169
2χ	7,404	0,002	1,830	3,661	nesplňuje	2,264	
p- value	0,007	0,969	0,176	0,056	nesplňuje	0,132	

Zdroj: vlastní výzkum

*Průměrný procentuální výskyt psychosomatických příznaků u dětí rodičů do 35 let je v 67 % oproti dětem rodičů nad 35 let, které pociťují průměrně 100 % psychosomatických příznaků. Významný 33% rozdíl je ve prospěch dětí rodičů mladších generací do 35 let věku. **Hypotéza H2 byla potvrzena.***

Hypotéza 3

Tato hypotéza se vztahuje ke geografickým faktorům.

H3: Děti žijící v lokalitách do 10 000 obyvatel jsou vedeny rodiči ke zdravým stravovacím návykům procentuálně více než děti žijící v lokalitách nad 100 000 obyvatel.

U jednotlivých respondentů bylo provedeno vyhodnocení oblasti stravovacích návyků dětí. Odpovědi na 6. až 12. otázku byly bodově vyhodnoceny podle stanoveného klíče (viz Tabulka č. 2) Podle počtu dosažených bodů byl každý respondent zařazen do jedné z pěti stanovených kategorií. Výsledně 18 respondentů ze 164 dosáhlo bodového rozmezí od 12 do 14 bodů, mezi 86- 100 %. Tyto děti jsou vedeny ke zdravým stravovacím návykům.

Dále bylo provedeno vyhodnocení v souvislosti lokalitou bydliště.

„Zdravé stravovací návyky“ patřící do kategorie I dosáhli respondenti s maximem 12 až 14 bodů, což je 86- 100 %.

Ke „zdravým stravovacím návykům“ v kategorii I je rodiči vedeno z lokality do 10 000 obyvatel 7 dětí z 83 probandů (8 %). To je o 6 % méně než v lokalitě nad 100 000 obyvatel, kde je vedeno 11 dětí z 81 probandů (14 %).

Do kategorie II byly zařazeny odpovědi dosahující 64- 77 % bodového maxima: „spíše zdravým stravovacím návykům“. Zde je zařazeno z lokality do 10 000 obyvatel 31 dětí (37 %). V lokalitě nad 100 000 obyvatel je to 41 dětí, což je o 14 % více než z lokality nad 10 000 obyvatel.

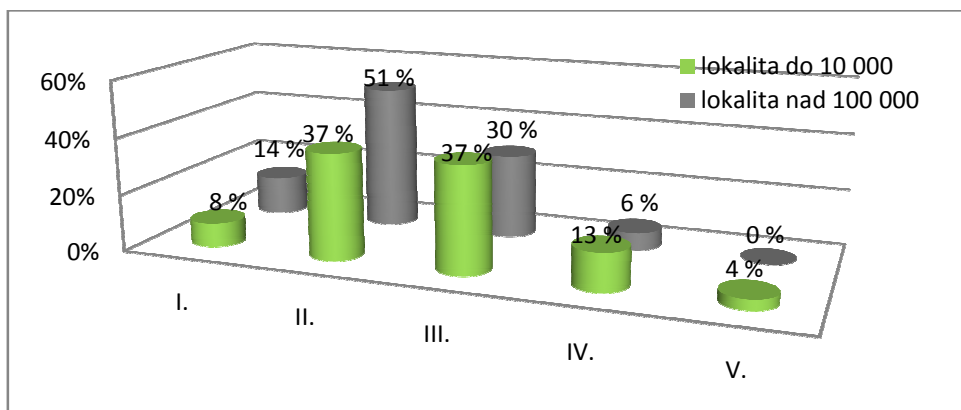
Do kategorie III byly zařazeny odpovědi dosahující 42- 57 % bodového maxima: „ani nezdravé, ani zdravé“ stravovací návyky, které má pod vedením rodičů 31 dětí (37 %) z lokality do 10 000 obyvatel. V lokalitě nad 100 000 obyvatel je to 24 dětí, což je o 7 % méně.

Do kategorie IV byly zařazeny odpovědi dosahující 22- 36 % bodového maxima: „spíše nezdravé stravovací návyky“, ke kterým je vedeno 11 dětí z lokality do 10 000 obyvatel (13 %). V lokalitě nad 100 000 obyvatel je to 5 dětí, což je v porovnání s lokalitou do 10 000 obyvatel o 7 % méně.

K „nezdravým stravovacím návykům“ v kategorii V (do 14 % bodového maxima) jsou vedeny 3 děti z lokality do 10 000 obyvatel (4 %). V lokalitě nad 100 000 obyvatel není takto vedené dítě žádné, což je v porovnání o 4 % méně.

Vyhodnocené výsledky jsou přehledně znázorněny v Grafu č. 22.

Graf č. 22: Stravovací návyky v porovnání s lokalitou bydliště



Zdroj: vlastní zpracování

Statistické údaje v kontingenční tabulce ukazují na závislost lokality bydliště a stravovacích návyků dětí. (viz Tabulka č. 6.) Pro ověření závislosti byl použit test dobré shody v kontingenční tabulce. Pomocí testovací statistiky χ^2 , p- value testu byly porovnány absolutní četnosti hodnot u jednotlivých kategorií. Pro splnění předpokladu použití testu byly sloučeny kategorie IV a V (viz Tabulka č. 6)

Tabulka č. 6: Kontingenční tabulka: stravovací návyky a lokalita

Stravovací návyky			
Kategorie	Lokalita bydliště		Celkem
	do 10 000 obyvatel	nad 100 000 obyvatel	
I	7	11	18
II	31	41	72
III	31	24	55
IV- V	14	5	16

Zdroj: Vlastní zpracování

Výsledná hodnota $\chi^2 = 8,515$ a kritická hodnota chí- kvadrát s 3 stupni volnosti na nejpoužívanější hladině významnosti 0,05 p- value = 0,036. P- value ukazuje na vzájemnou závislost znaků. Statistické údaje poukazují na vliv stravovacích návyků a lokality bydliště dětí.

Z výsledků vyplývá, že děti žijící v lokalitách do 10 000 obyvatel jsou procentuálně méně vedené ke zdravým stravovacím návykům než děti z lokalit nad 100 000 obyvatel.

Hypotéza H3 nebyla potvrzena.

Hypotéza 4

Tato hypotéza se vztahuje ke generačním faktorům.

H4: Rodiče nad 35 let vedou své děti ke zdravým stravovacím návykům procentuálně více než rodiče do 35 let.

Podle odpovědí na otázky 6 až 12 bylo provedeno vyhodnocení oblasti stravovacích návyků respondentů (snídaně, konzumace ovoce, zeleniny a rybího masa, pití čisté vody a neslazených nápojů, pravidelná dentální hygiena) dle stanoveného klíče (viz Tabulka č. 2).

Každý respondent spadl do jedné z pěti stanovených kategorií dle dosažených bodů.

Výsledně 18 respondentů ze 164 dosáhlo bodového rozmezí od 12 do 14 bodů, mezi 86-100 %. Tyto děti jsou vedeny ke zdravým stravovacím návykům.

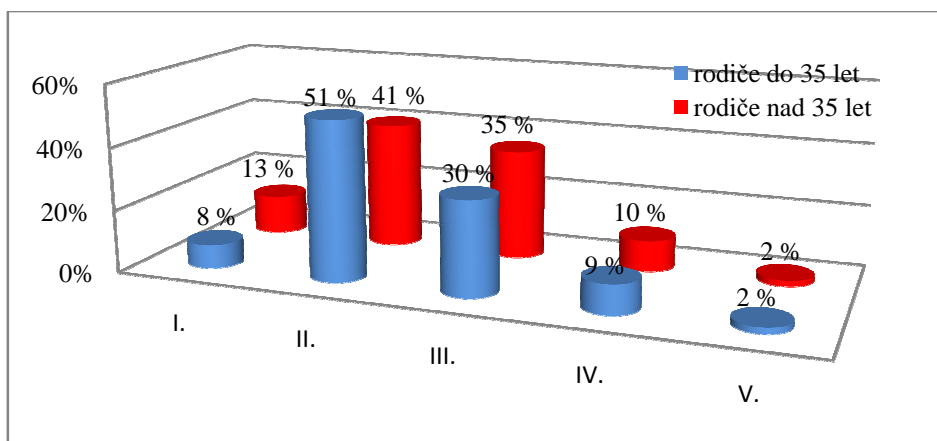
Ke „zdravým stravovacím návykům“ v kategorii I je rodiči nad 35 let vedeno 14 dětí ze 111 probandů (13 %). To je o 5 % více nežli u dětí rodičů do 35 let, kde jsou vedeny 4 děti z 53 probandů (8 %).

Do kategorie II byly zařazeny odpovědi dosahující 64- 77 % bodového maxima- „spíše zdravé stravovací návyky“, k nimž je vedeno rodiči nad 35 let 39 dětí (41 %). O 10 % více dětí je vedeno rodiči do 35 let- 45 dětí (51 %).

Do kategorie III byly zařazeny odpovědi dosahující 42- 57 % bodového maxima- „ani nezdravé, ani zdravé“ stravovací návyky má pod vedením rodičů nad 35 let 39 dětí (35 %). O 5 % méně je 16 dětí (30 %) rodičů do 35 let.

Do kategorie IV byly zařazeny odpovědi dosahující 22- 36 % bodového maxima- „spíše nezdravé stravovací návyky“ má celkem 16 dětí, rozdíl v porovnání k věku je zanedbatelný. K „nezdravým stravovacím návykům“ v kategorii V (14 % bodového maxima) jsou vedeny 3 děti, procentuálně shodný výsledek v obou věkových skupinách. Vyhodnocené výsledky jsou přehledně znázorněny v Grafu č. 23.

Graf č. 23: Stravovací návyky v porovnání s věkem rodičů



Zdroj: vlastní zpracování

Pro ověření závislosti byl použit test dobré shody v kontingenční tabulce. Pomocí testovací statistiky χ^2 , p- value testu byly porovnány absolutní četnosti hodnot u jednotlivých kategorií. Pro splnění předpokladu použití testu byly sloučeny kategorie IV. a V. (viz Tabulka č. 7)

Tabulka č. 7: Kontingenční tabulka: stravovací návyky a věk rodičů

Kategorie	Stravovací návyky		Celkem
	Věk rodičů		
	do 35 let	nad 35 let	
I	4	14	18
II	27	45	72
III	16	39	55
IV- V	6	13	16

Zdroj: Vlastní zpracování

Výsledná hodnota $\chi^2 = 2,451$ a kritická hodnota chí- kvadrát s 3 stupni volnosti na nejpoužívanější hladině významnosti 0,05 p- value = 0,484. P- value ukazuje na vzájemnou závislost znaků. Statistické údaje poukazují na závislost stravovacích návyků na věku rodičů dětí.

Z výsledků vyplývá, že děti rodičů nad 35 let jsou procentuálně více vedeny ke zdravým stravovacím návykům než děti rodičů do 35 let. **Hypotéza H4 byla potvrzena.**

Hypotéza 5

Tato hypotéza se vztahuje ke geografickým faktorům.

H5: Děti žijící v lokalitách do 10 000 obyvatel jsou vedeny ve volném čase k sportovnímu vyžití ve více než v 30 % 3krát týdně oproti dětem žijícím v lokalitách nad 100 000 obyvatel, kteří v 30 % 3krát týdně nesportují.

Kontingenční tabulka č. 8 udává zastoupení absolutních četností odpovědí na otázku 14 v závislosti na lokalitě. Podle údajů 23 dětí (28 %) z 83 probandů z lokality do 10 000 obyvatel je vedeno ke sportování ve volném čase více než 3krát týdně. Z lokality nad 100 000 obyvatel je více než 3krát týdně vedeno ke sportování 27 dětí (33 %) z 81 probandů. Pro ověření závislosti byl použit test dobré shody v kontingenční tabulce. Pomocí testovací statistiky χ^2 , p- value testu byly porovnány absolutní četnosti hodnot u jednotlivých možností.

Tabulka č. 8: Kontingenční tabulka absolutních četností a procentuálního zastoupení sportovních aktivit a lokalit

Lokalita	>3x týdně	1- 3x týdně	< 1x týdně	nesportují
nad 100 000 obyv.	27 33 %	42 52 %	11 14 %	1 1 %
do 10 000 obyvatel	23 28 %	41 49 %	9 11 %	10 12 %

Zdroj: vlastní zpracování

Pro splnění předpokladu použití testu byly sloučeny možnosti „c)“ a „d)“. Výsledná hodnota $\chi^2 = 1,889$ a kritická hodnota chí- kvadrát s 3 stupni volnosti na nejpoužívanější hladině významnosti 0,05 $p\text{-value} = 0,389$. P- value ukazuje na vzájemnou závislost znaků. Statistické údaje poukazují na závislost četnosti sportovních aktivit dětí na lokalitě.

Z těchto výsledků je možné konstatovat, že děti žijící v lokalitách do 10 000 obyvatel jsou vedeny ve volném čase k sportovnímu vyžití v 28 % 3krát týdně oproti dětem žijícím v lokalitách nad 100 000 obyvatel, které jsou vedeny k sportovnímu vyžití v 33 % 3krát týdně. Hypotéza H5 nebyla potvrzena.

Hypotéza 6

Tato hypotéza se vztahuje ke generačním faktorům.

H3: Děti rodičů do 35 let jsou vedeny ve volném čase k sportovnímu vyžití více než 3krát týdně alespoň v 30 % oproti dětem rodičů nad 35 let, kteří 30 % 3krát týdně nedosahují.

Kontingenční tabulka č. 9 udává zastoupení jednotlivých kategorií četností odpovědí na otázku 14 v závislosti na věku rodičů. Podle údajů 17 dětí (32 %) z 53 probandů rodičů do 35 let je vedeno ke sportování ve volném čase více než 3krát týdně. Žáci rodičů nad 35 let jsou v počtu 33 dětí (30 %) ze 111 probandů více než 3krát týdně vedeni ke sportování.

