

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a sociologie

**Zdravý životní styl a pohybové aktivity u adolescentů
na 2. stupni základních škol**

Bakalářská práce

Autor: Marcela Lebedinská
Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marcela Lebedinská**
Osobní číslo: **P12793**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální patologie a prevence**
Název tématu: **Zdravý životní styl a pohybové aktivity u adolescentů na 2. stupni základních škol**
Zadávající katedra: **Katedra sociální patologie a sociologie**

Zásady pro vypracování:

Práce se zabývá problematikou zdravého životního stylu a pohybovými aktivitami u adolescentů na 2. stupni základních škol. Zaměřuje se na faktory životního stylu a zdraví (fyzické, sociální, psychické), na prevenci z pohledu projektu Zdravá škola. Důraz je položen na vybrané salutoprotektivní faktory životního stylu a vzorce chování, které ovlivňují chování vedoucí ke zdraví v adolescenci. Empirická část práce mapuje faktory zdravého životního stylu, pohybové aktivity i inaktivity adolescentů na 2. stupni základních škol a jejich motivaci k pohybové aktivitě. Metody výzkumu: standardizovaný dotazník a dotazník vlastní konstrukce.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce:

Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.**
Katedra sociální patologie a sociologie
Oponent bakalářské práce: **PhDr. Josef Kasal, Ph.D.**

Datum zadání bakalářské práce: 28.2.2014

Termín odevzdání bakalářské práce: 22.4.2015

L.S.

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.

děkan

PhDr. Václav Bělík, Ph.D.

vedoucí katedry

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce PhDr. Stanislava Pelcáka, Ph.D. samostatně a uvedla všechny použité prameny a literaturu.

Hradec Králové dne 20. dubna 2015

.....

Marcela Lebedinská

Poděkování

Děkuji PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D. za odbornou a profesionálně poskytnutou pomoc při vedení této bakalářské práce. Velice si cením rad, poskytnutých materiálů a uskutečněných konzultací, které mě pozitivně vědomostně obohatily. Dále děkuji všem, kteří mi umožnili provést dotazníkový průzkum a také těm, kteří se na něm přímo podíleli.

Anotace

LEBEDINSKÁ, Marcela. *Zdravý životní styl a pohybové aktivity u adolescentů na 2. stupni základních škol*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 74 s. Bakalářská práce.

Práce se zabývá problematikou zdravého životního stylu a pohybovými aktivitami u adolescentů na 2. stupni základních škol. Zaměřuje se na faktory životního stylu a zdraví (fyzické, sociální, psychické), na prevenci z pohledu projektu Zdravá škola. Důraz je položen na vybrané salutoprotektivní faktory životního stylu a vzorce chování, které ovlivňují chování vedoucí ke zdraví v adolescenci. Empirická část práce mapuje faktory zdravého životního stylu, pohybové aktivity i inaktivity adolescentů na 2. stupni základních škol a jejich motivaci k pohybové aktivitě.

Metody výzkumu: standardizovaný dotazník a dotazník vlastní konstrukce.

Klíčová slova: zdraví, prevence, zdravá škola, resilience, pohybová aktivita, rizikové chování

Annotation

LEBEDINSKA, Marcela. *A healthy lifestyle and physical activity at adolescents on the 2nd level of primary schools*. Pedagogical Faculty, University of Hradec Králové, 2015. 74 page. Bachelor Degree Thesis.

This bachelor work deals with a healthy lifestyle and physical activity in adolescents at the 2nd level of primary schools. It focuses on lifestyle factors and health (physical, social, psychological), to prevent from the perspective of the Healthy School project. Emphasis is placed on the selected buffering factors in lifestyle and behavior patterns that influence the behavior leading to health in adolescence. The research aimed at the factors of a healthy lifestyle, physical activity and inactivity in adolescents at the 2nd level of primary schools and their motivation for physical activity.

Research methods: a standardized questionnaire and a questionnaire of our own design.

Key words: health, prevention, healthy school, resilience, physical activity, risk behavior

Obsah

Úvod	9
1 Zdraví.....	10
1.1 Základní přístupy ke zdraví	10
1.2 Salutogeneze a dimenze zdraví	11
1.3 Determinanty zdraví	14
2 Prevence a podpora zdraví.....	16
2.1 Primární prevence.....	16
2.2 Nespecifická primární prevence	17
2.3 Specifická primární prevence	18
2.4 Zásady efektivní primární prevence	20
3 Zdravá škola a prevence.....	22
3.1 Škola jako centrum nespecifické prevence.....	22
3.2 Zájmové a neformální vzdělávání	24
3.3 Školská zařízení.....	25
4 Resilience a životní styl u adolescentů.....	27
4.1 Sociální opora.....	30
4.2 Zvládání stresu z pohledu resilience.....	31
4.3 Pohybová aktivita	32
4.4 Zdravá výživa	35
4.5 Syndrom rizikového chování v adolescenci	36
5 Analýza vybraných faktorů životního stylu u žáků 2. stupně ZŠ.....	40
5.1 Cíl výzkumu, formulace hypotéz	40
5.2 Výzkumný soubor a procedura.....	41
5.3 Popis metod	41
5.3.1 Dotazník CSOC (The Children Sense of Coherence Scale)	42
5.3.2 Dotazník pohybové aktivity a inaktivity	42
5.3.3 Dotazník rizikového chování v adolescenci	43
5.4 Výsledky a diskuse.....	43
5.4.1 Analýza pohybové aktivity u žáků 2. stupně na Náchodsku.....	43
5.4.2 Motivace k pohybové aktivitě u žáků 2. stupně na Náchodsku.	54
5.4.3 Analýza rizikového chování.....	59

6	Vyhodnocení výzkumu, verifikace hypotéz	63
	Závěr	65
	Seznam použité odborné literatury a zdrojů	67
	Seznam příloh	70

Úvod

Motto: „*Zdraví není vším, ale bez zdraví je všechno ničím.*“

(Arthur Schopenhauer, 1788-1860)

Výše uvedený výrok, který je připisován Arthurovi Schopenhauerovi jsem použila v úvodu záměrně, z toho důvodu, že stručně a jasně vystihuje důležitost a hodnotu našeho zdraví. Zdraví má pro nás pro všechny nevyčíslitelnou hodnotu, kterou si mnozí z nás ani neuvědomují a považují jej za samozřejmost do té doby, dokud nás něco nezastaví.

