

Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakulta tělesné kultury

# DIPLOMOVÁ PRÁCE

2017

David Pořízek

Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakulta tělesné kultury

SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY VE SPORTU -  
ALKOHOL A POHYBOVÁ AKTIVITA U HRÁČŮ  
FOTBALU  
Diplomová práce  
(magisterská)

Autor: Bc. David Pořízek, trenérství a management sportu  
Vedoucí práce: Mgr. Michal Šafář, Ph.D.  
Olomouc 2017

## Bibliografická identifikace

**Jméno a příjmení autora:** Bc. David Pořízek

**Název diplomové práce:** Sociálně patologické jevy ve sportu - alkohol a pohybová aktivita u hráčů fotbalu

**Pracoviště:** Katedra společenských věd v kinantropologii

**Vedoucí diplomové práce:** Mgr. Michal Šafář, Ph.D.

**Rok obhajoby diplomové práce:** 2017

**Abstrakt:** Cílem diplomové práce je poznat, popsat a analyzovat konzumaci alkoholu u hráčů fotbalu ve vztahu k množství jejich prováděné pohybové aktivity. Diagnostické šetření bylo prováděno u mužstev staršího dorostu 1. třídy Krajského přeboru a Moravskoslezské dorostenecké ligy a dále pak u mužstev mužů 1. B třídy Krajského přeboru a Divize. K šetření byl použit dotazník konzumace alkoholu podle Losiaka (2008) a modifikace tohoto dotazníku na zjištění množství pohybové aktivity v průměrném týdnu. Výsledky zahrnují množství zkonsumovaného alkoholu 72 hráčů ze 4 týmů, porovnání množství konzumovaného alkoholu mezi jednotlivými věkovými kategoriemi a závislost spotřebovaného alkoholu na objemu prováděné pohybové aktivity v průměrném týdnu. Zjištěná data jsou interpretována v kontextu dostupných statistických údajů o konzumaci alkoholu v České republice a mohou být použita při srovnání konzumace alkoholu v jiných kolektivních sportech.

**Klíčová slova:** alkohol, sport, fotbal, závislost, pohybová aktivita, prevence

Souhlasím s půjčováním závěrečné písemné práce v rámci knihovních služeb.

## Bibliographical identification

**Author's first name and surname:** Bc. David Pořízek

**Title of the master thesis:** Social pathological phenomena in sport - Alcohol and psychical activity among football players

**Department:** Department of Social Sciences in Kinanthropology

**Supervisor:** Mgr. Michal Šafář, Ph.D.

**The year of presentation:** 2017

**Abstract:** The thesis aims to identify, describe and analyze alcohol consumption among football players in relation to the amount of physical activity undertaken. Diagnostic investigation was carried out by teams of older adolescents Class one regional championship and second junior league and then for teams of men 1.B class regional championship and division. The survey questionnaire was used alcohol by Losiak (2008) and the modification of this questionnaire to determine the amount of physical activity in an average week. Results include the amount of alcohol consumed seventy two players from four teams, comparing the amount of alcohol consumed among all age groups and dependency consumed alcohol on volume of performed physical activity in an average week. The data obtained are interpreted in the context of available statistical data on alcohol consumption in the Czech Republic and can be used in the comparison of alcohol consumption in other team sports.

**Keywords:** alcohol, sport, football, addiction, physical activity, prevention

I agree with the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem závěrečnou písemnou práci zpracoval samostatně s odbornou pomocí Mgr. Michala Šafáře, Ph.D., uvedl všechny použité literární a odborné zdroje a řídil se zásadami vědecké etiky.

V Olomouci dne 20. dubna 2017

.....

Děkuji vedoucímu mé diplomové práce, Mgr. Michalu Šafářovi, Ph.D. a členům a trenérům fotbalových klubů za pomoc, odborné vedení, rady, poskytnuté materiály a poznatky při zpracování této práce.

## OBSAH

<b>1 ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>2 PŘEHLED TEORETICKÝCH POZNATKŮ .....</b>	<b>11</b>
2.1 Sport a jeho charakteristika.....	11
2.1.1 Sport v ČR .....	12
2.1.2 Sportovní hry .....	13
2.2 Fotbal jako společenský fenomén .....	15
2.2.1 Pohled do historie .....	16
2.2.2 Mezinárodní federace fotbalových asociací FIFA.....	17
2.2.3 Československý fotbal od konce 19. století po současnost .....	19
2.2.4 Mládežnický fotbal .....	20
2.2.4 Fotbal pro všechny.....	21
2.3 Sociálně patologické jevy .....	22
2.3.1 Drogy jako globální problém.....	23
2.3.2 Dělení drog podle několika hledisek .....	24
2.3.3 Drogová závislost .....	25
2.3.4 Společensky tolerované drogy.....	27
2.3.5 Doping ve sportu.....	28
2.4 Alkohol.....	30
2.4.1 Historie alkoholu .....	30
2.4.2 Alkohol z chemického hlediska.....	32
2.4.2.1 Resorpce alkoholu do organismu.....	34
2.4.2.2 Vylučování alkoholu z organismu .....	35
2.4.3 Negativní účinky alkoholu na lidský organismus.....	36
2.4.3.1 Krátkodobé negativní účinky alkoholu.....	36
2.4.3.2 Dlouhodobé negativní účinky alkoholu.....	37
2.4.4 Děti, mládež a alkohol .....	38
2.4.5 Alkohol a hráči fotbalu .....	40
2.5 Prevence a léčba.....	42
2.5.1 Typy prevence .....	43
2.5.2 Programy prevence .....	44
2.5.3 Léčba závislosti .....	45
2.5.4 Pohybová aktivita jako lék.....	49

<b>3 CÍLE</b> .....	<b>52</b>
3.1 Dílčí cíle.....	52
3.2 Výzkumné otázky .....	52
3.3 Organizace výzkumu.....	52
<b>4 METODIKA</b> .....	<b>53</b>
4.1 Diagnostické metody.....	53
4.1.1 Metoda diagnostiky konzumace alkoholu .....	53
4.1.2 Metoda diagnostiky množství prováděné pohybové aktivity .....	53
4.2 Popis zkoumané populace.....	53
4.3 Metoda vyhodnocení a interpretace dat .....	54
<b>5 VÝSLEDKY A DISKUSE</b> .....	<b>56</b>
5.1 Množství konzumovaného alkoholu u mládežnických mužstev.....	56
5.1.1 Diskuze k dílčímu cíli a výzkumné otázce č. 1 .....	58
5.2 Množství konzumovaného alkoholu u mužstev dospělých.....	59
5.2.1 Diskuze k dílčímu cíli a výzkumné otázce č. 2 .....	61
5.3 Porovnání množství konzumace alkoholu u mládeže .....	61
5.3.1 Diskuze k dílčímu cíli a výzkumné otázce č. 3 .....	63
5.4 Porovnání množství konzumace alkoholu u dospělých .....	63
5.4.1 Diskuze k dílčímu cíli a výzkumné otázce č. 4 .....	65
5.5 Vztah mezi množstvím konzumovaného alkoholu a objemem prováděné pohybové aktivity u mládežnických mužstev .....	65
5.5.1 Diskuze k dílčímu cíli a výzkumné otázce č. 5 .....	69
5.6 Vztah mezi množstvím konzumovaného alkoholu a objemem prováděné pohybové aktivity u mužstev dospělých .....	70
5.6.1 Diskuze k dílčímu cíli a výzkumné otázce č. 6 .....	74
<b>6 ZÁVĚRY</b> .....	<b>76</b>
<b>7 SOUHRN</b> .....	<b>78</b>
<b>8 SUMMARY</b> .....	<b>79</b>
<b>9 REFERENČNÍ SEZNAM</b> .....	<b>80</b>
<b>10 PŘÍLOHY</b> .....	<b>85</b>



## 1 ÚVOD

Lidem je alkohol znám nejspíše od počátku dějin. Je v naší společnosti nejrozšířenější drogou a jeho neustále rostoucí konzumace je toho přímým důkazem. Alkohol patří mezi skupinu drog, které jsou legální. Je však mylné se domnívat, že nám jeho pravidelná konzumace ve větších dávkách nijak neškodí. Většina z nás, dokáže udržet konzumaci alkoholu v rozumné míře, ovšem jsou i tací, kterým nadměrná konzumace alkoholu způsobila nemalé zdravotní či sociální problémy, v krajních případech i smrt.

Může to působit nelogicky, ale sport a alkohol k sobě mají blíž než by bylo zdrávo. Můžeme najít celou řadu studií, které naznačují, že sportovci mají větší sklon k pití alkoholu. Často se to týká období mimo sezónu, ovšem pití alkoholu u sportovců není vyloučeno ani v době, kdy je sezóna v plném proudu. Problémy s pitím alkoholu se týkají sportovců jak ve sportech individuálních, tak i u sportů párových a kolektivních. Důvody jsou často psychologického rázu. Alkohol má vliv na snížení napětí a úzkosti, zvyšuje sebedůvěru a podporuje agresivitu, tedy vlastnosti, které jsou vhodné pro závodní sport.

Alkohol je společensky tolerovaná droga, snadno dostupná, ovšem málo z nás si uvědomuje, že je daleko nebezpečnější než třeba zákonem zakázaná marihuana. Dříve byl alkohol používán i jako skutečný doping. Vyprávět by o tom mohli ve starém Řecku. Tamní atleti ke zlepšení sportovní výkonnosti používali velmi rádi právě alkohol.

Alkohol a fotbal, tohle spojení funguje už více než sto let a je bohužel dlouhá řada fotbalových hráčů, kteří bojovali se závislostí na alkoholu. Králem mezi nimi byl George Best, jemuž velmi častá a nadměrná konzumace alkoholu podlomila zdraví natolik, že mu byla transplantována játra, na jejichž zánět nakonec zemřel. Sportovci a fotbalisté obzvláště, mívají spoustu volného času, který mohou trávit v některém z restauračních zařízení, vždyť zajít si na skleničku je nedílnou součástí našich životů.

V této práci se budu zabývat množstvím konzumovaného alkoholu ve fotbale jak u mládeže, tak i dospělých a vztahem mezi množstvím konzumovaného alkoholu a objemem prováděné pohybové aktivity. Vlivu konzumace alkoholu na vztahy v kolektivu a na samotný sportovní výkon.

## 2 PŘEHLED TEORETICKÝCH POZNATKŮ

V následující kapitole blíže popíši sport a fotbal jako nejoblíbenější kolektivní hru na naší planetě, dále se zaměřím na společensky nežádoucí sociálně patologický jev alkohol, jeho prevenci a léčbu.

### 2.1 Sport a jeho charakteristika

„Sport je součástí dědictví každého muže a ženy a nelze jej ničím jiným nahradit“.

Pierre de Coubertin

Definice „sportu“, jak ji zavedla Rada Evropy, zní: „veškeré formy tělesné aktivity, které, provozovány příležitostně nebo organizovaně, usilují o vyjádření nebo vylepšení fyzické kondice a duševní pohody, vytvoření společenských vztahů či dosažení výsledků v soutěžích na všech úrovních“ (Bílá kniha o sportu, 2007, 2).

Sport představuje společenský a ekonomický jev narůstajícího významu, jenž význačným způsobem přispívá k naplňování strategických cílů solidarity a prosperity, vytyčených Evropskou unií. Olympijský ideál rozvoje sportu na podporu míru a porozumění mezi jednotlivými národy a kulturami a rovněž výchovy mladých lidí se zrodil v Evropě a záštitu nad ním převzal Mezinárodní olympijský výbor a Evropské olympijské výbory (Bílá kniha o sportu, 2007, 2).

Evropští občané podléhají kouzlu sportu a většina jej pravidelně aktivně provozuje. Vytvářejí se při něm důležité hodnoty, jako je například týmový duch, solidarita, tolerance a smysl pro *fair play*, přispívá k osobnímu rozvoji a naplnění. Podporuje aktivní zapojení občanů EU do společnosti, a pomáhá tak rozvíjet aktivní občanství. Komise bere na vědomí zásadní roli sportu v evropské společnosti, a to zvláště tehdy, kdy je nutné, aby se přiblížila občanům a řešila otázky, které se jich bezprostředně týkají (Bílá kniha o sportu, 2007, 2).

Sport nicméně čelí novým hrozbám a překážkám, které se v evropské společnosti objevily, jako jsou komerční tlaky, bezohledné využívání mladých hráčů, doping, rasismus, násilí, korupce a praní špinavých peněz“ (Bílá kniha o sportu, 2007,2).

### 2.1.1 Sport v ČR

Sport má v českých zemích velmi dlouhou tradici, jejichž počátky bychom mohli hledat již ve čtrnáctém století za vlády Lucemburků. Tehdy se totiž začala rozmáhat obliba nejrůznějších rytířských turnajů, jež můžeme označit za předchůdce sportovních klání. Od šestnáctého století, kde se k oblíbeným aktivitám přidalo také sáňkování a bruslení. Brusle ale vznikly zřejmě už ve století třináctém. Kromě bruslí s dřevěnou základnou a kovovým nožem se bruslilo dokonce i na nabroušených kostech. Na přelomu patnáctého a šestnáctého století se objevují první halové sporty, respektive sporty pěstované v tzv. míčovnách. V České republice je dodnes dochována míčovna například na Pražském hradě. V takových míčovnách šlechtici hrávali něco jako tenis a jiné míčové sporty, ale věnovali se například i lukostřelbě. Postupně se rovněž stávala oblíbenou hra v kuželky. V sedmnáctém století vznikla Královská česká zemská stavovská šermírna, tady se zrodil sportovní šerm (Czech.cz, 2010).

Se skutečným sportem a jeho organizací se však setkáme až ve století devatenáctém, kdy byl 16. 2. 1862 založen Sokol pražský, jehož vůdčími osobnostmi byli Miroslav Tyrš a Jindřich Fügner. Po vzoru pražského Sokola se rodily i další sokolské jednoty v ostatních místech českých zemí, ale i mezi krajany v cizině. Postupně vznikly župy (župa je autonomní organizační celek), z jejichž sjednocení vzešla v roce 1904 česká obec sokolská. Sokol se mimochodem řadí mezi nejstarší organizace tohoto druhu na světě (Czech.cz, 2010).

Ministerstvo zahraničí (2010) dále uvádí, že podle vzoru Tyršova a Fügnerova Sokola vznikla roku 1908 také katolická tělovýchovná jednota Orel. Sokol, však nebyla jen organizace tělovýchovná, ale razila i hluboce vlastenecké a demokratické myšlenky. Proto byla její činnost zastavena nejen v době první světové války (v roce 1915), ale především v době nacistické okupace, kdy musel se svou činností přestat i Orel, a poté po roce 1948, kdy jej pohltila „sjednocená tělovýchova“. Rok 1948 byl rokem konání na dlouhou dobu posledního sokolského sletu – setkání všech členů sdružených v Sokole. Tato velkorysá sportovní vystoupení byla za komunismu nahrazena tzv. spartakiádami. Spartakiády se sice konaly již dříve, poprvé roku 1921, po roce 1948 se však staly jedinou možnou masovou sportovní akcí velmi podbarvenou komunistickou ideologií. Snahy o obnovu sokolské organizace přerušila intervence vojsk Varšavské smlouvy v

roce 1968, takže se idea obnovy Sokola naplnila až v roce 1990. Dnes Sokol podporuje sportovní výkony v 57 sportech, které jsou v České obci sokolské organizovány. Nejpočetnější složkou České obce sokolské je odbor sokolské všestrannosti, ve kterém se vytváří program pohybových aktivit a rekreačních sportů pro všechny občany, včetně zdravotně postižených. Sokolské organizace také významně ovlivnily rozšíření běhu Terryho Foxe v České republice, který zaujímá, spolu s Kanadou, co do počtu účastníků čelní místo na světě. Dnes sdružuje Česká obec sokolská (ČOS) téměř 1100 jednot a 190 000 členů. Zatím poslední, XV. Všesokolský slet se uskutečnil v červnu 2012 v Praze.

### 2.1.2 Sportovní hry

Sportovní hra je současná, soutěživá činnost dvou soupeřících družstev nebo jednotlivců, kteří se snaží prokázat převahu nad soupeřem lepším ovládním společného předmětu a získáním většího počtu bodů, branek apod. To se děje za neustále měnících se podmínek herní situace a na tyto změny musí hráči reagovat okamžitě (Choutka et al., 1973).

Táborský (2005) uvádí, že sportovní hry jsou vyhraněnou skupinou sportovních odvětví. Společnými znaky všech sportů jsou organizační institucionalizace soutěží a kodifikace pravidel. Čím se tedy sportovní hry od ostatních sportů liší? Prvním podstatným rozdílem je, že se spolu mohou a současně musí utkávat vždy pouze dva soupeři (jednotlivci, dvojice nebo vícečlenná družstva). Jednotkou jakékoliv soutěže ve sportovních hrách je tedy utkání dvou soupeřů. Tato charakteristika se vztahuje také na úpolové sporty (zápas, judo, šerm...). Na rozdíl od nich však protivníci ve sportovních hrách soupeří o společný předmět. Ten je téměř vždy je jeden (míč, opeřený míček, touš, disk, kruh atd.) ve výjimečných případech ale mohou být ve hře současně společné předměty dva (double disc court a ringo).

Podle Táborského (2004) je tedy sportovní hra soutěživá činnost dvou soupeřů v jednotném prostoru a čase, kteří podle institucionálně schválených pravidel usilují o prokázání vlastní převahy lepším ovládním společného předmětu.

Sportovní hry, jejichž počet daleko přesahuje hranici sta, se mohou dělit podle různých hledisek. Jedním z kritérií může být to, zda jsou **hrací plochy obou soupeřů společné** (sportovní hry invazivní, např. fotbal, basketbal) nebo **oddělené** (sportovní hry neinvazivní, např. volejbal, indíaca).

Jiným kritériem se může stát **počet hráčů** u každého ze soupeřů: sportovní hry individuální (např. signály v americkém handballu nebo shuttlecocku), sportovní hry párové (např. plážový volejbal, debly v nohejbalu) a sportovní hry týmové (např. házení, rugby).

Dalším hlediskem je hlavní **způsob pohybu hráčů**: přirozený pohyb bez pomocných prostředků (převážná většina sportovních her), pohyb ve vodě (vodní pólo), využití sportovní výzbroje (lední hokej, hokej na kolečkových bruslích), využití živých (kůň) nebo neživých (kolo, motocykl, kajak) dopravních prostředků.

Táborský (2004, 12) sportovní hry dále klasifikuje na další dvě kritéria:

1. **Způsob ovládnání společného předmětu**: částmi vlastního těla (házená, volejbal, fotbal, rugby) nebo sportovním náčiním (v kolové kolo nebo v jiných sportovních hrách raketa, hokejka, páłka, pádlo).
2. **Spojení tří hledisek**: herní úkoly při ovládnání předmětu, způsob získávání bodů a způsob, jakým je vymezeno trvání utkání. Podle toho pak rozlišujeme sportovní hry **brankového, sítového a pálkovacího typu**.

Ve sportovních hrách **brankového typu**, plní strana, která má v držení společný předmět, jednoznačně úkoly útočné. Pouze v útoku (až na některé výjimky) lze získávat body. Ty se dosahují dopravením předmětu hry do určeného cílového prostoru (branka, koš, území za brankovou čarou apod.). Hrací plocha je pro obě strany společná a soupeři bojují o předmět hry současně. Trvání utkání je limitováno převážně časem, výjimečně ziskem určeného počtu bodů. Sem patří např. fotbal, basketbal, ultimate (Táborský, 2004, 12).

Ne všem sportovním hrám se podařilo překonat vlastní národní hranice. U nás to jsou například národní házená a volejbalové debly, v Německu korfbal a schleuderball, v Belgii kaatsen a krachtball atd. Přesto ale zcela jistě u nás hraje národní házenou a volejbalové debly více lidí než ve světě horse ball nebo podvodní rugby, které mají své mezinárodní federace. Některé sportovní hry jsou opravdovými stálicemi (fotbal, basketbal), jiné jsou na výsluní jen v několika málo zemích, jako americký fotbal, florbal (Táborský, 2004, 13).

## 2.2 Fotbal jako společenský fenomén

Fotbal jako hra má velký společenský ohlas, protože vzbuzuje velké emoce a silné prožitky souvisící s pradávnu kmenovou příslušností. Je v určitém smyslu substitucí (společensky přijatelnou náhradou) pradávnuých kmenových válek.

Do dnešní doby lze pozorovat relikty a symptomy původního kmenového příslušenství a boje právě v této hře. Fotbal má své „bojovníky – válečníky“, vůdce a „náčelníky“, „šamany“ a předříkávače. Fanoušci se pomalovávají „válečnými barvami“, mají své bojové pokřiky a rituály. Stejně jako hráči se tak připravují na „boj“. Slovy indiánského náčelníka lze říci, že „mužům tvrdne kůže a houstne krev“. Samotná hra pak často opravdový boj v mnohém připomíná: přímý tělesný kontakt je častý a většinou vyhrávají nejen dovednější jedinci, ale také ti hráči, kteří se umí v osobních soubojích lépe prosadit.

Fotbal, i když řízen mnohými pravidly, je hra velmi kontaktní a tvrdá – bolestíni se v ní nemohou uplatnit. Fanouškové tvoří často jakési kmenové společenství, které se ke „svým“ chová velmi povzbudivě a k soupeřům často nepřátelsky – bojovně. Příslušnost k takovému společenství se také mnohdy dědí a „zrada“ či přeběhnutí k „nepříteli“ se někdy neodpouští ani profesionálním hráčům, ani fanouškům. Vytváří se tak unikátní společenství hráčů, trenérů, fanoušků a funkcionářů, které spojuje jeden společný cíl.

Přesto je vhodné si uvědomit, že výše naznačené jevy jsou již jen rezidua/zbytky (a dnes převažuje sportovně – herní a zábavný charakter tohoto populárního sportu). Hra je v zásadě situace ne-vážná a je smutné mění-li se v situaci „smrtelně“ vážnou. I při plném vědomí ekonomických a finančních důsledků pro kluby, hráče i sázející fanoušky. Psychologie má z tohoto pohledu nejen pomoci při nárůstu odbornosti a znalosti úrovně trenérů, hráčů, ale také při kultivaci fotbalového prostředí vůbec (Buzek et al., 2007, 15-16).

Jak uvádí Votík & Zalabák (2007) „fotbal je sportovní, týmová, branková hra a patří v naší republice k nejoblíbenějším sportovním hrám. Na profesionální úrovni je i faktorem ekonomickým a politickým, může ale také sloužit jako vhodná forma aktivního odpočinku a zábavy v rámci rekreačních a rekondičních aktivit“.

### 2.2.1 Pohled do historie

Míčové hry, ve kterých můžeme hledat vývojové základy současného fotbalu, se v různých obměnách objevují na všech kontinentech a v každé historické etapě kulturního vývoje lidstva. S trochou nadsázky můžeme tedy konstatovat, že fotbal je přibližně 4 000 let stará hra. Ale novodobý moderní fotbal, v podobě blízké současnému, není starší než 160 let. Prvé zprávy o fotbalu ze středověku pocházejí z Francie, Itálie (středověké calcio je i dnešním oficiální názvem pro fotbal v Itálii) a především z Anglie (již z roku 1313 je dekret zakazující „fotbal“ – boj o míč až několika stovek hráčů s cílem dopravit jej do některé městské brány). Ve středověku se hry již nevyvíjely izolovaně, docházelo k jejich vzájemnému ovlivňování (Votík, 2005, 12).

Za určitý přelom lze považovat vývoj v 18. a především v 19. století v Anglii. Míčové hry podobné fotbalu byly součástí výchovy a studia na školách. Datem vzniku původních pravidel je uváděn rok 1840. V roce 1846 byla v Rugby sestavena pravidla fotbalu lišící se od pojetí jiných škol tvrdostí a možností přenášet míč rukou. Především nejednotnost přístupu k pravidlům byla podnětem k založení prvního fotbalového svazu na světě. 26. října 1863 založilo 11 zástupců klubů a škol v Londýně v hospodě „Free Mason's Tavern“ fotbalovou asociaci „Football Association“. V prosinci 1863 se zástupci školy v Rugby odtrhli a vytvořili si vlastní svaz (Votík, 2005, 12).

Votík (2005) dále uvádí, že do střední Evropy a dalších zemí začal fotbal pronikat s přibližně dvacetiletým zpožděním. První fotbalový svaz na evropském kontinentě vznikl v roce 1899 v Dánsku, pak následovalo Holandsko, Německo a další země. Fotbal na olympijských hrách se objevil neoficiálně již v roce 1900 v Paříži a vítězem byla Anglie. Oficiálně pak v roce 1908 v Londýně a vítězem byla opět Anglie.