Pro ověření závislosti byl použit test dobré shody v kontingenční tabulce. Pomocí testovací statistiky χ^2 , p- value testu byly porovnány absolutní četnosti hodnot u jednotlivých možností.

Tabulka č. 9: Kontingenční tabulka absolutních četností a procentuálního zastoupení sportovních aktivit a věku rodičů

Věk rodičů	>3x týdně	1- 3x týdně	< 1x týdně	nesportují
do 35 let	17 32 %	27 51 %	6 11 %	3 6 %
nad 35 let	33 30 %	56 50 %	14 13 %	8 7 %

Zdroj: vlastní zpracování

Výsledná hodnota $\chi^2 = 0,244$ a kritická hodnota χ^2 - kvadrát s 3 stupni volnosti na nejpoužívanější hladině významnosti 0,05 p- value = 0,944.

Ze zjištěných hodnot plyne, že na hladině významnosti 0,05 test neprokazuje významnější vzájemný vliv odpovědí týkající se četnosti sportovních aktivit a věku rodičů.

Z těchto výsledků je možné konstatovat, že děti rodičů do 35 let jsou vedeny ve volném čase k sportovnímu vyžití ve 32 % 3krát týdně, ale děti rodičů nad 35 let sportují 3krát týdně v 30 %. Ve výzkumné skupině dětí rodičů nad 35 let je rozdíl 1 % od hypotetických 30 % 3krát týdně sportujících dětí. **Hypotéza H6 nebyla potvrzena.**

Hypotéza 7

Tato hypotéza se vztahuje ke geografickým faktorům.

H7: U dětí žijících v lokalitách do 10 000 obyvatel rodiče procentuálně více podporují dostatečnou prevenci škodlivých návyků než u dětí žijících v lokalitách nad 100 000 obyvatel.

Podle odpovědí na 15 až 19 otázku bylo provedeno vyhodnocení oblasti prevence před škodlivými návyky (médiá, kouření, alkohol) včetně vedení dětí k důvěře a motivaci k volnočasovým aktivitám jako součást preventivního působení a výchovy v rodině. Vyhodnocení proběhlo dle stanoveného klíče (viz Tabulka č. 3). Respondenti byli zařazeni podle bodového hodnocení do stanovených kategorií.

Následovně byla data zpracována a porovnána podle lokality bydliště.

Výsledně 57 respondentů ze 164 dosáhlo bodového rozmezí od 9 do 10 bodů, které odpovídají 90- 100 % bodového hodnocení a jsou zařazeni do kategorie I „dostatečná prevence škodlivých návyků“. Podle tohoto sestaveného hodnocení u těchto respondentů rodiče podporují preventivní opatření škodlivých návyků.

Do kategorie I patří 23 dětí z 83 probandů (28 %) bydlících v lokalitách do 10 000 obyvatel. To je o 14 % méně než u dětí z lokalit nad 100 000 obyvatel, kterých je 34 ze 111 probandů (42 %).

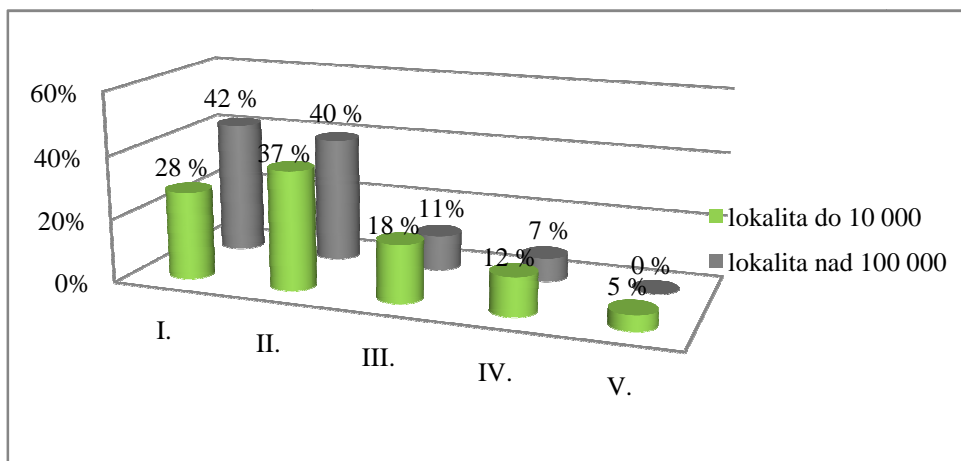
Do kategorie II byly zařazeny dotazníky dosahující 70- 80 % bodového maxima. Z těchto 63 respondentů je 31 dětí (37 %) z lokalit do 10 000 obyvatel a jsou vedeni rodiči k „spíše preventivní opatření škodlivých návyků“. V lokalitách nad 100 000 obyvatel je vedeno o 3 % více dětí k „spíše dostatečné prevenci škodlivých návyků“.

Do kategorie III byly zařazeny dotazníky dosahující 50- 60 % bodového maxima- „ani dostatečná, ani nedostatečná prevence“. Sem patří počet 15 dětí (18 %) z lokalit do 10 000 obyvatel. O 7 % jsou na tom lépe respondenti z lokalit nad 100 000 obyvatel, v počtu 9 dětí (11 %).

Do kategorie IV byly zařazeny dotazníky dosahující 30- 40 % bodového maxima- „spíše nedostatečná prevence škodlivých návyků“, která byla zjištěna z odpovědí 10 respondentů (12 %) bydlících v menších lokalitách do 10 000 obyvatel. V lokalitě nad 100 000 obyvatel je v kategorii IV. o 5 % méně respondentů.

Do kategorie V byly zařazeny dotazníky dosahující 0- 20 % bodového maxima- „nedostatečná prevence škodlivých návyků“. V této kategorii jsou zařazeni 4 respondenti (5 %) bydlící v lokalitě do 10 000 obyvatel. Do kategorie V. nebyli zařazeni žádní respondenti z lokalit nad 100 000 obyvatel. (viz Graf č. 24)

Graf č. 24: Prevence škodlivých návyků v porovnání s lokalitou



Zdroj: vlastní zpracování

Pro ověření závislosti byl použit test dobré shody v kontingenční tabulce. Pomocí testovací statistiky χ^2 , p- value testu byly porovnány absolutní četnosti hodnot u

jednotlivých možností. Pro splnění předpokladu použití testu byly sloučeny možnosti „c)“ a „d)“. Výsledná hodnota $\chi^2 = 8,261$ a kritická hodnota chí- kvadrát s 3 stupni volnosti na nejpoužívanější hladině významnosti 0,05 $p\text{-value} = 0,041$. P- value ukazuje na vzájemnou závislost znaků. Statistické údaje poukazují na závislost prevence škodlivých návyků na lokalitě bydliště. (viz Tabulka č. 10)

Tabulka č. 10: Kontingenční tabulka škodlivých návyků a lokality

Prevence škodlivých návyků			
Kategorie	Lokalita bydliště		Celkem
	do 10 000 obyvatel	nad 100 000 obyvatel	
I	23	34	57
II	31	32	63
III	15	9	24
IV- V	14	6	16

Zdroj: Vlastní zpracování

Z výsledků vyplývá, že v rodinách dětí žijících v lokalitách do 10 000 obyvatel je dostatečná prevence škodlivých návyků v 28 %. U dětí z lokalit nad 100 000 obyvatel je dostatečná prevence škodlivých návyků v 42 %, což je o 14 % více. **Hypotéza H7 nebyla potvrzena.**

Hypotéza 8

Tato hypotéza se vztahuje ke generačním faktorům.

H8: Procentuálně více je podporována dostatečná prevence škodlivých návyků u dětí rodičů nad 35 let než u dětí rodičů do 35 let věku.

V oblasti preventivních opatření před škodlivými návyky (médiá, kouření, alkohol, vedení dětí k důvěře a volnočasovým aktivitám) bylo provedeno vyhodnocení odpovědí otázek 15 až 19 podle stanoveného klíče a respondenti byli zařazeni do stanovených kategorií (viz Tabulka č. 3). Následovně byla data zpracována a porovnána podle věku rodičů.

Výsledně 57 respondentů ze 164 dosáhlo bodového rozmezí od 9 do 10 bodů, mezi 90-100 %. Podle sestaveného hodnocení je u těchto dětí „dostatečná prevence škodlivých návyků“ a patří do kategorie I. Zde bylo zařazeno 37 dětí ze 111 probandů (33 %)

rodičů nad 35 let. To je o 5 % méně než u dětí rodičů nad 35 let, kterých je 20 z 53 probandů (38 %).

Následovně byla data zpracována a porovnána podle věku rodičů.

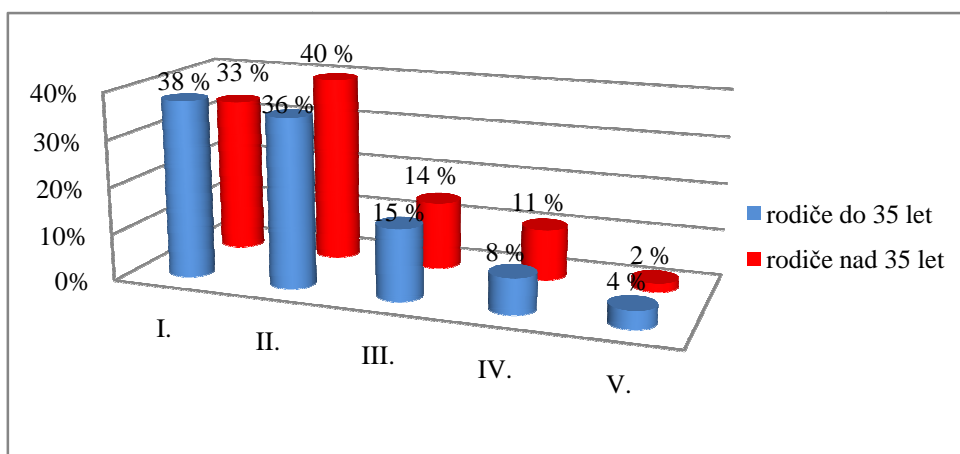
Do kategorie II byly zařazeny odpovědi dosahující 70- 80 % bodového maxima. Z této kategorie je 44 dětí (40 %) vedeno rodiči k „spíše dostatečné prevence škodlivých návyků“. O 4 % méně dětí je vedeno rodiči do 45 let.

Do kategorie III byly zařazeny dotazníky dosahující 50- 60 % bodového maxima- „ani dostatečná, ani nedostatečná prevence škodlivých návyků“, do které patří 16 dětí (14 %) rodičů nad 35 let a 8 dětí (15 %) rodičů do 35 let.

Do kategorie IV byly zařazeny dotazníky dosahující 30- 40 % bodového maxima- „spíše nedostatečná prevence škodlivých návyků“. Jich bylo zjištěno z odpovědí 12 respondentů (11 %) rodičů nad 35 let. A dětí rodičů do 35 let je v kategorii IV. o 3 % více.

Do kategorie V byly zařazeny dotazníky dosahující 0- 20 % bodového maxima- „nedostatečná prevence škodlivých návyků“. Počet respondentů v této kategorii se liší o 2 % ve prospěch dětí rodičů nad 35 let.(viz Graf č. 25.)

Graf č. 25: Prevence škodlivých návyků v porovnání s věkem rodičů



Zdroj: vlastní zpracování

Pro ověření závislosti byl použit test dobré shody v kontingenční tabulce. Pomocí testovací statistiky χ^2 , p- value testu byly porovnány absolutní četnosti hodnot u jednotlivých možností. Pro splnění předpokladu použití testu byly sloučeny varianty IV. a V. Výsledná hodnota $\chi^2 = 1,275$ a kritická hodnota χ^2 - kvadrát s 3 stupni volnosti na nejpoužívanější hladině významnosti 0,05 p- value = 0,735.

Ze zjištěných hodnot plyne, že na hladině významnosti 0,05 test neprokazuje významnější vzájemný vliv odpovědí týkající se prevence škodlivých návyků a věku rodičů. (viz Tabulka č. 11)

Tabulka č. 11: Kontingenční tabulka škodlivých návyků a věku rodičů

Prevence škodlivých návyků			
Kategorie	Věk rodičů		Celkem
	rodiče do 35 let	rodiče nad 35 let	
I	20	37	57
II	19	44	63
III	8	16	24
IV- V	6	14	16

Zdroj: Vlastní zpracování

Z výsledků vyplývá, že o 5 % méně je u dětí rodičů nad 35 let dostatečná prevence škodlivých návyků než u dětí rodičů do 35 let věku. **Hypotéza H8 nebyla potvrzena.**

Hypotéza 9

Tato hypotéza se vztahuje ke geografickým faktorům.

H9: Lokalita bydliště má vliv na utváření zdravého životního stylu dětí.

Vedení dětí ke zdravému životnímu stylu bylo zjištěno vyhodnocením odpovědí otázek 6 až 19 podle stanoveného klíče (viz Tabulka č. 1.). Respondenti byli zařazeni do kategorií vymezující životní styl. Následovně byla data zpracována a porovnána podle lokality bydliště. (viz Graf č. 26)

Do kategorie I „ zdravý životní styl“ byly zařazeny odpovědi dosahující 82- 100 % bodového maxima. V této kategorii bylo začleněno celkem 24 dětí, z toho 14 dětí (17 %) z lokality nad 100 000 obyvatel a 10 dětí (12 %) z lokality do 10 000 obyvatel. O 5 % více jsou vedené ke ZŽS děti z lokalit nad 100 000 obyvatel.