Zdravý životní styl je velmi rozsáhlé téma, které zahrnuje výživu, pohyb, relaxaci, ale i celkové zdraví fyzické i psychické. Toto téma bakalářské práce jsem si zvolila z důvodu zkušeností získaných studiem a praxí v oblasti zdravého životního stylu. Obor wellness mě nejen velmi zajímá, naplňuje, ale v poslední době mě i živí. Má práce poradce pro výživu a fitness instruktor zahrnuje právě pomoc lidem v oblasti vyváženého zdravého jídelníčku, zapojení vhodné pohybové aktivity a pozitivního myšlení. Poskytuji osobní konzultace s poradenstvím na míru s detailní analýzou skladby těla v oblasti zdravého životního stylu, dále i lekce cvičení, kurzy zdravého stravování a pohybu, kde vzdělávám lidi v oblasti výživy, sportu i v osobním rozvoji. Je velmi zajímavé nahlédnout do způsobu života ostatních lidí, který nebývá mnohdy vyvážený, ať už se jedná o pohyb, stravu či denní návyky. Bohužel častokrát se setkávám v praxi s dospělými, kteří svým dětem i okolí nepředávají přínosný příklad, jak z hlediska postojů ke zdraví a prevenci, tak i z hlediska motivace a vykonávání pohybové aktivity.

Další z důvodu volby tohoto tématu je fakt, že se jedná o velmi diskutované téma současné doby. Důraz proto kladu na vybrané salutoprotektivní faktory životního stylu a zdraví (fyzické, sociální, psychické), na prevenci z pohledu projektu Zdravá škola a na vzorce chování vedoucí ke zdraví v adolescenci.

Empirická část práce mapuje faktory zdravého životního stylu, pohybové aktivity i inaktivity adolescentů na 2. stupni základních škol na Náchodsku a jejich motivaci k pohybové aktivitě.

Zkoumaná problematika a zjištěné výsledky této práce mohou být přínosné nejen pro rodiče dětí, ale i pro vychovatele, pedagogy a širokou veřejnost.

1 Zdraví

1.1 Základní přístupy ke zdraví

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1948 definujeme zdraví takto: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ Definice zdraví pro období dospívání zahrnuje absenci rizikového chování a úspěšný přechod do dospělosti (Machová, Kubátová, 2009, s.12).

Pojem „zdraví“ má však tři odlišné dimenze, které se vzájemně propojují. Nejedná se pouze o dimenzi **tělesného zdraví**, ale i o **zdraví duševní a sociální** (Machová, Kubátová, 2009).

Nikdo však již neví, co se skrývá pod pojmem pohoda, jelikož každý jedinec prožívá pocit pohody a podobu zdraví velmi subjektivně, jedinečně a relativně. Spatřuji v tomto smyslu v uvedeném výroku značnou rezervu.

Machová, Kubátová (2009) uvádí nemoc – jako protipól zdraví. Jedná se o určitou poruchu adaptace člověka, nedostatečnost či selhání adaptivních mechanismů na podněty prostředí. V tomto momentu se mobilizují regulační mechanismy ve snaze uvést vnitřní prostředí organismu do rovnováhy (homeostáza).

Pod termínem zdraví si však každý představí něco jiného. David Seedhouse (1995) předkládá čtyři příklady toho, co si lidé různého zaměření představují pod termínem zdraví:

Lékař – pod pojmem „zdraví“ rozumí nepřítomnost nemoci, úrazu nebo choroby

Sociolog – rozumí pojmem „zdravý člověk“ člověka, který je schopný dobře fungovat ve všech jeho příslušných sociálních rolích

Humanista – slovy „zdravý člověk“ označuje člověka, který je schopný se pozitivně vyrovnávat s životními úkoly, které se před ním naskytnou

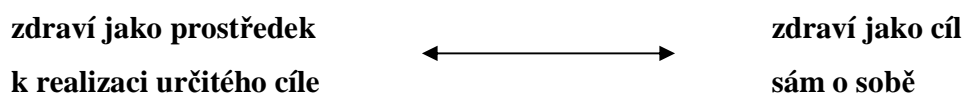
Idealista – pod pojmem „zdravý člověk“ si představí člověka, který se cítí dobře: tělesně, duševně, duchovně i sociálně (Křivohlavý, 2003).

V minulosti byla zveřejněna již řada teorií pojmu zdraví. Mezi jednu z nejsolidnějších publikací soustavně se zabývajících různými teoriemi zdraví můžeme uvést monografii Davida Seedhouse (1995), která nám slouží k orientaci v této problematice. Teorii zdraví lze rozčlenit do mnoha skupin, avšak já zde uvedu z výše uvedeného důvodu právě teorii podle Seedhouse (1995) in Křivohlavý (2003), kde se jedná se o následující čtyři skupiny:

1. Teorie, které považují zdraví za ideální stav člověka, jemuž je dobře (wellness).
2. Teorie, které chápou zdraví jako „fitness“ – normální dobré fungování.
3. Teorie, které se dívají na zdraví jako na zboží.
4. Teorie, které chápou zdraví jako určitý druh „síly“.

Křivohlavý (2003, s. 33) teorii zdraví uspořádal však podle odlišného měřítka a to, zda je zdraví chápáno jako prostředek k určitému cíli, nebo zda je chápáno jako cíl sám o sobě – jako „konečný stav veškerého našeho snažení“. Uvedené dimenze, v nichž se pohybují různé teorie zdraví lze znázornit následujícím způsobem.

Obr. 1: Dimenze, v nichž se pohybují různé teorie zdraví:



1.2 Salutogeneze a dimenze zdraví

Teorie má širší záběr než definice, proto jsou potřebné pro porozumění, pochopení věci. Umožňují nám nejen skutečnost lépe pochopit, ale díky pochopení také skutečnost měnit a smysluplně řídit praxi. Autoři, kteří se soustavně zabývají filozofií teorií (např. Karl Popper, Michael Polanyi apod.), chápou teorii jako „mapu“, která nám má pomoci orientovat se v dané oblasti. Stejně, tak lze přistupovat i k teoriím zdraví. Jak jsem již uvedla výše, výklad pojmu, pochopení a porozumění pojmu zdraví je spousta. Ve své práci bych zmínila rozdělení Křivohlavého (2003, s. 33-37) a to podle dimenze zdraví, kde se považuje zdraví za prostředek nebo cíl následovně:

1. **Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly** – v mnoha primitivních kulturách je možné se setkat s lidovým holistickým pojetím zdraví. Zdraví je považováno za určitý druh síly, která člověku pomáhá v životě zdolávat různé těžkosti.