Vývoj fotbalu ve světovém měřítku však nešel pouze směrem „klasického - evropského“ fotbalu. Např. v Americe pod pojmem Football nutno chápat tzv. americký fotbal, výrazně se lišící od našeho - „evropského fotbalu“, pro který je v Americe vymezen termín „Soccer“. FIFA – Mezinárodní fotbalová federace byla založena v Paříži v roce 1904 pěti zástupci evropských zemí. Prvé mistrovství světa bylo hráno v roce 1930 v Uruguayi a vítězem se stal tým pořadatelské země. UEFA – Evropská unie fotbalových asociací byla založena v roce 1954. Prvé mistrovství Evropy se hrálo v roce 1968 v Itálii a vítězem se stala Itálie (Votík, 2005, 12-13).

## 2.2.2 Mezinárodní federace fotbalových asociací FIFA

Mezinárodní federace fotbalových asociací (FIFA) byla založena v sídle Unie francouzské sportovní atletiky na Rue Saint Honoré 229 v Paříži dne 21. května 1904. Zakládající listina byla podepsána oprávněnými zástupci těchto asociací:

- Francie – Unie francouzských společností atletické tělovýchovy (USFSA)
- Belgie – Belgický svaz sportovních společností (UBSSA)
- Dánsko – Dánský fotbalový svaz (DBU)
- Holandsko – Holandský fotbalový svaz (NVB)
- Španělsko – Madridský fotbalový klub
- Švédsko – Švédská míčová federace (SBF)
- Švýcarsko – Švýcarský fotbalový svaz (ASF)

Přítomni na tomto historickém setkání byli: Robert Guérin a André Espir (Francie); Louis Muhlinghaus a Max Kahn (Belgie); Ludvig Sylow (Dánsko); Carl Anton Wilhelm Hirschman (Holandsko); Victor E. Schneider (Švýcarsko). Sylow také reprezentoval SBF (Švédsko) zatímco Spir vykonával stejnou funkci pro madridský fotbalový klub. Když se myšlenka na založení mezinárodní fotbalové federace začala šířit Evropou, zakládající federace chtěla uznat roli Angličanů, kteří svůj fotbalový svaz založili již v roce 1863. Hirschman, sekretář fotbalového svazu Nizozemska, se proto obrátil na fotbalový svaz Anglie. Jeho tajemník FJ Wall chtěl návrh přijmout, nicméně byl tento návrh pozastaven a čekalo se, až výkonný výbor fotbalového svazu Anglie, mezinárodní fotbalová asociace, Skotsko, Wales a Irsko vyjádří v této věci svůj názor (Tomlinson, 2014, 9).

Guérin, tajemník fotbalového oddělení v Unii francouzských společností atletické tělovýchovy a novinář s deníku Le Matin ale nechtěli déle čekat. Kontaktovali národní asociace na evropském kontinentu písemně a požádali je, aby zvážily možnost založení střešní organizace. Když se Belgie a Francie utkaly v prvním oficiálním mezistátním zápase v Bruselu dne 1. května 1904, Guérin na toto téma diskutoval se svým belgickým protějškem Louisem Muhlinghausem. Bylo jisté, že se fotbalová asociace Anglie, podle jejího předsedy lorda Kinnairda nebude podílet na založení mezinárodní fotbalové



federace. Guérin tak využil příležitosti a rozeslal pozvánky na shromáždění mezinárodní federace. Proces organizování mezinárodních utkání mohl začít (Tomlinson, 2014, 9).

První FIFA kongres následuje 22. května 1904 a Rober Guérin byl zvolen prezidentem. Victor E. Schneider a Carl Anton Wilhelm Hirschman byli zvoleni viceprezidenty. Louis Muhlinghaus byl jmenován sekretářem a pokladníkem, asistoval mu Ludvig Sylow. Tito průkopníci měli před sebou obrovský úkol. Protože FIFA existovala pouze na papíře, přišel čas na skutečnou práci, dát FIFA řád a přilákat nové členy. V první řadě museli být přesvědčeni Angličané, že jsou jako členové v této nově vzniklé organizaci nepostradatelní (Sugden & Tomlinson, 1998, 15).

Možnost členství ve FIFA i pro mimoevropské státy se aplikovala roku 1908, kdy se připojila Jižní Afrika, roku 1912 Argentina a Chile a roku 1913 Kanada a USA. FIFA byla silně ovlivněna 1. sv. válkou, kdy nebylo jisté, zda federace bude schopná pokračovat ve své práci. Mnoho profesionálních fotbalistů bylo posláno do války a vzhledem ke sporům mezi různými státy se odehrálo jen minimum mezinárodních zápasů. Po válce se vedení federace ujal Carl Hirschmann, který FIFA zachránil, ale za cenu odstoupení tzv. Domácích národů (Spojeného království), které odmítly soutěžit se svými dosavadními nepřáteli. Domácí národy obnovily své členství ve FIFA později. Vzhledem k tomu, že FIFA sídlí ve švýcarském Curychu, primárně se řídí podle švýcarských zákonů (Sugden & Tomlinson, 1998, 16).

Nejvyšším orgánem je kongres FIFA, ve kterém má svého zástupce každá z 209 členských asociací. Každá z nich v něm má jeden hlas bez ohledu na velikost nebo fotbalovou sílu. Kongres zasedá jednou ročně a navíc se od roku 1998 konají jednou ročně mimořádná zasedání. Kongres volí prezidenta FIFA, generálního sekretáře a další členy výkonného výboru FIFA. Předsedou výkonného výboru je automaticky prezident. Výkonný výbor má v rukou výkonnou moc v době mezi zasedáními kongresu (fifa.com).

V dnešní době, přibližně s 200 miliony aktivních členů představuje FIFA nedílnou součást zábavního průmyslu a otevřela nové trhy jak pro sebe, tak i pro zbytek světa. Její potenciál dosud není vyčerpán a to zejména v Asii a Severní Americe v současné době FIFA zahrnuje 209 členů sdružení což je jedna z největších a současně nejpoblárnějších sportovních federací na světě. Mezinárodní federace fotbalových asociací je hlavní řídicí organizace světového fotbalu, futsalu a plážového fotbalu (fifa.com).

### 2.2.3 Československý fotbal od konce 19. století po současnost

Votík & Zalabák (2007) uvádí, že v Čechách a na Moravě se fotbal začal hrát koncem 19. století v cyklistických a veslařských klubech a dále ve studentských kroužcích (např. zmínka z roku 1885). V roce 1904 vznikl Český fotbalový svaz, v roce 1891 byla založena AC Sparta Praha (jiný zdroj uvádí 1894) a v roce 1892 založena SK Slavia Praha. První zmínka o fotbalu na Slovensku je z roku 1893 z Bánské Bystrice, v Brně se první fotbalové utkání hrálo roku 1896. V roce 1922 dobudována a též přijata za člena FIFA Československá asociace fotbalu (ČSAF).

V letech 1945-1957 byl fotbal v Československu postupně řízen Československým fotbalovým svazem (od roku 1948), Fotbalovým odborem Československé obce sokolské (od roku 1952) a dále sekcí kopané při Státním výboru pro tělesnou výchovu a sport (od roku 1957). Po založení ČSTV v roce 1957 řízení fotbalu převzala Ústřední sekce kopané ČSTV. Po roce 1989 tuto úlohu plnila Československá asociace, která zanikla 1. 1. 1993 s rozdělením Československé federace. Vrcholným fotbalovým orgánem v samostatné České republice se stal Českomoravský fotbalový svaz (Votík, 2005, 13).

O velikosti, významu a růstu ČMFS svědčí celá řada čísel a údajů. Například v roce 2005 bylo celkem 619 113 registrovaných hráčů (z toho 12 412 žen), v roce 2001 to bylo 594 333 hráčů (z toho 8 161 žen). Největší koncentrace hráčů a týmů je v Praze a ve Středočeském kraji. Celkem bylo k 19. 1. 2005 v ČR registrováno 3956 fotbalových klubů, z toho 848 klubů v Praze a ve Středočeském kraji, nejméně v Karlovarském kraji (129 klubů) a Libereckém kraji (161 klubů). Samozřejmě největší pozornost poutá 16 fotbalových klubů, které ve formě akciových společností mají profesionální licenci k účasti v 1. lize. Dále pak kluby působící ve II. lize ve dvou skupinách III. ligy (tzv. Česká fotbalová a Moravskoslezská liga). Právě z těchto klubů se také většinou rekrutují mládežnické týmy, které hrají nejvyšší dorosteneckou a žákovskou ligu a tvoří základ mládežnických reprezentačních výběrů ČR. Je opravdu úspěchem českomoravského fotbalu, že se naše reprezentační mužstvo výrazně prosadilo pod vedením trenéra Dušana Uhrina st. již na Euru 1996 v Anglii (finále) a pod vedením trenéra Karla Brücknera na Euru 2004 v Portugalsku (semifinále), když v mezidobí se ještě pod vedením trenéra Josefa Chovance probojovalo na Euro 2000 v Belgii a Nizozemsku (Buzek et al., 2007, 16-17). Od roku 2011 se užívá název Fotbalová asociace České republiky (FAČR).

#### 2.2.4 Mládežnický fotbal

Základem a zdrojem celkové „Fotbalové pyramidy“ je však především mládežnický fotbal a celý systém výkonnostního a amatérského fotbalu, který se u nás hraje téměř v každé obci. Z této pyramidy čerpají i profesionální kluby a mládežnické reprezentace, které těží z dlouholetých tradic péče o fotbalovou mládež obecně a o fotbalové talenty zvláště. Svědčí o tom také systém sportovních tříd (ST) a sportovních centre mládeže (SCM), který získává značné prostředky od státu a fotbalového svazu. V současném období existuje 53 fotbalových ST pro věkové kategorie 11 - 14 let a celkem 40 SCM pro věkové kategorie 14 - 19 let. Ve ST a SCM působí trenéři s kvalifikací UEFA Profi licence nebo s licencí Profesionální trenér mládeže. Hlavním smyslem ST a SCM je příprava talentovaných fotbalistů pro vrcholný fotbal, včetně výběrů do reprezentací ČR v kategoriích U15 - U19 (Buzek et al., 2007, 18).

K tomu, aby byl celý cyklus efektivní, musíme při řešení této problematiky uplatňovat systémový přístup, jehož základem je družstvo a v něm jednotlivci. Výkon nezáleží jen na působícím vstupu (tréninkové zatížení), ale také na jeho vnitřním stavu (celkový aktuální stav trénovanosti, celkový stav psychologické charakteristiky, obecných motorických testů, testů speciálních dovedností, pozorování v tréninku a v utkáních, rodinného zázemí atd.) (Fajfer, 2005, 9).

Při plánování přípravy a vedení tréninkové jednotky i ve vztazích k hráčům mimo tréninkové jednotky musí trenéři mužstev v dětských a mládežnických kategoriích respektovat věkové zvláštnosti svých svěřenců dané vývojovými zákonitostmi. Tato specifika se odrážejí jak ve sféře psychiky, tak i v oblasti tělesného rozvoje (pohybová soustava – kostra a svalstvo, funkční možnosti vyvíjejícího se organismu) a trenér musí volit k těmto věkovým zvláštnostem odpovídající formy, metody a prostředky. Tréninkové jednotky musejí být nejen obsahově hodnotné a organizačně promyšlené, ale musejí také děti zaujmout, bavit. Začne-li se dítě při tréninku nudit, dá to – na rozdíl od dospělého – nepokrytě najevo a problémy s kázní rychle rostou. Zatímco u dospělých není většinou vhodné, aby trenér při tréninku hrál společně s hráči, u mládeže je tomu naopak. Zejména u nejmladších kategorií by měl trenér sloužit jako napodobitelný vzor v ovládání míče a jako bezprostřední rádce při řešení herních situací (Votík, 2005, 250).

Votík (2005) zdůrazňuje, že trénink mládeže není pouhou kopií, miniaturou tréninku dospělých se sníženými tréninkovými dávkami, nýbrž je specifickou záležitostí s jinými cíli, úkoly, rysy, metodami, prostředky apod. Značné odlišnosti, vzhledem k věkovým zvláštnostem, existují i mezi tréninkem v jednotlivých mládežnických kategoriích. Nerespektování těchto specifík může vést až k poškození organismu mladého hráče!

### **2.2.5 Fotbal pro všechny**

Fotbal je možné hrát skoro všude – v parku, na pláži, na venkovském hřišti anebo na obrovském stadionu před zraky přítomných či televizních diváků. Ať hrajete kdekoli, vyvolává fotbal silné emoce a tak zuřivou loajalitu, jako žádná jiná hra na Zemi. Fotbal není omezený žádnými hranicemi. Vášnivě jej sledují muži, ženy, chlapani i dívky jakéhokoliv věku i původu. Satelitní televize umožňuje sledovat utkání z celého světa i v odlehlých oblastech (Gifford, 2002, 6).

Fotbal je v podstatě velice jednoduchá hra. Cílem je dostat míč do soupeřovy sítě bez pomoci rukou nebo paží. Tým, který vsítí více branek, vyhrává. Hra se řídí celou řadou pravidel a předpisů, které udržují férovost a plynulost utkání. Na jakékoli úrovni si můžete fotbal vychutnávat bez nákladné výstroje a vybavení. Dokonce ani nemusíte hrát na předpisovém hřišti. Abyste si mohli zahrát pro radost, stačí vám nějaká bezpečná venkovní nebo krytá plocha, míč, několik hráčů a něco, čím vyznačíte branky (Gifford, 2002, 7).

S podporou FIFA, UEFA a dalších institucí se prosazují různé programy a projekty k podpoře fotbalu pro všechny (tzv. Grassroots football) a také pro tělesné i psychicky postižené občany. Právě různé formy a metody tzv. Grassroots football mají v našem fotbalovém hnutí opravdu velkou tradici a v mnoha směrech mohou sloužit či sloužily za vzor i pro praxi v jiných zemích. Nejde jen o různé formy fotbalových turnajů, soutěží a kempů pro školní mládež, ale také různé další neformální fotbalové aktivity, jako například tzv. odborářské, akademické či sponzorské ligy, soutěže a utkání starých gard apod. Velkou roli v této oblasti hrají také různé „minifotbálky“ mezi týmy nejrůznějších věkových, sociálních a profesních složení, mezi nimiž doslova unikátní postavení získala celá pyramida pražské soutěže tzv. Hanspaulské ligy. Je také potěšitelné, že mnohé akce

v rámci Grassroots football získávají stále více i mezinárodní dimenzi (Buzek et al., 2007, 19).

### **2.3 Sociálně patologické jevy**

Sociálně patologické jevy provázejí každého z nás téměř po celý život. Jsou nedílnou součástí společnosti stejně jako jiné projevy chování různých sociálních skupin, ať už chceme či nikoliv. Dnešní moderní a konzumní společnost s sebou přináší mnoho negativních vlivů, které působí především na mladé lidi a děti (Pokorný et al., 2003, 7).

Jak uvádí Mühlpachr (2008), problematika patologických jevů není novinkou 21. století. V posledních letech zaznamenáváme značný nárůst jevů, které označujeme jako sociálně patologické. Sociálně patologické jevy jsou takové jevy, které vnímáme jako nechtěné, nežádoucí nebo nepřijatelné. Tyto jevy jsou pro společnost i pro jednotlivce vždy negativní. Co tedy je příčinou nárůstu těchto jevů? Je třeba se zamyslet nad tím, zda v dnešní uspěchané době a dá se říci i v nedobré sociálním klimatu je vinen pouze dotyčný jednatel nebo zda je jeho odchylka od normy důsledkem špatného klimatu ve společnosti a zda společnost umí zavčas těmto jevům předcházet a správně na ně reagovat. Otázkou je, zda soudobé formy deviantního chování jsou důsledkem nedostatků současného uspořádání společnosti. Některé z těchto jevů se (někdy v pozmeněných podobách) vyskytovaly i v předchozích obdobích lidského žití. Zároveň nelze říci, že současná doba nemá odpovědnost za vznik nových či za opětovný výskyt již dříve vyzorovaných forem deviace.

Mühlpachr (2008) dále pokračuje „ve 20. století byly považovány za sociálně patologické jevy alkoholismus, rozvodovost, sebevražednost, prostituce, nezaměstnanost a válka. Později se k nim přidaly další jevy, jako jsou narkomanie, široké spektrum závislostí, agresivita, násilí a v poslední řadě extremismus, který představuje dnes jedno z největších nebezpečí“.

Fischer & Škoda (2009) uvádí, že studiem a popisem těchto jevů se zabývá řada vědních disciplín, především sociologie, psychologie, medicína, etopedie a další. Sociální patologie se tedy zabývá zákonitostmi takových projevů chování, které společnost hodnotí jako nežádoucí, neboť porušují její sociální, morální či právní normy. V současné době je pojem sociální patologie někdy nahrazován pojmem sociální deviace nebo také sociální dezorganizace.

### 2.3.1 Drogy jako globální problém

Dle Kaliny et al., (2003) se v novodobé historii šíření a užívání drog, tj. v 19. a 20. století se rozlišují tři období:

1. V Asii se do roku 1960 drogy pokládaly za odborný problém, kterým se zabývala poměrně úzká skupina vysoce kvalifikovaných specialistů – kriminalistů na straně potírání trestní činnosti, lékařů – psychiatrů na straně léčení závislostí.
2. V letech 1960 – 1990 se drogy stávají zejména ve vyspělých zemích problémem společenským, který se dotýká mnoha sociálních vrstev a skupin, a stejně tak mnoha profesí. V tomto období dochází v USA a v západní Evropě k enormnímu nárůstu užívání drog s vážnými zdravotními a sociálními důsledky, což kvalitativně změnilo koncepce a přístupy drogových politik.
3. Od roku 1990 již mezinárodní společenství (v globálním akčním plánu VS OSN z roku 1991) charakterizuje problém drog, jako problém globální.

Kalina et al., (2003) dále pokračuje, globální problém má tyto charakteristiky; ovlivňuje prakticky všechny země světa; každá země v něm má svou úlohu – u drog se rozlišují země producentské, transitní a spotřebitelské (od poloviny 90. let se ČR stala v tomto globálním smyslu z transitní země zemí spotřebitelskou, i když transit přes naše území pochopitelně stále probíhá a nevymizela ani místní produkce; takřka nikdo nezůstává stranou – každá rodina a každý jednatel, ve své roli osobní, pracovní či sociální přichází s problémem drog do styku minimálně jako s konkrétním rizikem; globální problém nelze řešit na jednom místě a jedním přístupem, vyžaduje mezioborovou, meziresortní, mezisektorovou a mezinárodní spolupráci. Globalizace drogového trhu přináší epidemický charakter zdravotních a sociálních důsledků zneužívání drog. Tyto důsledky jsou ovšem co do rozsahu méně katastrofální než u legálních drog – alkoholu nebo tabáku.

## 2.3.2 Dělení drog podle několika hledisek

Tabulka 1. Dělení drog

Dělení	Stručná charakteristika	Příklad	
Podle postoje společnosti	Legální drogy	Běžně se s nimi setkáváme, jsou společensky tolerovány, ale může na ně vzniknout stejná závislost, jako na ilegální drogy.	Alkohol, nikotin, kofein, léky (benzodiazepiny, hypnotika), organická rozpouštědla.
	Nelegální drogy	Drogy "mimo zákon", společensky netolerované, jejich přechováváním a prodejem nebo předáním se dostáváme do střetu se zákonem.	Marihuana, hašiš, pervitin, heroin, extáze.
	Měkké drogy	"Měkké drogy" jsou obecně považovány za ty bezpečnější, u nichž nehrozí tak velké riziko závislosti a jejichž uživatelé se nemusí delší dobu dostat do problémů.	Tabák, konopné drogy, alkohol.
	Tvrdé drogy	Na "tvrdé drogy" může vznikat závislost, tyto drogy se také často aplikují intravenózně (nitrožilně).	Heroin, pervitin, kokain.
Riziko závislosti	Mírné riziko	U drog této skupiny je riziko (pro společnost i pro uživatele) relativně nízké, a proto tyto drogy bývají společností spíše akceptovány.	Kofein, marihuana.
	Vysoké riziko	U těchto drog je riziko vzniku závislosti i riziko komplikací v poměru s tím, co uživatel od drogy "získá", velmi vysoké.	Heroin, pervitin, organická rozpouštědla.
Působení na psychiku člověka	Tlumivé látky	Způsobují uvolnění, zklidnění, zpomalení reakcí, ospalost, až spánek. Poměrně rychle na ně vzniká <b>těžká fyzická závislost</b> . Pokud droga není, rozvíjí se abstinenční syndrom.	Heroin, morfin, alkohol, léky - anxiolytika, hypnotika.
	Povzbuzující látky	Stimulační látky povzbuzující CNS. Mizí únava, potřeba jíst a spát, zvyšuje se výkon i aktivita, dostavuje se pocit fyzické i duševní síly až euforie. <b>Výrazná psychická závislost</b> .	Kokain, pervitin, kofein, nikotin.
	Fantastika	Výrazně mění kvalitu vědomí, psychiku, intenzitu a hloubku prožívání, dělají sluchové a zrakové halucinace, zvyšují intenzitu vnímání prostoru a barev. <b>Nepředvídatelnost jejich působení</b> .	LSD, lysohlávky, konopné drogy.

### 2.3.3 Drogová závislost

Závislost je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, a však nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení nových rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje (Nešpor, 2011, 9-10).

Podle Marádové (2006) znamená závislost celkovou ztrátu svobody, ztrátu kontroly nad vlastním životem. Závislý člověk není schopen přiznat si pravdu. Je hnán touhou navodit příjemný stav, který byl na začátku drogové kariéry. Zvyšuje dávky a návyková látka už mu nic moc nedává. Je pohlcen sebeklamem, nevnímá realitu. Je ochoten opatřit si drogu za každou cenu. Závislost na návykových látkách lze tedy charakterizovat jako chorobný stav spojený s neovladatelnou touhou po opakování prožitku, tj. nekontrolovatelnou potřebou po dalším užití drogy, mnohdy s tendencí zvyšovat látky. Jde o psychický a někdy i fyzický stav, který je charakterizovaný specifickými změnami chování.

Nožina (1997) uvádí, že fyzická závislost je stavem organismu, jež vzniká zpravidla po dlouhotrvajícím a častém požívání drogy. Organismus se droze přizpůsobí a ta se stane součástí metabolismu. Po přerušení přísunu dávky drogy organismus reaguje vznikem abstinenčních příznaků. Psychickou závislostí můžeme rozumět stav psychiky, který nutí člověka k pravidelnému užívání drogy. Jedinec tak činí proto, aby navodil příjemný stav psychiky. Psychická závislost je nejsilnějším faktorem, který vede k užívání drog.

Dle Pivoňkové (2013) probíhá závislost v několika fázích:

1. **Fáze experimentální**, kdy je člověk drogou nadšen a zažívá pocity, jež nezná a drogy užívá nárazově. Navíc si nepřipouští, že by se mohl stát závislý. V této fázi je poměrně jednoduché přestat, ale většina lidí v této fázi nepřestane, jelikož vnímají jen pozitiva, která jim droga přináší. V případě, že člověk v této fázi



přestane, je u něj velmi důležitá příprava na nejrůznější těžké situace, které jej později v životě čekají. Sanetricková (1990, 88) ve své knize Ještěrka popisuje vlastní zkušenost a první kontakt z užívání drog takto „napoprvé to byla svalovka z půli plata. Trvalo to asi čtvrt hodiny a nic nepřicházelo. Najednou to přišlo, v minutě jsem byla úplně sjetá. Jak to přišlo, úplně jsem zezelenala a zbělala, kluci mě drželi tep a báli se o mě. Mě bylo rajsky, lehla jsem si do trávy a rozplývala jsem se blažeností“.

2. **Fáze sociálního užívání**, kdy už droga začíná být zdrojem problémů, ale dotyčný si stále myslí, že má drogu pod kontrolou. Člověk už může pociťovat jisté zdravotní problémy. Často se jedná o nespavost, nechut' k jídlu, bolesti hlavy, agresivitu, bolest celého těla, deprese či stres. Velkým problémem v tomto období se stává škola či zaměstnání, člověk již začíná být drogou otupován a zhoršují se jeho schopnosti přemýšlet a pamatovat si. Člověk v této fázi často hledá pomoc u osoby, která je mu blízká nebo jí důvěřuje, ale většinou neřeší problém se závislostí, ale problém s tím, jak nemít spory s rodiči, sourozenci, partnerem/partnerkou, učiteli.
3. **Fáze závislosti a každodenního užívání**, kdy člověk ztrácí kontrolu nad svou závislostí a nad drogou. Veškeré problémy je člověk v této fázi schopný řešit už jedině drogou, čímž se dostává do hlubších a hlubších problémů, které často vedou až k vyloučení jedince z rodiny, zaměstnání, školy, kruhu přátel na okraj společnosti. V tomto období se dostávají i finanční problémy, protože se často na závislost přijde a člověk je vyhozen ze školy či zaměstnání. I v této fázi se mnoho lidí snaží přestat, ale sami již toho nejsou schopni, protože už si vytvořili fyzickou závislost. Návrat k normálnímu životu z této fáze je již velmi náročný, člověk má úplně jiný žebříček hodnot, přátelé a jeho rodina ho už často zavrhla a jeho závislost k droze je již velmi silná.
4. Čtvrtá fáze je **fáze poslední závislosti** a často končí předávkováním a následnou smrtí. Takový člověk již potřebuje drogu, aby jej udržela při životě. Veškerý život a myšlení jedince se v této fázi točí kolem užívání drog a jeho získání. Právě se získáváním bývá velký problém, jelikož člověk je již velmi vyčerpaný a rovněž jeho pobyt v bídných sociálních podmínkách se na něm začíná promítat. Člověk se neštítí udělat cokoli pro získání drogy – krádež, prostituce, ale klidně i vražda.