Do kategorie II „ spíše zdravý životní styl“ byly zařazeny odpovědi dosahující 64- 79 % bodového maxima. V této kategorii bylo zařazeno 79 dětí, z toho 46 dětí (57 %) z lokality nad 100 000 obyvatel a 33 dětí (40 %) z lokality do 10 000 obyvatel. Rozdíl 17 % je ve prospěch dětí z lokalit nad 100 000 obyvatel.

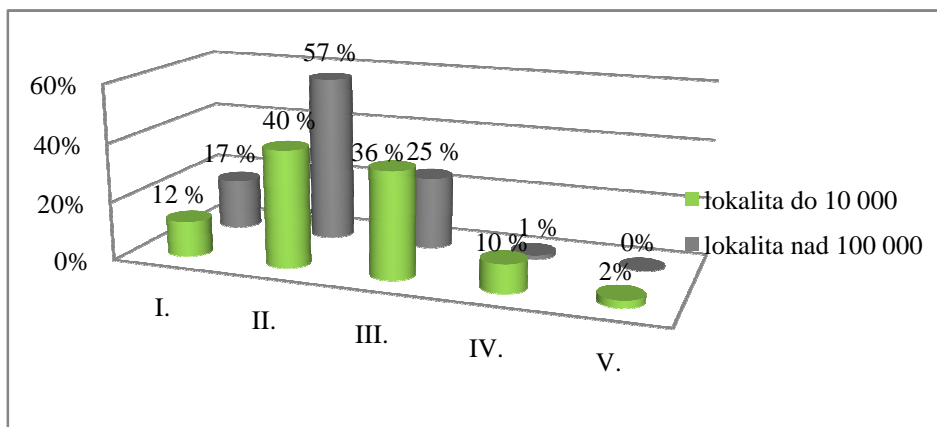
Do kategorie III „ ani zdravý, ani nezdravý“ životní styl byly zařazeny odpovědi dosahující 46- 61 % bodového maxima. V této kategorii bylo zařazeno 50 dětí, z toho

20 dětí (25 %) z lokality nad 100 000 obyvatel a 30 dětí (36 %) z lokality do 10 000 obyvatel, které mají o 23 % vyšší zastoupení.

Do kategorie IV „spíše nezdravý životní styl“ byly zařazeny odpovědi dosahující 25- 43 % bodového maxima. V této kategorii bylo zařazeno 9 dětí, z toho 1 dětí (1 %) z lokality nad 100 000 obyvatel a 8 dětí (9 %) z lokality do 10 000 obyvatel s rozdílem 9 %.

Do kategorie V „nezdravý životní styl“ byly zařazeny odpovědi dosahující 22 % bodového maxima. V této kategorii byly zařazeny 2 děti, z toho žádné z lokality nad 100 000 obyvatel a 2 děti (1 %) z lokality do 10 000 obyvatel s rozdílem 2 %.

Graf č. 26: Životní styl dětí v porovnání s lokalitou bydliště



Zdroj: vlastní zpracování

Pro ověření závislosti byl použit test dobré shody v kontingenční tabulce. Pomocí testovací statistiky χ^2 , p- value testu byly porovnány absolutní četnosti hodnot u jednotlivých kategorií. Pro splnění předpokladu použití testu (hodnoty Np_i dosahují alespoň 5) byly sloučeny kategorie III, IV a V (viz Tabulka č. 12.) Výsledná hodnota $\chi^2 = 8,700$ a kritická hodnota χ^2 - kvadrát s 2 stupni volnosti na nejpoužívanější hladině významnosti 0,05 p- value = 0,013. P- value ukazuje na vzájemnou závislost znaků. Pozorovaná závislost mezi kategoriemi životního stylu dětí a lokalitou jejich bydliště lze považovat za statisticky významnou. Údaje v kontingenční tabulce ukazují na závislost lokality bydliště na životní styl dětí. (viz Tabulka č. 12)

Tabulka č. 12: Kontingenční tabulka vlivu lokality na životní styl dětí

Životní styl			
Kategorie	Lokalita		Celkem
	do 10 000	nad 100 000	
I	10	14	24
II	33	46	79
III- V	40	21	61
Celkem	83	81	164

Zdroj: Vlastní zpracování

H9 byla potvrzena. Lokalita bydliště má vliv na utváření zdravého životního stylu dětí.

Hypotéza 10

Tato hypotéza se vztahuje ke generačním faktorům.

H10: Věk rodičů má vliv na utváření zdravého životního stylu dětí.

Vedení dětí ke zdravému životnímu stylu bylo zjištěno vyhodnocením odpovědí otázek č. 6. až 19. podle stanoveného klíče (viz Tabulka č. 1). Respondenti byli zařazeni do kategorií vymezující životní styl. Následovně byla data zpracována a porovnána podle věku rodičů. (viz Graf č. 27)

Do kategorie I „ zdravý životní styl“ byly zařazeny odpovědi dosahující 82- 100 % bodového maxima. V této kategorii bylo začleněno celkem 24 dětí, z toho 19 dětí (17 %) rodičů nad 35 let a 5 dětí (10 %) rodičů do 35 let. O 7 % více jsou vedené ke ZŽS děti rodičů ve věku nad 35 let.

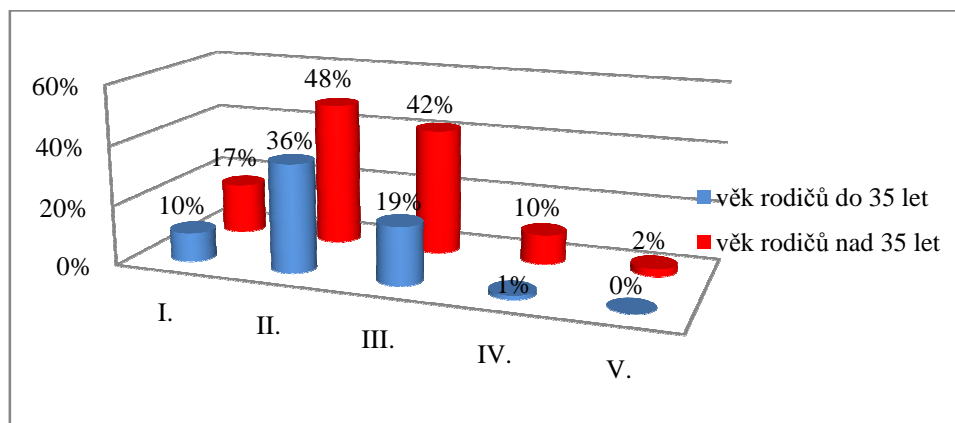
Do kategorie II „ spíše zdravý životní styl“ byly zařazeny odpovědi dosahující 64- 79 % bodového maxima. V této kategorii bylo zařazeno 79 dětí, z toho 49 dětí (48 %) rodičů nad 35 let a 30 dětí (36 %) rodičů do 35 let. Rozdíl 12 % je ve prospěch rodičů nad 35 let.

Do kategorie III „ ani zdravý, ani nezdravý“ životní styl byly zařazeny odpovědi dosahující 46- 61 % bodového maxima. V této kategorii bylo zařazeno 50 dětí, z toho 34 dětí (42 %) rodičů nad 35 let a 16 dětí (19 %) rodičů do 35 let. Znatelný rozdíl 23 % je ve prospěch rodičů nad 35 let.

Do kategorie IV „ spíše nezdravý životní styl“ byly zařazeny odpovědi dosahující 25- 43 % bodového maxima. V této kategorii bylo zařazeno 9 dětí, z toho 8 dětí (10 %) rodičů nad 35 let a 1 dítě (1 %) rodičů do 35 let s rozdílem 9 %.

Do kategorie V „nezdravý životní styl“ byly zařazeny odpovědi dosahující 22 % bodového maxima. V této kategorii byly zařazeny 2 děti, z toho 1 dítě (2 %) rodičů nad 35 let a 1 dítě (0 %) rodičů do 35 let s rozdílem 2 %.

Graf č. 27: Životní styl dětí v porovnání s věkem rodičů



Zdroj: vlastní zpracování

Pro ověření závislosti byl použit test dobré shody v kontingenční tabulce. Pomocí testovací statistiky χ^2 , p- value testu byly porovnány absolutní četnosti hodnot u jednotlivých kategorií. Pro splnění předpokladu použití testu (hodnoty N_{pi} dosahují alespoň 5) byly sloučeny kategorie III, IV a V (viz Tabulka č. 13) Výsledná hodnota $\chi^2 = 2,823$ a kritická hodnota chí- kvadrát s 2 stupni volnosti na nepoužívanější hladině významnosti 0,05 p- value = 0,244. Na zvolené hladině významnosti nebyl pozorován vzájemný významný vliv. Údaje v kontingenční tabulce neukazují na závislost věku rodičů a životního stylu dětí. (viz Tabulka č. 13) Ze zjištěných hodnot plyne, že na hladině významnosti 0,05 test neprokazuje významnější vzájemný vliv odpovědí týkající se životního stylu dětí a věku rodičů.

H10 nebyla potvrzena. Věk rodičů nemá vliv na utváření zdravého životního stylu dětí.

Tabulka č. 13: Kontingenční tabulka vlivu věku rodičů na životní styl dětí

Životní styl			
Kategorie	Věk rodičů		Celkem
	do 35 let	nad 35 let	
I	5	19	24
II	30	49	79
III	16	34	50
IV	1	8	9
V	1	1	2
Celkem	53	111	164

Zdroj: Vlastní zpracování

5. Diskuze

Hlavním záměrem diplomové práce bylo zpracování literární rešerše a provedení kvantitativního výzkumu prostřednictvím dotazníků.

V teoretické části je vysvětlena problematika významu zdraví pro kvalitu lidského života, jeho determinanty a prevence. Objasněny byly pojmy zdravý životní styl, stres s jeho psychosomatickými projevy na dětech. Dále jsou upřesněna specifika vývojových etap dětství, vysvětlen pojem rodina včetně jejích funkcí a postavením v současnosti. Popsána je problematika vlivu rodiny na stravování, na pohybové a společné volnočasové aktivity dětí s rodiči inklusivně s negativními důsledky i prevencí. Osvětlena jsou rizika vlivu médií, kouření a konzumace alkoholu na zdraví dětí včetně preventivních opatření těchto negativních návyků. Vysvětleny jsou pojmy „geografické a generační faktory“ vztahující se k cílům této práce.

Praktická část byla zaměřena na posouzení vlivu rodiny na utváření zdravého životního stylu dětí včetně duševního zdraví dětí a projevů stresu, vedení ke stravovacím návykům, k pohybové aktivitě, k prevenci návykových rizik (vliv médií, kouření a alkoholu) a preventivním vedení dětí v oblasti vytváření vzájemné důvěry a společného trávení volného času. Zjištěné informace byly zpracovány graficky a pomocí statistických metod.

V diplomové práci byly stanoveny dva cíle. První cíl zjišťoval aktuální vlivy v rodinách vedoucí ke zdravému životnímu stylu dětí s využitím dotazníkové metody. Druhý cíl navazoval chronologicky na cíl první. V druhém cíli byly analyzovány zjištěné výsledky z cíle prvního a proběhla jejich komparace s faktory geografickými a generačními. Generačním faktorem byl věk rodičů do a nad 35 let. Geografickým faktorem bylo místo bydliště dětí v lokalitách do 10 000 a nad 100 000 obyvatel.

Pro ověření hypotéz byl sestaven dotazník, který obsahoval 19 uzavřených otázek. Dotazník byl rozdělen na čtyři části. Každá z nich se zabývala jinou problematikou. První část se zabývala duševní stránkou dětí a to specificky psychosomatickými příznaky stresu. Druhá část dotazníku zkoumala oblast stravovacích návyků respondentů (snídaně, konzumace ovoce, zeleniny a rybího masa, pití čisté vody, neslazených nápojů a pravidelné dentální hygieny). Třetí část dotazníku byla zaměřena na pohybové aktivity dětí (vedení dětí k volnočasovým sportovním aktivitám a jejich pravidelnosti). Čtvrtá část dotazníku se zabývala oblastí preventivních opatření před škodlivými návyky jako je vliv médií, kouření a konzumace alkoholu u dětí, počítaje v to preventivní výchovná

opatření v rodině (vedení dětí k svěřování s problémy, motivaci ke společným volnočasovým aktivitám).

Konečný celkový počet aplikovatelných dotazníků pro výzkum byl 164.

5.1. Diskuse k první výzkumné otázce psychosomatických příznaků

První výzkumná otázka zjišťuje, zda žáci na sobě pocítují některé z uvedených psychosomatických příznaků stresu. Otázka má souvislost s duševním zdravím dětí.

Stres je pro člověka jeden z hlavních faktorů ovlivňujících zdraví. Ovlivňuje současně tělesnou i psychickou kondici, může vést děti k nevhodným stravovacím návykům a je rizikovým faktorem pro užívání návykových látek. (Krejčí, 2011, s. 33)

Žáci mohou volit více variant ze šesti možností, kterými byly únava, nervozita, vyčerpání, bolesti zad, bolesti ramen a bolesti krční páteře. Tyto psychosomatické příznaky shodně zkoumá výzkumná studie HBSC.

Nejvyšší hodnoty výskytu psychomotorických příznaků vzhledem k lokalitě bydliště byly zaznamenány u příznaku „únava“ v lokalitě do 10 000 obyvatel v 52 % a v lokalitě nad 100 000 obyvatel v 51 %. Druhým nejvíc zastoupeným příznakem byla „nervozita“ u respondentů žijících v lokalitě do 10 000 obyvatel ve 27 % a u respondentů žijících v lokalitě nad 100 000 obyvatel ve 26 %.

Nejvyšší výskyt psychosomatických příznaků z hlediska generačních faktorů udávali žáci rodičů nad 35 let zejména u příznaku „únava“ (59 %). „Bolesti zad“, „bolesti ramen“ a „bolesti krční páteře“ nepřevyšovaly 22 % výskytu u dětí s ohledem na věk či lokalitu.