2. **Zdraví jako metafyzická síla** – řada humanisticky orientovaných teorií zdraví považuje zdraví za určitý druh vnitřní síly člověka, kterou nazývají různými jmény – élan vital, vitalita, libido, schopnost adaptace. Jedná se o představu zdraví jako něčeho, co člověku umožňuje dosahovat vyšších cílů, než je samo zdraví. Pojetí prostředků k vyšším cílům – hodnotu umožňující realizaci ještě vyšších hodnot. Schopnost pozitivně reagovat na životní problémy, zvládat je, mít sílu a být schopen realizovat svůj potenciál. **Sacks** (1982) např. studoval situace lidí, kteří se dostali do mimořádně těžkých zdravotních obtíží, případně až do téměř beznadějných zdravotních stavů, z nichž se jakoby zázrakem uzdravili. Tito lidé měli určitý druh metafyzické síly (vnitřní duchovní síly), díky které se vzchopili a vzdorem se těžkostem nemoci nepoddali. Mnozí z nich díky neuvěřitelné vnitřní síle a odporu k nemoci svůj boj vyhráli.
3. **Salutogeneze – individuální zdroje zdraví** – jedná se o celkovou holistickou charakteristiku postojů k životu, nejedná se o dílčí psychické schopnosti, kterou **Aaron Antonosky** nazval **smysl pro integritu - sense of coherence (SOC)**.

Jedná se o charakteristiku postojů k životu, která pomohla lidem nejen přežít útrapy koncentračních táborů, ale i zvládat úkoly před které byly postaveni.

Aaron Antonovsky (1985) detailně studoval dvě skupiny židů, kteří přežili a vrátili se z koncentračního tábora. Zjistil, že jedna skupina se obtížně adaptovala ve změněné situaci a druhá prokazovala mimořádnou živost a schopnost nezdolně se vyrovnávat s životními problémy. Rozdíly mezi těmito skupinami nespočívaly ve stavu fyzickém, ale především ve stavu psychickém.

Uvedené postoje k životu (SOC) lze znázornit třemi základními aspekty tohoto zdroje zdravotní síly:

- **smysluplnost (meaningfulness, ME),**
- **viděné zvládnutelnosti úkolů (manageability, MA),**
- **schopnost chápat dění, v němž se člověk nachází (comprehensibility, C).**

Uvedené salutoprotektivní faktory holistického zdraví byly Antonovským považovány za zdroje (genesis) zdraví (salus). Další charakteristika, kterou se také zabýval je termín **hardiness** – odolnost, nezdolnost, tvrdost. Tuto odolnost „hardiness“ tvoří složky:

- oddanost – určitému přesvědčení
 - zvládnutelnost – představa o ovladatelnosti toho, co se děje
 - chápání životních úkolů jako výzev – které člověk přijímá a odvažuje se s nimi vypořádat
1. **Zdraví jako schopnost adaptace** - adaptace jako schopnost přizpůsobit si prostředí či přizpůsobit se nepříznivým životním podmínkám. Myšleno zde jako přirozená lidská schopnost upravit si prostředí nebo změnit vlastní způsob života.
 2. **Zdraví jako schopnost dobrého fungování – fitness** neboli „**Bud' fit**“. Jinými slovy být v dobré kondici, být schopen tělesně či duševně cokoli dělat, být připraven na úkoly, být vybaven k určitému úkolu a udržovat se v dobrém zdraví – jako ryba ve vodě.
 3. **Zdraví jako zboží** – charakterizuje David Seedhouse (1995), jako něco, co se dá dodat, koupit nebo ztratit. Ve formě lékařského zákroku či zboží (léku) v lékárně. Jeho teorie vychází z faktu, že lidé jsou přirozeně zdraví, ale zdraví mohou ztratit a to působením vnějších okolností. Tento úhel pohledu má samozřejmě své klady i zápory.
 4. **Zdraví jako ideál** – definice zdraví dle Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1946, která zní: „Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti.“ I tento pohled na zdraví má svá pro i proti. Například opomíjí duchovní oblast člověka, jedná se o negativní subjektivní pocit člověka, kterého něco bolí, a nebo nedefinuje konkrétně termíny, které používá (ideál).

Uvedené dimenze zdraví mají na druhou stranu i společné rysy. Chápou zdraví jako podstatný moment při uskutečňování životních cílů. Spatřují úzký vztah mezi kvalitou života a zdravím. Jedná se o dynamický jev pohybující se mezi kladným polem (zdraví) a záporným polem (nemoc). A v neposlední řadě kladou důraz i na osobní zodpovědnost každého jednotlivce za svůj zdravotní stav, přičemž se nejedná pouze o individuální přístup člověka, ale i o pozornost ekologickou či politickou podmíněností.

1.3 Determinanty zdraví

Tento pojmem označuje složité působení nejrůznějších kladných i záporných faktorů ovlivňujících zdraví člověka. Některé z nich spadají do výbavy osobnosti jedince (dědičné či získané výchovou), jiné jsou součástí našeho životního prostředí (přírodní nebo společenské). A také je můžeme dělit na **vnitřní a zevní** (Machová, Kubátová, 2009). Vnitřní determinanty jsou dědičné faktory, ty získáváme již od početí a zahrnují i určitý způsob života, přírodní i společenské prostředí. A zevní (vnější) faktory jsou následující.

Zevní factory, které mají vliv na zdraví, se člení do tří základních skupin:

- životní styl,
- kvalita životního a pracovního prostředí,
- zdravotnické služby (jejich úroveň a kvalita zdravotní péče) (Machová, Kubátová, 2009, s. 13).

Obr. 2: Vzájemné vztahy mezi zdravím a determinanty zdraví



(Machová, Kubátová, 2009, s. 13)

Mezi všemi uvedenými faktory determinantů zdraví jsou vzájemné vztahy, které jsme si znázornili pomocí schématu, které nám ukazuje, jak velký vliv jednotlivě mají. Ze schématu je zřejmé, že zdraví nejvíce záleží na determinantu z oblasti životního stylu, dále pak dle životního prostředí a genetického základu, oproti samotným zdravotnickým službám. Faktor, který nejvíce ovlivňuje naše zdraví je právě životní styl a to až podílem celých 50 %, kterému se ve své práci záměrně věnuji. Dále svoji nezastupitelnou roli a to

podílem 20 % u každého z determinant obsazují, jak vlivy životní prostředí, tak i náš genetický základ. Zbylých 10 % má vliv na naše zdraví pouze zdravotnická péče.