Typický je taky pocit viny po použití drogy, člověk to řeší v této fázi tak, že si musí dát další dávku, aby zapomněl na pocit viny. Z této fáze již téměř není možné, aby se člověk vymanil vlastní vůlí, je jednoznačně nutná pomoc zvenčí.

#### **2.3.4 Společensky tolerované drogy**

Podle Presla (1994) látky, které mají vliv na naši psychiku, a jsou schopné vyvolat závislost, se nachází všude kolem nás. Už při běžném nákupu v obchodě nás obklopují bez toho, abychom si to uvědomovali. Je to hlavně tím, že jde o drogy takzvané „legální“. Jde především o alkohol ve všech jeho podobách a nepochybně do této skupiny patří i tabák. Je prokázáno, že i káva, či zdánlivě neškodný čaj ovlivňuje naši psychiku. Nebezpečné je, že konzumace legálních drog je běžnou součástí života, společensky tolerována a nabízí se na každém kroku.

Machová & Kubátová (2009) tvrdí, že společensky tolerované drogy nebo také drogy legální, jsou takové drogy, které se dají koupit v obchodě a konzumovat na veřejnosti. Z prodeje legálních drog se platí daně což je pro stát a státní kasu výhodné. Vyvolávají však závislost. Mezi povolené drogy řadíme alkohol, který je ve svém důsledku velmi tvrdou drogou, kofein, léky tlumící bolest a cigarety.

Mnoho lidí prohlašuje, že v životě žádnou drogu nezkusilo. Přitom se může jednat o kuřáky, kteří jsou těžce závislí na nikotinu, naší nejčastěji užívaní legální droze. Skončit s kouřením je může stát stejné úsilí, jako skoncovat s nelegální drogou. Kuřáci se musí do konce života cigaret vzdát, jinak hrozí, že se k závislosti vrátí. To samé platí o alkoholu a některých lécích. Pokud bychom byli opravdu přísní, zařadili bychom mezi legální drogy kávu obsahující kofein, bez kterého si řada z nás nedokáže představit start do nového dne. Nejčastěji užívanými legálními drogami v České republice jsou alkohol, tabák a v menší míře léky.

Nikotin obsažený v tabáku již do Evropy přivezl Kryštof Kolumbus a patří spolu s alkoholem k nejrozšířenějším drogám. Tabák řadíme do skupiny mírných stimulantů, pomáhá k uvolnění od stresu. Kromě psychické a fyzické závislosti na nikotinu provází dlouhodobé kouření zdravotní rizika – onemocnění plic, srdce, cév, dutiny ústní a krku.

Zatímco rizika spojená s užíváním nelegálních drog jsou v naší společnosti známa, povědomí o návykovém užívání léků je mnohem menší. Závislost na lécích bývá veřejností často podceňována. Jde ale o závislosti, které zůstávají dlouho utajené a bývají

velmi obtížně léčitelné. Tato závislost se netýká jen mladších věkových skupin, které jsou ohroženy nejvíce, ale i lidí středního a vyššího věku. Tito lidé užívají léky často na doporučení lékaře, a proto pro ně bývá těžké pochopit, proč by se měli vzdát látky, která jim pomáhá a kterou jim předepsal lékař. Často užívanými léky jsou:

1. **Hypnotika** neboli léky na spaní bývají užívány velmi často, bohužel i v případech, kdy by bylo možné nespavost řešit jiným způsobem. Mezi nejčastěji zneužívaná hypnotika patří Nitrazepam, Rohypnol, Hypnogen a Stilnox.
2. **Anxiolytika** jsou léky snižující úzkost, jsou velmi oblíbené, neboť pomáhají některým jedincům překonat nejistotu, úzkost a nervozitu. Tyto léky by měli být ordinovány lékařem jen v případě, že ji je opravdu zapotřebí a jejich užívání by mělo být provázeno psychoterapií, která pomůže problém řešit.
3. **Analgetika** jsou léky proti bolesti. Některé léky z této skupiny obsahují opiáty a mohou vést ke vzniku závislosti stejně silné jako na heroin. Analgetika by ale neměla být upřena tam, kde jsou potřebná - onkologická onemocnění.

### 2.3.5 Doping ve sportu

Různé podpůrné látky používali lidé od nepaměti pro zvýšení bojeschopnosti, vytrvalosti, oddálení pocitů únavy, k utlumení bolesti při poranění a onemocnění a také při různých rituálních tancích a oslavách. Později se tyto podpůrné prostředky začaly zneužívat i ve sportovních zápolech. Různé písemné doklady o jejich využívání máme již z doby Antických olympijských her v Řecku, které probíhaly po dobu více než tisíc let na přelomu našeho letopočtu (ADV ČR, 2013, 2).

Novověká historie je svázána s rostoucím počtem sportovních akcí ve druhé polovině minulého století. K popisovaným náleží soutěže plavců v kanálech Amsterdamu a zejména cyklistů, kteří pro překonání vznikajícího vyčerpání mnohdy užívali "rychlostní balóny" (mixy heroinu a kokainu v alkoholu). V roce 1886, jako následek těchto užívaných postupů, bylo popsáno úmrtí cyklisty Arthura Lintona, kterému jeho trenér podal velké množství strychninu, během Olympijských her v Saint Luis vítěz maratónu Thomas Hicks zkolaboval a život mu zachránil pouze rychlý zásah lékařů v cíli závodu (užil brandy se strychninem). V tomto období k nejrozšířenějším

drogám užívaným sportovci patřili alkohol, kofein, nitroglycerin, digitalis, kokain, strychnin, ether, opium a heroin (Goldman 1992, 38).

Dokumentů spojujících užívání drog a sportu v první polovině našeho století je velice málo. Důležitou roli zde hraje heroin a vývoj amfetaminu, látky využívané zejména v průběhu bojů II. světové války ke zvýšení bojeschopnosti, která se postupně stala drogou volby, pro řadu sportovců, pro stimulační účinky prodlužující výkonnost. Závažnost rozšíření podtrhují popsání případy úmrtí sportovců s jeho užitím spojené. Na Olympijských hrách v Říme v roce 1960 umírá v otevírací den her dánský cyklista Knut Jensen (v krvi objeven amfetamin) a další dva jeho týmoví kolegové jsou hospitalizováni (Verroken, 1996, 18-55).

Pyšný, Vlach, & Žák (1997) uvádí, že důvodem rozšíření drog ve sportovních aktivitách v šedesátých letech jsou zejména liberální postoje jednotlivců společnosti, která byla poměrně liberální v tomto období k jedincům experimentujícími s drogami a obrovský rozvoj farmakologického průmyslu, který nabídl rozsáhlé množství méně toxických a více účinných látek, umožňujících zlepšit sportovní výkon jedince. Tento nárůst pokračuje, přes zahrnutí steroidů v roce 1974 na seznam zakázaných dopingových látek, bohužel i v letech osmdesátých (například v roce 1988 bylo předepsáno z lékařské indikace více než 3 milióny receptů v USA) a v současnosti, kdy závažným je další obrovský nárůst zneužití anabolických steroidů z kosmetických důvodů formování těla.

Někteří sportovci chtějí zakrýt užívání zakázaných látek, a proto berou diuretika. V některých sportech jsou dále zneužívána k rychlému snížení tělesné hmotnosti. Proč je však užívat, když ti přivodí závratě a mdloby, způsobí dehydrataci těla, svalové křeče, pokles krevního tlaku, ztrátu koordinace a rovnováhy, zmatenost a náladovost, dokonce i srdeční poruchy? (ADV ČR, 2013, 11-12).

Antidopingová pravidla sepsaná ve „Směrnici pro kontrolu a postih dopingu ve sportu v ČR“ jsou součástí sportovních pravidel a sportovci jsou povinni je dodržovat. Hlavním důvodem zákazu používání zakázaných prostředků a metod je snaha zabránit nepoctivým sportovcům mít převahu nad těmi závodníky, kteří sportují v duchu fair play a bez dopingu. Většina dopingových prostředků patří do oblasti léčby řady závažných onemocnění. Zneužívání léků, většinou s mnohonásobně překročeným dávkováním, je zdraví škodlivé a může dokonce skončit i smrtí. Úspěšnost či neúspěšnost pokusu o použití dopingu nebo jeho metody není podstatná. Dostačujícím a také usvědčujícím

faktem je, když se sportovec „jenom“ pokusí zakázanou látku použít. I v tomto případě je doping považován za dokonaný (ADV ČR, 2013, 4).

## **2.4 Alkohol**

Alkohol je droga s tlumivým účinkem na organismus. Vyrábí se kvašením nebo destilací obilovin nebo ovoce. Jedná se o látku, kterou ve většině zemí nadužívají jak dospívající, tak dospělí. Opojení, kteří všichni při konzumaci alkoholu zažívají, je ve skutečnosti pocit vyvolaný jeho tlumivým účinkem na mozek.

„Pod pojmem alkohol se skrývá několik různých sloučenin uhlíku, vodíku a kyslíku. Tři nejznámější sloučeniny se jmenují methanol, isopropanol, ethanol, všechny druhy mají velmi podobnou strukturu. Alkohol je čirá tekutina slučitelná s vodou, téměř bez zápachu“ (Semperfit, 2004, 9).

Alkohol – Ethanol – je jednoduchá a malá molekula, která vzniká kvašením cukrů. Podle současných poznatků patří mezi látky ovlivňující nervový systém (psychotropní látka). Vře při 77° C a tuhne při – 177° C. Má řadu pozoruhodných vlastností, mimo jiné, že kvasinky, které umožnily jeho vznik, nechá žít asi jen do koncentrace 14 % alkoholu. Vyšší koncentraci kvasinky hubí. V lidském organismu je alkohol požitelný jen zředěný v podobě alkoholických nápojů (pivo, kvašené mošty, víno, aperitivy, koncentráty, destiláty atp.) (Šedivý & Válková, 1988, 22).

### **2.4.1 Historie alkoholu**

Alkohol a jeho účinky poznali lidé zřejmě již ve starověku. Ve formě vína je znám lidstvu více než osm tisíc let. Je o něm zmínka již v Eposu o Gilgamešovi, který pochází z 3 - 4. tisíciletí př. n. l. Také na hliněné tabulce pocházející z roku 2200 př. n. l. je uveden předpis lékaře na přípravu medicínálního vína. Čistý alkohol byl poprvé získán až v 11. století n. l. na jihu Itálie. Dostal název „al kuhul“ – což je arabský výraz pro „něco nejlepšího“. Alkohol vstoupil lehkým krokem do lidského života. Proč? Protože v prvopočátku lidem pomáhal a zpříjemňoval život. Lidem vyhovovaly především ty vlastnosti alkoholu, jichž bylo možno využít v lékařství. O blahodárných účincích alkoholu najdeme svědectví v pracích antického lékaře Hippokrata (460 - 370 př. n. l.) a filozofa a lékaře Ibn Síny (Avicenny), (980 - 1037). Proslulé a známé po celé Evropě byly zejména Avicennovi lékařské spisy, hlavně kanón medicíny. Jsou známy i další

práce starověkých mistrů lékařství. K čemu alkohol používali? Při některých úrazech a chorobách, poraněních v boji a při práci to byly vínové obklady, které přinášely pacientovi úlevu. Také po samotném požití alkoholického nápoje se pacientovi ulevilo a bolest již byla snesitelnější. Důležitou roli v rozvoji požívání alkoholických nápojů sehráli i bylinkáři, lidoví felčáři i čarodějové, kteří se předháněli v přípravě různých odvarů rostlin v jejich léčebné praxi (Šedivý & Válková, 1988, 22).

Alkohol usnadňoval lidem život a činil jej příjemnějším. Představme si toto jeho dobrodiní zejména v situaci, kdy člověk ještě neměl dost jiných prostředků, aby mu bylo vždy teplo, musel žít ve vlhku a chladu, neměl dostatek jídla atp. Ale již v této době dokázal alkohol svádět člověka ze správné cesty. Lidé vítali, že pod jeho účinky se mění jejich psychické vlastnosti. Po požití alkoholu měli lepší náladu, byli veselejší, snadněji se sblížovali, různé osobní problémy a útrapy se jim nejevily již tak nesnesitelné a nepřekonatelné. Požití alkoholu je přivádělo ke kolektivnímu veselí.

S průmyslovou revolucí je spojen počátek industriální výroby alkoholu a také i zlepšení trhu s alkoholickými nápoji, které se staly díky destilaci trvanlivější a tím pádem i skladovatelnější. Alkoholické nápoje začaly být v té době dostupnější, silnější a levnější než kdy dříve, což se samozřejmě odrazilo ve vyšší konzumaci alkoholu v Evropě a to zejména mezi pracující třídou ve městech. Rozšíření konzumace mělo za následek změnu pohledu veřejnosti na opilost, která se stala veřejnou záležitostí a začala být více asociovaná s chudobou (Anderson & Baumberg, 2006, 10).

Podle Edwardse (2004) je nejčastěji uváděným případem z této doby tzv. gin mánie ve Velké Británii datující se od konce 17. století do začátku 18. století, která se objevila v důsledku nadměrné sklizně obilí (základní suroviny ginu) a zákazu dovozu alkoholu z kontinentu. Nadměrná produkce levného ginu v té době vedla k jeho masivní spotřebě, která se zase projevila ve zvýšeném výskytu opilství. Na tato alarmující fakta reagoval anglický parlament několika legislativními úpravami.

V dnešní době, na rozdíl od většiny ostatních psychoaktivních látek je jeho užívání v téměř všech zemích světa legální a jeho konzumace je akceptována. Nemalý přínos měl a stále má pro společenský život, protože je ve většině společností využíván jako prostředek k uvolnění tenze a ke zvýšení sociability jeho uživatelů. V historii některých národů můžeme najít období, kdy byl alkohol masivně konzumován, která se střídala s obdobími omezené konzumace často v důsledku legislativních opatření, které

byly reakcí právě na jeho nadměrnou konzumaci. V této souvislosti se zdůrazňuje, že přestože alkohol v průběhu historie byl a je zneužíván malou částí populace, pro většinu ostatních byl a je prospěšný a užitečný (Hunt & Climer, 2009, 34).

#### 2.4.2 Alkohol z chemického hlediska

Marek (2012) uvádí, že „alkoholy jsou deriváty uhlovodíků, které obsahují v molekule jednu nebo více hydroxylových skupin – OH. Alkoholy jsou odvozeny od alifatických a alicyklických uhlovodíků – hydroxyl zde není napojený na aromatický cyklus. V opačném případě jde o fenoly“.

Alkohol můžeme dělit podle několika hledisek:

- **Podle umístění – OH skupiny:** primární, sekundární, terciární.
- **Podle počtu – OH skupin:** jednosytné, vícesytné.
- **Podle stavby uhlíkové kostry:** alifatické a cyklické alkoholy.

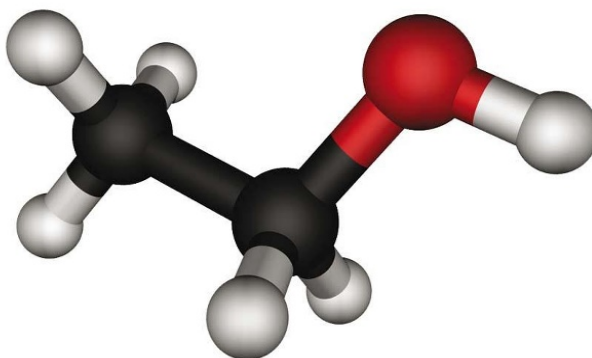
Vlastnosti alkoholu:

- **Fyzikální vlastnosti:** nejnižší jednosytné alkoholy jsou kapaliny narkotických účinků s relativně vysokými teplotami varu. Jsou rovněž rozpustné ve vodě. Alkoholy od C<sub>4</sub> jsou kapaliny s nepříjemnou vůní, vyšší jsou pevné krystalické látky.
- **Chemické vlastnosti** alkoholů ovlivňuje přítomnost hydroxylové skupiny. Reagují s kyselinami i hydroxidy. Se silnými kyselinami reagují alkoholy za vzniku alkoxoniových solí. V přítomnosti silné zásady vznikají reakcí s alkoholy alkoholáty (alkoxydy – soli alkoholů).

Významní zástupci alkoholu:

- **Methanol (methylalkohol):** bezbarvá, příjemně vonící kapalina, teplota varu 65° C, mísitelná s vodou, prudce jedovatá, poškozuje zrak (až slepota), 20g je smrtelné. Dříve se vyráběl destilací dřeva, v současnosti z vodního plynu. Používá se na výrobu formaldehydových pryskyřic nebo jako rozpouštědlo.

- **Glycerol:** 1,2,3 propantriol, dříve nazývaný glycerin. Vysokovroucí viskózní bezbarvá kapalina sladké chuti, mísitelná s vodou. Vyrábí se hydrolýzou tuků nebo z propylenu. Používá se v kosmetice, k výrobě plastů, je surovinou pro výrobu glyceroltrinitrátu (nitroglycerin).
- **2 – propanol:** vyrábí se hydratací propanu, používá se k výrobě acetonu.
- **1 – butanol:** je rozpouštědlo, změkčovadlo, užívá se v papírové chromatografii.
- **Cyklohexanol:** je výchozí surovina pro výrobu syntetických vláken (nylon, silon).
- **Ethylenglykol:** (1,2 ethandiol) je jedovatá olejovitá kapalina užívaná jako součást nemrznoucích směsí, jeho sloučeniny ve farmacii a kosmetice, jako rozpouštědlo, pro výrobu plastů a syntetických vláken (tesil, terilen).
- **Ethanol (ethylalkohol):** bezbarvá kapalina charakteristické vůně, teplota varu 78° C, běžný ethanol obsahuje cca 4 % vody. Vyrábí se kvašením cukerných šťáv (pro potravinářské účely) nebo synteticky – hydratací ethylenu. Pro technické účely se denaturuje – přidavkem benzenu, pyridinu, benzínu. Používá se jako rozpouštědlo, v lékařství k dezinfekci, k výrobě lihovin, jako surovina pro výrobu např. kyseliny octové. Běžně bývá nazýván **alkohol** nebo líh.



Obrázek 1. Model molekuly ethanolu



### 2.4.2.1 Resorpce alkoholu do organismu

Zikmund (2011) uvádí, že resorpce alkoholu do organismu probíhá prostou difúzí. Optimálním předpokladem pro jeho resorpci, která je možná všemi cestami, je jeho rozpustnost ve vodě. Resorpce alkoholu vdechováním par, třeba ve vinných sklepích či skladech alkoholických nápojů, nemá praktický význam. Koncentrace alkoholových par ve vzduchu nedosáhne ani v takovém prostředí úrovně, aby se dechem vstřebávaný alkohol nestačil současně z organismu eliminovat.

Stejně je tomu při resorpci alkoholu neporušenou kůží dospělého člověka. U malých dětí však prostupuje alkohol kůží snáze a při jeho dlouhodobé aplikaci na velké plochy, třeba v obkladech, došlo již k těžkým intoxikacím. Poraněnou kůží proniká alkohol rychle do krve a při ošetření větších ploch zraněné kůže alkoholickým roztokem může zakrátko dojít i k významnému zvýšení hladiny alkoholu v krvi. Ze zažívacího traktu je resorpce alkoholu nejčastější.

Resorpce začíná v okamžiku požití alkoholického nápoje. Rychlost resorpce mohou někdy značně ovlivnit i jiné látky obsažené v alkoholickém nápoji. Kysličník uhličitý urychluje resorpci tím, že vyvolává ve stěně žaludku vazodilataci. Aromatické látky a hořčiny rovněž vedou ke zvýšenému prokrvení sliznic a tím urychlují resorpci. Cukry vstřebávání zpomalují. Alkohol ze sladových a silně oslazených nápojů se tedy oproti čistým nápojům stejné koncentrace resorbuje pomaleji.

Vliv má také teplota nápoje. Vyšší teplota nad 18° C působí na resorpci příznivě, teplota nižší než 8° C vstřebávání zpomaluje. Zanedbatelný není ani momentální fyzický a psychický stav. Silné nervové vypětí a únava zpomaluje resorpci pro snížení žaludeční motoriky až polyrospasmus. Rovněž u osob nenavyklých pítí, nebo když je pito proti vůli, je resorpce pomalejší. Fyzická námaha naopak urychluje resorpci paralelně se zvyšováním metabolismu. Je zde také nutno brát v úvahu chorobné stavy zažívacího traktu (Zikmund, 2011).

Rychlost vstřebávání je zde mimo faktorů ovlivňující resorpci nalačno závislá především na době, množství a druhu jídla. Množství potravy požitá před pitím je třeba vztahovat k množství vypitého alkoholu. Vypije-li se malé množství alkoholického nápoje, třeba i koncentrátu po objemném jídle, dojde k obzvláště významnému zpomalení resorpce. Malé kvantum alkoholu se v žaludečním obsahu „utopí“. Kvalita

jídla požitého před pitím rovněž ovlivňuje rychlost resorpce. Při smíšené potravě bohaté na bílkoviny a tuky je resorpce zpomalena výrazněji, než při potravě složené převážně z uhlovodanů.

Resorpce probíhá v podstatě exponenciálně. Zpočátku je pomalejší, přechodem alkoholu do dvanáctníku a tenkého střeva se zrychluje a při vrcholu resorpční křivky se opět zpomaluje pro snížení difuzního napětí. V okamžiku, kdy dosáhne křivka hladiny alkoholu v krvi vrcholu, tak není ještě resorpce alkoholu ze zažívacího traktu do krve ukončena, a to ani při jednorázovém pití. V této době, kdy je ještě koncentrace alkoholu v zažívacím ústrojí vyšší než koncentrace alkoholu v krvi, resorpce alkoholu do krve stále pokračuje. Vrchol křivky jen ukazuje, že došlo k rovnováze mezi invazí alkoholu ze zažívacího traktu do krve na jedné straně, a jeho pronikáním z krve dále do organismu a eliminací na straně druhé (Zikmund, 2011).

#### **2.4.2.2 Vylučování alkoholu z organismu**

Vzhledem k tomu, že veškeré biologické procesy odehrávající se v lidském těle jsou u každého člověka jiné, nikdo nemůže s určitostí a jistotou stanovit rychlost, jakou se obecně alkohol z těla vylučuje. Někdo je od přírody obdařen rychlejším „spalováním“, aniž by o to z nějakého důvodu usiloval. Lze pouze pracovat a uvažovat s obecnými a předpokládanými údaji.

Zikmund (2011) odborně popisuje vylučování alkoholu takto. Alkohol se vylučuje z organismu z 90 až 95 % oxidací v procesu látkové přeměny, 5 až 10 % se vylučuje v nezměněné formě, dechem 4 až 7 %, v moči 1 až 3 %. Vylučování alkoholu jinými cestami je prakticky zanedbatelné. Oxidace alkoholu probíhá 60 až 90 % v játrech. Prostřednictvím alkoholdehydrogenázy se alkohol mění na acetaldehyd, který je dále metabolizován na kyselinu octovou a acetylkoenzym A. Acetylkoenzym A je pak měněn cestou Krebsova cyklu na oxid uhličitý a vodu. V menší míře tj. asi 10 %, ale i až 40 % se alkohol oxiduje systémem kataláz. Oxidace alkoholu touto cestou dovoluje vysvětlit vysokou toleranci některých osob k alkoholu, jak se mnohdy pozoruje u lidí navyklých pití. Vylučování alkoholu v nezměněné formě, převážně dechem a močí není konstantní. Je to závislé na hladině alkoholu v krvi. Eliminace (celková) není konstantní a kolísá v určitých mezích.

V některých publikacích či internetových portálech lze nalézt tabulky, ve kterých jsou spočítány přibližné doby vylučování požitého alkoholu z lidského organismu. Vždy se ale jedná o orientační údaje, které jsou vztaženy na příslušné pohlaví a jeho hmotnost.