V období středního školního věku u dětí vlivem vývoje probíhají velké tělesné i duševní změny. To má za následek rychlou unavitelnost, bolesti hlavy. Proto se výskyt „únavy“ promítl více než v 50 % zastoupení u dotazovaných bez ohledu na věk či lokalitu.

Dle výzkumu HBSC si jedenáctileté děti shodně stěžovaly na nervozitu. Často uváděly také bolesti v zádech, bolesti ramen a krční páteře. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 54, 55)

Nervozita, bolesti v zádech, bolesti ramen a krční páteře mohou být důsledkem působení zimního období v měsících lednu a únoru, kdy výzkum probíhal. V tomto období je většinou omezená přirozená pohybová aktivita dětí, narůstá čas strávený před televizní obrazovkou a to má za následek porušení biorytmů s rozvojem hypokinesy.

Hypotézy H1 a H2

Hypotézy H1 a H2 vychází z otázky zjišťující psychosomatické příznaky dětí. Psychosomatické příznaky stresu se odráží z podmínek individuálního životního stylu dětí. (Oudová, 2002, s. 24) Ptáčková (2006) se domnívá, že městské děti mají nevýhodu oproti venkovským dětem ve zhoršeném životním prostředí. Stejně tak doktor Kohoutek (2014) popisuje častou frustraci dětí z velkoměst v potřebě pohybu a činnosti. Shodné názory na přítomnost negativních trendů ve velkých městských aglomeracích mají zároveň Krejčí (2011, s. 31) a Dzúrová (2013).

Specifickým negativním problémem v dnešní hektické době je nedostatek času rodičů věnovat se rodině. (Havlík, Halászová, Prokop, 1996, s. 63- 65) Rodiče by měli předcházet stresu svých dětí a chránit je před ním tím, že se jim budou dostatečně věnovat. Měli by pěstovat dobré vztahy, dbát na adekvátní pohybový režim, relaxovat, uplatnit pozitivní myšlení a humor. (Krejčí, 2011, s. 52- 55) Z charakteristiky generací a jejich psychosociálních specifik vyplývá, že mladí rodiče do 35 let preferují před vlastní seberealizací péči o děti a rodinu. (Novotná, Hříchová a Miňhová, 2012, s. 59- 64)

Hypotéza H1

Tato hypotéza se vztahuje ke geografickým faktorům.

Hypotéza H1 měla potvrdit nebo vyvrátit tvrzení: ***Děti žijící v lokalitách do 10 000 obyvatel pocít'ují procentuálně méně psychosomatických příznaků stresu oproti dětem žijícím v lokalitách nad 100 000 obyvatel.***

Z vypočítaných hodnot pomocí testovací statistiky χ^2 , p- value testu vyplývá, že test na hladině významnosti 0,05 neprokázal vzájemný vliv u příznaků a zkoumaných skupin lokality bydliště. Byl zjištěn statisticky nevýznamný rozdíl průměrných procentuálních hodnot výskytu psychosomatických příznaků u dětí žijících v různých lokalitách. Přesto tento minimální 6% prospěch pro děti v lokalitách do 10 000 obyvatel verifikuje tvrzení hypotézy H1. ***Hypotéza H1 byla potvrzena.***

Hypotéza H2

Tato hypotéza se vztahuje ke generačním faktorům.

Hypotéza H2 měla potvrdit či vyvrátit tvrzení: ***Děti rodičů do 35 let pocít'ují procentuálně méně psychosomatických příznaků stresu než děti rodičů nad 35 let.***

Ze statistického vyhodnocení pomocí testovací statistiky χ^2 , p- value testu vyplývá, že test na hladině významnosti 0,05 potvrdil významný vzájemný vliv mezi stanovenými věkovými skupinami rodičů a četností příznaku „únavy“ u dětí. Průměrný procentuální výskyt psychosomatických příznaků u dětí rodičů do 35 let je o 33 % nižší než děti rodičů nad 35 let. *Hypotéza H2 byla potvrzena.*

5.2. Diskuse k oblasti stravovacích návyků dětí

Pravidelnost snídání

Otázka dotazníku č. 6 zjišťovala vedení dětí ve stravovacích návycích. Z nabídky možností respondenti vybírali, zda snídají: a) pravidelně každý den, b) nepravidelně, c) nesnídají.

Významným byl poznatek z lokality nad 100 000 obyvatel, kde rodiče vedou o 9 % více své děti k pravidelnosti snídání než v lokalitě do 10 000 obyvatel. V nepravidelnosti snídání je o 5 % více u dětí z lokality do 10 000 obyvatel a stejně tak v této lokalitě nesnídají 4 % dotazovaných dětí. Není významný rozdíl ve vlivu rodičů respondentů na pravidelnost snídání z hlediska věku rodičů.

V porovnání se studií HBSC (Kalman a kol., 2012, s. 59) kde je výskyt respondentů, kteří snídají každý den během pracovních dní v rozmezí od 42 % (dívky) do 69 % (chlapci), je podle zjištěných výsledků výzkumného souboru (uvedeno bez rozdílu pohlaví) k pravidelné snídání vedeno nejméně 85 % dotazovaných.

Je možné se domnívat, že v pravidelnosti snídání hraje roli odlišná dostupnost v rozdílných lokalitách. V menších a vzdálenějších lokalitách do 10 000 obyvatel je horší dostupnost (Ministerstvo životního prostředí ve spolupráci s Delegací Evropské komise v ČR., 2006). Tato skutečnost sebou může nést negativní důsledky jako je nedostatek času při vypravování dětí ráno do školy, ranní stres a vynechání snídání. Děti ze vzdálenějších míst do školy dojíždí a na snídání nezbývá potřebný čas. Tento jev je proti zásadám zdravého životního stylu.

Konzumace ovoce

Otázka č. 7 zkoumala vliv rodičů na konzumaci ovoce. Možnosti byly: a) méně než 1 krát denně, b) 1- 3 krát denně, c) více než 3 krát denně.

Bylo zjištěno, že v porovnání lokalit jsou děti žijící ve velkých městských lokalitách nad 100 000 obyvatel vedeny svými rodiči k prospívající konzumaci ovoce „více než 3

krát denně“ o 14 % více než v menších lokalitách do 10 000 obyvatel. Platí to bohužel i pro konzumaci nedostatečnou „méně než 1 krát denně“ v rozdílu o 6 %.

V četnosti „1- 3krát denně“ konzumují ovoce děti v lokalitách do 10 000 obyvatel, což je o 8 % více než jsou vedené děti z lokalit nad 100 000 obyvatel.

Podle věku rodičů je rozdíl v ovlivňování respondentů v konzumaci ovoce zanedbatelný.

Výsledky výzkumu ukazují, že ke konzumaci ovoce „více než 3krát denně“ je rodiči vedeno 17- 31 % dětí. „1- 3krát denně“ je ke konzumaci ovlivněno 57- 65 % dětí.

Porovnáno se studií HBSC, zde autoři Kalman a kol. (2012, s. 59) uvádí, že každodenně konzumuje ovoce méně než polovina respondentů (mimo skupinu 11 letých dívek).

Procentuální nárůst konzumace ovoce v množství zdraví prospěšnému více než 3krát denně v městských lokalitách může svědčit o lepší dostupnosti prodejen s ovocem v městských lokalitách a to zejména v zimních měsících, kdy výzkum probíhal. Dalším důvodem může být odlišná ekonomická úroveň rodin ve městě s porovnáním s menšími odlehlými lokalitami. Konečně ale, důvodem může být jen prostý následek lepší informovanosti rodin o příznivém vlivu konzumace ovoce v tomto množství na zdraví dětí. Poslední zmíněná možnost, která by mohla pozitivněji ovlivnit konzumaci ovoce u dětí v lokalitách nad 100 000 obyvatel, patří bezesporu k doporučujícím zásadám ZŽS rodin.

Konzumace zeleniny

Otázka č. 8 zkoumala vliv rodičů na konzumaci zeleniny. Možnosti byly:

a) méně než 1krát denně, b) 1- 3krát denně, c) více než 3krát denně.

Podle výsledků je konzumace zeleniny u dětí „více než 3krát denně“ podpořena rodiči v 17- 22 %. „1- 3krát denně“ je ke konzumaci ovlivněno 64 % dětí.

Porovnáno se studií HBSC, zde autoři Kalman a kol. (2012, s. 59) uvádí, že každodenně konzumuje zeleninu od 30- 43 % jedenáctiletých dětí.

Výsledný stav konzumace zeleniny ukazuje na nejčastější frekvenci konzumace „1- 3krát denně“- ve variantě „b)“ u dětí v lokalitách nad 100 000 obyvatel.

O 7 % méně v této variantě „b)“ konzumují zeleninu děti v menších lokalitách do 10 000 obyvatel nebo ji (v 23 %) ještě častěji konzumují v nedostatečné variantě „a)“.

Významné zjištění konzumace zeleniny „více než 3krát denně“, jenž je doporučovaným množstvím podporující ZŽS dětí, je v 22 % ve prospěch dětí rodičů nad 35 let.

Konzumace rybího masa

Otázka č. 9) zkoumala vliv rodičů na konzumaci pokrmů z rybího masa. Možnosti odpovědí byly: a) 1krát týdně a více, b) 1- 3krát měsíčně, c) méně často než 1krát za měsíc, d) rybí maso nejí vůbec.

Podle výsledků je konzumace rybího masa „více než 1krát týdně“ podpořena rodiči ve 12- 22 %.

Při hodnocení rozdílnosti vzhledem k faktorům generačním a geografickým vychází z výzkumu následující informace. Děti žijící v lokalitách nad 100 000 obyvatel odpovídaly v prospěšné konzumaci „1 týdně a více“ v 22% a zároveň v nedostatečných variantách „c“ a „d“ byly nejméně zastoupeny- do 50%. Podobně na tom jsou odpovědi dětí do 35 let věku rodičů: 21 % ve variantě „a“ a 62 % ve variantách „c“ a „d“.

Jen 15% byla zodpovězená prospěšná varianta „a“ od dětí rodičů nad 35 let a naopak ve variantách „c“ a „d“ nepodporující zdravé stravovací návyky byly odpovědi v převažujících 64 %.

Nejhůře jsou na tom děti z lokalit do 10 000 obyvatel, které proti 12 % v prospěšné variantě „a“ uvedly v 69 % nedostatečné varianty „c“ a „d“.

Lze se domnívat, že u nás konzumace ryb a výrobků z nich, zejména pak z mořských ryb, je doménou posledních několika let, kdy se zlepšilo zásobení českého trhu hlavně mořskými netučnými rybami. Hraje zde roli také trend zdravého stravování především v rodinách žijících v lokalitách nad 100 000 obyvatel nebo mladších rodičů do 35 let. Není však pozitivním zjištěním, že údaje o konzumaci ryb v možnostech: „méně než 1krát týdně“ nebo „rybí maso nejím vůbec“ jsou procentuálně vyšší s porovnáním s tvrzením autorů Celine a Brát (2012). Konzumovat rybu ve variantách „b“ a „c“ jsou vedeny děti v 51- 56 % a „rybí maso nejí vůbec“ 25- 33 % dětí.

V porovnání s autory Celine a Brát (2012), kteří tvrdí, že v Čechách nejsou dodržena doporučení ohledně konzumace rybího masa u dětí, rybu méně než jednou za týden konzumuje 41 % českých dětí a 13,5 % nejí ryby vůbec.

Pití čisté vody

Otázka č. 10 zjišťovala, zda rodiče ovlivňují děti k pití čisté vody. Možnosti byly: a) spíše ano, b) spíše ne.

Pozitivní zjištění bylo, že rodiče vedou děti k pití čisté vody (v možnosti „spíše ano“) v 61- 68 %, v možnosti „spíše ne“ jen v 32- 39 %. Při hodnocení rozdílnosti vzhledem k faktorům generačním a geografickým, jsou vedeny o 7 % více k pití čisté vody děti v lokalitách nad 100 000 obyvatel a také o 5 % více děti rodičů do 35 let.

Zjištění, které je možné podpořit opět domněnkou působnosti trendu zdravého stravování, které podporují více rodiny žijící ve velkoměstech jako kompenzaci méně zdravého životního prostředí a mladé rodiny již více ovlivněné výchovou ke zdravému stravování.

Pití slazených a neslazených nápojů

Otázka č. 11 zjišťovala, zda rodiče ovlivňují děti k pití nápojů: a) jen neslazených, b) převážně neslazených, c) slazených.

Při hodnocení rozdílnosti vzhledem k faktorům generačním a geografickým jsou slazené nápoje oblíbené v rodinách dětí do 35 let v 26 % a v lokalitách nad 100 000 obyvatel v 22 %. Méně oblíbené jsou u rodičů nad 35 let a v lokalitách do 10 000 obyvatel (do 18 %).

Spotřeba těchto nápojů je ve městech, většinou v rychlém občerstvení „fast- food“. Zejména mladá generace rodin ráda následuje americký trend rychlého občerstvení. (Machová, Kubátová 2009, str. 38)

Dentální hygiena

Otázka č. 12 zjišťovala vedení dětí v péči o chrup: a) pravidelně 2krát denně, b) pravidelně 1krát denně, c) nepravidelně.

Výsledky podle odpovědí ukazují na pozitivní působení rodiny v čištění zubů „pravidelně 2 krát denně“ v 80- 89 % dotazovaných. Toto zjištění téměř odpovídá výsledkům studie HBSC, kdy Kalman a kol. (2010, s. 65) píše o pravidelné dentální hygieně „2krát denně“ zmapované ve dvou třetinách chlapců a třech čtvrtinách dotazovaných dívek.

Nepravidelnost v čištění zubů je nejvíce zastoupena u respondentů z lokalit do 10 000 obyvatel (20 %) a nejméně v lokalitách s 100 000 obyvateli (11 %). Jev by mohl vypovídat o nedostatečné osvětě v problematice zubního kazu u rodin žijících v malých lokalitách nebo by mohl poukazovat na nepravidelnost dentální hygieny z důvodu ranní časové tísně a spěchu jako následku horší dostupnosti v těchto odlehlých lokalitách.