K tomuto tématu Fialová a Krch (2012) uvádí, že na straně jedné lze hovořit o zdravím objektivním a subjektivním, ale na straně druhé i o zdravím tělesném a duševním. **Subjektivní aspect zdraví** je založen na vnitřních pocitech a vlastním mínění každého jedince o jeho zdravotním stavu. Přičemž pocit zdraví zahrnuje nepřítomnost obtěžujících faktorů nemoci, jako je např. horečka, bolest či únava. Vyznačuje se i pocitem dobré výkonnosti, vnitřní harmonie, síly a radosti ze života. **Objektivní aspect zdraví** je opačným názorem lidí na zdravotní stav člověka. U nás převládá právě názor lékaře, který není zcela nezávislý.

Fyzické zdraví však často přímo souvisí se zdravím psychickým. Špatný tělesný stav může způsobit psychické zhoršení. Naopak podlomené duševní zdraví může zapříčinit tělesné onemocnění. Tendenci být zdraví máme ve stavu štěstí a spokojenosti. Avšak štěstí je efekt mnoha nejrůznějších vlivů, často i vedlejších. Je pouze na nás, jak se o své zdraví staráme a jakým způsobem přistupujeme k nepříjemným vlivům okolí. Zda dbáme i o naši prevenci zdraví nebo jsme vtáhnuti do víru nejrůznějších negací, jak přes zprávy masmédií, tak i tím, jak nad sebou a svým životem smýšlíme a také co pro svůj organismus denně děláme. Díky této rozmanitosti je zdraví opravdu velmi komplikovaným pojmem. A právě prevence zdraví by měla být na prvním místě, chránit jej a podporovat, vytvořit si vhodné podmínky pro svůj život a mít ten nejlepší přístup ke svému organismu. Z tohoto důvodu se prevenci věnuji v následující kapitole.

2 Prevence a podpora zdraví

2.1 Primární prevence

Prevence úzce navazuje na podporu zdraví. Je zaměřena proti nemocem a je vedena snahou jim předcházet. Prevence se provádí jak na úrovni jedince, tak na úrovni celé společnosti. Rozlišujeme také prevenci od podpory zdraví. Na rozdíl od prevence je podpora zdraví konceptem aktivity pro zdraví, nikoli jako aktivita proti nemocem. Podpora zdraví je zaměřená proti obecným příčinám nemocí. Zahrnuje jak prevenci, tak i zdravotní výchovu, komunitní aktivity (např. Škola podporující zdraví, Zdravé město) a tvorbu celkově příznivého prostředí (Machová, Kubátová, 2009).

Prevenci jako takovou nejčastěji dělíme podle času na prevenci primární, sekundární a terciární. Podle Kliniky adiktologie (2011), se v rámci **primární prevence** snažíme předejít vzniku rizikového chování u osob, u kterých se ještě rizikové chování nevyskytlo, např.: užívání návykových látek, záškoláctví, šikana, vandalismus aj. Primární prevenci můžeme také vymezit jako výchovu ke zdravému životnímu stylu a k rozvoji pozitivního sociálního chování, rozvoji psychosociálních dovedností a zvládnání zátěžových situací osobnosti. **Sekundární prevence** se snaží o předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání rizikového chování u osob, které jsou takovým chováním ohroženi. **Terciární prevence** představuje předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození v důsledku rizikového chování. Terciární prevencí se rozumí např.: resocializace, intervence aj.

Primární prevenci členíme na tzv. nesespecifickou a specifickou primární prevenci. Specifickou prevenci dále dělíme na všeobecnou, selektivní a indikovanou primární prevenci. Stejně jako můžeme dělit i nesespecifickou primární prevenci, a to na prevenci v rodině, volnočasové aktivity či prevenci v komunitě (Klinika adiktologie, 2011). Jednotlivé typy primární prevence přiblížím v následujících podkapitolách.

2.2 Nespecifická primární prevence

Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních (2010) uvádí, že nespecifickou prevencí rozumíme veškeré aktivity, které podporují zdravý životní styl a dochází k osvojování sociálního chování v souvislosti se smysluplným využitím a organizací volného času. Jedná se tedy o aktivity, které obecně napomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje rizikových forem chování a zaměřují se spíše na protektivní faktory vzniku takového chování. Spadají sem všechny zájmové, volnočasové, rekreační, sportovní a jiné aktivity, které svou povahou vyžadují dodržování společenských pravidel, rozvíjejí osobnost jedince a vedou k odpovědnosti za sebe a své chování a jednání.

Pro shrnutí, nespecifická primární prevence je zaměřena na posílení osobnosti a schopností člověka, na dovednosti umět zvládat a řešit problémy. Tato prevence vychází především z potřeby každého jedince naplňovat vlastní potřeby, nadání a současně vede jedince k přirozenému poznání „světa“, díky čemuž se učí z běžných životních situací, za podmínky, že je mu také poskytnuta pravdivá informace. Nespecifická primární prevence nemusí mít vyhraněnou cílovou skupinu, definovaný časový rámec ani se nezaměřuje na konkrétní téma (Klinika adiktologie, 2011). Nespecifická prevence se zabývá všemi druhy aktivit, které vyplňují volný čas, ale zároveň se týká taky velmi úzce rodiny a školy.

Prevence v rodině

Nespecifickou prevencí je způsob výchovy v rodině, včetně celkového životního stylu rodiny. Prevence negativních sociálních jevů začíná v rodině mnohem dříve, než dítě přijde do věku, kdy je těmito jevy ohrožováno. Je prokázáno, že chování rodičů značně ovlivňuje chování dětí, i přesto, že to není jediný faktor, který se podílí na formování osobnosti dítěte, je to faktor velmi důrazný. Je tedy důležité budovat vzájemnou důvěru, jistotu a pevné zázemí pro dítě. Za účinné se pokládají společné aktivity, kterých se účastní celá rodina, výlety, sportovní programy, stanování, vycházky, návštěvy památek a spousta dalších činností, které rodina podniká společně. Tím se vytváří pro dítě bezpečné prostředí, bez stresu, bez nudy, rodina se stmeluje a zvyšuje se respekt k rodičům (Machová, Kubátová, 2006, s. 54).

2.3 Specifická primární prevence

Specifická primární prevence se zaměřuje narušitel od té nespecifické na konkrétní formy rizikového chování, je zde jasně vydefinovaná cílová skupina a je časově i prostorově ohraničena. Taková prevence má přímo za cíl a snaží se řešit způsob, jak předcházet výskytu určité specifické formy takového chování. Specifická primární prevence vychází z toho, že vždy existovali a budou existovat děti a mladí lidé, pro které programy volného času nebudou z nějakého důvodu atraktivní či dostupné. Nestačí vytvářet pouze nabídku volnočasových aktivit, ale tyto děti vyžadují i specifické podpůrné programy, které jim umožní vyrovnávat se se svým hendikepem a zabránit tak jejich vyčlenění z běžné společnosti. Programy specifické primární prevence jsou všechny takové programy, které by neexistovaly, kdyby neexistoval problém rizikových projevů chování (MŠMT, 2009). Tato prevence se vyskytuje především na základních školách.