Odbourání alkoholu je individuální záležitost. Závisí na mnoha jiných faktorech a je pro tělo velice zatěžující. Také produkty enzymového rozkladu, hlavně acetaldehyd, jsou pro náš organismus zdraví škodlivé látky. Proto bychom se měli snažit, konzumaci alkoholu omezit. Na druhou stranu nové studie ukazují, že mírná konzumace alkoholu tělu prospívá. Nejlepší je řídit se osvědčeným pravidlem, že všeho moc škodí.

### **2.4.3 Negativní účinky alkoholu na lidský organismus**

Alkohol působí na centrální nervový systém, který všeobecně tlumí, přestože díky uvolnění po užití se alkohol považuje za životabudič. Už v malém množství jsou patrné jeho účinky na rychlost reakcí, koordinaci pohybů, úsudek, rozhodování. Tlumí vnímání bolesti. Vysoké koncentrace alkoholu tlumí centra pro dýchání a krevní oběh, což může vést až ke smrti. Obzvlášť nebezpečné jsou proto kombinace s jinými tlumivými látkami. V psychické sféře alkohol odstraňuje zábrany, což přispívá k všeobecně rozšířené domněnce, že podporuje sexuální funkce. Nicméně opak je pravdou, potence je při užití většího množství alkoholu snížena. Odstranění zábran může vést ke šťastnější atmosféře ve společnosti, kde se pije alkohol, protože je zbavena zátěže etikety. Nicméně stejně tak může uvolnění zábran vést ke vzrušeným emocionálním projevům, agresivitě, která se může projevit až v surových a krutých násilných činech (Mlčoch, 2008).

Maughan (2006) uvádí, že vliv alkoholu na centrální nervový systém, má za následek snížení dovedností a změny chování, které mohou mít nepříznivý vliv na výkon sportovce. Je zde také důkaz úbytku aerobní kapacity. I když mechanismy nejsou dobře známy, užívání alkoholu může také nepříznivě ovlivnit výkon hráče po mnoho hodin po samotné alkoholové intoxikaci. Intoxikace alkoholem, také může nepříznivě ovlivnit stravu hráče a to vytěsněním sacharidů v době, kdy je velmi důležitá obnova glykogenu.

#### **2.4.3.2 Krátkodobé negativní účinky alkoholu**

Podle Kaliny (2008) se při užívání alkoholu mohou vyskytnout některé nežádoucí účinky. Z krátkodobých to jsou poruchy rovnováhy a svalového napětí, zpomalení reakčního času, nevolnost, zvracení, poruchy chování s agresivitou, snížená

sebekritičnost, riskantní chování s následnými úrazy, kvantitativní poruchy vědomí až smrt. Existuje málo častá komplikace, která se nazývá patická opilost (*ebrietas pathica*). Vzniká po vypití malého množství alkoholu, které by u většiny lidí nezpůsobilo intoxikaci, dochází ke krátkodobé kvalitativní poruše vědomí s bludy a halucinacemi, poruchám chování často s agresí obrácenou k ostatním nebo k sobě samému. Zároveň se mohou objevit poruchy emocí (strach, úzkost), přičemž pohybová koordinace a řeč nebývají narušené. Tento stav odeznívá po minutách až hodinách, končí terminálním spánkem. Na stav se dotyční nepamatuje.

Pavlovský et al., (2009) popisuje i opilost komplikovanou (*ebrietas complicata*). V tomto případě se jedná o kvantitativní poruchu vědomí. Je intenzivnější a trvalejší než prostá opilost. Objevuje se výrazný pokles sebeovládání, reakce na přicházející podněty jsou neadekvátní a velmi často se objevuje agresivní jednání. Tento stav může být vyvolán kombinací alkoholu a jiných návykových látek nebo léků. Obvykle nepřechází do spánku, vzpomínky na tento stav bývají nejasné, je však možné do určité míry zaznamenat vzpomínky a sled událostí.

#### **2.4.3.2 Dlouhodobé negativní účinky alkoholu**

Kalina (2008) dále uvádí, že do dlouhodobých nežádoucích účinků pití alkoholu řadíme především poškození gastrointestinálního traktu, jako jsou poruchy trávení, průjmky a záněty žaludku. Poškození jater může vést k rozvoji jaterní cirhózy a jícnovým varixům, chronické poškození může vést k rozvoji nádorového bujení – karcinomu jater, jícnu, žaludku, tenkého střeva a rektu. Poškozena může být slinivka břišní s následujícím diabetem. U uživatelů alkoholu bývá častá i malnutrice, avitaminóza, arteriální hypertenze, kardiomyopatie, poruchy krevetvorby, anémie. Tyto stavy bývají doprovázeny poruchami spánku, úzkostmi, depresemi. Dlouhodobé užívání alkoholu vede k poruše nervového systému – projeví se organické poškození mozku, psychotická porucha, halucinace, paranoidní bludy, poruchy paměti až do stadia demence. U těhotných žen, které nestřídmě pijí alkohol, je riziko vážného poškození plodu, tzv. fetální alkoholový syndrom.

Dlouhodobé užívání alkoholu nevede jen k poškození somatickému, ale i duševnímu. Vágnerová (2004) rozděluje psychické změny vyvolané dlouhodobým užíváním alkoholu do několika psychických úrovní jedince. V oblasti emočního

prožívání uvádí, že nadměrná konzumace alkoholu ovlivňuje celkovou náladu. Objevují se výkyvy nálad, podrážděnost, někdy až afektivní výbušnost spojená s agresí. Objevuje se podezřívavost a nedůvěřivost, zvyšuje se depresivnost a úzkostnost. V oblasti kognitivních procesů je zhoršena především koncentrace pozornosti, paměť i celková výkonnost. Člověk tak není schopen zpracovat všechny informace standardním způsobem. Uvažování bývá méně kritické, častěji je ulpívavé a vztahovačné. Také chybí situační náhled. V oblasti chování je patrné zúžení motivace s dominantním zaměřením na získání alkoholu. To se projevuje egocentrickým chováním, bezohledností k druhým lidem a často celkovým úpadkem sociálních kompetencí. Mizí sociální zábrany a tím uživatelé alkoholu reagují stále častěji nepřiměřeným způsobem (agresivně).

„Vědecky bylo potvrzeno, že dlouhodobé užívání alkoholu má negativní vliv především na gastrointestinální a kardiovaskulární systém, poškozuje činnost jater a CNS, spolupůsobí při rozvoji některých nádorových onemocněních, má negativní vliv na vývoj plodu a vede k některým duševním poruchám“ (WHO, 2004).

#### **2.4.4 Děti, mládež a alkohol**

Pití alkoholu dětmi a mladistvými je fenomén, který má charakter doutnajícího problému a není zatím naší společností akceptován s vážností, kterou si zasluhuje jako skutečné ohrožení mladé generace. Přitom studie Evropského fóra pro zodpovědné pití alkoholu uvádějí, že s alkoholem začínají v Evropské unii jako první právě české děti. Svou první sklenku vypijí už kolem jedenáctého roku věku.

Alkohol je pro děti a mladistvé, podobně jako i jiné drogy, nebezpečný nejen v akutním stadiu, tedy při intoxikaci. Závažnější rizika vyplývají z dlouhodobých následků. I při občasném požití alkoholu se u dětí zvyšuje nebezpečí onemocnění jater (játra nejsou schopna odbourávat alkohol v takové míře jako u dospělých) a nervového systému. Čím mladší jedinci pijí, tím je větší riziko pozdějšího přechodu na jiné tvrdé drogy. Existují důkazy o důsledcích vlivu alkoholu (i jiných drog) na stav mozku dospívajících. Během dospívání dochází k tělesným i duševním změnám a také k vytváření nových sítí mozkových buněk. Alkohol poškozuje paměť a schopnost učení. Dochází k horším studijním a pracovním výsledkům. Poškození může přetrvávat i v případě následného snížení příjmu alkoholu a drog. U sedmnácti letých dospívajících, kteří pili a měli

problémy s učením, zjistilo vyšetření nukleární magnetickou rezonancí menší hippocampus, tedy tu část mozku, která je důležitá právě pro učení a paměť.

Zhoršená paměť a schopnost učení není v dospívání jediným negativním důsledkem pití alkoholu. K dalším patří úrazy, dopravní nehody, otravy, sebevraždy, sexuální násilí, rizikový sex, trestná činnost, zejména násilného rázu, rychlý rozvoj závislosti či přechod od alkoholu k jiným drogám. Například údaje z české populace patnáctiletých ukázaly, že ti, kteří se opili dvakrát nebo častěji během života, utrpěli v posledních dvanácti měsících více než dvakrát častěji úraz, který si vyžádal lékařské ošetření. Podle Světové zdravotnické organizace je u nás stav alarmující: přibližně 30 % patnáctiletých a asi 17 % třináctiletých dětí v Čechách pije alkohol pravidelně. Opakované průzkumy vedou k závěru, že ve 4. ročníku základní školy má již opakované zkušenosti s alkoholem asi 35 % dětí! Česká republika figuruje ve statistice pití alkoholu mladistvými v Evropě na čtvrtém místě (Hladík, 2009, 48-50).

„V České republice mají zkušenost s alkoholem už i osmileté děti, kterým rodiče dovolí napít se při různých oslavách alkoholu. Dospívající mládež již pije naprosto běžně“ (Nešpora & Csémy, 2009, 129).

Sovinová, Csémy & Kernová (2004) uvádí, že mezinárodní studie Mládež a zdraví (HBSC – The Health Behaviour in School-aged Children), realizována v letech 2002 až 2010 pod záštitou Světové zdravotnické organizace a reprezentující vzorek českých dětí ve věku 11, 13 a 15 let, poukazuje na značné rozšíření zkušeností s alkoholem mezi dětmi školního věku. Pro populaci českých školáků je charakteristické, že konzistentně ve všech měřeních byla zjišťována nízká míra abstinence. Většina dětí ve věkové skupině 13 let již měla zkušenost s alkoholem. Za významnější informaci o konzumních zvyklostech českých dětí považujeme výskyt pravidelného pití, tj. pití daného druhu alkoholického nápoje alespoň jednou týdně, příp. častěji. Ve věkové skupině 11 let je pravidelné pití alkoholu, relativně vzácné, s rostoucím věkem se pak pití stává běžnějším. Změny mezi lety 2002 a 2010 nejsou velké. Téměř pětina patnáctiletých dívek v roce 2010 konzumovala pivo týdně nebo ještě častěji. U chlapců je pivo zřetelně nejoblíbenějším nápojem a to ve všech věkových skupinách. Pozornost je třeba věnovat pití lihovin u nezletilých. Ve skupině patnáctiletých uvádí pití lihovin s týdenní frekvencí 12,7 % chlapců a 9,6 % dívek. K tomu je třeba připočítat i pití lihovin v míchaných nápojích. Skutečnost, že pití destilátů není nijak výjimečné mezi patnáctiletými,

naznačuje, že regulace dostupnosti alkoholu pro děti je málo účinná. Rozšířenost pravidelného pití alkoholických nápojů dětmi školního věku je tak velká, že by měla znepokojovat nejen odborníky, kteří tyto jevy sledují, ale celou společnost, zejména pak politickou reprezentaci.

Data z posledního šetření skutečně prokazují, že české děti se do kontaktu s alkoholem dostávají ve velmi útlém věku. Přestože legální věk pro dostupnost alkoholu je věk zletilosti, tj. věk 18 let, okusí více než polovina českých dětí alkohol poprvé ve věku do 13 let. Část dětí, 61 % chlapců a 67 % dívek, také ještě ve školním věku získává první zkušenosti s alkoholovou intoxikací. Nejčastěji je první opilost ve věku 14 a 15 let. Průměrný věk první opilosti je u děvčat o něco vyšší, ze statistického hlediska však zanedbatelný (Sovinová, Csémy, & Kernová, 2004, 31).

#### **2.4.5 Alkohol a hráči fotbalu**

Maughan (2006) uvádí, že „užívání alkoholu je často spojeno se sportem a tahle spojitost je obzvláště silná s fotbalem“.

Fotbal je jednoznačně nejpopulárnější sport na této planetě a pro mnohé až posedlost. Hodně reportáží o fotbalistech mimo hřiště je, a to je třeba uznat, nekomplementární s alkoholem, často jsou ale hráči podezříváni z jeho požití, obzvláště při jejich nevhodném chování. Tisk to často zobrazuje jako nový fenomén, což je nevyhnutelný důsledek bohatství, kterého si užívají dnešní hráči. Tohle tvrzení je však mylné, fotbal má s alkoholem mnohem delší a složitější vztah, než si často připouštíme. To vytváří paradox pro zdravotní péči; sportování (zdravé) a alkohol (nezdravé) jsou dva světy, které se sráží, a nemálo z nejlepších hráčů jsme již viděli stát se obětí démonů pití.

Populární volbou pro titul nejlepšího hráče na světě byl ve 30. letech 19. století Giuseppe Meazza, hráč Interu Milán a italský reprezentant, který vyhrál po sobě jdoucí Mistrovství světa v letech 1934 a 1938. Meazza je stále třetím nejlepším střelcem v historii italské ligy a přesto se nikdy nechoval jako elitní sportovec. Měl rád víno a občas před zápasem spával v nevěstincích.

Po přerušení války, bylo jedním z nejpřednějších fotbalových týmů Maďarsko a jeho kapitán Ferenc Puskás, byl uznávaný, jako jeden z nejlepších fotbalistů všech dob. Pozoruhodné byly jeho smrtící střely levačkou, ale i jeho zajímavý způsob života. Puskás

měl rád pivo a klobásy a jeho bujný obvod pasu z něj činil spíše vřelého a sympatického chlapíka, nežli slavného sportovce.

Po Maďarsku přišla éra Brazílie a s ní i chaotická a tragická postava Garrincha. Tenhle míšenec afrických a indiánských předků se narodil do chudobné rodiny a od mládí trpěl atypickým vychýlením levého kolene, přesto se stal v týmu Rio Botafogo excelentním střelcem a nepochybně nejlepším driblérům jakého zde kdy měli. Na druhé straně to byl těžký pijan, denně si dopřával láhev cachaça (brazilský národní alkoholový nápoj, často přirovnáván k rumu). To ale nebyla jediná jeho neřest. Garrincha zplodil nejméně čtrnáct dětí se čtyřmi různými ženami. Pití, mu při odchodu do fotbalového důchodu nepříznivě ovlivnilo zdraví a v roce 1983 zemřel na cirhózu jater ve věku jen 49 let.

V Británii se v souvislosti s alkoholem v 50. letech 19. století zmiňuje talentovaný útočník Hughie Gallacher, hráč Newcastle United a Skotska, který po předčasné smrti své ženy trpěl těžkými depresemi, hodně pil a v roce 1957 ve věku 54 let spáchal sebevraždu skokem pod vlak. Se zrušením maximální mzdy v roce 1961, následuje nová éra blahobytu a hráči dostávali nově příležitosti k propagaci. Při pohledu zpět, to bylo ještě více naivní období. Například velký Bobby Moore a jeho kamarád z reprezentace Martin Peters, hráli se svými manželkami v televizní reklamě a vyzývali veřejnost k návštěvě místních hospod. To bylo něco, co je dnes považováno za značně nepatřičné.

Vzhledem k tomu, že zájem o fotbal v médiích značně zesílil, začaly osobní problémy fotbalistů přitahovat čím dál více pozornosti. To ale nemuselo mít nutně negativní dopad. Spousta hráčů, kteří měli problémy s alkoholem, svoji závislost přiznala a vyzývala okolí, aby se ti, jenž se potýkají se stejnou závislostí, vydali směrem jako oni a začali se léčit. Zatímco někteří hráči se dokázali léčit úspěšně, jiní takových šťastných výsledků nedosahovali. Příkladem za všechny může být z novodobé éry již v úvodu této práce zmiňovaný George Best, jenž i přes to, že mu transplantovali játra, s pitím nepřestal a v roce 2005 ve věku 59 let zemřel na následky cirhózy jater (Lakasing & Mirza, 2009, 48-50).

Pro české hráče fotbalu není alkohol také ničím novým. Začít můžeme Ladislavem Prádou, který válel v neveselých 50. letech 19. století. Když o něm letos v květnu vyšla kniha, její autor Jiří Macků ani nemusel příliš objasňovat, proč jde místo románu o útlou knížečku. Prádova vrcholová kariéra totiž byla podobně kratičká a zničil ji alkohol.



Na Přádovy akce se hezky dívalo, hlavně zpočátku. Do ligy naskočil z krajského přeboru, v Liberci si ho pak vyhlédla Dukla. S ní vyhrál titul a na zájezdu v Jižní Americe pobláznil místní fanoušky tak, že mu vymysleli přezdívku „Bílý Pelé“. Ke srovnání s fotbalovým králem mu nechyběl talent, ale disciplína. Neuměl odmítnout pozvání na skleničku, často to přehnal a alkohol se podepisoval na jeho chování (iDNES, 2014).

Z českých fotbalistů můžeme vzpomenout ještě Jana Bergra nebo Jana Šimáka. Jan Šimák, tohle jméno je asi známé každému fotbalovému fanouškovi, který se již nějaká léta zajímá o dění v české nejvyšší soutěži a o krajánky působící v zahraničí. Šimák platil za jeden z největších talentů, který však nedokázal plně rozvinout kvůli hýření, špatné životosprávě a alkoholu. I přesto se však dostal do německé Bundesligy, o čemž se řadě hráčů může jen snít. S alkoholem se Šimák potýkal od počátku fotbalové kariéry a během působení v pražské Spartě absolvoval Šimák dokonce protialkoholní léčbu. Je to škoda, protože dívat se na něj na hřišti, když měl zrovna své "lepší období", byla opravdu nádhera. V Německu zanechal velmi dobrý dojem. Ještě dnes, když řeknete jeho jméno před někým, kdo se o fotbal opravdu zajímá, stále uslyšíte "Großes Talent" (Černý, 2017).

## **2.5 Prevence a léčba**

„Slovo prevence je latinského původu a znamená opatření učiněné předem, včasnou obranu nebo ochranu“ (Nešpor, Csémy & Sovinová, 1998).

(Dle Miovskeho et al., (2010) „můžeme na prevenci nahlížet jako na soubor intervencí, jejichž cílem je zamezit či snížit výskyt a šíření rizikového chování. Nejrychleji se vyvíjela prevence užívání návykových látek. Stala se tak tvůrcem a hybatelem procesu vývoje prevence jako celku“.

Prevenci chápeme jako předcházení určitým problémům, určitým rizikům. Jedná se o opatření, která nasazujeme, abychom se vyhnuli problému. Prevence představuje ucelený proces, který se zaměřuje na pozitivní ovlivňování zdraví prostřednictvím utváření zdravého životního stylu, duševní a sociální potřeby, kdy je nutné dětem vštěpovat, že zdraví je důležitá hodnota, kterou je třeba chránit a podporovat (Emmerová, 2007).

### 2.5.1 Typy prevence

Ať už se jedná o jakýkoliv typ prevence sociálně patologických jevů, jedno mají všechny společné: jejich základním cílem je především ochránit jedince před nežádoucími jevy, které ho ve společnosti obklopují, a také snížení nárůstu negativních jevů u dětí a mládeže. S tímto cílem je spojena i potřeba vytvořit ucelený systém vzdělávání, proto si již téměř každá základní škola v naší republice vytváří podle vlastního uvážení cíle a strategie, jak sociálně patologickým jevům předcházet, zabránit nebo zamezit jejich výskytu.

**Primární** prevencí podle Marádové (2006) „rozumíme veškeré konkrétní aktivity realizované s cílem předejít problémům a následkům spojeným se zneužíváním návykových látek i s ostatními sociálně patologickými jevy, případně minimalizovat jejich dopad a zamezit jejich rozšíření“.

Důraz je kladen zejména na **specifikou primární prevenci** tj. systém aktivit a služeb, které se zaměřují na práci s populací, u níž lze v případě jejich absence předpokládat další negativní vývoj. Právě u této populační skupiny je třeba pomocí specifických preventivních programů předcházet nebo omezovat výskyt společensky nežádoucího chování. Jasná profilace těchto programů (snaha působit selektivně, specificky) na určitou formu rizikového chování odlišuje tyto programy od programů nespecifických (Marádová, 2006, 22).

Marádová (2006) dále uvádí, že **Nespecifickou primární prevencí** se rozumí aktivity, které tvoří nedílnou součást **primární prevence** a jejímž obsahem jsou všechny metody a přístupy umožňující rozvoj harmonické osobnosti, včetně možnosti rozvíjení nadání, zájmů a pohybových a sportovních aktivit. Programy nespecifické prevence (např. různé volnočasové aktivity) by existovaly a byly žádoucí i v případě, že by neexistovaly sociálně patologické jevy, tj. bylo by i v takovém případě smysluplné tyto programy rozvíjet a podporovat. Prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy zahrnuje především aktivity v oblastech prevence:

- Násilí a šikanování.
- Záškoláctví.

- Kriminality, delikvence, vandalismu aj. forem násilného chování.
- Ohrožení mravnosti a ohrožování mravní výchovy mládeže.
- Xenofobie, rasismu, intolerance a antisemitismu.
- Užívání návykových látek (vč. opomíjeného alkoholu a kouření), anabolik, medikamentů a dalších látek.
- Netolismu (virtuálních drog) a patologického hráčství (gambling).
- Diváckého násilí.
- Komerčního sexuálního zneužívání dětí.
- Syndromu týraných a zneužívaných dětí.
- Sekt a sociálně patologických náboženských hnutí.

**Sekundární prevence** se zaměřuje na ohrožené skupiny obyvatelstva, netýká se už všech. Cílem sekundární prevence je vrátit jedince do původního stavu a systematicky ho kontrolovat kvůli riziku opětovného selhání. Realizace sekundární prevence patří do působnosti psychologických, zdravotnických, sociálních a edukačních institucí.

**Terciární prevence** představuje činnost zaměřenou na přecházení recidiv nežádoucího jednání. Terciární prevence je součástí dlouhodobého resocializačního procesu a uskutečňuje se na profesionální úrovni prostřednictvím odborných pracovníků resocializačních zařízení (Emmerová, 2007).

### 2.5.2 Programy prevence

Dle Marádové (2006) musí být preventivní výchovně vzdělávací působení neoddělitelnou součástí výuky a života škol a školských zařízení. Školní preventivní programy by měly být zaměřeny do těchto významných oblastí:

- Podpora zdravého životního stylu (převzetí zodpovědnosti za zdraví své i ostatních).
- Zvyšování sociálních kompetencí dospívajících (rozvíjet sociální dovednosti za své chování i v náročnějších situacích).

- Posilování komunikačních dovedností (zvyšovat schopnost mladých lidí řešit, případně se vyrovnávat s problémy a konflikty, umět požádat jasně a vhodně o pomoc, adekvátně reagovat na nejrůznější podněty, na kritiku apod.).
- Odstraňování nedostatků v psychické regulaci chování (zvyšovat schopnost dětí efektivně ovládat své emoce, umět reagovat na stres a účinně se bránit všem formám sebedestrukce).
- Vytváření pozitivního sociálního klimatu (nabídnout důvěryhodné a bezpečné prostředí, které bude rozvíjet a zvyšovat sebevědomí mladých lidí a posilovat jejich schopnost umět se vyrovnat s neúspěchem).
- Napomáhat mládeži formovat postoje vztahující se k významu společensky obecně akceptovatelných hodnot (budování úcty k zákonu, posilování právního vědomí, zdravé postoje ke konvencím).

### 2.5.3 Léčba závislosti

„Evropa měla svůj první protialkoholní ústav v německém Düsseldorfu, který byl zřízen roku 1850. Zpočátku většina těchto ústavů byla výdělečná. Na vedení se podíleli lékaři a také duchovní“ (Skála, 1957).

Skála (1957) dále uvádí, že jako jeden z prvních upozorňoval na problém alkoholismu švýcarský psychiatr, profesor A. Forel. Přesvědčoval o nutnosti protialkoholní léčby a vytyčil tyto zásady:

- Alkoholismus lze odstranit jen úplnou a trvalou abstinencí postiženého. Alkoholik se nikdy nemůže stát střídmým pijákem.
- Léčení alkoholismu může záležet jen na působení na duši postiženého (rozuměj v psychoterapii).
- Jen ten, kdo je sám abstinentem, může vést alkoholika k abstinenci.

Odvykací léčba prošla dlouhým vývojem. Velkou pomocí bylo zavedení apomorfínové kúry na podkladě Pavlova učení o podmíněných reflexech, o jejichž první použití se zasloužil náš tehdejší lékař Svítek - Spitzer. Také se kdysi využívala metoda

zvaná Schreiberova nebo také Berzeliusova, jež spočívala v uzavření nemocného do jedné místnosti bez přísunu jídla či pití a byl mu podáván pouze alkohol.

„Dříve se dělila klasická léčba alkoholismu na medikamentózní léčbu a psychoterapii. Později, roku 1964 podle Stojiljkoviče byla dělena na psychoterapii, socioterapii a medikamentózní léčbu. Kontáš ji dělí na detoxikační, averzivní, psychoterapii a rehabilitaci“ (Skála, 1957).