Hypotézy H3 a H4

H3 a H4 vychází z uvedené problematiky v rešerši týkající se stravovacích návyků dětí. Odpovědi otázek 6 až 12 byly bodově vyhodnoceny podle stanoveného klíče. Podle počtu dosažených bodů byl každý respondent zařazen do jedné z pěti stanovených kategorií. Výsledně 18 respondentů ze 164 dosáhlo bodového rozmezí od 12 do 14 bodů, mezi 86- 100 %. Tyto děti jsou vedeny ke zdravým stravovacím návykům.

Při hodnocení rozdílnosti vedení dětí ke zdravým návykům ve stravování vzhledem k faktorům geografickým a generačním byly zodpovězeny tyto hypotézy:

Hypotéza 3

Tato hypotéza se vztahuje ke geografickým faktorům.

H3 měla potvrdit či vyvrátit tvrzení: ***Děti žijící v lokalitách do 10 000 obyvatel jsou vedeny rodiči ke zdravým stravovacím návykům procentuálně více než děti žijící v lokalitách nad 100 000 obyvatel.***

Byl zjištěn výsledek, že ke „zdravým stravovacím návykům“ v kategorii I je rodiči vedeno 14 % dětí z lokality nad 100 000 obyvatel a o 6 % méně dětí v lokalitě do 10 000 obyvatel (8 %). Bylo zjištěno, že testovací statistika χ^2 a p- value ukázala na vzájemnou závislost znaků zastupujících stravovací návyky a lokalitu bydliště dětí.

Byl stanoven závěr, že děti žijící v lokalitách do 10 000 obyvatel jsou procentuálně méně vedené ke zdravým stravovacím návykům než děti z lokalit nad 100 000 obyvatel.

Hypotéza H3 nebyla potvrzena.

Hypotéza 4

Tato hypotéza se vztahuje ke generačním faktorům.

H4 měla potvrdit či vyvrátit tvrzení: ***Rodiče nad 35 let vedou své děti ke zdravým stravovacím návykům procentuálně více než rodiče do 35 let.***

Výsledkem bylo zjištění, že „zdravým stravovacím návykům“ v kategorii I. je rodiči nad 35 let vedeno 13 % dětí a o 8 % méně je vedeno dětí rodiči do 35 let (8 %). Bylo zjištěno, že testovací statistika χ^2 a p- value ukázala na vzájemnou závislost znaků zastupujících stravovací návyky dětí a věk rodičů dětí.

*Byl stanoven závěr, že děti rodičů nad 35 let jsou procentuálně více vedeny ke zdravým stravovacím návykům než děti rodičů do 35 let. **Hypotéza H4 byla verifikována.***

5.3. Diskuse k pohybovým aktivitám dětí

Třetí oblast dotazníku byla tematicky zaměřená na pohybové aktivity a vedení dětí k volnočasovým sportovním aktivitám a jejich pravidelnosti. V otázkách byly uvedeny tyto příklady sportovních aktivit: fotbal, volejbal, basketbal, florbal, in-line hokej, cyklistika, tenis, stolní tenis, plavání, turistika, lyžování, bruslení, aerobic, jezdeckví, jogging, sportovní plavání, badminton...a další.

Volnočasové sportovní aktivity

Otázka č. 13 zkoumala, zda vedou rodiče děti ke sportovním aktivitám ve volném čase. Možnosti byly: a) ano, b) spíše ano, c) spíše ne, d) ne.

V celkovém pohledu na odpovědi dětí je patrné, že v 52- 63 % rodiče své děti vedou k tomu, aby ve volném čase sportovaly („varianta „ano“). Největší zastoupení ve variantě „a)“ v 63 % mají odpovědi dětí z lokalit nad 100 000 obyvatel.

V porovnání geografických a generačních faktorů byly zjištěny následující výsledky. Nejméně vedou děti ke sportu (varianty „spíše ne „ a „ne“) rodiče z lokalit do 10 000 obyvatel (19 %) a rodiče nad 35 let (16 %).

Na výsledky z odpovědí respondentů se může podílet mnoho faktorů. Za geografické faktory ovlivňující zájem o pohybové aktivity je třeba uvést enormní nárůst volnočasových aktivit ve městech v posledních desetiletích. (Hájek, Hofbauer, Pávková, 2011, s. 31). Dále je zmíněna dobrá dostupnost ve velkých městech do sportovních, plaveckých a volnočasových center (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 45), zejména vhodná v zimním období, kdy výzkum probíhal.

Za generační faktory ovlivňující zájem o pohybové aktivity je možné uvést psychosociální specifika generací rodičů. S věkem klesá schopnost čelit zátěžovým situacím a přibývá množství vegetativních obtíží. Rodiče trpí stresem z problémů v zaměstnání i rodině. (Novotná, Hříchová a Miňhová, 2012, s. 62- 64) Důsledkem toho ztrácí často zájem o svoje bližní a jejich potřeby. Starší dospělost navíc provází tělesné změny a pozvolný úpadek tělesných funkcí. (Oudová, 2003, s. 58- 64) Rodiče starších generací tzv. „z pohodlní“.

Pravidelnost sportovních aktivit

Otázka č. 14 zjišťovala, jak jsou děti vedené ve volném čase ke sportovním aktivitám. Možnosti byly: a) více než 3krát týdně, b) 1- 3krát týdně, c) méně než 1krát týdně, d) nesportují vůbec.

Dle výsledků jsou děti vedeny ke sportu „více než 3krát týdně“ v 28- 33 %, „1- 3krát týdně“. Pro srovnání s výsledky studie HBSC je uvedeno, že sportovní aktivity alespoň 1 hodinu v četnosti 4- 7krát v týdnu provádí od 16- 28 % dětí ve věkové kategorii 11 let. (Kalman a kol., 2010, s. 69)

Děti z lokalit nad 100 000 obyvatel jsou o 5 % více vedeny ke sportování „více než 3krát týdně“, přitom „nesportujících vůbec“ je v této lokalitě o 11 % méně než v porovnání s dětmi z menších lokalit do 100 000 obyvatel.

Rozdíl ve vedení dětí k pravidelnosti sportovních aktivit z hlediska věku rodičů je bezvýznamný.

Hypotézy H5 a H6

H5 a H6 vychází z rešerše týkající se optimálních pohybových aktivit dětí, jejich významu pro dětský organismus a důsledků hypokinesy.

Odpovědi otázky č. 14 byly vyhodnoceny a statisticky zpracovány.

Hypotéza 5

Tato hypotéza se vztahuje ke geografickým faktorům.

H5 měla potvrdit či vyvrátit tvrzení: ***Děti žijící v lokalitách do 10 000 obyvatel jsou vedeny ve volném čase k sportovnímu vyžití ve více než v 30% 3krát týdně oproti dětem žijícím v lokalitách nad 100 000 obyvatel, kteří v 30% 3krát týdně nesportují.***

Z výsledků podle kontingenční tabulky absolutních četností odpovědí na otázku č. 14 bylo konstatováno, že děti žijící v lokalitách do 10 000 obyvatel jsou vedeny ve volném čase k sportovnímu vyžití v 28 % 3krát týdně oproti dětem žijícím v lokalitách nad 100 000 obyvatel, které jsou vedeny k sportovnímu vyžití v 33 % 3krát týdně. Bylo zjištěno, že testovací statistika χ^2 a p- value ukázala na vzájemnou závislost znaků zastupujících četnost sportovních aktivit dětí a lokalitu bydliště dětí.

Hypotéza H5 nebyla potvrzena.

Hypotéza 6

Tato hypotéza se vztahuje ke generačním faktorům.

H3 měla potvrdit či vyvrátit tvrzení: *Děti rodičů do 35 let jsou vedeny ve volném čase k sportovnímu vyžití více než 3krát týdně alespoň v 30% oproti dětem rodičů nad 35 let, kteří 30% 3krát týdně nedosahují.*

Z výsledků podle kontingenční tabulky absolutních četností odpovědí na otázku č. 14 bylo konstatováno, že ke sportování ve volném čase více než 3krát týdně je vedeno 32 % dětí rodičů do 35 let a 30 % dětí rodičů nad 35 let. Nebyl potvrzen statisticky významný rozdíl mezi dětmi z obou sledovaných lokalit. Bylo zjištěno, že testovací statistika χ^2 a p- value nepotvrdila závislost mezi četností sportovních aktivit dětí a věkem rodičů dětí.

Hypotéza H6 nebyla potvrzena.

5.4. Diskuse k prevenci škodlivých návyků

Čtvrtá oblast dotazníku byla tematicky zaměřená na prevenci před škodlivými návyky. Patřilo sem nadměrné sledování televize a jiných médií, konzumace alkoholu dětmi a kouření cigaret dětmi. Součástí preventivních opatření bylo vedení dětí ke svěřování s problémy a společné trávení volného času dětí a rodičů zájmovými činnostmi.

Sledování médií

Otázka č. 15 zkoumala ovlivňování dětí rodiči ve volném čase ve sledování televize, videa, hraní počítačových her nebo prohlížení internetu v celkovém čase:

a) 1 hod. denně a méně, b) 1- 2 hod. denně, c) 3- 4 hod denně, d) 4 hod. denně a více.

V porovnání lokalit jsou děti vedené ve sledování médií celkově v doporučených možnostech „a)“ i „b)“ shodně v 85 % v lokalitách do 10 000 i nad 100 000 obyvatel.

Z pohledu faktoru věku rodičů jsou vedené děti celkově v doporučených možnostech „a)“ i „b)“ v 83 % u rodičů nad 35 let a 89 % u rodičů do 35 let.

Zajímavější je pohled na benevolentní vedení dětí ve sledování v rizikovém neomezeném množství času možnosti „d)“: v lokalitě do 10 000 obyvatel je to v 16 %, u dětí rodičů nad 35 let v 17 %, v lokalitě nad 100 000 obyvatel v 14 % a u rodičů do 35 let v 0 %.

Ve výzkumné studii HBSC bylo zjištěno od 39 % do 44 % dotazovaných dětí ve věku 11 let, které sledují televizi do 2 hodin denně. Více než 4 hodiny sleduje mezi 16- 17% dětí. (Kalman a kol., 2010, s. 72)

Nižší procentuální zastoupení respondentů v možnosti sledování médií „do 2 hodin denně“ je ve výzkumné studii zřejmě zapříčiněn větším zastoupením výzkumného souboru v celkovém počtu 1426 dětí ve věku 11 let oproti 164 dětem z výzkumného souboru diplomové práce. Je však také třeba přihlídnout, že výzkum probíhal v zimních měsících a to sledovanost televize dosahuje maxima.

Mohl by vzniknout předpoklad, že v plzeňském okrese, z kterého byla převážná část probandů, jsou děti důsledněji vedené v čase stráveném u televize.

U nulového procentuálního zastoupení dětí rodičů do 35 let u možnosti „d)“ je možné se domnívat, že mladší rodiče do 35 let tráví s dětmi více času a důsledněji dohlíží na volnočasové aktivity dětí, zejména pak i na sledování televize.

Konzumace alkoholu

Otázka č. 16 zkoumala preventivní vedení dětí k tomu, aby „nepily alkohol“. Možnosti byly: a) ano, b) spíše ano, c) spíše ne, d) ne.

S porovnáním s generačními a geografickými faktory bylo zjištěno, že rodiče vedou preventivně děti k tomu, aby „nepily“ alkohol v možnostech „a)“ a „b)“ následovně: v 93% v lokalitách nad 100 000 obyvatel, v 90% rodiče nad 35 let, shodně v 78% rodiče do 35 let a v lokalitách do 10 000 obyvatel.

Procentuální zastoupení respondentů, kteří odpovídali záporně- možnostmi „c)“ i „d)“ s ohledem na faktory: 23% dětí rodičů do 35 let, 22 % dětí žijících v lokalitách do 10 000 obyvatel, 10 % dětí rodičů nad 35 let a nejméně 6 % dětí žijících v lokalitě nad 100 000 obyvatel.

Studie HBSC uvádí, že alespoň 1krát za týden pije alkohol 10 % jedenáctiletých dětí. Z dalších údajů studie je varující, že s každým druhým rokem věku dětí se tato procenta zvyšují o polovinu. (Kalman a kol., 2010, s. 82)

Převážná část dětí rodičů do 35 let podle charakteristiky souboru dosahují věku 10 let, proto je možné, že prevenci rodiče považují za předčasnou. Stejně tak v lokalitách do 10 000 obyvatel je prevence více podceňována. Důvodem může být menší přítomnost negativních jevů nebo nedostatečná informovanost o významu prevence proti alkoholu v rodině.

Kouření

Otázka č. 17 zkoumala vedení dětí k prevenci kouření v možnostech: a) ano, b) spíše ano, c) spíše ne, d) ne.

Bylo zjištěno následující procentuální zastoupení respondentů odpovídající na prevenci podporující možnosti „a)“ i „b)“ s ohledem na geografické a generační faktory: 95 % z lokality nad 100 000 obyvatel, 91 % rodičů nad 35 let, 83 % rodičů do 35 let, 81 % z lokality do 10 000 obyvatel.

Procentuální zastoupení respondentů, kteří odpovídali možnostmi prevenci nepodporující „c)“ a „d)“ s ohledem na faktory: 19 % z lokality do 10 000 obyvatel, 17 % rodičů ve věku do 35 let, 9 % rodičů ve věku nad 35 let, 5 % z lokality nad 100 000 obyvatel.

V celé České republice vykouří děti první cigaretu kolem 10. roku věku. (ČSÚ, WHO, Králíková, 2012) Proto je alarmující, že v prevenci kouření nejsou podporovány z 19 % děti z lokalit do 10 000 obyvatel a ze 17 % děti rodičů ve věku do 35 let.