Podle Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže lze specifickou primární prevenci dělit podle cílové skupiny, intenzity programu, podle prostředků a nástrojů, které v programu využívá, a to do tří podskupin, na všeobecnou, selektivní a indikovanou primární prevenci.

Všeobecná primární prevence

Probíhá u žáků základních a středních škol, u kterých se používají aktivity zaměřené na běžnou populaci s ohledem na její věkové složení bez rozdělování na méně či více rizikové skupiny.

Může být ve formě jednorázových akcí nebo dlouhodobých setkání. Pracuje s jednou třídou. Je zaměřena na legální a nelegální drogy, jejich účinky a rizika. Usiluje o změnu postojů a s tím související změnu chování žáků nejen k návykovým látkám, ale i k dalším sociálně patologickým jevům (šikana, gamblerství, rasismus apod.). Programy všeobecné primární prevence však nejsou schopny ovlivnit postoje rizikových žáků, kteří potřebují individuální přístup.

Všeobecné primární prevence se dělí do pěti cílových skupin:

- Předškolní věk (3-6 let);
- Mladší školní věk (6-12 let);
- Starší školní věk (12-15 let);
- Mládež (15-18 let);
- Mladí dospělí (18-26 let) (Strategie primární prevence, 2013).

Selektivní primární prevence

Selektivní primární prevence je zaměřená na skupiny osob, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik různých forem rizikového chování, tj. jsou více ohrožené než jiné skupiny populace. Patří sem problémové třídy, žáci zvláštních škol a skupiny handicapovaných osob.

Selektivní primární prevence je náročnější na čas, kvalifikaci realizátorů i prostředky. Žáci se zvýšeným rizikem představují nesourodou skupinu a každý její člen vyžaduje specifický individuální přístup. Selektivní primární prevence využívá některých metod z všeobecné primární prevence, mají ale cílenější charakter (např. snižování dostupnosti návykových látek, nácvik určitých sociálních dovedností). Techniky jsou voleny na základě individuálních problémů žáků. Vzhledem k náročnosti na vzdělání realizátorů selektivní primární prevence je důležitá spolupráce školy s různými organizacemi, které takovéto programy vykonávají. Takový postup však mnozí považují za známku toho, že škola je problémová a není schopna si nežádoucí situace sama vyřešit. Opak je pravdou. Ukazuje to, že škola se před svými problémy neuzavírá, nesnaží se je skrýt za každou cenu a je ochotná je systematicky řešit.

Své uplatnění zde nachází různé relaxační techniky. Zejména u hyperaktivních dětí s poruchami pozornosti nebo u dětí trpícími úzkostnými stavy přinášejí pozitivní výsledky (Klinika adiktologie, 2010).

Indikovaná primární prevence

Indikovaná primární prevence uplatňuje aktivity zaměřené přímo na jedince, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik určitých forem rizikového chování, tj. jsou více ohrožené než jejich vrstevníci a jiné osoby běžné populace.

Stejně jako selektivní primární prevence je náročnější na čas i vzdělání. Opět vychází z metod všeobecné primární prevence, ale zde je potřeba pracovat s žáky individuálním přístupem a užívat techniky zaměřené na potřebné dovednosti, které kompenzují rizikové faktory (odmítání návykových látek, schopnost čelit tlaku ze strany okolí, zvyšování schopnosti sebeuvědomování, zlepšování sebeovládání apod.) (Klinika adiktologie, 2010).

2.4 Zásady efektivní primární prevence

Hlavním cílem efektivní primární prevence je předejít rizikovému chování u žáků nebo takové chování posunout do co nejpozdějšího věku. Pokud k rizikovému chování již dochází, snažíme se ho zastavit případně snížit zdravotní, sociální a další komplikace s ním spojené.

Zásadami efektivní primární prevence rozumíme obecná kritéria, která jsou uváděna pro oblast prevence užívání návykových látek. Díky jejich obecnosti je však můžeme přenést také na další oblasti rizikového chování. Každý konkrétní program či intervence související s rizikovým chováním by se pak měla těmito kritérii řídit a vyžadovat, aby byla naplněna (Klinika adiktologie, 2010).

Mezi tyto zásady patří:

- Komplexnost a kombinace mnohočetných strategií,
- Kontinuita působení a systematičnost plánování,
- Cílenost a adekvátnost informací i forem působení,
- Včasný začátek preventivních aktivit, ideálně již v předškolním věku,
- Pozitivní orientace primární prevence a demonstrace konkrétních alternativ,
- Využití „KAB“ modelu,
- Využití „peer“ prvku, důraz na interakci a aktivní zapojení,

- Denormalizace,
- Podpora projektivních faktorů ve společnosti, vytváření podpůrného a pečujícího prostředí,
- Nepoužívání neúčinných prostředků (Miovský; Bártík, 2010).

3 Zdravá škola a prevence

Jednou z cílových oblastí v rámci primární prevence je **rodina a škola**. Tyto dvě instituce jsou velmi důležité ve vývoji člověka a tudíž i v působení prevence. Lze tedy říci, že jedním z nejdůležitějších sociálních činitelů je škola a prevence, je tedy také nedílnou součástí školního prostředí. Když dítě nastupuje povinnou školní docházku většina rodičů v této době je již zaměstnána. Dítě tedy většinu dne tráví ve škole, družině, v různých zájmových kroužcích nebo v jiných mimo vyučovacích aktivitách, které škola pořádá. V této době tedy převážně na výchovu dítěte působí škola. Škola tedy děti nejen vybavuje potřebnými formálními znalostmi, dovednostmi, ale prostřednictvím školy si děti osvojují také potřebné názory, návyky, postoje, dovednosti, sebeovládání, ale také působí na zdravý životní styl a jeho prevenci.