Polách (2015) uvádí, že léčba může probíhat **ambulantně**, tedy za kontrol v psychiatrické ambulanci, nebo **ústavně**, tedy za hospitalizace.

**Ambulantní léčba** znamená docházení do psychiatrické ambulance. Buď se může jednat o psychiatra pro dospělé, nebo o psychiatra specializujícího se vyloženě na léčbu závislostí v tzv. AT (alkohol a jiné toxikomanie) ambulanci. Frekvence setkávání je většinou několikrát do měsíce dle stavu pacienta. Součástí kontrol bývají odběry krve pro zjištění, zda dotyčný abstinuje. Psychiatr může předepisovat léky pro boj se závislostí. Léky však představují pouze doplňkovou možnost léčby a samy o sobě člověka ze závislosti „nevytáhnou“, pokud on sám nebude motivovaný. Mohou však snižovat chuť na alkohol nebo vyvolávat velmi nepříjemné stavy po požití alkoholu. Mezi známé léky patří:

- **Antabus** (účinná látka disulfiram) je asi nejznámějším lékem. Antabus je předepisován psychiatrem a užívá se většinou dvakrát týdně – tableta se rozpustí ve sklenici vody. Antabus zasahuje po dobu užívání do metabolismu takovým způsobem, že následné užití alkoholu vyvolává výraznou nevolnost a zvracení. Tím se snažíme dotyčného odradit od pití. Užívání Antabusu si dotyčný zapisuje do deníku, který podepisuje jeho rodina. Deník pak alkoholik ukazuje lékaři při každé kontrole. Aby tato terapie fungovala, je tedy nutné, aby dotyčný užíval Antabus pravidelně. Setkali jsme se však i s případy, kdy pacient užíval Antabus, a přesto se mu podařilo negativní reakci přepít. Nejedná se tedy o léčbu se stoprocentním efektem zejména u nemotivovaného pacienta.
- **Campral** (účinná látka acamprosat) je lék, který by měl snižovat chuť na alkohol (tedy tzv. craving). Jedná se opět o podpůrnou léčbu. Campral se užívá 3x denně (celkem až 6 tablet za den), kdy doporučená délka léčby je jeden rok.

- **Revia** (účinná látka naltrexon) má opět snižovat chuť na alkohol a má snižovat příjemné prožitky po jeho bezprostředním použití – alkohol tedy nebude tolik lákavý. Je nutné, aby člověk užívající naltrexon současně neužíval opiáty, např. proti bolesti.
- **Selincro** (účinná látka nalmefen) je nejnovějším lékem a funguje na podobném principu jako naltrexon. Studie prokázaly, že jedna tableta Selincra denně snižuje v průměru množství vypitého alkoholu o dvě třetiny.

Psychiatr může pracovat s dotyčným i psychoterapeuticky (slovem), má-li k tomu výcvik a hlavně čas. Výhodou ambulantní léčby je, že dotyčný může i nadále pracovat, není tedy nutné vystavovat pracovní neschopnost. Ambulantní léčba je určena pro motivované pacienty, kteří vydrží nepít bez dohledu.

Pokud alkoholik ambulantní léčbu nezvládá, je mu doporučena **léčba ústavní**, tedy za hospitalizace. Ta je dobrovolná a většinou v délce tří měsíců. Hovoříme o tzv. **ústavní protialkoholní léčbě (ÚPAL)**. Většinou probíhá v psychiatrických nemocnicích na specializovaném oddělení. Zpočátku, i když je dotyčný hospitalizován dobrovolně, bývají omezeny vycházky do areálu. Ústavní léčba je poměrně přísná. Od pacientů se vyžaduje plnění předepsaného programu, podřízení se režimu. Chování se často hodnotí barevnými body. Po nasbírání určitého počtu černých bodů se léčba ukončuje, protože dotyčný není s to dodržet režim. Každé psychiatrické oddělení má však svoji metodiku. Jestliže je zjištěno, že pacient je pod vlivem alkoholu, léčba se okamžitě ukončuje. Součástí léčby je tedy kromě dodržování režimu a abstinence i skupinová psychoterapie a případně psychiatrická léčba za pomoci léků. K té však přikročíme například kvůli současné depresi nebo úzkostem. Dále je možné využít pomoci sociální pracovnice při jednání s úřadem práce, zaměstnavatelem nebo při jednání ohledně splátkového kalendáře, má-li dotyčný dluhy (Polách, 2015).

K **ústavní léčbě** můžeme zařadit také detoxikační pobyt a snad i pobyt na protialkoholní záchytné stanici, i když tam se v pravém slova smyslu o léčbu nejedná. Cílem záchytné stanice je postarat se o osoby pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky, které v důsledku tohoto vlivu ohrožují sebe nebo své okolí. Jedná se o zvládnutí akutní intoxikace, tedy o detoxikaci. Pokud je hladina alkoholu nižší než 1 promile, většinou je dotyčný odmítán, protože se nejedná o významnou intoxikaci. Pokud je

hladina vyšší než cca 3 – 4 promile, většinou je odmítán a transportován do nemocnice. Záchytná stanice totiž nebývá dostatečně vybavena na zvládnání hluboké opilosti a případných komplikací s ní souvisejících. Z přístrojů je většinou přítomen pouze tlakoměr, popř. glukometr na měření obsahu cukru v krvi (důležité u opilých diabetiků). Záchytná stanice funguje nepřetržitě 24 hodin denně a stejně tak nepřetržitá je i přítomnost lékaře. Posláním záchytné stanice je tedy ochránit intoxikovaného před tím, aby ohrozil sebe nebo své okolí. Velmi často představuje „záchytka“ první kontakt alkoholika s ústavní léčbou. Často zde končí lidé, kteří bojují se sebevražednými myšlenkami zvýrazněnými alkoholem. Ti jsou na záchytnou stanici mnohdy odesláni po chirurgickém ošetření řezných ran na ruku. Pokud se objevily v průběhu opilosti sebevražedné sklony nebo jiné projevy duševní poruchy, je dotyčný po vystřízlivění přešetřen psychiatrem, který zváží celkovou situaci pacienta a navrhne mu případně **ústavní léčbu**. Tu je možné zařídit v některých přísně určených případech i proti vůli klienta – například trvá-li riziko realizace sebevraždy. Ze záchytné stanice je pak převezen do psychiatrického zařízení, kde je zahájena léčba (Polách, 2015).

Možnost dobrovolné léčby pro pacienty představují **terapeutické komunity**. Na rozdíl od ústavních protialkoholních léčeb je komunitní léčba realizovaná mimo nemocnice a léčebny, i když s nimi může spolupracovat. Komunita představuje komplexní léčebný přístup. Klienti zde nejsou v roli pacientů, ale jsou jim dány určité kompetence a sami se podílejí na chodu komunity. Tím dochází k posílení jejich sociálních dovedností, sebedůvěry a schopností. Je tedy kladen velký důraz na režim. Součástí léčby je dále skupinová a individuální psychoterapie, je přítomen psychiatr, sociální pracovník. Mezi podmínky přijetí do komunity patří kromě proběhlého detoxikačního pobytu v délce 10 – 14 dnů i platné zdravotní pojištění, potvrzení o evidenci na Úřadu práce, vyplnění dotazníku a životopisu. Pobyt v komunitě je částečně hrazen ze zdravotního pojištění, částečně si klient hradí sám – na ubytování a stravu přispívá většinou několika tisíci korunami měsíčně. V některých komunitách je léčba plně hrazena zdravotní pojišťovnou. Doba pobytu se počítá na měsíce, většinou trvá půl až jeden rok. Komunitní léčba tedy vyžaduje velkou motivaci od klienta. Na druhé straně mu to vrací velkou šanci na vyléčení (Polách, 2015).

Další útočiště pro léčbu závislosti na alkoholu motivovaným mužům a ženám nabízejí **anonymní alkoholici**, také díky svému bezpečnému a dobrovolnému prostředí.

Nejsou napojeni na žádné zdravotnické zařízení, ani na stát, nejedná se ani o sektu ani o církve. Skupina vzniká už tehdy, sejdou-li se dva nebo tři alkoholici za účelem zůstat střízliví. Cílem setkávání je vzájemná podpora a pomoc. V rámci anonymních alkoholiků neexistuje tzv. Dvanáct kroků a dvanáct tradic, které představují zásady a způsoby chování. Nezbytnou součástí je prostředí důvěry, pomoci, sdílení zkušeností a naprostá anonymita navenek. Organizují se otevřená i uzavřená setkání. Otevřená setkání jsou určena pro kohokoliv, kdo se chce seznámit s chodem anonymních alkoholiků. Uzavřená setkání je určeno jen pro členy, kteří mají problém s alkoholem a mají touhu přestat pít (Polách, 2015).

Novinkou posledních let jsou **rekondiční pobyty**. Po uplynutí tří měsíců po úspěšném ukončení léčby má pacient možnost (v případě, že se mu daří abstinovat), nastoupit na dvoutýdenní rekondiční pobyt, na kterém si oživí důležité vědomosti a odpočine od shonu každodenního života.

Ale ani poctivé doléčování neznamena jistotu úspěchu, protože nikdo z nás neví, jaké zkoušky nám život připraví a zda budeme dost silní, abychom se s nimi poprali. Úspěšná léčba, trvalý kontakt s léčebnou a z něho vyplývající pokora ovšem znamená šanci. Možnost vést plnohodnotný život, který nebude ve znamení toho, co kvůli své závislosti ztrácím, ale co díky poznání sebe sama získávám.

#### **2.5.4 Pohybová aktivita jako lék**

Pohybová aktivita, zdraví a kvalita života jsou úzce spojeny. Lidské tělo je stvořené k pohybu a proto k optimálnímu fungování a zamezení nemocí potřebuje pravidelnou pohybovou aktivitu. Bylo prokázáno, že sedavý životní styl je rizikovým faktorem pro rozvoj mnoha chronických nemocí, včetně kardiovaskulárních chorob, které jsou hlavní příčinou smrti v západním světě. Aktivní způsob života kromě toho poskytuje mnohé další sociální a psychologické přínosy, navíc existuje přímá spojitost mezi pohybovou aktivitou a průměrnou délkou života, proto pohybově aktivní lidé obvykle žijí déle než neaktivní. Sedaví lidé, kteří začali vést pohybově aktivnější život, udávají, že se cítí lépe z pohybového i duševního hlediska a těší se vyšší kvalitě života.

V lidském těle dochází v důsledku pravidelné pohybové aktivity k morfologickým a funkčním změnám, které mohou zabránit vzniku určitých nemocí nebo je oddálit a zlepšit naši výkonnost při tělesné námaze. V současnosti existuje dostatek důkazů, které



svědčí o tom, že pohybově aktivní život může lidem poskytnout mnohé zdravotní přínosy, včetně:

- Snížení rizika kardiovaskulárních chorob.
- Prevence nebo oddálení vzniku arteriální hypertenze a zlepšení regulace arteriálního krevního tlaku u osob trpících vysokým krevním tlakem.
- Dobré výkonnosti kardiopulmonálních funkcí.
- Stabilní úrovně metabolických funkcí a nízkého výskytu cukrovky druhého typu.
- Zvýšeného využívání tuků, které může napomáhat udržování tělesné hmotnosti a tím snížení rizika obezity.
- Sníženého rizika určitých typů rakoviny, například rakoviny prsu, prostaty a tlustého střeva.
- Zvýšení mineralizace kostí v mládí, které přispívá k prevenci osteoporózy a zlomenin ve starším věku.
- Zlepšení zažívání a regulace střevního rytmu.
- Udržování a zlepšování svalové síly a vytrvalosti a následně zvýšení funkční výkonnosti při provádění činností každodenního života.
- Udržování motorických funkcí včetně síly a rovnováhy.
- Udržování kognitivních funkcí a snížení rizika depresí a demence.
- Nižší úrovně stresu a s tím spojeného zlepšení kvality spánku.
- Zlepšení sebehodnocení a sebeúcty a zvýšení elánu a optimismu.
- Snížení absence v práci (pracovní neschopnosti ze zdravotních důvodů).
- Nižšího rizika pádů u dospělých velmi vysokého věku a prevence nebo oddálení chronických nemocí spojených se stárnutím.

Je třeba si uvědomit, že nadměrné požívání alkoholu je spojeno s více než šedesáti chorobami, stejně jako zvýšená náchylnost k násilí a kriminalitě. Vzhledem k tomu, že nadměrná konzumace alkoholu vyvolává negativní dopad na širší blaho komunity, sportovní kluby významně přispívají ke zdraví a blahobytu komunity tím, že poskytují příležitosti pro fyzickou aktivitu, sociální interakci a schopnost přispívat komunitě

prostřednictvím dobrovolnictví. Sportovní kluby tvrdí, že přispívají pozitivně k blahobytu komunity, je jednou z jejich základních povinností (Bosco et al., 2014, 211).

Pohybová aktivita také významnou měrou přispívá a je podstatnou součástí léčby některých onemocnění. Jedná se především o hypertenzní chorobu, ischemickou chorobu srdeční, obezitu, diabetes mellitus, poruchy hybného systému, osteoporózu a další. V těchto případech musí být ale pohybová aktivita přísně individuálně dávkována a užívána velmi obezřetně a opatrně s ohledem na základní onemocnění. Zahájení participace na pohybové aktivitě v těchto případech vyžaduje předchozí lékařské vyšetření (Vondruška & Barták, 1999), (Stejskal, (2004).

Největší význam sportování je přičítán pozitivním zdravotním důsledkům a naplnění principu všestrannosti socializačního procesu v mládí. Silně pocíťovaný princip zdravotní prospěšnosti a udržování tělesné kondice vcelku koresponduje s obecně vysokým kreditem hodnoty zdraví ve všech věkových skupinách naší populace. V současnosti narůstá význam sportu i v rovině socializace a to zejména v souvislosti s chápáním sportování jako smysluplné náplně volného času a to i za práh navazování a upevňování život obohacujících sociálních vazeb. Ukazuje se však, že pokud se nepodaří vytvořit pevnější vztah ke zdravému pohybu a sportu již v žákovském věku, tvoří se motivační zdroje v tomto ohledu později mnohem obtížněji. Naše výzkumné závěry konce devadesátých let ale opakovaně upozornily, že zapojení do všech forem sportovních aktivit v naší společnosti s věkem klesá a že ve volném čase sportuje stále méně dětí (Formánková, 1998, 38-44).

### **3 CÍLE**

Cílem diplomové práce je na základě šetření za pomoci dotazníku zjistit úroveň konzumace alkoholu u hráčů fotbalu odlišných výkonností, jak v kategorii dospělých, tak i mládeže a tyto výsledky vzájemně porovnat.

#### **3.1 Dílčí cíle**

1. Zjistit množství konzumovaného alkoholu u mládeže.
2. Zjistit množství konzumovaného alkoholu u dospělých.
3. Porovnat množství konzumovaného alkoholu mezi mužstvy mládeže.
4. Porovnat množství konzumovaného alkoholu mezi mužstvy dospělých.
5. Porovnat množství konzumovaného alkoholu s objemem prováděné pohybové aktivity u mužstev mládeže.
6. Porovnat množství konzumovaného alkoholu s objemem prováděné pohybové aktivity u mužstev dospělých.

#### **3.2 Výzkumné otázky**

1. Jaké množství alkoholu konzumují hráči mládežnických mužstev?
2. Jaké množství alkoholu konzumují dospělí hráči?
3. Existují rozdíly v množství konzumovaného alkoholu u mužstev mládeže?
4. Existují rozdíly v množství konzumovaného alkoholu u mužstev dospělých?
5. Existují rozdíly mezi množstvím konzumovaného alkoholu a objemem prováděné pohybové aktivity u mužstev mládeže?
6. Existují rozdíly mezi množstvím konzumovaného alkoholu a objemem prováděné pohybové aktivity u mužstev dospělých?

#### **3.3 Organizace výzkumu**

Zkoumanou skupinou byli fotbaloví hráči mládeže a dospělých. Diagnostika respondentů probíhala v měsících únor a březen 2017. Šetření probíhalo anonymně formou vyplnění dotazníku Losiaka (Čech, 2001) vždy se souhlasem trenérů a vedoucích mužstev a před samotným mistrovským utkáním daného týmu.

## **4 METODIKA**

### **4.1 Diagnostické metody**

#### **4.1.1 Metoda diagnostiky konzumace alkoholu**

Pro diagnostiku konzumace alkoholu byl použit dotazník Losiaka (Čech, 2001) sledující množství zkonsumovaného alkoholu. Dotazník byl vybrán pro svoji jednoduchost, srozumitelnost a časovou nenáročnost.

Respondenti v něm retrospektivně zaznamenávají na jednoduché škále množství zkonsumovaných sklenic alkoholu v jednotlivých dnech uplynulého týdne a tzv. průměrného týdne. Jedna sklenice alkoholu je definována jako 0,5 l piva, 2 dcl vína a 0,5 dcl tvrdého alkoholu.

Respondenti v dotazníku dále zaznamenávají první asociaci, která je napadne při vyslovení: Alkohol je..., respektive opilost je... (Příloha 1).

#### **4.1.2 Metoda diagnostiky množství prováděné pohybové aktivity**

Při diagnostice množství vykonávané pohybové aktivity byla zvolena modifikace výše popsaného Losiakova testu množství konzumovaného alkoholu. Respondenti v něm zaznamenávají množství času věnovaný pohybové aktivitě v jednotlivých dnech uplynulého týdne a následně do tzv. průměrného týdne.

Pro alespoň částečné zachycení preferencí sportovních aktivit, zaznamenávají respondenti do dotazníku druhy nejčastěji prováděných sportovních aktivit v letním a zimním období (Příloha 2).

### **4.2 Popis zkoumané populace**

K výzkumnému šetření byli vybráni hráči fotbalu a to vždy po dvou týmech mládeže a dvou týmech dospělých. Týmy byly vybrány tak, aby reprezentovali jinou výkonnostní kategorii. U mládeže se do výzkumu zapojily týmy staršího dorostu z 2. ligy a 1. třídy Krajského přeboru ve věkovém rozmezí 17-18 let. Dospělou kategorií reprezentovaly fotbalové tým z Divize „D“ a 1. B třídy ve věkovém rozmezí 19-35 let. Z každého týmu se dotazníkového šetření zúčastnilo 18 respondentů. Pro přehlednost níže uvádím rozdělení zkoumaného souboru (Tabulka 2).

Tabulka 2. Zkoumaný soubor

Kategorie	Počet respondentů	Věkové rozmezí	Typ výběru
1. třída KP "U19"	18	17 - 18	Skupinový záměrný
MSFL "U19"	18	17 - 18	Skupinový záměrný
1. B třída KP	18	19 - 35	Skupinový záměrný
Divize "D"	18	19 - 33	Skupinový záměrný

Všichni výše zmiňovaní respondenti jsou amatéři a sport je pro ně forma zábavy, zpestření volného času a odpočinku. Ale i přes amatérský status, část z respondentů trénovala či trénuje jako profesionálové, tedy každý den a v přípravných obdobích často i dvoufázově.

Profesionální status sportovní přípravy se týká hlavně mužstva staršího dorostu hrající 2. ligu, jehož hráči se zúčastňují tréninkových jednotek každý den. Téměř profesionálně se sportovní přípravě věnují i muži působící v Divizi „D“. Tréninkových jednotek se hráči zúčastňují 4x týdně.

Druhou část zkoumaného souboru pak tvoří hráči regionálního týmu z 1. B třídy Krajského přeboru, kde se, a to jak hráči mládeže, tak muži, zúčastňují sportovní přípravy 2-3x týdně.

Důvodem, proč byl vybrán výzkumný soubor z hráčů fotbalu, je ten, že jsem dlouhá léta působil jako aktivní fotbalový hráč a v současné době jako trenér mládeže a klubový funkcionář.

### 4.3 Metoda vyhodnocení a interpretace dat

1. Pro získání odpovědí na výzkumné otázky č. 1 a 2, budou uvedeny základní popisné charakteristiky (aritmetický průměr, rozptyl, rozložení četnosti – histogram) týkající se množství konzumovaného alkoholu.
2. Pro získání odpovědí na výzkumné otázky č. 3 a 4, Mann-Whitneyův U test. Formulace statistické hypotézy.  $H_0$ : neexistuje statisticky významný rozdíl mezi skupinami jednotlivých kategorií na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .  $H_1$ : existuje statisticky významný rozdíl mezi skupinami jednotlivých kategorií na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .
3. Pro získání odpovědí na výzkumné otázky č. 5 a 6, vypočteme Spearmanův koeficient pořadové korelace. Ověřovat budeme pouze věcnou významnost

podle Chrásky (1993), který uvádí jako prakticky použitelnou závislost minimálně  $r = /40/$ .

Tabulka 3. Interpretace velikosti korelačního koeficientu dle Chrásky (1993)

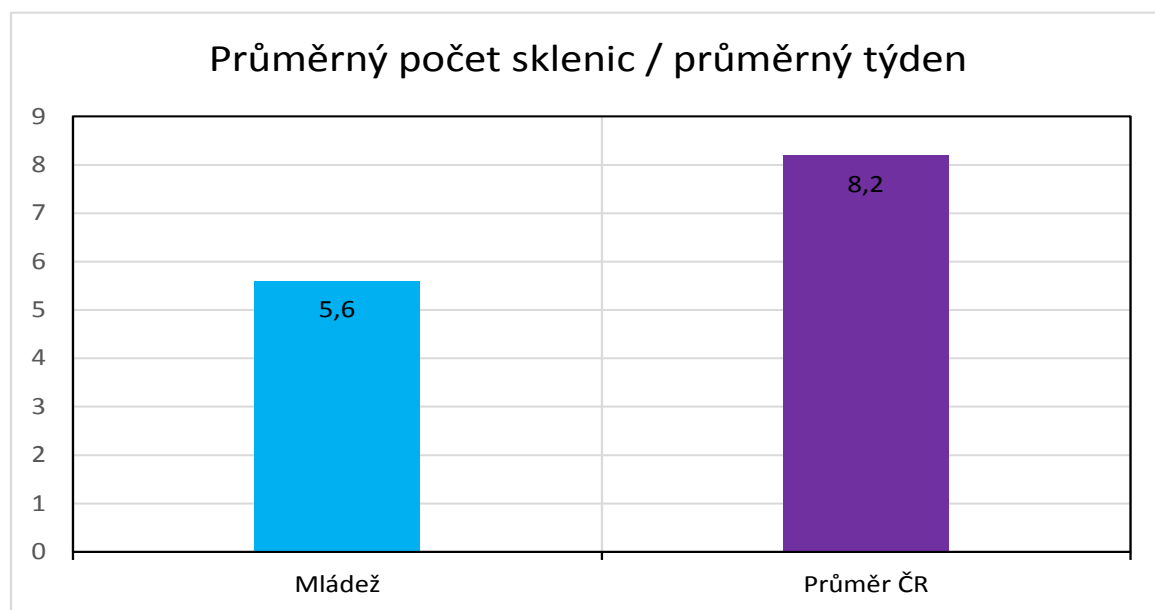
<b>Koeficient korelace</b>	<b>Interpretace</b>
1	naprostá (funkční) závislost
1 - 0,9	velmi vysoká závislost
0,89 - 0,7	vysoká závislost
0,69 - 0,4	střední závislost
0,39 - 0,2	nízká závislost
0,19 - 0	nepoužitelná závislost

Veškeré výpočty a zpracování dat byly provedeny v programech MS Excel a Statistica 6.0.

## 5 VÝSLEDKY A DISKUSE

### 5.1 Množství konzumovaného alkoholu u mládežnických mužstev

Pro získání odpovědi na výzkumnou otázku č. 1 uvádím základní popisné charakteristiky souboru (aritmetický průměr, rozptyl, rozložení četnosti – histogram) týkající se množství zkonsumovaného alkoholu. Tyto popisné charakteristiky jsou uvedeny pro kategorii mládeže.