Posilování důvěry ke svěřování se s problémy

Otázka č. 18 zkoumala vedení dětí ke svěřování se s problémy v možnostech a) ano, b) spíše ano, c) spíše ne, d) ne.

Bylo zjištěno 90- 95 % zastoupení respondentů odpovídajících v možnostech „a)“ a „b)“ s ohledem na geografické a generační faktory.

Procentuální zastoupení respondentů, kteří nejsou vedeni doma ke svěřování se s problémy, s ohledem na generační a geografické faktory: 10 % děti z lokalit do 10 000 obyvatel, shodně 7 % děti rodičů do nebo nad 35 let, pouze 5 % děti z lokalit nad 100 000 obyvatel.

Společné volnočasové využití

Otázka č. 19 zkoumala společné trávení volného času rodičů a dětí procházkou, hrou nebo jinou zájmovou činností v možnostech: a) ano, b) spíše ano, c) spíše ne, d) ne.

Bylo zjištěno následující procentuální zastoupení respondentů odpovídajících v možnostech „a)“ a „b)“ s ohledem na geografické a generační faktory: 83 % z lokalit nad 100 000 obyvatel, 69 % z lokalit do 10 000 obyvatel a mezi 74 % rodičů do 35 let a 77 % rodičů ve věku nad 35 let.

Procentuální zastoupení respondentů, kteří nejsou doma vedeni ke společnému trávení volného času s rodiči, s ohledem na generační a geografické faktory: 33 % z lokalit do 10 000 obyvatel, 27 % s rodiči do 35 let, 23 % s rodiči nad 35 let a 17 % z lokalit nad 100 000 obyvatel.

Volnočasové aktivity dětí je třeba podporovat, protože z nich děti přejímají výchovné podněty a správné vzorce volnočasového chování rodičů. (Hájek, Hofbauer, Pávková, 2011, s. 32, 33)

Nejvíce volného času tráví děti s rodiči ve velkoměstě a neméně v menších lokalitách do 10 000 obyvatel. Příčinou může být nebezpečné prostředí velkého města. Na tuto skutečnost poukazuje Džúrová (2013) a na existující rizika větších aglomerací, například zvýšenou kriminalitu. Věk rodičů nemá podstatný vliv na rozdílnost společných volnočasových aktivit.

Hypotézy H7 a H8

H7 a H8 vychází z rešerše, která rozebírá problematiku nezdravého vlivu médií, kouření, konzumace alkoholu i jejich následky na životní spokojenost a zdraví dětí společně s protektivním faktorem škodlivých vlivů, jímž je trávení volného času v rámci rodiny a společných volnočasových aktivit.

Bylo provedeno vyhodnocení oblasti prevence škodlivých návyků z odpovědí na otázky 15 až 19. Data byla zpracována a porovnána dle lokality bydliště a věku rodičů. Podle stanoveného bodového hodnocení byli respondenti vybráni do kategorie I, která je definována jako „dostatečná prevence škodlivých návyků“. U těchto respondentů rodiče podporují prevenci škodlivých návyků.

Hypotéza 7

Tato hypotéza se vztahuje ke geografickým faktorům.

H7 měla potvrdit či vyvrátit tvrzení: ***U dětí žijících v lokalitách do 10 000 obyvatel rodiče procentuálně více podporují dostatečnou prevenci škodlivých návyků než u dětí žijících v lokalitách nad 100 000 obyvatel.***

Z výsledků podle kontingenční tabulky a statistického zpracování bylo konstatováno, že u dětí žijících v lokalitách do 10 000 obyvatel rodiče podporují prevenci škodlivých návyků v 28 %, zatímco u dětí z lokalit nad 100 000 obyvatel ji rodiče podporují

ze 42 %, což je o 14 % více. Ve výsledku P- value ukázalo na vzájemnou závislost znaků zastupujících prevenci škodlivých návyků a lokalitu bydliště dětí.

Hypotéza H7 nebyla potvrzena.

Hypotéza 8

Tato hypotéza se vztahuje ke generačním faktorům.

H8 měla potvrdit či vyvrátit tvrzení: ***Procentuálně více je podporována dostatečná prevence škodlivých návyků u dětí rodičů nad 35 let než u dětí rodičů do 35 let věku.***

Z výsledků podle kontingenční tabulky a statistického zpracování bylo konstatováno, že o 5 % méně je podporována prevence škodlivých návyků u dětí rodičů nad 35 let než u dětí rodičů do 35 let věku. Bylo zjištěno, že na hladině významnosti 0,05 test neprokázal významnější vzájemný vliv prevence škodlivých návyků a věku rodičů

Hypotéza H8 nebyla potvrzena.

Hypotézy H9 a H10

Hypotézy se vztahují k hlavní otázce diplomové práce a vlivu geografických a generačních faktorů na utváření životního stylu dětí. Komplexně posuzují celý výzkum. Vychází z rešerše a různých pohledů na životní styl dětí ve městech a na venkově, z psychosociálních specifik rodičů v období mladší a starší dospělosti.

Podle Kohoutka (2009) má význam umístění obydlí, je rozdíl zda rodina bydlí na samotě, na venkově, ve městě či ve velkoměstě. Kohoutek píše o potřebě pohybu, která je často u dětí z velkoměst frustrována, pokud nejsou vytvořeny adekvátní podmínky pro volný pohyb, hry a sport. Podobný náhled na velkoměsto má Krejčí (2011, s. 31). Vyslovuje názor souhlasný s výsledky Džurové, že čím větší aglomerace, tím větší negativní trendy: zvýšená kriminalita, konfliktní vztahy mezi lidmi, nadměrná konzumace drog všeho druhu (cigarety, alkohol, drogy).

Ptáčková (2006) poukazuje na městské děti a jejich výraznější názory na bojové filmy a agresivní počítačové hry, zatímco hájí venkovské děti, které tráví čas především v přírodě.

Výzkum Džurové otáčí pohled Ptáčkové, pokud se jedná o obce do 5000 obyvatel. Tvrdí, že je zde nižší nabídka adekvátních sportovních aktivit, volnočasových středisek

či klubů pro děti a následkem toho stouplo rizikové chování dospívajících dětí v menších obcích v České republice v konzumaci tvrdého alkoholu. (Dzúrová, 2013)

Průcha (2002, s. 135) zmiňuje výzkum, kde v místech snížené dostupnosti kulturních center je nižší kulturní povědomí vesnických rodin.

Toto tvrzení může mít za následek menší informovanost v oblasti vedení dětí ke ZŽS.

Vedení dětí ke zdravému životnímu stylu bylo zjištěno vyhodnocením odpovědí otázek 6 až 19 podle stanoveného klíče. Respondenti byli zařazeni do kategorií vymezující kvalitu životního stylu dětí.

Pro ověření závislosti byl použit test dobré shody v kontingenční tabulce.

Hypotéza 9

H9 měla potvrdit či vyvrátit tvrzení: *Lokalita bydliště má vliv na utváření životního stylu dětí.*

Bylo zjištěno, že testovací statistika χ^2 a p- value ukázala na vzájemnou závislost odpovědí týkajících se životního stylu dětí a lokality jejich bydliště. Místo bydliště má vliv na utváření zdravého životního stylu dětí. *H10 byla verifikována.*

Hypotéza 10

H10 měla potvrdit či vyvrátit tvrzení: *Věk rodičů má vliv na utváření zdravého životního stylu dětí.*

Bylo zjištěno, že na hladině významnosti 0,05 test neprokázal významnější vzájemný vliv odpovědí týkající se životního stylu dětí a věku jejich rodičů. Věk rodičů nemá vliv na utváření zdravého životního stylu dětí. *H10 nebyla potvrzena.*

6. Závěr

Cílem této diplomové práce bylo na základě údajů získaných pomocí sestaveného dotazníku vyhodnotit vliv rodičů na utváření zdravého životního stylu dětí v souvislosti s geografickými a generačními faktory. Dalším cílem, který předcházela tato vyhodnocení, bylo sestavení dotazníku zaměřeného na problematiku zdravého životního stylu dětí v současnosti. Podnětem pro záměr diplomové práce i charakter formulovaných otázek dotazníku byla výzkumná studie HBSC- Health Behaviour in School- aged Children mapující oblast životního stylu českých školáků z roku 2010.

Výzkumné šetření proběhlo u žáků základních škol Kasejovice okres Plzeň- jih, Blatná okres Strakonice, Plzeň- Doubavka okres Plzeň- město a Plzeň- Lobzy okres Plzeň- město. Struktura výběrového souboru byla zvolena bez ohledu na složení populace.

Z distribuovaného počtu 200 dotazníků se vrátilo 173 dotazníků. Po vytřídění obsahoval výběrový soubor 164 probandů ve věku 10, 11, 12 let, z toho 91 chlapců a 73 děvčat. Průměrný věk probandů byl 11.

Výsledky byly vyhodnoceny s ohledem na lokalitu místa bydliště a věk rodičů. Z hlediska geografického byly lokality místa bydliště dětí posuzovány podle počtu obyvatel na lokalitu do 10 000 a lokalitu od 100 000 obyvatel. Extrémnější rozdělení podle místa bydliště dětí mělo přinést očekávané výraznější rozdíly ve vedení dětí v rodinách ke zdravému životnímu stylu.

Výzkum potvrdil hypotézu, že lokalita bydliště má vliv na utváření životního stylu dětí. Tvrzení, která upřednostňovala menší lokality do 10 000 obyvatel jako místa, kde jsou děti vedené ke zdravějším stravovacím návykům, k pravidelnějšímu sportovnímu vyžití či dostatečné prevenci škodlivých návyků nebyla ověřena. Byla verifikována hypotéza, že děti v lokalitách do 10 000 obyvatel pociťují méně psychosomatických příznaků stresu než děti ve velkoměstě.

Statistické vyhodnocení údajů poukázalo na vzájemnou závislost znaků mezi lokalitou bydliště dětí a úrovní stravovacích návyků dětí, četností sportovních aktivit i kvality prevence škodlivých návyků dětí.

Výsledky výzkumu nepotvrdily hypotézu, že věk rodičů má vliv na utváření zdravého životního stylu dětí. Statistické vyhodnocení údajů poukázalo na vzájemnou závislost znaků označujících úroveň stravovacích návyků dětí a věkem rodičů. Závislost znaků mezi kvalitou prevence škodlivých návyků a věkem rodičů dětí na zvolené

hladině nebyla prokázána, ale výzkum ukázal, že procentuálně více je podporována dostatečná prevence škodlivých návyků u dětí rodičů do 35 let věku. Zřejmě u generací starších rodičů nad 35 let převládají poněkud zkostnatělé výchovné názory podceňující dostatečné komplexní preventivní vedení dětí proti škodlivým návykům.

Byla verifikována hypotéza, že děti rodičů mladšího věku do 35 let pociťují méně psychosomatických příznaků. I hypotéza, že rodiče nad 35 let vedou své děti ke zdravým stravovacím návykům více, než rodiče do 35 let byla ověřena.

Bylo zjištěno, že nezávisí na věku rodičů, zda jsou děti vedené adekvátně ke sportovním aktivitám, ale v mnohých ohledech se vliv rodičů mladšího věku rozchází s vlivem rodičů starších 35 let. Mladší generace rodičů věnují dětem potřebný čas, ale na druhé straně více podléhají vlivu současných trendů. Bohužel například trendy typu „fast-food“ ke zdravému životnímu stylu dětí nepřispívají.

Kohoutek (2006) píše o potřebě pohybu, která je často u dětí z velkoměst frustrována. Ptáčková (2006) popisuje vesnické děti jako zdravější, spokojenější a prosté negativních vlivů naší společnosti oproti městským dětem. Průcha (2002, s. 135) zmiňuje výzkum, kde v místech snížené dostupnosti kulturních center bylo jako následek zjištěno procentuálně nižší kulturní povědomí vesnických rodin.

Tyto pohledy se během let změnily. Kalman, Hamřík, Pavelka (2011, s. 72) sice upozorňují na snižování aktivního pohybu upřednostňováním automobilů nebo hromadné dopravy před chůzí či jízdou na kole, na druhé straně ale dobrá dostupnost ve velkých městech zajišťuje dosažitelnost sportovních a plaveckých center, parků nebo přírodních relaxačních zón. Dostupná jsou ve velkoměstech také kulturní a volnočasová střediska. Tento rys významně ovlivňuje pozitivní využívání volného času dětí ve městě. Pro volnočasové aktivity představuje městská lokalita bohaté a rozmanité možnosti. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 45)

V tomto tvrzení se shodují i autoři Hájek, Hofbauer, Pávková (2011, s. 31). Píší o enormním nárůstu volnočasových aktivit v městech v posledních desetiletích.

To jsou podmínky, které jsou pro vývoj dospívajících dětí příznivé, zejména v zimním období. V tomto směru velkoměsto předčilo malé lokality, ve kterých se dětem takové využití nenaskytá. Vývoj jde ale kupředu.

Sobotková (2011) tvrdí, že i na vesnici se mění podmínky využití volného času. Spotřební orientaci volného času nahrazuje styl života s aktivnější zážitkovou orientací pohybových aktivit a preferencí začleňování pohybu do životního stylu dětí již v dětském věku.

Dzúrová (2013) konstatuje, že město charakterizují zhoršené životní podmínky. Krejčí (2011, s. 31) vyslovuje názor souhlasný s výsledky Dzúrové, že čím větší aglomerace, tím větší negativní trendy. Zvýšená kriminalita, konfliktní vztahy mezi lidmi, nadměrná konzumace drog všeho druhu.

Je možné, že díky těmto nástrahám rodiny žijící ve velkých městech nepodceňují prevenci škodlivých návyků u svých dětí a snaží se kompenzovat zhoršené životní podmínky zdravým životním stylem. Ale o to by se měli snažit všichni rodiče bez výjimky.