Škola je příkladem institucionalizované komunity zřizované společností pro dosažení určitých cílů a založené na vzájemném prolínání skupinových rolí (žáci, učitelé, vedení školy, rodiče) s mezilidskými vztahy jejich nositelů. Škola nejen, že vzdělává, ale i vychovává. Významně přizpůsobuje a připravuje děti na život ve světě jako takovém a jelikož prostředí, ve kterém žijeme je závislé na tom, jak se k němu člověk chová, máme tedy ve svých rukou do značné míry vlastní zdraví i zdraví přírody. Proto by i škola měla pomáhat vytvářet svět zdravější a to prostřednictvím výchovy a vzděláváním nejen u dětí (Havlínová et.al., 2006).

3.1 Škola jako centrum nespécifické prevence

Jak už bylo řečeno, v dnešní době je v prevenci kladen důraz na roli školy. Je potřeba, aby učitelé znali tuto roli a dokázali v určitých situacích správně jednat. Školy mohou vytvářet pro své žáky preventivní programy nespécifické, které podporují zdraví jako celek.

Prevence tzv. komplexní, představuje základ a nosný prvek prevence (primární prevence). Jejím obsahem jsou všechny techniky umožňující rozvoj harmonické osobnosti, včetně možnosti rozvíjení nadání, zájmů, pohybových a sportovních aktivit, které podporují zdravý životní styl (zdraví fyzické, duševní, emoční) a které vedou k přijetí zodpovědnosti za svůj život a své zdraví. Zahrnuje veškeré aktivity nemající přímou souvislost např. se zneužíváním návykových látek, šikanou, xenofobií atd. Jedná se o aktivity, které obecně

napomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje jakýchkoli nežádoucích forem chování a to prostřednictvím lepšího využívání a organizace volného času. Znamená to, že mají určitý obecný protektivní (ochranný) potenciál. Do nespecifické prevence patří zájmové kroužky (jako např. kroužky při školách a školských zařízeních či lidových školách umění), dále sportovní aktivity (na všech úrovních) apod. Všechny tyto programy by existovaly a byly by žádoucí i v případě, že by neexistoval např. problém zvaný drogová závislost, šikana, aj. I v takovém případě je smysluplné tyto programy rozvíjet a podporovat.

Tématem **škola – centrum nespecifické prevence** se ve své publikaci zabývá také Kraus a Hroncová (2007). Jak autoři uvádí, za centrum nespecifické primární prevence je považována **škola**. Vyučovací proces vede k utváření osobnosti, tedy k sebaktualizaci. V tomto procesu se uskutečňuje úsilí každého studenta maximalizovat svůj osobnostní potenciál a pohyb ve směru k dokonalejší zkušenosti. Vzdělávací proces ve škole a jeho účinnost je do jisté míry závislá na vztahu mezi žákem a učitelem a jejich vzdělávací institucí. Vhodnou formou vyučování lze tedy považovat vyučování, které probíhá na základě objevování, rozvíjecí tvořivosti a zvědavosti žáků. Tyto prostředky vedou ke zdravému sociálnímu a emocionálnímu rozvoji osobnosti.

Tento přístup je třeba brát jako méně direktivní, nikoli jako volnou výchovu. Je zde navázán partnerský vztah mezi pedagogem a žákem, nikoli tedy absence pravidel. Tímto přístupem je možné dosáhnout větší ochoty naslouchat, umět se samostatně rozhodovat a spočívá také ve větší autonomii a samostatnosti dítěte. Neznamená to tedy upuštění od daných hranic, pravidel, ale přístup, který je zaměřen na studenta poskytuje zkušenosti, které jsou nezbytné k sebezpřijetí a celkové změně životního stylu.

Kraus a Hroncová (2007) také uvádí, že přirozeným prostředkem nespecifické prevence ve školním prostředí je **hra**. Hra přispívá ke stimulaci a procesu růstu a zrání. Hra svým jazykem lépe odpovídá úrovni myšlení dětí než verbální, pojmové vyjadřování, které používají dospělí. Hra je zdrojem pozitivních emocí. Prostřednictvím hry je odčerpáván přebytek energie a vyplňována větší část dne, proto sehrává důležitou adaptační úlohu v tělesném a duševním vývoji člověka. Činnost formou hry může také reagovat na aktuální problémy odehrávající se v prostředí třídy.

Primární nespecifickou prevencí je nutné do školského prostředí zahrnout. Škola by měla uskutečňovat aktivity mimo výuku. Těmito aktivitami jsou zájmové kroužky, kluby,

ozdravné pobyty, exkurze, které jsou nezbytnou součástí preventivních opatření. Také pedagogové by měli mít určitou přípravu týkající se preventivní práce, neboť k nejefektivnějším nástrojům patří osobní příklad.

3.2 Zájmové a neformální vzdělávání

Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy (MŠMT) podporuje také zájmové a neformální vzdělávání, které se významnou měrou podílí na prevenci rizikového chování, a to především nabídkou smysluplného naplnění volného času mladé generace bohatou škálou volnočasových aktivit. Jedná se o nespécifickou primární prevenci, jak uvádí ve své Strategii primární prevence rizikového chování (2013).

Zájmové a neformální vzdělávání je nedílnou součástí procesu celoživotního učení.

Zájmové vzdělávání

Zájmové vzdělávání probíhá ve školských zařízeních pro zájmové vzdělávání, kterými jsou školní družiny, školní kluby a střediska volného času. Zájmové vzdělávání je upraveno zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

Dle § 111 tohoto zákona je zájmové vzdělávání definováno jako vzdělávání poskytující účastníkům naplnění volného času zájmovou činností se zaměřením na různé oblasti. Zájmové vzdělávání poskytuje především aktivity, které jsou důležité a nezbytné pro rozvoj osobnosti, zajišťují duševní hygienu, ale plní také různé funkce, a to především výchovnou, vzdělávací, kulturní, preventivní, zdravotní, sociální a svým působením napomáhají k rozvíjení osobnosti, k rozvíjení a upevňování znalostí, schopností, ale také pomáhají rozvíjet talent, navazovat a upevňovat sociální vztahy, které jsou důležité pro vzájemnou interakci a socializaci.

Vyhláška č. 74/2005 Sb., o zájmovém vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů v §2 přímo stanovuje, že školská zařízení pro zájmové vzdělávání budou uskutečňovat formy činností v zájmovém vzdělávání vedoucí k prevenci rizikového chování dětí, žáků, studentů (MŠMT, 2013).

Neformální vzdělávání

Jelikož neformální vzdělávání je uskutečňováno mimo formální vzdělávací systém a jedná se o organizované výchovně vzdělávací aktivity mimo rámec zavedeného oficiálního školského systému, jejich organizátory jsou především různá sdružení a nestátní neziskové organizace, níže bude popsáno jen zájmové vzdělávání, které probíhá ve školských zařízeních.