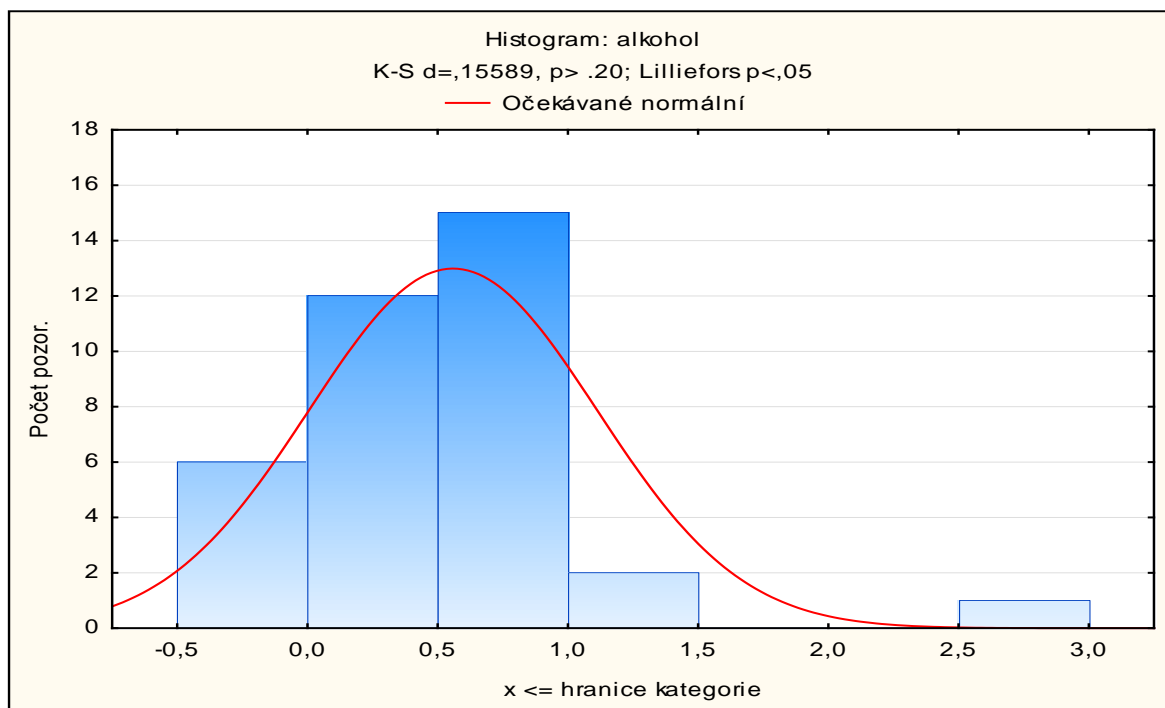


Vysvětlivky:

Jednotlivé sloupce jsou barevně rozlišeny a představují průměrnou hodnotu zkoumaných týmů mládeže a průměrnou hodnotu v České republice (dále jen ČR) dle Českého statistického úřadu (dále jen ČSÚ).

Čísla uvedená v horní části obou sloupců vyjadřují průměrné množství sklenic alkoholu v průměrném týdnu na osobu.

Obrázek 2. Počet konzumovaných sklenic alkoholu v průměrném týdnu na osobu - mládež



Vysvětlivky:

Svislá osa vyznačuje počet respondentů, vodorovná pak interval počtu konzumovaných sklenic alkoholu v průměrném týdnu.

Červenou křivkou je označeno očekávané normální rozložení četnosti populace, ze které sledovaná subpopulace vychází.

Obrázek 3. Histogram četnosti (počet sklenic konzumovaného alkoholu v průměrném týdnu) – mládež

Tabulka 4. Základní popisné charakteristiky sledovaného souboru

Proměnná	Počet probandů (n)	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min	Max	Směrodatná odchylka
Počet sklenic alkoholu v průměrném týdnu - mládež	36	5,62	5,00	0,00	6,00	0,00	3,00	5,53

Vysvětlivky:

Min – minimum

Max – maximum



### 5.1.1 Diskuse k dílčímu cíli a výzkumné otázce č. 1

Z šetření vyplývá, že průměrná hodnota spotřeby obou mládežnických týmů činí 5,6 sklenice alkoholu na osobu v týdnu. Jak již bylo uvedeno, jedna standardní sklenice alkoholu odpovídá 0,5 l piva, 2 dcl vína a 0,5 dcl tvrdého alkoholu. Pro porovnání množství konzumace alkoholu mládežnických týmů s průměrnými celorepublikovými hodnotami připadající na jednu osobu, je nutný přepočet gramů čistého alkoholu na standardní sklenici alkoholu a to podle vzorce:

$$0,8 \text{ (hustota ethanolu)} \times \text{obsah sklenice (ml)} \times \text{koncentrace alkoholu (\% obj.)} / 100$$

Tabulka 5. Koncentrace alkoholu ve standardizovaných sklenicích

Standardní sklenice piva	0,5 l	Koncentrace alkoholu 5 % = 20 g
Standardní sklenice vína	2 dcl	Koncentrace alkoholu 12 % = 9,2 g
Standardní sklenice destilátu	0,5 dcl	Koncentrace alkoholu 40 % = 16 g
Průměrná sklenice alkoholu		18,4 g = 0,023 l čistého alkoholu

Tento přepočet je nutný z důvodů uvádění statistických údajů (ČSÚ) v hodnotách gramu nebo litru čistého alkoholu. Češi patří dlouhodobě k největším světovým konzumentům alkoholu. Nejvíce věrni zůstávají svému oblíbenému pivu, pijí také ale stále více vína a tvrdého alkoholu (destilátů).

Problémem Česka je to, že je zde alkohol extrémně dostupný, a to i mládeži, navíc levně. Toto tvrzení podporuje Světová zdravotnická organizace (WHO), dle které, významnou roli hraje cenotvorba – alkoholické nápoje v ČR jsou levné, levnější než voda především v restauracích, kde se jich konzumuje přibližně polovina.

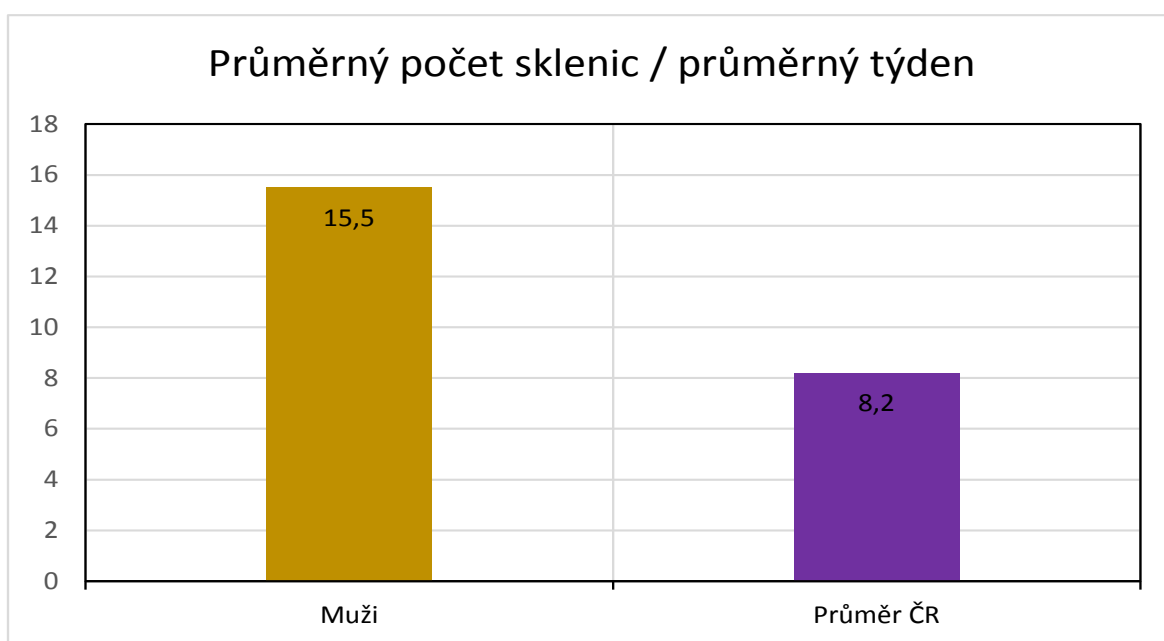
Z údajů ČSÚ za rok 2015 vyplývá, že spotřeba čistého alkoholu na osobu na rok činila 9,8 l. Jedná se o kombinaci spotřeby piva, vína a tvrdého alkoholu (destilátů). Po přepočtu na průměrné sklenice získáme hodnotu množství konzumovaného alkoholu v ČR, což je 8,2 sklenice alkoholu na osobu za týden.

Z našeho šetření plyne, že v průměru bylo mládežnickým fotbalovým týmům naměřeno 5,6 sklenice alkoholu na osobu týdně. Z uvedených údajů lze říci, že hráči obou týmů zkonzumují v týdnu 68 % alkoholu z celkového celorepublikového průměru

na osobu. Naměřená hodnota je sice nižší než je celorepublikový průměr, je ale třeba brát v úvahu nízký věk respondentů, což může v budoucnu představovat závažný společenský problém.

## 5.2 Množství konzumovaného alkoholu u mužstev dospělých

Pro získání odpovědi na výzkumnou otázku č. 2 uvádím základní popisné charakteristiky souboru (aritmetický průměr, rozptyl, rozložení četnosti – histogram) týkající se množství zkonsumovaného alkoholu. Tyto popisné charakteristiky jsou uvedeny zvlášť pro kategorii mužů.

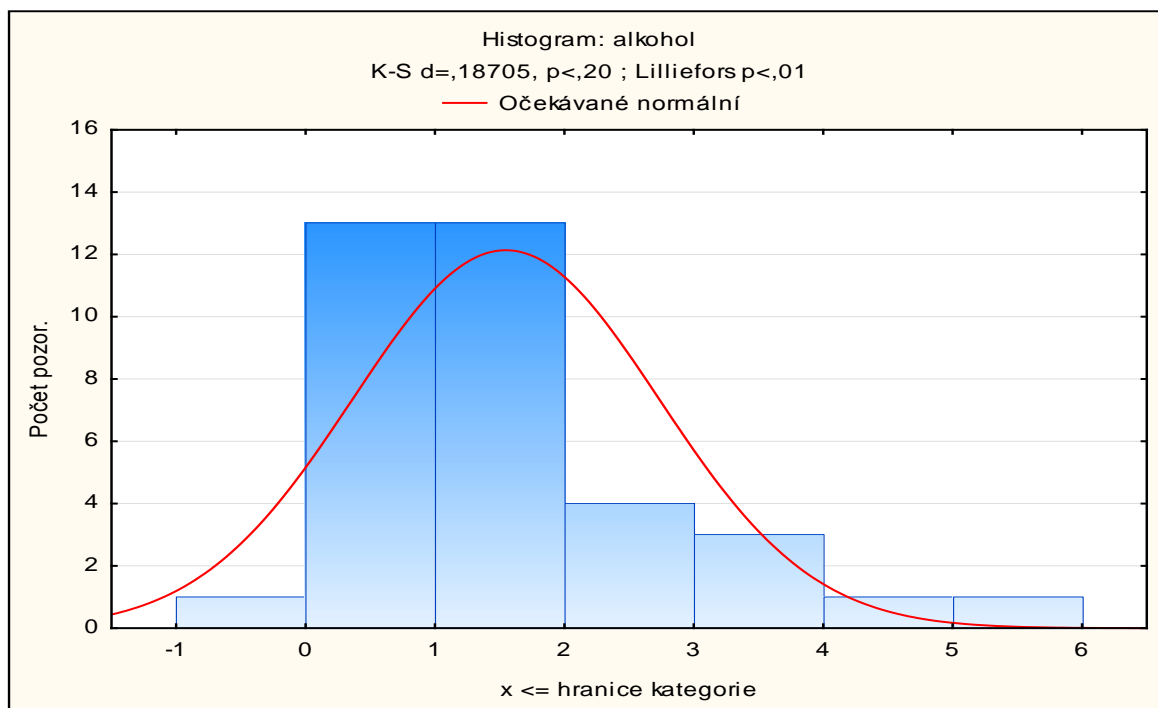


Vysvětlivky:

Jednotlivé sloupce jsou barevně rozlišeny a představují průměrnou hodnotu zkoumaných mužských týmů a průměrnou hodnotu v ČR dle ČSÚ.

Čísla uvedená v horní části obou sloupců vyjadřují průměrné množství sklenic alkoholu v průměrném týdnu na osobu.

Obrázek 4. Počet konzumovaných sklenic alkoholu v průměrném týdnu na osobu – muži



Vysvětlivky:

Svislá osa vyznačuje počet respondentů, vodorovná pak interval počtu konzumovaných sklenic alkoholu v průměrném týdnu.

Červenou křivkou je označeno očekávané normální rozložení četnosti populace, ze které sledovaná subpopulace vychází.

Obrázek 5. Histogram četnosti (počet sklenic konzumovaného alkoholu v průměrném týdnu) – muži

Tabulka 6. Základní popisné charakteristiky sledovaného souboru

Proměnná	Počet probandů (n)	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min	Max	Směrodatná odchylka
Počet sklenic alkoholu v průměrném týdnu - muži	36	15,48	12,90	Vícenásobný	4,00	0,00	5,14	11,83

Vysvětlivky:

Min – minimum

Max – maximum

### **5.2.1 Diskuze k dílčímu cíli a výzkumné otázce č. 2**

Z našeho šetření vyplývá, že průměrná hodnota konzumace alkoholu u mužských týmů je 15,5 sklenice na osobu týdně. Stejně jako v předchozím šetření u mládeže, tak i v šetření u mužů jedna standardní sklenice alkoholu odpovídá 0,5 l piva, 2 dcl vína a 0,5 dcl tvrdého alkoholu.

Pro porovnání množství konzumace alkoholu mužů s průměrnými celorepublikovými hodnotami připadající na jednu osobu, jsme použili stejný přepočít gramů čistého alkoholu na standardní sklenici alkoholu jako u týmů mládeže.

Při porovnání údajů z ČSÚ za rok 2015 vyplývá, že průměrná spotřeba sklenic alkoholu na osobu v týdnu je u obou mužských týmů vyšší, než je celorepublikový průměr 8,2 sklenice alkoholu na osobu. U týmu z vyšší soutěže (Divize) o 61 % a u týmu z nižší soutěže (1. B třída KP) dokonce až o 117 %. Průměrná hodnota obou mužských týmů činí 89 % nárůst oproti celorepublikovému průměru.

I přesto, že jsou probandi z šetřených týmů mužů sportovci výkonnostní (amatéři), vysoké naměřené hodnoty konzumace sklenic alkoholu na osobu v týdnu, jsou znepokojující a jen potvrzují fakt, že Češi patří dlouhodobě celosvětově k největším konzumentům alkoholu.

Musíme si ale přiznat, že ve sportovním prostředí není přítomnost alkoholu ničím výjimečnou, obzvláště v mužských amatérských soutěžích. Obecně se traduje, že je pivo dobrým iontovým nápojem a i přes své negativní účinky na sportovní výkon si jej hráči rádi dopřejí.

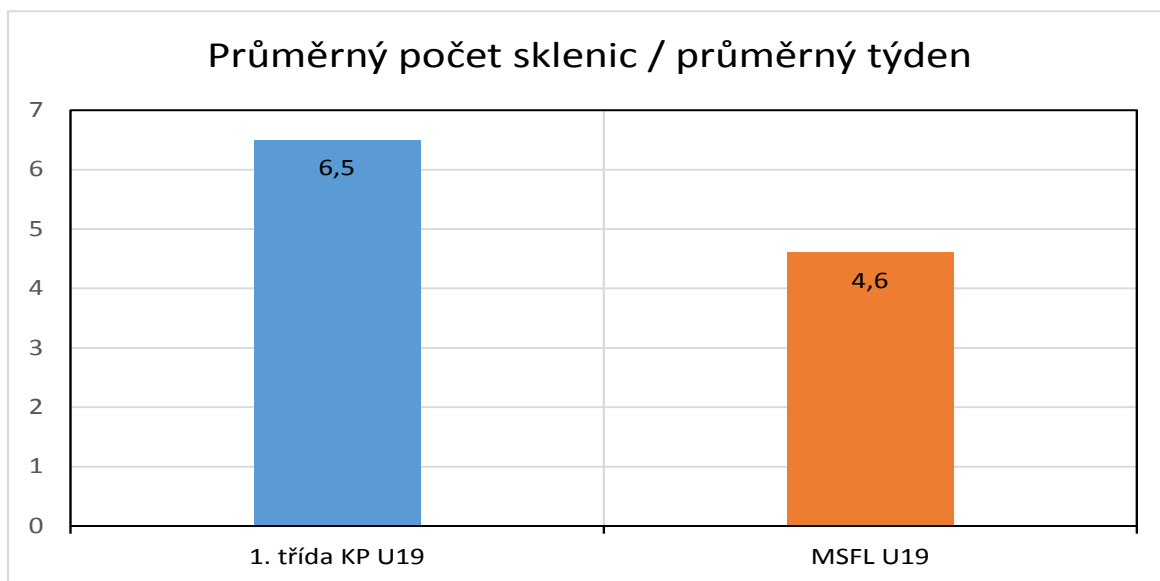
### **5.3 Porovnání množství konzumovaného alkoholu u mládeže**

V této části výzkumu se zaměříme na porovnání konzumace alkoholu mezi jednotlivými týmy mládeže.

Srovnáme množství konzumovaných sklenic alkoholu v týdnu na osobu u mládežnických týmů z různých výkonnostních soutěží.

Pro přehlednost v následující části práce také uvádím grafické znázornění statistickou charakteristiku zkoumaného vzorku k dané problematice.

K podrobnému porovnání byly také použity výsledky z neparametrického Mann-Whitney U testu, na základě kterých potvrdíme nebo vyvrátíme hypotézy H0 a H1.



Vysvětlivky:

Jednotlivé sloupce jsou barevně rozlišeny a představují zkoumané mládežnické výkonnostní kategorie.

Čísla uvedená v horní části obou sloupců vyjadřují průměrné množství sklenic alkoholu v průměrném týdnu na osobu.

Obrázek 6. Počet konzumovaných sklenic alkoholu v průměrném týdnu mezi jednotlivými mužstvy mládeže na osobu

Tabulka 7. Mann-Whitney U test - porovnání konzumace alkoholu mezi týmy mládeže

Proměnná	Součet 1. třída KP	Součet MSFL	U	Z	Úroveň p	N platných 1. třída KP	N platných MSFL
Počet sklenic alkoholu v průměrném týdnu	387	279	108	1,69	0,09	18	18

Vysvětlivky:

Výpočet byl proveden na 5 % hladině významnosti.

Na základě provedeného výpočtu můžeme konstatovat, že v porovnání jednotlivých kategorií se na uvedené hladině významnosti nepodařilo prokázat statisticky významný rozdíl.

### 5.3.1 Diskuze k dílčímu cíli a výzkumné otázce č. 3

Cílem výzkumné otázky č. 3 bylo zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v konzumaci sklenic alkoholu v průměrném týdnu na osobu mezi jednotlivými mládežnickými týmy.

Z provedeného šetření vyplývá, že průměrná spotřeba alkoholu u hráčů z nižší soutěže (1. třída KP) je 6,5 sklenice alkoholu na osobu týdně, což představuje o 41 % spotřebovaného alkoholu více, než je naměřená hodnota u hráčů z vyšší soutěže (MSFL) odpovídající hodnotě 4,6 sklenice na osobu.

Z šetření je dále zřejmé, že hráči z nižší soutěže, konzumují v průměru více sklenic alkoholu týdně a to o 1,9 sklenice na osobu, než hráči ze soutěže vyšší.

Byla tedy potvrzena hypotéza  $H_0$  (neexistuje statisticky významný rozdíl mezi jednotlivými mládežnickými týmy na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ ) a zároveň vyloučena hypotéza  $H_1$ , která je opakem hypotézy  $H_0$ .

Při porovnání s průměrnými hodnotami spotřeby alkoholu v ČR dle ČSÚ zjistíme, že se oba mládežnické týmy nacházejí pod celorepublikovým průměrem spotřeby alkoholu na osobu týdně, který činí 8,2 sklenice alkoholu.

I přesto, že se jedná většinou o probandy plnoleté, je třeba mít stále na mysli, že mladí Češi zaujímají ve zkušenosti s alkoholem celosvětově přední místa a tento neblahý fakt z nás činí národ náctiletých pijanů.

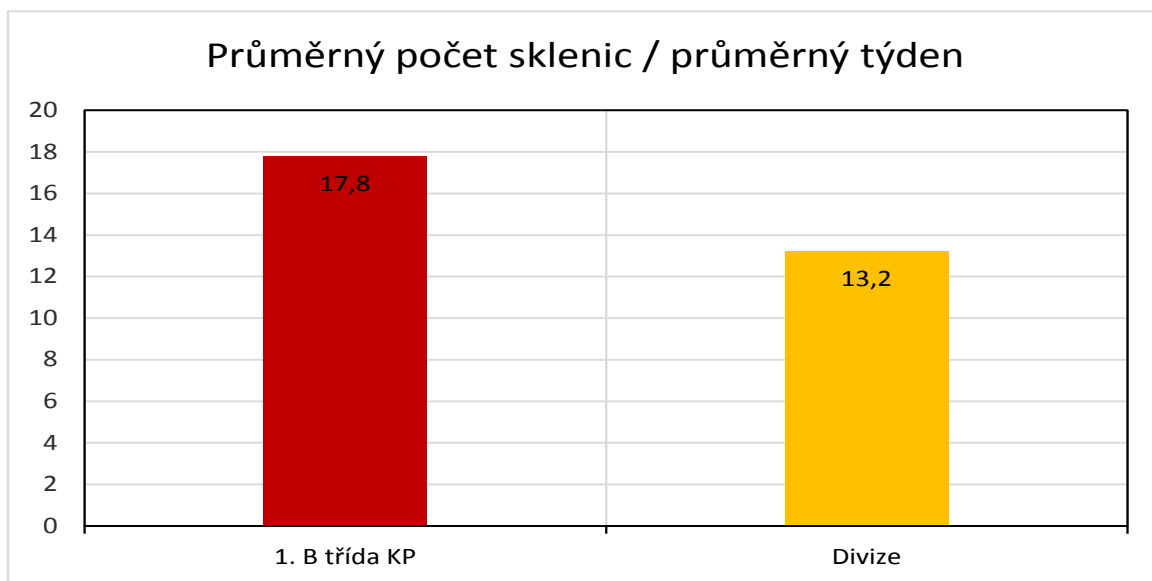
### 5.4 Porovnání množství konzumace alkoholu u dospělých

Stejně jako v předchozí části výzkumu, tak se i v této zaměříme na porovnání množství konzumace alkoholu mezi jednotlivými týmy, tentokrát mezi týmy mužů.

I zde srovnáme množství konzumovaných sklenic alkoholu v průměrném týdnu mezi týmy z jiných výkonnostních soutěží.

Pro přehlednost v další části práce uvedeme k dané problematice statistickou charakteristiku zkoumaného vzorku a grafické znázornění.

K podrobnějšímu porovnání jsem použil výsledky z neparametrického Mann-Whitney U testu, na základě kterých opět potvrdíme nebo vyvrátíme hypotézy  $H_0$  a  $H_1$ .



Vysvětlivky:

Jednotlivé sloupce jsou barevně rozlišeny a představují zkoumané mužské výkonnostní kategorie.

Čísla uvedená v horní části obou sloupců vyjadřují průměrné množství sklenic alkoholu v průměrném týdnu na osobu.

Obrázek 7. Počet konzumovaných sklenic alkoholu v průměrném týdnu mezi jednotlivými mužstvy mužů na osobu

Tabulka 8. Mann-Whitney U test - porovnání konzumace alkoholu mezi týmy mužů

Proměnná	Součet Divize	Součet 1.B třída KP	U	Z	Úroveň p	N platných Divize	N platných 1.B třída KP
Počet sklenic alkoholu v průměrném týdnu	294	372	123	-1,22	0,22	18	18

Vysvětlivky:

Výpočet byl proveden na 5 % hladině významnosti.

Na základě provedeného výpočtu můžeme konstatovat, že v porovnání jednotlivých kategorií se na uvedené hladině významnosti nepodařilo prokázat statisticky významný rozdíl.

#### **5.4.1 Diskuze k dílčímu cíli a výzkumné otázce č. 4**

U výzkumné otázky č. 4 bylo cílem zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v konzumaci sklenic alkoholu v průměrném týdnu na osobu mezi jednotlivými týmy mužů. Z šetření vyplynulo, že průměrná spotřeba alkoholu u týmu mužů z nižší soutěže (1. B třída KP) je 17,8 sklenice alkoholu na osobu týdně, zatímco u týmu mužů z vyšší soutěže (Divize) byla naměřena hodnota 13,2 sklenice alkoholu na osobu týdně.

Procentuálně vyjádřeno, je spotřeba alkoholu na osobu týdně u hráčů z nižší soutěže o 35 % vyšší než u jejich divizních kolegů a přepočtem na sklenice alkoholu konzumují hráči z nižší soutěže o 4,6 sklenice na osobu týdně více než hráči z Divize.

Byla tedy potvrzena hypotéza  $H_0$  (neexistuje statisticky významný rozdíl mezi jednotlivými mužskými týmy na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ ) a zároveň vyloučena hypotéza  $H_1$ , která je opakem hypotézy  $H_0$ .

V porovnání s daty z ČSÚ je srovnání ještě výraznější. Hráči z nižší soutěže konzumují o 117 % sklenic alkoholu týdně více, než je uváděný celorepublikový průměr. Vyjádřeno samotnými sklenicemi alkoholu, jedná se o 9,6 sklenice na osobu.