Vlivem rodiny si děti utvářejí hodnoty, emoce a získávají návyky. Rodičovská opora je nejsilnějším prediktorem v utváření sebehodnocení dětí a vlastního „body image“. (Fialová, Krch, 2012, s. 30- 39)

Následující soubor doporučení je pro rodiče, kteří chtějí vhodným vedením pozitivně utvářet zdravý životní styl svých dětí.

Děti by se měly vést ke zdravým stravovacím návykům již od raného dětství. (Pánek, Pokorný, Dostálová, 2007, s. 131) Lze říci, že návyky, které si dospívající děti vytvoří v časném věku, si obvykle sebou nesou až do dospělosti. (Ministerstvo životního prostředí ve spolupráci s Delegací Evropské komise v ČR, 2003, s. 9)

Součástí domácího stravování by měla být pestrá a plnohodnotná strava odpovídající věkovým zvláštnostem dětí svoji kvalitou i kvantitou. (Machová, Kubátová 2009, str. 38) Den by měl začínat snídaní, na kterou by mělo mít dítě dostatek času. (Milatová, 2010, s.) Snídaně je považována za nejdůležitější jídlo pro dospívající děti z pohledu nutričního i z pohledu podpory učení ve škole. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 100-114) Neúměrný konzum nadměrně energetických pokrmů není vhodný. (Pánek, Pokorný, Dostálová, 2007, s. 131) Autoři Diehl, Ludingtonová, Pribiš (2009) zmiňují několik námětů, jak lze u dětí vypěstovat správné stravovací návyky: tři jídla bohatá na ovoce, zeleninu a celozrnné obiloviny denně ve stejnou dobu, dále pití velkého množství vody a omezení slazených limonád.

Dalším důležitým doporučením je konzumace ryb alespoň 1krát v týdnu. (Výživa a potraviny, 2008) Podstatné je od útlého věku u dětí v rodině vytvářet základní hygienické návyky včetně dentální hygieny. (Machová, Kubátová 2009, str. 236)

Významným doporučením od autorů Diehla, Ludingtonové a Pribiše (2009) je dostatečné každodenní cvičení prováděné raději venku po dobu minimálně jedné hodiny. Sigmund, Sigmundová (2014) doporučují následující optimální tělesnou

aktivitu podporující zdravý životní styl školních dětí ve věku od 11- ti do 15- ti let: fyzickou aktivitu střední intenzity nejméně 60 minut denně, chůzi alespoň 30 minut

5krát týdně, fyzickou aktivitu vysoké intenzity (energické, posilující kardiorepirační cvičení) alespoň 20 minut 3krát týdně nebo kombinaci předchozích doporučení rozdělit do 10 minutových nebo delších sekcí v rámci dne.

Kohoutek (2014) tvrdí, že důraz na prevenci je vždy na místě. V tomto věku by se měly vybudovat základní záporné postoje ke kouření a alkoholu posílené dalšími novými informacemi týkající se rizik pasivního kouření a zdravotně- ekonomických důsledků i výhod nekouření a neužívání alkoholu. Velmi důležité je vhodné volnočasové využití, ke kterému by měli děti v tomto věku vést rodiče. Důležitou roli hraje trénink dětí v odmítání nabízených alkoholických nápojů, cigaret nebo jiných drog.

Významným protektivním faktorem vzniku závislosti na psychoaktivních látkách je společně trávený volný čas a zájem rodičů. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2011, s. 64)

Způsob trávení volného času je jedním z významných kritérií, která charakterizují životní styl dětí i jejich rodiny. (Kalman, Hamřík, Pavelka, 2014, s. 75)

7. Seznam použitých zdrojů

7.1. Seznam použité literatury

BAREŠ, Jiří. *Problémy související s užíváním drog u dětí do 15 let. Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost*. 2010. Překlad: Bareš J., 1. vyd. v českém jazyce, Praha: Univerzita Karlova. ISBN 978- 80- 254- 6806-7.

BOKOVÁ, Ludmila a spol. 2011. *Rodiče, děti a jejich problémy: sborník studií*. Praha: Sdružení Linka bezpečí. ISBN 978-80-904920-0-4.

ČESKO. ÚŘAD VLÁDY. 2003. *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století: projednán vládou České republiky dne 30. října 2002 - usnesení vlády č. 1046*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. ISBN 80-85047-99-3.

DIEHL, H., A. LUDINGTONOVÁ a P. PRIBIŠ. 2009. *Síla zdraví*. 2. vyd., Praha: Advent- Orion, spol. s r.o. ISBN 978- 80- 7172- 093-5.

FIALOVÁ, Ludmila a František David KRCH. 2012. *Pojetí vlastního těla - zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2160-9.

HASHEMIPOUR, Mahin et al. *Effect of education on anthropometric indices in obese parents and children after one year of followup*. ARYA Atherosclerosis Journal. 2012, č. 8(1), s. 21- 26. ISSN: 1735-3955.

HAVELKOVÁ, Marie a Romana FERBAROVÁ. Rodinná výchova. In: *Výchova ke zdraví 1.: sborník prací učitelů a studentů katedry rodinné výchovy a výchovy ke zdraví PdF MU v Brně*. České Budějovice: Masarykova univerzita v Brně, 2005, s. 28. ISBN 80-210-3918-3.

HAVRDOVÁ, Kateřina. 2002. *Sylabus z vybraných témat vývojové psychologie. Pracovní texty pro studenty pedagogického doplňkového studia č. 2*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-185-6.

HÁJEK, B., B. HOFBAUER a J. PÁVKOVÁ. 2011. *Pedagogické ovlivňování volného času: trendy pedagogiky volného času*. 2.vyd., Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0030-7.

KALMAN, M., Z. HAMŘÍK aj. PAVELKA. 2011. *Zelená kniha zdravého životního stylu se zaměřením na podporu pohybové aktivity*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3451-3.

KASTNEROVÁ, Markéta. 2012. *Poradce zdravého životního stylu*. České Budějovice: Nová Forma. ISBN 978-80-7453-250-4.

KRAUS, B. 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-383-3.

KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. 2001. *Člověk, prostředí, výchova*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-004-2.

KREJČÍ, Milada. 2011. *Výchova ke zdraví, strategie duševní hygieny ve škole*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-262-5.

MACHOVÁ Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2715-8.

MARKOVÁ, Marie. 2012. *Determinanty zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN: 978- 80-7013-545-7.

MARTINÍK, Karel. 2008. *Výchova ke zdraví a zdravému životnímu VIII. díl: Základní aspekty zdraví a pohybové aktivity člověka*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-538-2.

MARTINÍK, Karel. 2008. *Výchova ke zdraví a zdravému životnímu VII. díl: Zdraví a zdravý životní styl- nové aspekty vědy aplikované do praxe*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-406-4.

MATĚJČEK, Tomáš a kol. 2007. *Malý geografický a ekologický slovník. Příručka pro školy i veřejnost*. Praha: Nakladatelství České geografické společnosti, s.r.o. ISBN: 978-80-86034-68-3.

MILATOVÁ, Růžena. Zásady správné výživy. *Rodina a škola*. 2010, č. 12, s. 21. ISSN 0035- 7766.

MINISTERSTVO ŽIVOTNÍHO PROSTŘEDÍ. *Děti na cestách. Bezpečně po městě. Informace pro zástupce měst a obcí*. 2006. Kids on the move, přeloženo European Communities. 2. vyd., Praha: Ministerstvo životního prostředí. ISBN 80-7212-388-2.

MINISTERSTVO ŽIVOTNÍHO PROSTŘEDÍ VE SPOLUPRÁCI S DELEGACÍ EU V ČR. *Děti na cestách. Bezpečně po městě. Informace pro zástupce měst a obcí*. 2003. Kids on the move, překlad European Communities. 2002. Praha: Ministerstvo životního prostředí ve spolupráci s Delegací Evropské komise v ČR. ISBN 80-7212-269-X.

NOVOTNÁ, L., M. HŘÍCHOVÁ a J. MIŇHOVÁ. 2012. *Vývojová psychologie*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. ISBN 978- 80-261- 0115- 4.

OUDOVÁ, Drahomíra. 2003. *Vybraná témata z vývojové psychologie. Pracovní texty pro studenty Doplnkového pedagogického studia č. 4*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-018-3.

OUDOVÁ, Drahomíra. 2002. *Sylabus z vybraných témat psychologie osobnosti. Pracovní texty pro studenty pedagogického doplnkového studia č. 1*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-137-6.

PÁNEK, J., J. POKORNÝ a J. DOSTÁLOVÁ. 2007. *Základy výživy a výživová politika*. Praha: Vydavatelství VŠCHT Praha. ISBN 80-7080-468-8.

PEŠEK, Roman a Kateřina NEČESANÁ. 2009. *Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných drog u dospívajících. Vybrané klíčové dokumenty. Výsledky aktuálních výzkumů. Příčiny a vývoj užívání drog. Motivace ke změně a léčba. Moderní metody pro nácvik*

psychosociálních dovedností zvyšujících sebedůvěru. Písek: Arkáda- sociálně psychologické centrum Písek. ISBN 978- 80-254-5971-3.

PRŮCHA, Jan. 2005. *Moderní pedagogika.* Praha: Portál. ISBN 80-7367-047-X.

SIGMUND Erik a Dagmar SIGMUNDOVÁ. 2014. *School- related physical activity, lifestyle and obesity in children.* Olomouc: Published by Palacký University in Olomouc. ISBN 978-80-244-3926-6.

STRNADOVÁ, Alice. 2011. *Tvorba a metodika projektů k podpoře zdraví: studijní text.* Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7368-978-0.

ŠMÍDOVÁ Michaela a Martin VÁVRA. 2010. *Hodnotová a sociální reprodukce v rodině: první výsledky z výzkumu dvou generací.* Praha: CESES FSV UK. ISBN 978-80-904138-2-5.

TOMBAK, Michail. 2014. *Jak žít dlouze a zdravě.* Vendryně: Beskydy. ISBN: 978-80-87431-27-6.

ŽALOUĐÍKOVÁ, Iva. 2013. *Dětské interpretace pojmů zdraví a nemoc.* Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6303-7.

7.2. Seznam použitých elektronických zdrojů

BLOVSKÝ Václav. *Mladý Smolivec*. [online]. 2000 [cit. 17. 3. 2015] Dostupné z: <http://www.mladysmolivec.cz/cs/soucasnost-obce/soucasnost-budislavice/R37-A0/>

CELINE, D. a J. BRÁT. Význam specifických živin na vývoj mozku. *Výživa dětí*. [online]. 2013 [cit. 28. 2. 2015] Dostupné z: <http://vyzivadeti.cz/pro-lekare-a-sestry/odborne-clanky/vyznam-specifickych-zivin-na-vyvoj-mozku/>

ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Vývojová psychologie* [online]. 2004 [cit. 28. 2. 2015] Dostupné z: http://www.osu.cz/fpd/kpa/dokumenty/vyvojova_psychologie.pdf

ČSÚ (český statistický úřad), WHO, KRÁLÍKOVÁ Eva. Kouření dětí. *Kuřáková plíce*. [online] 2012 [cit. 17. 10. 2014] Dostupné z http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/statistiky-tykajici-se-koureni/10-statistiky-tykajici-se-koureni-cigaret.html

DZÚROVÁ, Dagmar. *Zdraví- nerovnosti a rizika*. [online]. 2013 [cit. 24. 10. 2014] Dostupné z: <http://slideslive.com/s/dagmar-dzurova-562/>

HLÚBIK, Pavel. Obezita- závažný problém současnosti. *Interní medicína pro praxi*. [online]. 2002 [cit. 17. 10. 2014] Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/07/02.pdf>

JEŽKOVÁ, Zuzana a Ondřej MASTNER. Rodinná terapie jako léčba onemocnění. *Psychosomatika*. [online]. 2014 [cit. 29. 10. 2014] Dostupné z: <http://www.sance-detem.cz/srv/www/content/pub/cs/clanky/psychosomatika-rodinna-terapie-jako-lecba-onemocneni-72.html#nejcastejsi-psychosomaticke-poruchy-u-deti/>

PTÁČKOVÁ, Lucie. Šikana, syndrom CAN a dětská práva. *Psychologie*. [online]. 2006 [cit. 29. 1. 2015] Dostupné z: <http://zpsychologie.webgarden.cz/rubriky/sikana-pomooooc/>

SLAVÍČEK, Lukáš. *Obec Chloumek*. [online]. 2011 [cit. 17. 3. 2015] Dostupné z: <http://chloumecko.cz/>

SOBOTKOVÁ, Lucie. *Aktivní životní styl. I na vesnici tepe život*. [online]. 2011 [cit. 15. 3. 2015] Dostupné z: <http://www.vemeste.cz/2011/02/i-na-vesnici-tepe-zivot/>

STEINER, Vladimír. *Děti konzumují alkohol už od 11 let. Mohou za to rodiče?* [online]. 2014 [cit. 29. 10. 2014] Dostupné z: <http://www.vitalia.cz/clanky/deti-konzumuji-alkohol/#ixzz3HXmDrr7q> <http://www.vitalia.cz/clanky/deti-konzumuji-alkohol/>

KALMAN, Michal a Jana VAŠÍČKOVÁ. 2013. *Zdraví a životní styl dětí a školáků*. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3409-4 [online]. 2013 [cit. 24. 4. 2014] Dostupné z: http://hbsc.upol.cz/download/zdravi%20skolaci_publikace_WEB.pdf/

KALMAN, M. a kol. 2010. *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků*. [online]. 2012 [cit. 1. 11. 2014] Dostupné z: http://www.vivantis.cz/soubory/prozdravi.cz/studie/narodni_zprava_o_zdravi_a_zivotnim_stylu_deti_a_skolaku.pdf/