3.3 Školská zařízení

Jak uvádí MŠMT ve Strategii primární prevence rizikového chování (2013), do školských zařízení jsou přijímáni všichni zájemci, a to bez ohledu na rasový původ, národnost, náboženské vyznání či pohlaví. Zájemci jsou tedy přijímáni na základě rovných příležitostí „Významnou celospolečenskou roli plní též jako zařízení výrazně přispívající k ochraně před šířením sociálně patologických jevů a rizikového chování mezi dětmi a mládeží, kterým umožňují smysluplně využít volný čas. Nezastupitelnou roli mají školská zařízení pro zájmové vzdělávání též při objevování, podchylování a rozvíjení nadání a talentu dětí a mládeže“.

Tyto školská zařízení mají také v souladu se školským zákonem zpracován školní vzdělávací program, jehož prostřednictvím jsou naplňovány vzdělávací cíle, které jsou stanoveny rámcovým vzdělávacím programem (dále RVP). Mezi témata RVP patří především etická, multikulturní či enviromentální výchova.

Střediska volného času (SVČ)

Jedná se o školské zařízení pro zájmové vzdělávání. Základním posláním střediska je podílet se spolu s rodinou a školou na výchově, vzdělávání a formování osobnosti mladého člověka. Svoji činností by středisko mělo vytvářet podmínky a široké nabídky pro účelné využívání volného času dětí a mládeže. Zároveň s tím je činnost střediska neformálním doplňkem školní výuky a dalšího vzdělávání v řadě dalších oblastí vycházejících z osobního zájmu dětí a mladých lidí.

Mezi cílovou skupinu SVČ patří děti a mládež, činnost však může být soustředěna i pro dospělé či seniory. Posláním těchto SVČ je tedy především podpora dovedností,

motivace, získávání a rozvoj odborných kompetencí. Důležitým posláním je především smysluplné využití volného času s pestrou nabídkou volnočasových aktivit, které vedou profesionální odborníci z řad pedagogů.

Činnost střediska se uskutečňuje souhrnem pravidelné, nepravidelné, příležitostné a spontánní činnosti, organizováním pobytových akcí, individuálních prací či poskytováním odborné a metodické pomoci.

Mezi konkrétní činnosti můžeme řadit např. jednodenní i vícedenní akce a činnosti, besedy, přednášky, exkurze, kulturní a sportovní akce, jednodenní i krátkodobé akce, pobyty v přírodě, výlety, poznávací akce, jednorázové kurzy, školení, výstavy, koncerty, divadelní a další kulturní programy, společné akce rodičů s dětmi, příměstské tábory a další různorodé aktivity.

Školní družiny

Školní družiny zajisté plní funkci jako *prevence patologických jevů*, a to především tím, že jsou zde děti vedeny ke smysluplnému trávení volného času. Přicházejí zde do styku s ostatními dětmi, se kterými se učí společně trávit svůj čas, učí se zde spolupráci pomocí různých společných her, společným řešením zadaných úkolů apod.

Školní družiny dle MŠMT jsou školská zařízení, která poskytují zájmové vzdělávání žákům z jedné nebo několika základních škol podle vlastního vzdělávacího programu, který jim umožňuje výrazně se profilovat podle zájmů a potřeb žáků. Školní družina slouží výchově, vzdělávání, rekreační, sportovní a zájmové činnosti žáků v době mimo vyučování.

Školní kluby

Stejně jako výše zmíněná školská zařízení, tyto kluby jsou zřízeny za účelem poskytování vzdělávání žáků. Rozdíl oproti školním družinám je spatřován především v tom, že do klubů docházejí spíše starší žáci a jsou zde uplatňované jiné formy činností. Činnost klubu je určena přednostně pro žáky druhého stupně základní školy, žáky nižšího stupně šestiletého nebo osmiletého gymnázia nebo odpovídajících ročníků osmiletého vzdělávacího programu konzervatoře. Účastníkem může být i žák prvního stupně základní školy, který není přijat k pravidelné denní docházce do družiny (Vyhláška č. 74/2005 Sb., o zájmovém vzdělávání).

4 Resilience a životní styl u adolescentů

„Ať už si myslíš, že něco dokážeš nebo že něco nedokážeš, v obou případech máš pravdu“ (Mourlane, 2013, s. 20).

Definice pojmu resilience se u autorů liší. Konsensus je v tom, že jde o schopnost zvládnout konfrontaci s výrazně nepříznivými okolnostmi. Resilience u dětí se nejprve stejně jako u dospělých hledala v osobním rysu či charakteristice, jako **schopnost účinně se vypořádat se stresem a nepřízní**. Mírou resilience se stal většinou úspěch v dosažení vývojových cílů (Šolcová, 2009).

Faktor resilience jako přesvědčení o vlastní účinnosti bych přiblížila Mourlanem (2013, s. 57), který uvádí, že přesvědčení o vlastní účinnosti patří k nejlépe prozkoumaným lidským vlastnostem v psychologii a to především proto, že psychologický výzkum se zaměřuje hlavně na nemocné, ale my terapeuti víme, že úspěch terapie ve velké míře závisí právě na faktoru resilience. „**Věří osoba, která sedí proti nám, že svůj osud má v rukou a že svým chováním může změnit sebe i věci, které ji obklopují, k lepšímu? Pokud ano, pak je přesvědčená o vlastní účinnosti.**“

V České republice se tématu resilience u dětí a dospívajících zabývá Šolcová (2009), která uvádí, že zpočátku se resilience u dětí hledala jako osobnostní rys či charakteristika, obvykle jako schopnost zvládat stres a nepřízeň. Později došli autoři k názoru, že se jedná o proces, který se může odvíjet od faktorů existujících mimo dítě a fluktuovat v čase. Rozhodující vliv má pozitivní adaptace, kterou lze také vymezit jako splnění dané vývojové úlohy. V tomto případě se o resilienci hovoří jako o „*souhrnném výsledku dynamických procesů vzájemného působení mezi dítětem, rodinou a prostředím v průběhu času*“ (Šolcová, 2009, s. 11).

Resilienci ovlivňuje spousta protektivních faktorů, ať už v rodině, ve škole, mezi vrstevníky. Škola je tedy jeden z hlavních představitelů protektivních faktorů. Škola představuje každodenním mnohahodinovým působením velmi významnou možnost zdroje resilience. Může přispět k pozitivnímu pocitu dítěte, k identitě, sebeúctě, odpovědnosti, pocitu autonomie i sebekontroly.