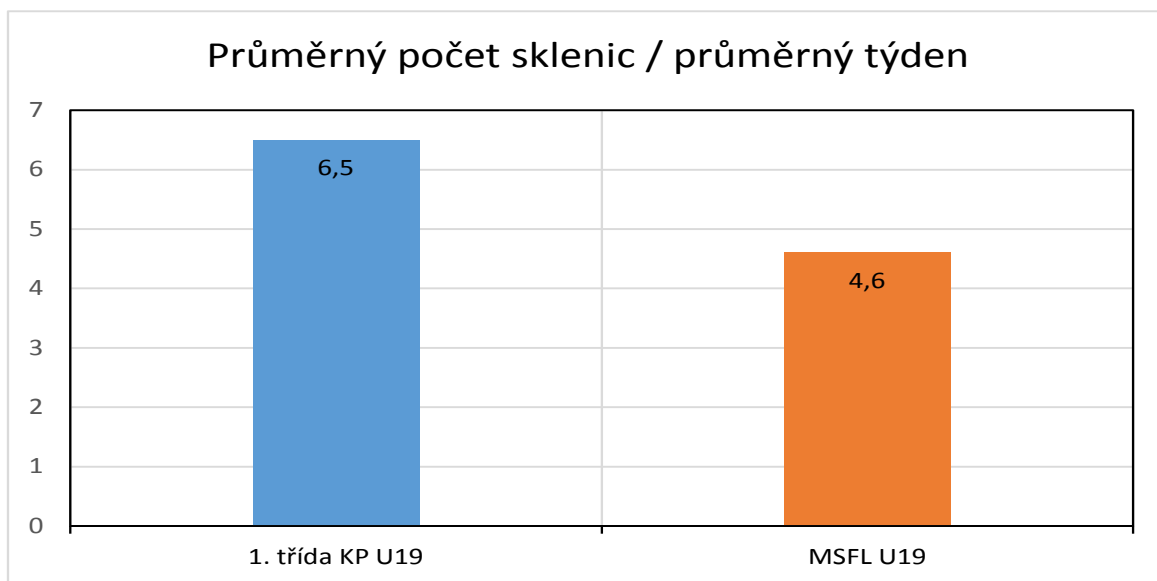
Ačkoli jsou na tom hráči z vyšší soutěže lépe než jejich kolegové, nemohou se nijak výrazně radovat. I u nich šetření prokázalo mnohem vyšší spotřebu alkoholu oproti uváděnému celorepublikovému průměru, a sice o 61 %, tedy celých 5 sklenic alkoholu.

Jak bylo uvedeno v diskuzi k výzkumné otázce č. 2, alkohol k pohybovým aktivitám patří, obzvláště na amatérských (výkonnostních) úrovních a náš výzkum prokázal, že jak hráči z nižší soutěže, tak i hráči divizního celku si jej rádi dopřejí.

#### **5.5 Vztah mezi množstvím konzumovaného alkoholu a objemem prováděné pohybové aktivity u mládežnických mužstev**

V téhle části výzkumu se budeme věnovat vztahu mezi množstvím zkonsumovaného alkoholu a objemem prováděné pohybové aktivity u mládežnických mužstev. Pro větší přehlednost bude opět uvedena statistická charakteristika zkoumaného souboru, grafické znázornění a histogramy. Pro ověření korelační závislosti bude použit Spearmanův koeficient (porušená normalita rozložení četnosti u sledovaného souboru), kdy se mohou hodnoty korelace pohybovat v rozmezí absolutních hodnot 0 až 1. Čím je výsledná korelace bližší nule, tím je nižší vzájemná závislost.



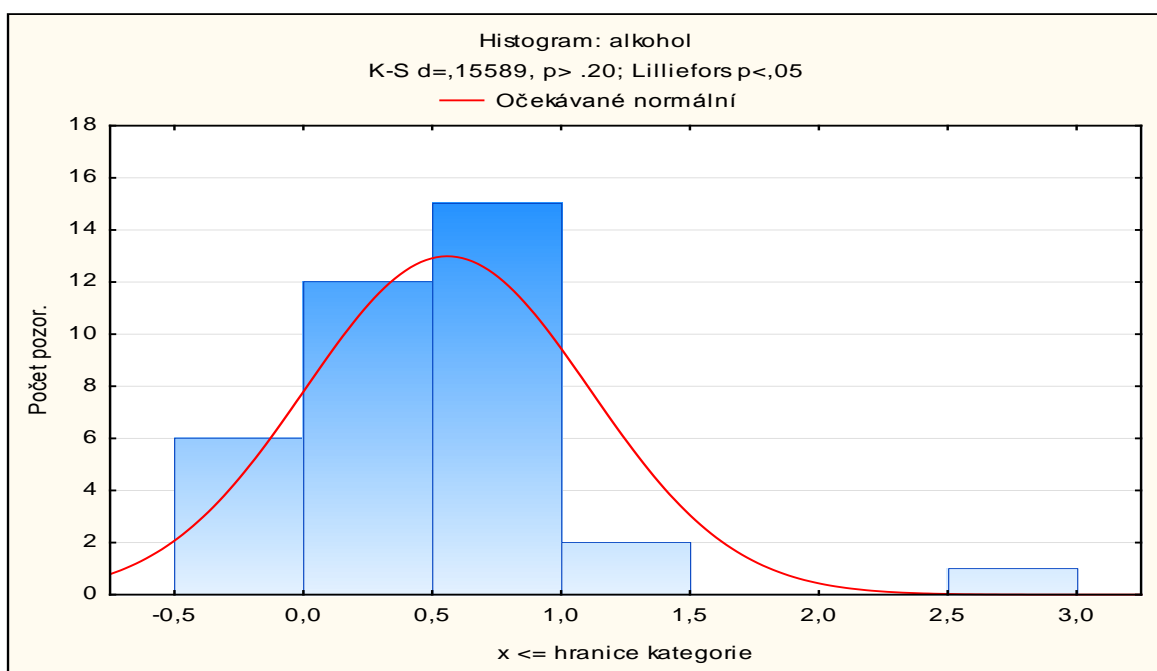


Vysvětlivky:

Jednotlivé sloupce jsou barevně rozlišeny a představují zkoumané mládežnické výkonnostní kategorie.

Čísla uvedená v horní části obou sloupců vyjadřují průměrné množství sklenic alkoholu v průměrném týdnu na osobu.

Obrázek 8. Počet konzumovaných sklenic alkoholu v průměrném týdnu na osobu - mládež

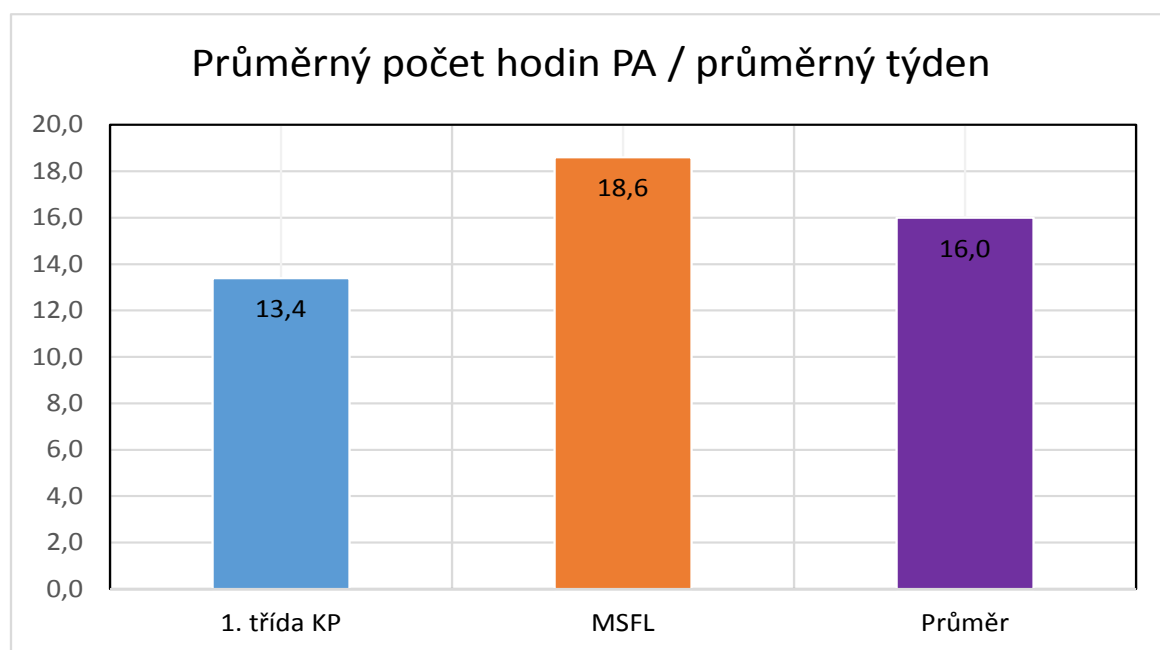


Vysvětlivky:

Svislá osa vyznačuje počet respondentů, vodorovná pak interval počtu konzumovaných sklenic alkoholu v průměrném týdnu.

Červenou křivkou je označeno očekávané normální rozložení četnosti populace, ze které sledovaná subpopulace vychází.

Obrázek 9. Histogram četnosti (počet sklenic konzumovaného alkoholu v průměrném týdnu) – mládež

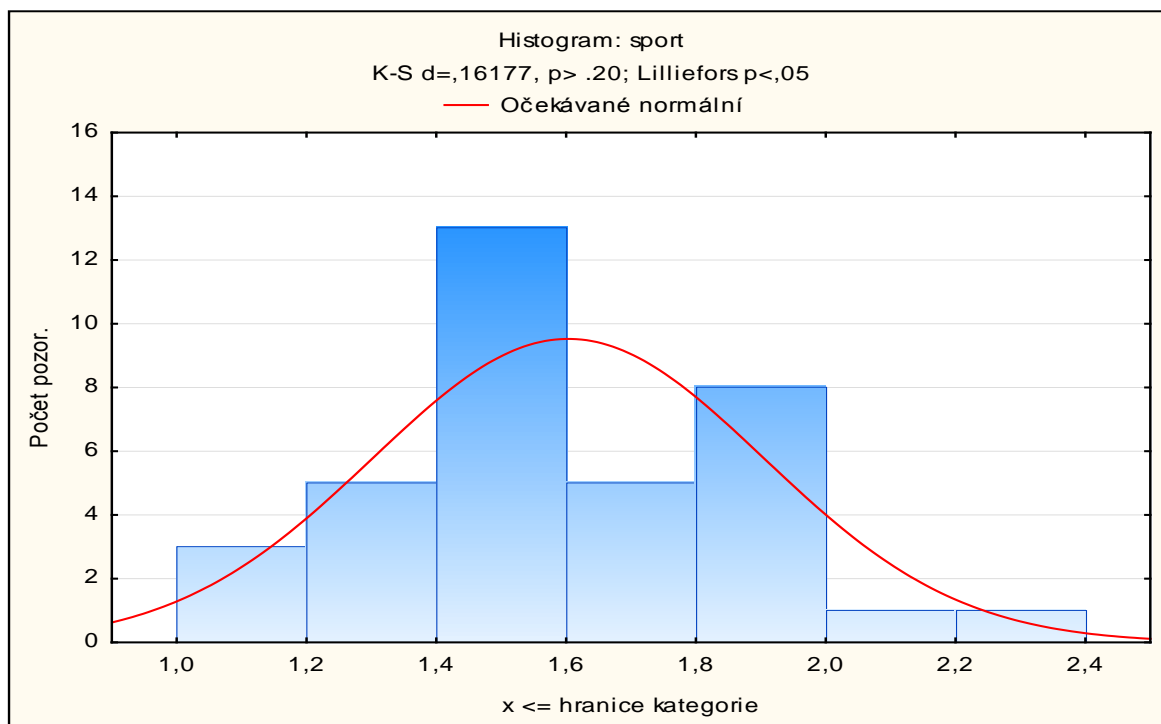


Vysvětlivky:

Jednotlivé sloupce jsou barevně rozlišeny a představují zkoumané mládežnické výkonnostní kategorie, včetně průměrné hodnoty obou mužstev.

Čísla uvedená v horní části obou sloupců vyjadřují průměrné množství hodin pohybové aktivity (dále jen PA) v průměrném týdnu na osobu.

Obrázek 10. Počet hodin PA v průměrném týdnu – mládež



Vysvětlivky:

Svislá osa vyznačuje počet probandů, vodorovná interval počtu hodin PA v průměrném týdnu.

Červenou křivkou je označeno očekávané normální rozložení četnosti populace, ze které sledovaná subpopulace vychází.

Obrázek 11. Histogram četnosti (počet hodin PA v průměrném týdnu) – mládež

Tabulka 9. Základní popisné charakteristiky sledovaného souboru

Proměnná	Počet probandů (n)	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min	Max	Směrodatná odchylka
Počet sklenic alkoholu v průměrném týdnu - mládež	36	5,62	5,00	0,00	6,00	0,00	3,00	5,53

Vysvětlivky:

Min – minimum

Max – maximum

Tabulka 10. Základní popisné charakteristiky sledovaného souboru

Proměnná	Počet probandů (n)	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min	Max	Směrodatná odchylka
Počet hodin PA v průměrném týdnu - mládež	36	16,03	15,70	14,30	8,00	1,14	2,29	3,02

Vysvětlivky:

Min – minimum

Max – maximum

Tabulka 11. Mann-Whitney U test - porovnání sklenic alkoholu a hodin PA u mládeže

Proměnná	Součet 1. třída KP	Součet MSFL	U	Z	Úroveň p	N platných 1. třída KP	N platných MSFL
Počet sklenic alkoholu	387	279	108	1,69	0,09	18	18
Počet hodin PA	252	414	81	-2,55	0,01	18	18

Tabulka 12. Spearmanovy korelace - mládežnická mužstva

Dvojice proměnných	Počet platných (n)	Spearman R	t (N-2)	Úroveň (p)
Počet sklenic a hodin PA	36	-0,124075	-0,729111	0,470927

Vysvětlivky:

ChD vynechány párově

Označené korelace jsou významné na hladině  $p < 0,05000$

### 5.5.1 Diskuze k dílčímu cíli a výzkumné otázce č. 5

Cílem výzkumné otázky č. 5 bylo zjistit, zda existují rozdíly mezi množstvím konzumovaného alkoholu a objemem prováděné PA u mužstev mládeže?

Z uvedeného šetření vyplývá, že hráči mládežnického týmu z výkonnostně nižší soutěže absolvují týdně v průměru 13,4 hodin PA na osobu a ve stejném týdnu zkonsumují v průměru 6,5 sklenice alkoholu. Z toho plyne, že na jednu spotřebovanou sklenici alkoholu připadají zhruba 2,1 hodiny PA.

U hráčů z výkonnostně vyšší soutěže bylo zjištěno, že průměrná PA na osobu v týdnu činí 18,6 hodiny. Vzhledem k průměrné konzumaci 4,6 sklenice alkoholu na osobu ve stejném týdnu zjišťujeme, že na jednu zkonsumovanou sklenici alkoholu hráči z výkonnostně vyšší soutěže připadají zhruba 4 hodiny PA.

Pokud porovnáme výsledné údaje výzkumu, zjistíme, že hráči z výkonnostně vyšší soutěže stráví v průměru o 4,2 hodiny PA na osobu v týdnu více než hráči ze soutěže s výkonností nižší, což je denně o 36 minut PA více ve prospěch druholigové mládeže.

Z šetření dále vyplývá, že průměrná hodnota PA všech hráčů mládežnických celků je 16 hodin na osobu v týdnu. Z této průměrné hodnoty zjišťujeme, že každý testovaný hráč mládežnického celku, stráví PA v týdnu zhruba 2,28 hodiny denně. Toto zjištění můžeme považovat za pozitivní.

Na základě neparametrického testu, dle Spearmanova koeficientu v Chráskově interpretaci se prokázala nepoužitelná závislost  $R = -0,124075$ . Jak již víme, hodnoty korelace se mohou pohybovat v rozmezí absolutních hodnot 0 až 1.

Korelační koeficient je tedy nízký, což znamená, že neexistuje přímý vztah mezi spotřebou alkoholu a objemem prováděné pohybové aktivity u testované mládeže.

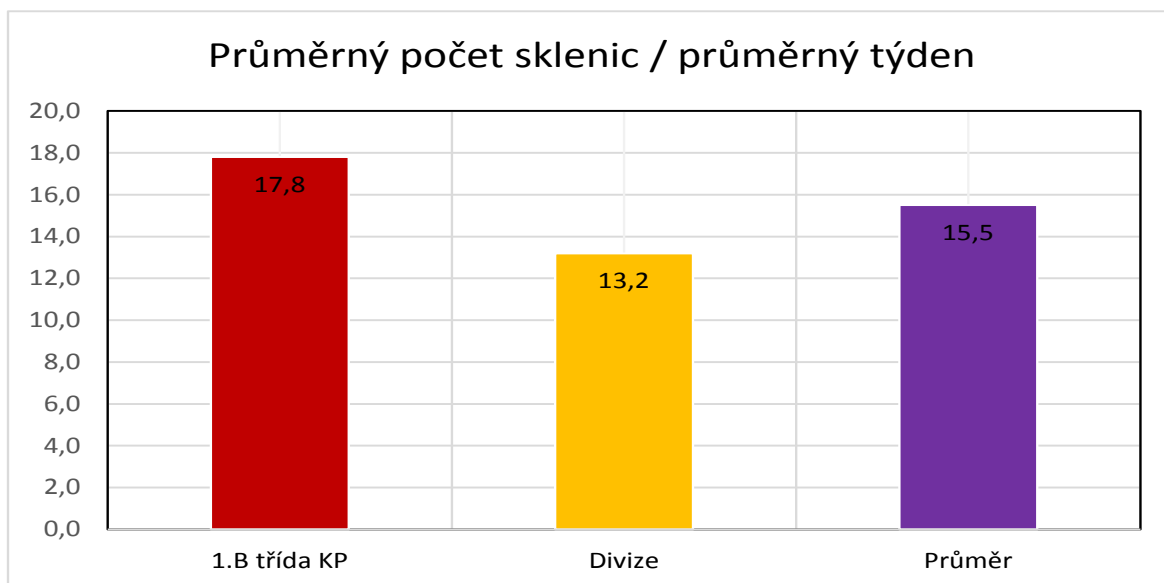
## **5.6 Vztah mezi množstvím konzumovaného alkoholu a objemem prováděné pohybové aktivity u mužstev dospělých**

V poslední výzkumné otázce budeme zjišťovat, zda existuje vztah mezi množstvím konzumovaného alkoholu a objemem prováděné práce PA u mužstev dospělých.

Stejně jako v předchozích šetřeních, ani zde nebude pro přehlednost chybět statistická charakteristika zkoumaného souboru, grafické znázornění a histogramy.

Pro ověření korelační závislosti bude opět použit Spearmanův koeficient (porušená normalita rozložení četnosti u sledovaného souboru), kdy se mohou hodnoty korelace pohybovat v rozmezí absolutních hodnot 0 až 1. Čím je výsledná korelace bližší nule, tím je nižší vzájemná závislost.

Závěrem diskuze naší poslední výzkumné otázky uvedu pro zajímavost tabulky s přehledem nejčastějších prvních asociací, ke slově alkohol a opilost a nejčastější odpovědi na otázku jakou PA provozují v létě a v zimě, ke kterým byli námi testovaní probandi vyzváni, a uvedly je v našem dotazníku.

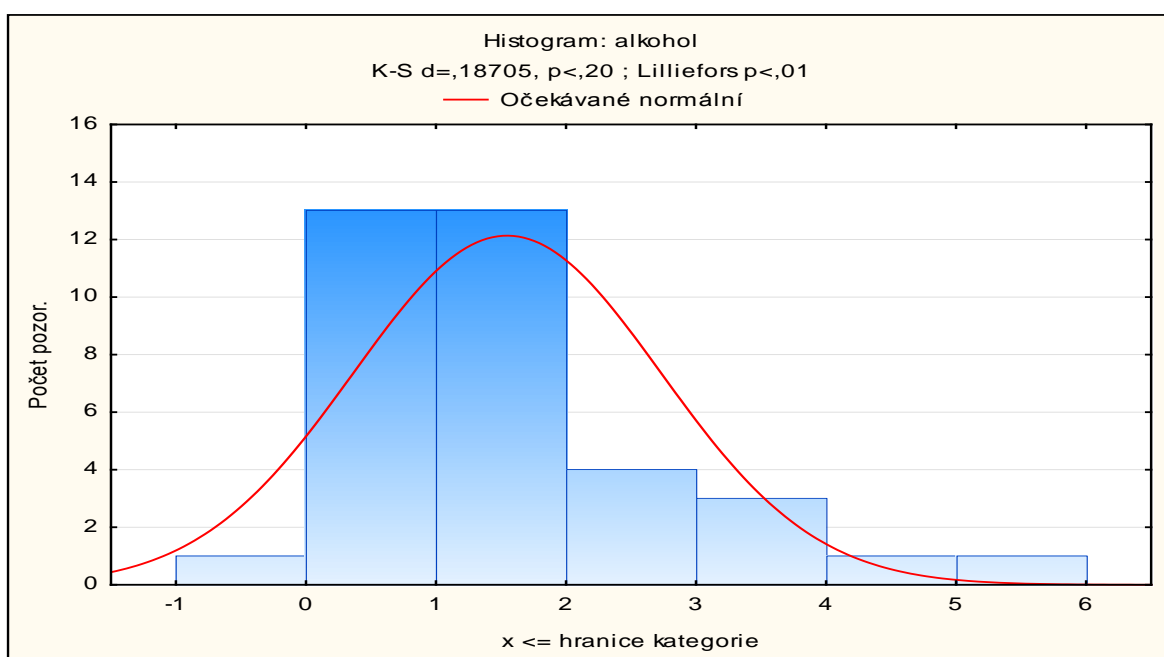


Vysvětlivky:

Jednotlivé sloupce jsou barevně rozlišeny a představují zkoumané mužské výkonnostní kategorie, včetně průměrné hodnoty obou mužstev.

Čísla uvedená v horní části obou sloupců vyjadřují průměrné množství sklenic alkoholu v průměrném týdnu na osobu.

Obrázek 12. Počet konzumovaných sklenic alkoholu v průměrném týdnu mezi jednotlivými mužstvy mužů na osobu

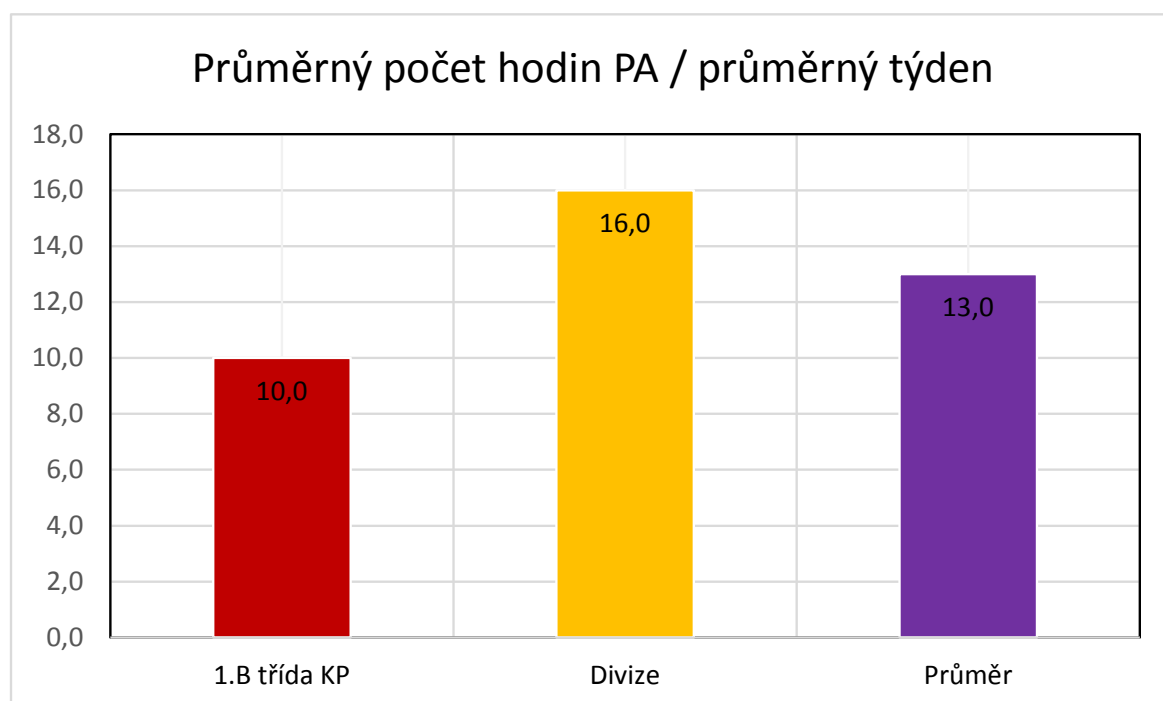


Vysvětlivky:

Svislá osa vyznačuje počet respondentů, vodorovná pak interval počtu konzumovaných sklenic alkoholu v průměrném týdnu.