KOHOUTEK, Rudolf. *Stresy a psychická traumata studentů vysokých škol. Psychologie v teorii a praxi*. [online]. 2014a. [cit. 22. 3. 2014] Dostupné z http://rudolf_kohoutek.blog.cz/1404/drogove-a-jine-zavislosti-u-deti-a-mladeze-prevence-a-naprava/

KOHOUTEK, Rudolf. *Identification of behavioral and experiential Difficulties. Psychologie v teorii a praxi*. [online]. 2014b. [cit. 17. 2. 2015] Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/1408/identification-of-behavioral-and-experiential-difficulties/>

KOHOUTEK, Rudolf. *Psychologie v teorii a praxi: Uvedení do vývojové psychologie* [online]. 2010 [cit. 23. 10. 2014] Dostupné z http://rudolf_kohoutek.blog.cz/1002/uvadeni-do-vyvojove-psychologie

KOHOUTEK, Rudolf. Psychosociální mechanismy a techniky adaptace člověka. *Psychologie v teorii a praxi*. [online]. 2009a. [cit. 20. 2. 2015] Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0911/psychologie-psychosocialni-adaptace-cloveka/>

KOHOUTEK, Rudolf. Vliv rodiny na rozvoj osobnosti člověka. *Psychologie v teorii a praxi*. [online]. 2009b. [cit. 22. 3. 2014] Dostupné z <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0912/vliv-rodiny-na-rozvoj-osobnosti-cloveka/>

KOSTIUK, Pavel. *Možnosti prevence vzniku cukrovky* [online]. 2013 [cit. 17. 10. 2014] Dostupné z <http://www.jimehlavou.cz/cz/diabetesmellitus/Emag/DetailClanku/ic-112/moznosti-prevence-vzniku-cukrovky.huml/>

NUTRICOACH. Ryby [online] 2015 [cit. 10. 1. 2015] Dostupné z: <http://www.nutricoach.cz/ryby--c51/>

PORTÁL PRO SOCIÁLNÍ OBLAST PRAHY. Rodina. *Domovská stránka*. [online] © 2008 - 2011 [cit. 10. 10. 2014] Dostupné z: <http://socialni.praha.eu/jnp/cz/rodina/index.html>, Magistrát hl. m. Prahy/

TOMÁŠ, Karel. *Statistika* [online] 2013 [cit. 24. 1. 2015] Dostupné z: http://www.tomaskarel.cz/vse/4ST201/prezentace/cv_9_karel_web.pdf/

URBANOVÁ, Zuzana. *Primární prevence kardiovaskulárních onemocnění v dětství* [online]. 2012 [cit. 17. 10. 2014] Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/02/02.pdf/>

VÝŽIVA A POTRAVINY. *V České republice jíme příliš málo ryb*. [online]. 2008/4 [cit. 10. 1. 2015] Dostupné z: <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/v-ceske-republice-jime-prilis-malo-ryb.html/>

WIKIPEDIE. *Seznam měst v Česku podle počtu obyvatel*. [online]. 2015 [cit. 17. 3. 2015] Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Seznam_m%C4%9Bst_v_%C4%8Cesku_podle_po%C4%8Dtu_obyvatel/

WIKIPEDIE. *Města obce a vesnice*. [online]. 2014 [cit. 17. 3. 2015] Dostupné z: <http://www.obce-mesta.info/obec.php?id=Kasejovice-557862/>

WIKIPEDIA. *Faktor* [online] 2013 [cit. 23. 10. 2014] Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/>, [http://cs.wikipedia.org/wiki/Faktor./](http://cs.wikipedia.org/wiki/Faktor/)

8. Seznam grafů, tabulek

- Graf č. 1: Struktura výběrového souboru z hlediska věku a místa bydliště dětí
- Graf č. 2: Struktura výběrového souboru z hlediska pohlaví dětí a místa jejich bydliště
- Graf č. 3: Struktura výběrového souboru dle lokality bydliště a věku rodičů
- Graf č. 4: Struktura výběrového souboru z hlediska věku probandů a věku jejich rodičů
- Graf č. 5: Struktura výběrového souboru z hlediska pohlaví dětí a věku rodičů
- Graf č. 6: Výskyt psychosomatických příznaků vzhledem k lokalitě bydliště (v %)
- Graf č. 7: Výskyt psychosomatických příznaků vzhledem k věku rodičů (v %)
- Graf č. 8: Pravidelnost snídání v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)
- Graf č. 9: Konzumace ovoce v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)
- Graf č. 10: Konzumace zeleniny v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)
- Graf č. 11: Konzumace pokrmů z rybího masa v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)
- Graf č. 12: Pití čisté vody v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)
- Graf č. 13: Pití slazených a neslazených nápojů v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)
- Graf č. 14: Dentální hygiena dětí v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)
- Graf č. 15: Volnočasové sportovní aktivity dětí v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)
- Graf č. 16: Pravidelnost sportovních aktivit dětí v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)
- Graf č. 17: Sledování médií dětmi v porovnání s lokalitou bydliště a věkem (v %)
- Graf č. 18: Vedení dětí k prevenci pití alkoholu v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)
- Graf č. 19: Vedení dětí k prevenci kouření v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)
- Graf č. 20: Svěřování s problémy v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)
- Graf č. 21: Společné VČ v porovnání s lokalitou bydliště a věkem rodičů (v %)

- Graf č. 22: Stravovací návyky v porovnání s lokalitou bydliště
Graf č. 23: Stravovací návyky v porovnání s věkem rodičů
Graf č. 24: Prevence škodlivých návyků v porovnání s lokalitou
Graf č. 25: Prevence škodlivých návyků v porovnání s věkem rodičů
Graf č. 26: Životní styl dětí v porovnání s lokalitou bydliště
Graf č. 27: Životní styl dětí v porovnání s věkem rodičů

- Tabulka č. 1: Životní styl dětí
Tabulka č. 2: Stravovací návyky dětí
Tabulka č. 3: Prevence škodlivých návyků
Tabulka č. 4: Kontingenční tabulka absolutních četností a procentuálního výskytu příznaků v souvislosti s lokalitou
Tabulka č. 5: Kontingenční tabulka absolutních četností a procentuálního výskytu v souvislosti s věkem rodičů
Tabulka č. 6: Kontingenční tabulka: stravovací návyky a lokalita
Tabulka č. 7: Kontingenční tabulka: stravovací návyky a věk rodičů
Tabulka č. 8: Kontingenční tabulka absolutních četností a procentuálního zastoupení sportovních aktivit a lokalit
Tabulka č. 9: Kontingenční tabulka absolutních četností a procentuálního zastoupení sportovních aktivit a věku rodičů
Tabulka č. 10: Kontingenční tabulka škodlivých návyků a lokality
Tabulka č. 11: Kontingenční tabulka škodlivých návyků a věku rodičů
Tabulka č. 12: Kontingenční tabulka vlivu lokality na životní styl dětí
Tabulka č. 13: Kontingenční tabulka vlivu věku rodičů na životní styl dětí

9. Seznam zkratek

ARYA- Atherosclerosis Journal

HBSC- Health Behaviour in School- aged Children

MS Excel- Microsoft Excel

VČ- volný čas

WHO- World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ZŽS- zdravý životní styl

10. Přílohy

Příloha č. 1: Dotazníkový formulář

DOTAZNÍK

Jmenuji se Bc. Dagmar Jiřincová a jsem posluchačkou PF JCU v Českých Budějovicích. Zaměřuji se na výchovu ke zdraví a k tomuto aktuálnímu tématu také směřuje má diplomová práce s názvem: „Vliv rodiny na utváření zdravého životního stylu dítěte s ohledem na geografické a generační faktory“.

Soustřed'te se a odpovídejte prosím podle pravdy, aby byly informace pro tento výzkum cenné. Vaše odpovědi jsou zcela anonymní.

Kromě odpovědi č. 5 zaškrtněte vždy jen jednu z možností.

1) **Můj věk je:** _____

2) **Jsem:**

- a) dívka
- b) chlapec

3) **Průměrný věk rodičů je:**

- a) do 35 let
- b) 35 let a výše

4) **Název města /vesnice/, kde žiji:** _____

5) **Pocit'uji na sobě některé z uvedených příznaků (jestli ano, označ je nebo přejdi na otázku č. 6):**

- a) únava
- b) nervozita
- c) vyčerpání
- d) bolesti zad
- e) bolesti ramen
- f) bolesti krční páteře

6) **Rodiče mě ve stravovacích návycích vedou k tomu, abych:**

- a) snídal/a pravidelně každý den
- b) snídal/a nepravidelně
- c) nesnídal/a

7) **Rodiče mě ve stravovacích návycích vedou k tomu, abych jedl/a ovoce:**

- a) méně než 1krát denně
- b) 1- 3krát denně
- c) více než 3krát denně

- 8) Rodiče mě ve stravovacích návycích vedou k tomu, abych jedl/a čerstvou zeleninu:**
- a) méně než 1krát denně
 - b) 1- 3krát denně
 - c) více než 3krát denně
- 9) Rodiče mě ve stravovacích návycích vedou k tomu, abych jedl/a pokrmy z rybího masa:**
- a) 1 krát týdně a více
 - b) 1 - 3krát měsíčně
 - c) méně často než 1krát za měsíc
 - d) rybí maso nejím vůbec
- 10) Rodiče mě vedou ve stravovacích návycích k tomu, abych pil/a čistou vodu:**
- a) spíše ano
 - b) spíše ne
- 11) Rodiče mě vedou ve stravovacích návycích k tomu, abych pil/a nápoje:**
- a) jen neslazené
 - b) převážně neslazené
 - c) slazené
- 12) Rodiče mě vedou v péči o chrup k tomu, abych si čistil/a zuby:**
- a) pravidelně: 2krát denně
 - b) pravidelně: 1krát denně
 - c) nepravidelně
- 13) Rodiče mě vedou k tomu, abych ve svém volném čase sportoval/a:**
(například: fotbal, volejbal, basketbal, florbal, in-line hokej, cyklistika, tenis, stolní tenis, plavání, turistika, lyžování, bruslení, aerobic, jezdeckví, jogging, sportovní plavání, badminton...)
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne

- 14) Rodiče mě vedou k tomu, abych ve svém volném čase sportoval/a:**
- a) více než 3krát týdně
 - b) 1-3krát týdně
 - c) méně než 1krát týdně
 - d) nesportuji vůbec
- 15) Rodiče mě vedou k tomu, abych svůj volný čas trávil/a sledováním televize, videa, hraním počítačových her nebo prohlížením internetu v celkovém čase:**
- a) 1 hodinu denně a méně
 - b) 1- 2 hodiny denně
 - c) 3- 4 hodiny denně
 - d) 4 hodiny denně a více
- 16) Rodiče mě vedou k tomu, abych nepil/a alkohol:**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 17) Rodiče mě vedou k tomu, abych nekouřil/a:**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 18) Rodiče mě vedou k tomu, abych se jim se svými problémy bez obav svěřil/a:**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 19) Rodiče se mnou tráví volný čas společnou procházkou, hrou nebo jinou zájmovou činností:**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne

Děkuji za spolupráci

11. Abstrakt

Bibliografické identifikace

Jméno a příjmení autora: Bc. Dagmar Jiřincová

Název diplomové práce: Vliv rodiny na utváření zdravého životního stylu dítěte s
ohledem na geografické a generační faktory

Studijní obor: Výchova ke zdraví

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

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph. D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2015

Abstrakt:

Téma práce: Vliv rodiny na utváření zdravého životního stylu dítěte s ohledem na geografické a generační faktory.

Cílem práce bylo na základě analýzy poznatků získaných studiem odborné literatury zjistit vliv rodiny na utváření zdravého životního stylu dětí.

Teoretická část práce seznamuje s hodnotou zdraví, se zdravým životním stylem, vývojovými etapami dětství, s významem rodiny pro dítě. Představuje význam životosprávy a zdravých stravovacích návyků v rodině, aktivního pohybu dětí, společného trávení volného času dětí s rodiči jako prevenci nemoci dětí a užívání drog. Uvádí výsledky výzkumné studie HBSC – Health Behaviour in School- aged Children.

Praktická část práce prezentuje použitou výzkumnou dotazníkovou metodu. Obsahuje statistické vyhodnocení získaných dat, jejich porovnání vzhledem k věku rodičů a místu bydliště rodin dotazovaných dětí. Odhaluje aktuální stav vlivů v rodinách na utvářející se životní styl dětí ve zkoumaných lokalitách v České republice.

Klíčová slova: zdraví, zdravý životní styl, dětství, rodina, životospráva dětí, výživa dětí, pohybová aktivita dětí, volný čas dětí

12. Abstract

Bibliographic identification

Name and surname: Bc. Dagmar Jiřincová

Name of dissertation: The influence of a family in forming healthy lifestyle of a child
with regard to geographical and generational factors.

Field of study: Health Education

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

Supervisor: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.

The year of presentation: 2015

Abstract:

Thesis: The influence of a family in forming healthy lifestyle of a child with regard to geographical and generational factors.

The aim of the thesis was to determine the influence of a family in forming children's healthy lifestyle by studying professional literature..

The theoretical part of the thesis introduces the value of health, a healthy lifestyle, stages of childhood and the importance of a family for a child. It represents the healthy lifestyle and children's healthy eating habits, the importance of children's physical activities and leisure activities for children with parents to prevent children's illnesses and drug use. It presents the results of a research study of HBSC – Health Behaviour in School- aged Children.

The practical part of the thesis presents the method of questionnaire survey used. It contains statistical evaluation of the data obtained, comparing them with regard to parental age and the place of living of the responding children. It reveals the present state of influences in families on emerging lifestyle of children in surveyed localities in the Czech Republic.

Keywords: health, healthy lifestyle, childhood, family, children's lifestyle, child nutrition, physical activity of children, children's free time