Červenou křivkou je označeno očekávané normální rozložení četnosti populace, ze které sledovaná subpopulace vychází.

Obrázek 13. Histogram četnosti (počet sklenic konzumovaného alkoholu v průměrném týdnu) – muži

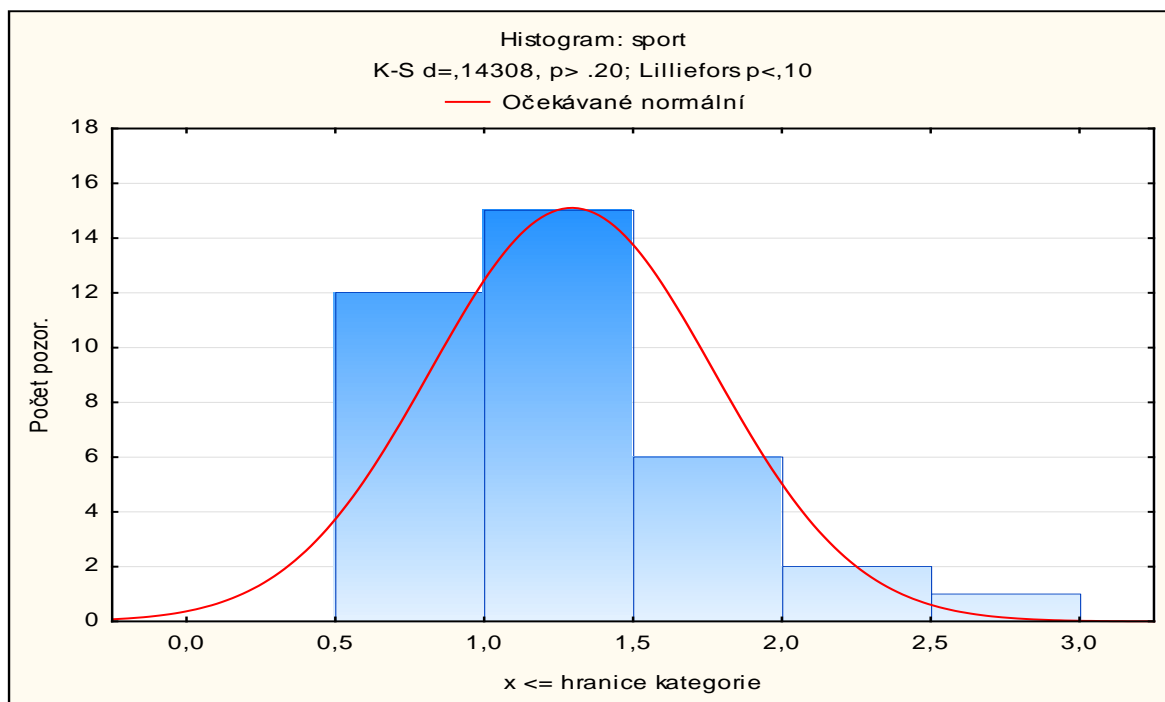


Vysvětlivky:

Jednotlivé sloupce jsou barevně rozlišeny a představují zkoumané mužské výkonnostní kategorie, včetně průměrné hodnoty obou mužstev.

Čísla uvedená v horní části obou sloupců vyjadřují průměrné množství hodin PA v průměrném týdnu na osobu.

Obrázek 14. Počet hodin PA v průměrném týdnu – muži



Vysvětlivky:

Svislá osa vyznačuje počet respondentů, vodorovná interval počtu hodin PA v průměrném týdnu.

Červenou křivkou je označeno očekávané normální rozložení četnosti populace, ze které sledovaná subpopulace vychází.

Obrázek 15. Histogram četnosti (počet hodin PA v průměrném týdnu) – muži

Tabulka 13. Základní popisné charakteristiky sledovaného souboru

Proměnná	Počet probandů (n)	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min	Max	Směrodatná odchylka
Počet sklenic alkoholu v průměrném týdnu - muži	36	15,48	12,90	Vícenásobný	4,00	0,00	5,14	11,83

Vysvětlivky:

Min – minimum

Max – maximum



Tabulka 14. Základní popisné charakteristiky sledovaného souboru

Proměnná	Počet probandů (n)	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min	Max	Směrodatná odchylka
Počet hodin PA v průměrném týdnu - muži	36	12,95	12,90	8,60	9,00	0,57	2,57	4,76

Vysvětlivky:

Min – minimum; Max – maximum

Tabulka 15. Mann-Whitney U test - porovnání sklenic alkoholu a hodin PA u mužů

Proměnná	Součet 1.B třída KP	Součet Divize	U	Z	Úroveň p	N platných 1.B třída KP	N platných Divize
Počet sklenic alkoholu	372	294	123	-1,22	0,22	18	18
Počet hodin PA	243	423	72	2,87	0,01	18	18

Tabulka 16. Spearmanovy korelace - mužstva mužů

Dvojice proměnných	Počet platných (n)	Spearman R	t (N-2)	Úroveň (p)
Počet sklenic a hodin PA	36	-0,348462	-2,16773	0,037273

Vysvětlivky:

ChD vynechány párově

Označené korelace jsou významné na hladině  $p < 0,05000$

### 5.6.1 Diskuze k dílčímu cíli a výzkumné otázce č. 6

Cílem poslední výzkumné otázky bylo zjistit, zda existují rozdíly mezi množstvím konzumovaného alkoholu a objemem prováděné PA u mužstev dospělých.

Z šetření vyplývá, že hráči mužského celku z nižší soutěže absolvují týdně v průměru 10 hodin PA na osobu a ve stejném týdnu zkonzumují v průměru 17,8 sklenice alkoholu. Z toho plyne, že na jednu spotřebovanou sklenici alkoholu připadá zhruba 0,56 hodiny PA.

U hráčů z výkonnostně vyšší soutěže bylo zjištěno, že průměrná PA na osobu v týdnu činí 16 hodin. Vzhledem k průměrné konzumaci 13,2 sklenice alkoholu na osobu ve stejném týdnu zjišťujeme, že na jednu zkonsumovanou sklenici alkoholu hráči z výkonnostně vyšší soutěže připadá zhruba 1,2 hodiny PA. Pokud porovnáme výsledné údaje výzkumu, zjistíme, že hráči z výkonnostně vyšší soutěže stráví v průměru o 6 hodin PA na osobu v týdnu více, než hráči ze soutěže výkonnostně nižší, což činí denně o 52 minut PA více ve prospěch hráčů divizního celku.

Z šetření je dále patrné, že průměrná hodnota PA všech hráčů mužských celků je 13 hodina na osobu týdně. Z této průměrné hodnoty zjišťujeme, že každý testovaný hráč mužského celku, stráví PA v týdnu zhruba 1,9 hodiny denně.

Na základě neparametrického testu, dle Spearmanova koeficientu v Chráskově interpretaci se prokázala statisticky významná, leč nepoužitelná závislost  $R = -0,348462$ . Jak jsem již uvedl, hodnoty korelace se mohou pohybovat v rozmezí absolutních hodnot 0 až 1. Korelační koeficient je tedy nízký, což znamená, že neexistuje přímý vztah mezi spotřebou alkoholu a objemem prováděné pohybové aktivity u testované mládeže

Tabulka 17. Nejčastější asociace pojmů alkohol a opilost

<b>Alkohol je...</b>	<b>Opilost je...</b>
zlo	bezstarostná
dobrý	zábava
špatný	neetická
zábavný	uvolnění
peklo	nemoc
nebezpečný	bez kontroly
kamarád	hnus
metla lidstva	pro slabochy
špatný pán	zajímavá

Tabulka 18. Nejčastější sportovní aktivita v zimě a v létě

<b>Zimní sportovní aktivita</b>	<b>Letní sportovní aktivita</b>
lyžování	fotbal
snowboarding	cyklistika
běh	plavání
futsal	běh
bruslení	tenis

## 6 ZÁVĚRY

Tato diplomová práce si kladla za cíl zjistit množství konzumovaného alkoholu a pohybové aktivity vykonávané u hráčů fotbalu z různých výkonnostních soutěží a vzájemně porovnat získané výsledky. Výzkum uskutečněný v této práci splnil námi požadované cíle a umožnil nám hlubší proniknutí do sledované oblasti. Získané výsledky od zkoumaných skupin mládeže a dospělých nám objasňují situaci v konzumaci alkoholu ve vztahu k pohybové aktivitě a na základě našeho šetření a získaných dat můžeme konstatovat že:

1. Množství konzumovaného alkoholu fotbalové mládeže dosahuje v průměru 6,4 sklenice alkoholu na osobu týdně. Z údajů ČSU za rok 2015 vyplývá, že spotřeba čistého alkoholu na osobu činí 9,8 l což je 8,2 sklenice alkoholu na osobu za týden. Respondenti tedy dosahují nižších hodnot, než je celorepublikový průměr.
2. Množství konzumovaného alkoholu u fotbalistů mužských kategorií dosahuje v průměru 15,5 sklenice alkoholu na osobu za týden. V porovnání s údaji z ČSU se jedná o více než 89 % nárůst konzumace oproti celorepublikovému průměru.
3. Průměrná spotřeba alkoholu u hráčů mládeže z výkonnostně nižší soutěže je v průměru o 6,5 sklenice alkoholu na osobu týdně vyšší, což představuje o 41 % spotřebovaného alkoholu více, než u hráčů z výkonnostně vyšší soutěže. Rozdíl v množství konzumovaného alkoholu mezi mládežnickými týmy se ukázal jako statisticky nevýznamný na hladině významnosti  $p < 0,05$ .
4. Průměrná spotřeba alkoholu u mužů z výkonnostně nižší soutěže je v průměru o 4,6 sklenice alkoholu na osobu týdně vyšší, což je konzumace o 36 % větší, než u hráčů z vyšší výkonnostní soutěže. Rozdíl v množství konzumovaného alkoholu mezi mužskými týmy se ukázal jako statisticky nevýznamný na hladině významnosti  $p < 0,05$ .
5. Zkoumaný vztah mezi množstvím konzumovaného alkoholu a PA u týmů mládeže se na základě neparametrického testu Spearmanova koeficientu v Chráskově interpretaci prokázal nepoužitelnou závislostí  $R = -0,124070$ .

Víme, že hodnoty korelace se mohou pohybovat v rozmezí absolutních hodnot 0 až 1. Korelační koeficient je tedy nízký, což znamená, že neexistuje přímý vztah mezi spotřebou alkoholu a objemem prováděné pohybové aktivity u testovaných hráčů mládeže.

6. Zkoumaný vztah mezi množstvím konzumovaného alkoholu a PA u mužských týmů na základě neparametrického testu Spearmanova koeficientu v Chráskově interpretaci prokázal nepoužitelnou závislostí  $R = -0,348462$ . Víme, že hodnoty korelace se mohou pohybovat v rozmezí absolutních hodnot 0 až 1. Korelační koeficient je tedy nízký, což znamená, že neexistuje přímý vztah mezi spotřebou alkoholu a objemem prováděné pohybové aktivity u testovaných hráčů.

## 7 SOUHRN

Jak jsem již uváděl, alkohol je společensky nejrozšířenější legální drogou, která se během mnoha let, stala nedílnou součástí našeho běžného života. Z mnoha statistik je zřejmé, že Česká republika zabírá ve spotřebě alkoholu přední světová místa. Je to dáno nejen společenskou tolerancí k jeho konzumaci, ale také cenovou politikou, kdy je u nás alkohol běžně dostupný a v restauracích mnohdy levnější než sklenice minerálky.

Je ale třeba mít neustále na mysli, že nadměrná konzumace alkoholu podstatným způsobem ovlivňuje chování lidí jak z pozitivního, tak hlavně z negativního hlediska. S konzumací alkoholu se zvyšuje riziko onemocnění vážnými chorobami. Nemůžeme přehlédnout ani zvýšené riziko úrazu a v neposlední řadě vzniku závislosti, jež patří mezi sociálně patologické jevy v naší společnosti.

Oproti tomu pohybová aktivita pozitivně ovlivňuje zdraví a vývoj člověka a je součástí zdravého životního stylu. Při pohybu dochází ke změně tělesného složení a to ve smyslu zvýšení svalové hmoty a naopak k odbourání hmoty tukové. Pohybová aktivita má dále vliv na snížení kardiovaskulárních onemocnění, na prevenci nádorových onemocnění, vzniku osteoporózy a třeba i snížení výskytu depresí.

Výzkumného šetření mělo za cíl zmapovat množství konzumovaného alkoholu a pohybové aktivity u hráčů výkonnostního fotbalu. Šetření probíhalo v měsících únor a březen 2017 a to jak u mužů, tak i mládeže a dohromady se jej zúčastnilo 72 probandů.

Ukázalo se, že hráči z výkonnostně nižších soutěží mají ke konzumaci alkoholu blíže, než jejich kolegové ze soutěží výkonnostně vyšších. Nicméně bychom měli za znepokojivé považovat jak množství konzumovaného alkoholu hráči mládeže, a to i přesto, že byly pod průměrnými celorepublikovými hodnotami, tak i množství konzumovaného alkoholu u mužů, jejichž hodnoty naopak celorepublikový průměr výrazně překročily.

Výsledky nám dále potvrdily, že existuje velmi nízká, v našem případě nepoužitelná závislost, mezi konzumací alkoholu a množstvím vykonávané pohybové aktivity a to jak u mužů, tak i mládeže. V této části výzkumu také nacházíme pozitivum, a to v počtu strávených hodin pohybové aktivity v průměrném týdnu na osobu a to především u hráčů mládežnických týmů.

## 8 SUMMARY

As I already mentioned, alcohol is socially the most common legal drug, which over many years has become an integral part of our everyday life. Among the many statistics, it is clear that the Czech Republic occupies the alcohol consumption, the world's space. It is not only the social tolerance for its consumption, but also the pricing policy, which is our alcohol commonly available in restaurants and often cheaper than a glass of mineral water.

But please keep in mind that excessive alcohol consumption significantly affects the behavior of both the positive and negative aspects mainly. With alcohol consumption increases the risk of serious diseases. We can not overlook the increased risk of injury and finally addiction, which is among the socially pathological phenomena in our society.

In contrast, physical activity positively affects the health and human development and is part of a healthy lifestyle. When movement takes place to change body composition and in the sense of increasing muscle mass and vice versa to degrade fatty materials. Physical activity also has an effect on the reduction of cardiovascular disease, prevention of cancer, osteoporosis and possibly reduce the incidence of depression.

The survey was to chart the amount of alcohol consumed and physical activity among football players performance. The survey was conducted in February and March 2017, both men, as well as youth and together with him participated in 72 probands.

It turned out that the players of their performance have lower competition to alcohol consumption closer than their colleagues from competitions their performance higher. However, we should consider as disturbing as the amount of alcohol consumed young players, even though they were under countrywide average values and the amount of alcohol consumed by men whose values contrary significantly exceeded the national average.

The results also confirmed to us that there is very low, in our case unusable dependency between alcohol consumption and the amount of physical activity performed by both men and the youth. In this part of the research also we found positive, and the number of hours spent in physical activity in an average week per person, mainly youth teams with players.

## 9 REFERENČNÍ SEZNAM

- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Antidopingový výbor ČR. (2013). *Sport bez dopingu (Informace pro sportovce)*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Buzek, M., et al. (2007). *Trenér fotbalu „A“ UEFA licence (1. díl – obecné kapitoly)*. Praha: Olympia.
- Bosco, C. R., Wolfenden, L., Gillham, K., Kingsladnd, M., Richardson, B., & Wiggers, J. (2014). Is alcohol and community sport a good mix? Alcohol management, consumption and social capital in community sports clubs. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 39(3). 210-215.
- Černý, P. (2017). *Jan Šimák – prohýřený talent*. Retrieved from the World Wide Web: <http://fotbal-magazin.cz/clanek/71-jan-simak-prohyreny-talent>
- Edwards, G. (2004). *Záhadná molekula*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Emmerová, I. (2007). *Prevenia Sociálnopatologických javov v školskom prostredí*. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta UMB v Banskej Bystrici.
- Evropská komise. (2007). *Bílá kniha o sportu*. Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropského společenství.
- Fajfer, Z. (2005). *Trenér fotbalu mládeže (6-15 let)*. Praha: Olympia.
- Fischer, S., & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů (1. vydání)*. Praha: Grada.
- Frömel, K. (2002). *Kompendium psaní a publikování v kinantropologii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Gifford, C. (2002). *Fotbal: Obrazový průvodce nejkrásnější hrou světa*. Praha: Svojtka & Co.

- Goldman, B. (1992). *Death in the locker room (Drugs and sport)*. Illinois: Elite Sports Medicine Publications.
- Hladík, L. (2009). Alkohol – problém u dětí a mladistvých. *Pediatric pro praxi*, 10 (1), 48-50.
- Hunt, S., & Climer, J. (2009). *Alcohol: Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment, and Recovery*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Choutka, M., Dobrý, L., & Rovný, M. (1973). *Sportovní hry*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- iDNES.cz (2014). *Velké talenty, smutné konce. Příkladu zničil alkohol, Kučeru zranění*. Retrieved 7. 8. 2014 from the World Wide Web: [http://fotbal.idnes.cz/pribeh-rudolfa-kucery-a-ladislava-prady-fck-/fotbal.aspx?c=A140806\\_223333\\_fotbal\\_dc](http://fotbal.idnes.cz/pribeh-rudolfa-kucery-a-ladislava-prady-fck-/fotbal.aspx?c=A140806_223333_fotbal_dc)
- Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti (mezioborový přístup I)*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K., et al. (2008) *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Lakasing, E., & Mirza Z. A. (2009). Football and alcohol: a short diary of a long and complex relationship. *London Journal of Primary Care*, 2(1), 78-80.
- Lietava, J. (1997). *Drogy v dějinách lidstva*. Nitra: Uniapress.
- Machová, J., & Kubátová, D. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada.
- Maughan, R. J. (2006). Alcohol and football. *Journal of Sports Sciences*, 24(7), 741-8.
- Marádová, E. (2006). *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Marek, P. (2012). *Organická chemie*. Rumburk: Střední zdravotnická škola a Obchodní akademie.



- Ministerstvo zahraničí (2010). *Historie sportu v ČR a důležité sportovní organizace*. Retrieved 1. 1. 2010 from the World Wide Web: <http://www.czech.cz/cz/turistika-sport/sport/historie-sportu-v-cr-a-dulezite-sportovni-organizace/>
- Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., & Novák, P. (Eds.).(2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Tišnov: Sdružení SCAN.
- Mlčoch, Z. (2008). *Nežádoucí vedlejší účinky a rizika pití alkoholu – kocovina, změna psychiky, somatiky*. Retrieved 21. 7. 2008 from the World Wide Web: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/texty/zdravi/nezadouci-vedlejsi-ucinky-a-rizika-piti-alkoholu-kocovina-zmeny-psychiky-somatiky>
- Mühlpachr, P. (2008). *Sociopatologie*. Brno: Masarykova univerzita.
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
- Nešpor, K., & Csémy, L. (1997). *Alkohol, drogy a vaše děti* (4. vydání). Praha: BESIP.
- Nešpor, K., Csémy, L., & Sovinová, H. (1998). *Programy prevence závislostí a možnosti jejich hodnocení* (1. vydání). Praha: Centrum zdraví.
- Nožina, M. (1997). *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch Latin Press.
- Pavlovský, P. et al. (2009). *Soudní psychiatrie a psychologie* (3. rozšířené a aktualizované vydání). Praha: Grada.
- Pivoňková, E. (2013). *Závislost na drogách, drogová závislost – příznaky, projevy, symptomy*. Retrieved 12. 12. 2013 from the World Wide Web: <http://www.priznaky-projevy.cz/zavislosti/ostatni-drogy/zavislost-na-drogach-drogova-zavislost-priznaky-projevy-symptomy>
- Pyšný, L., Vlach, J., & Žák, M. (1997). *Prevalence a názorové postoje k užívání anabolických steroidů u studentů středních a vysokých škol v České republice*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně.

- Pokorný, V., Telcová, J., & Tomko, A. (2003). *Prevence sociálně patologických jevů: Manuál praxe* (1. vydání). Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky.
- Polách, L. (2015). *Léčba alkoholismu*. Retrieved 25. 5. 2015 from the World Wide Web: <http://www.upsychiatra.cz/lecba-alkoholismu/>
- Presl, J. (1994). *Drogová závislost. Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha: Maxdorf.
- Sanetníková, I. (1990). *Ještěrka*. Praha: Zvon.
- Semperfit. (2004). *Neurofarmakologie alkoholu*. Blansko: Sdružení A-Klubů ČR – SAK.
- Skála, J. (1957). *Alkoholismus* (1. vyd.). Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- Sugden, J., & Tomlinson, A. (1998). *FIFA and the Contest for World Football: Who Rules the People's Game?* Cambridge: Polity Press.
- Šedivý V., & Válková, H. (1988). *Lidé, alkohol, drogy*. Praha: Naše vojsko, nakladatelství a distribuce knih.
- Táborský, F. (2004). *Sportovní hry: sporty známé i neznámé*. Praha: Grada.
- Táborský, F. (2005). *Sportovní hry II: základní pravidla, organizace a historie*. Praha: Grada.
- The Fédération Internationale de Football Association. (1994). *History of FIFA – Foundation*. Retrieved 1. 1. 1994 from the World Wide Web: <http://www.fifa.com/about-fifa/who-we-are/history/index.html>
- Tomlinson, A. (2014). *FIFA (Fédération Internationale de Football Association: The Men, The Myths and the Money*. Routledge: New York.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese* (rozšířené a přepracované vydání). Praha: Portál.
- Verroken, M. (1996). *Drug use and abuse in sport, Drugs in sport*. London: FN SPON.
- Vobr, R., et al. (2012). *Aplikovaná Antropomotorika I*. Brno: Masarykova Univerzita.

Votík, J. (2005). *Trenér fotbalu „B“ UEFA licence*. Praha: Olympia.

Votík, J., & Zalabák, J. (2007). *Trenér fotbalu „C“ licence*. Praha: Olympia.

World Health Organization. (2004). *Global Status Report on alcohol*. Geneva: World Health Organization.

Zikmund, J. (2011). *Osud alkoholu v organismu*. Retrieved 1. 10. 2011 from the World Wide Web: <http://www.zikmund.org/alkohol/metabol.htm>

## 10 PŘÍLOHY

### Příloha 1. Dotazník, zjišťující počet sklenic alkoholu v průměrném týdnu

Jsem MUŽ / ŽENA

Věk:.....

Kolik sklenic alkoholu jste vypili v průběhu minulého týdne?

*Standardní sklenice piva (0,5 l) = standardní sklenice vína (2 dcl) = standardní sklenice tvrdého alkoholu (0,4 dcl)*

*Doporučujeme začít s počítáním sklenic zpětně od včerejšího dne, tedy např. pokud je dnes čtvrtek, začněte při vyplňování středou, pak úterý, pondělí....*

neděle	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....sklenic
sobota	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....sklenic
pátek	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....sklenic
čtvrtek	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....sklenic
středa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....sklenic
úterý	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....sklenic
pondělí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....sklenic

Kolik sklenic alkoholu vypijete obvykle v „průměrném týdnu“?

neděle	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....sklenic
sobota	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....sklenic
pátek	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....sklenic
čtvrtek	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....sklenic
středa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....sklenic
úterý	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....sklenic
pondělí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....sklenic

Doplňte, prosím, první asociaci (myšlenku), která vás napadne:

Alkohol je.....

Opilost je.....

**Příloha 2.** Dotazník zjišťující počet hodin sportovní aktivity v průměrném týdnu

Kolik hodin jste „sportovali“ v průběhu minulého týdne?

*Doporučujeme začít s počítáním hodin sportovní aktivity zpětně od včerejšího dne, tedy např. pokud je dnes čtvrtek, začněte při vyplňování středou, pak úterý, pondělí....*

neděle	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....hodin
sobota	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....hodin
pátek	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....hodin
čtvrtek	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....hodin
středa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....hodin
úterý	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....hodin
pondělí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....hodin

Kolik hodin „sportujete“ obvykle v „průměrném týdnu“?

neděle	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....hodin
sobota	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....hodin
pátek	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....hodin
čtvrtek	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....hodin
středa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....hodin
úterý	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....hodin
pondělí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	více, tak.....hodin

Jakou pohybovou aktivitu nejčastěji provádíte v zimě.....

Jakou pohybovou aktivitu nejčastěji provádíte v létě.....