Podle Coxové (2004) **škola nemůže suplovat rodinu**, ale může ji vhodně doplnit tím, že poskytne:

- ✓ **stabilitu** (pravidel, uspořádání, vztahů),
- ✓ **soudružnost** (společné aktivity, třída, dobrá komunikace mezi dětmi a dospělými, respekt dospělých k dítěti),
- ✓ **stimulující a podporující prostředí**,
- ✓ **dospělé, kteří mají o dítě zájem a poskytnou mu vzor hodný následování**,
- ✓ **sociální kontakty**,
- ✓ **pocit přináležení**,
- ✓ **prostor pro osobní rozvoj** (Šolcová, 2009, s. 42).

Životní styl, jak jsem již uvedla, ovlivňuje největší část determinantů zdraví.

Tento pojem můžeme dle Machové (2009, s. 16) definovat takto: „Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, jež zdraví poškozují.“

Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možností).

Zdravotní stav společnost hodnotí především podle nemocnosti a úmrtnosti.

„Zdraví nejvíce poškozují kouření, nadměrný konzum alkoholu, zneužívání drog, nesprávná výživa, nízká pohybová aktivita, nadměrná psychická zátěž a rizikové sexuální chování“ (Machová, Kubátová, 2009, s. 16).

Výchova ke zdravému životnímu stylu by měla být podporována, jak v rodině, tak ve škole. Proto zde uvádím i jednotlivé projektivní faktory na úrovni rodiny, které přispívají k resilienci dětí.

Protektivní faktory na úrovni rodiny

Různí autoři popsali různé často se prolínající protektivní faktory působící v oblasti rodiny. Pozornost zaměřují i na chudobu, omezený přístup k sociálním zdrojům a na kumulaci akutních i chronických stresujících situací.

Gary a kol. (1983) vyvodili ze studia afro-amerických rodin **deset faktorů, které přispívají k resilienci dětí:**

- silná ekonomická základna (většina rodin ji nesplňovala)
- chuť něčeho dosáhnout,
- adaptabilita,
- spiritualita,
- vazby rodiny na okolní sociální prostředí,
- hrdost na rasový původ,
- respekt a láska,
- schopnost poradit si v náročných situacích,
- jednota v rodině (Šolcová, 2009, s. 36).

Dle Fialové, Krcha (2012) by měla být výchova ke zdravému životnímu stylu orientována na výchovu k úctě k životu a zdraví v žebříčku nejvyšších hodnot. Dále na výchovu k odpovědnosti za vlastní zdraví a k aktivnímu postoji k problémům zdraví. A také na výchovu k získávání co největšího množství informací a předávání a propagaci zdravého životního stylu podle svých možností v rodinách, ve škole, v obci, ve státě.

Přes výchovu adolescentů a jejich resilienci, přístupem ke zdravému životnímu stylu bych ráda zmínila i výsledný vliv jedince nejen k sobě, ale i ke svému okolí a to je jeho způsob chování. Je zřejmé, že některé chování adolescentů není v souladu se zdravím a proto je velmi důležitá sociální opora okolí, aby mohlo dojít k nápravě a nemuselo by dojít k prohloubení sociálně patologických jevů či rizikového chování. V takových případech je potřeba změny chování adolescentů a mít víru, že své chování lze skutečně napravit.

„Mít víru ve vlastní schopnosti je ve všech stádiích změny chování rozhodující. Psychologický výzkum dokazuje, že podporovat lidi, aby si věřili a představovali si, že jsou nebo jednoho dne budou úspěšní, je nutné, chceme-li jim pomoci o změně uvažovat, realizovat ji a nakonec jí trvale dosáhnout“ (Marcus, Forsyth, 2010, s.104).

Za silný mediátor změny chování je považována **sociální opora** (Lewis et al., 2002; Sarason & Sarason, 1985).

4.1 Sociální opora

Sociální opora je poskytována jedinci především prostřednictvím okolí a to, jak od rodiny, přátel, kamarádů, tak i od dalších osob, které na nás pozitivně působí. Jedná se o vědomí vzájemné pomoci a podpory při řešení nepříjemných životních situací. V rodině se jedná o zdroj porozumění a určitou energii, která nás mobilizuje. V povolání se jedná o vyrovnání se se stresovými podmínkami a zvládání náročných situací. Velkou roli zde hrají sociální vazby neboli vztahy, které hrají velkou roli na působení našeho zdraví. Tyto vztahy způsobují naši pohodu, umožňují nám být sociálně začlenění do různých sociálních skupin a přispívají tak k našemu duševnímu zdraví.

Existují různé modely sociálních účinků. Uvádím zde členění sociální podpory do čtyř různých typů podle Marcus a Forsyth (2010) a to instrumentální, informační, emoční a oceňující.

Instrumentální podpora znamená poskytnout jiné osobě něco hmatatelného k podpoření její snahu změnit chování (např.: volná poukázka k návštěvě fitness centra, běžecká obuv jako dárek k narozeninám).

Informační sociální podpora znamená poskytnout relevantní informace, které druhé osobě pomohou změnit chování (např.: informace přítele o blížícím se termínu běhu pro zdraví, rozhovor o nástrojích, které vám pomáhají udržet motivaci).

Emoční podpora znamená dát jiné osobě najevo, že o ni máte zájem, že vás zajímá, jak se pokouší změnit své chování (např.: emoční podporu poskytnete, když zavoláte kamarádovi nebo příbuznému a zeptáte se ho, jak se mu daří být pohybově aktivní 20 minut denně).

Oceňující sociální podpora vyjadřuje podporu jiné osoby, která se učí nové dovednosti (např.: nabídnutí jí nezbytné korekce vedoucí k lepšímu výsledku – cvičitelka aerobiku takto podporuje účastnice kurzu, když jim říká, jak se zlepšily během posledních týdnů). Uvedené příklady ilustrují různé způsoby poskytnutí sociální podpory členy rodiny, přáteli, spolupracovníky, instruktory nebo lidmi, kteří se pohybových aktivit účastní s vámi (USDHHS, 1996).

4.2 Zvládání stresu z pohledu resilience

Škola se zabývá nejen prevencí a podporou zdraví, ale ve škole se také vyskytují rizika, která mohou souviset i s nepřiměřenou zátěží nejrůznějšího druhu, např. ve stresových situacích. Ani pro definici stresu neexistuje jednotné vyjádření. Stresem se zabývá mnoho vědců, a každý se snaží tento pojem co nejpřesněji definovat.

Použiji zde definici stresu Křivohlavého (2003 s. 170-171), který ke stresu uvádí následující: „Pro definici stresové situace je podstatný poměr mezi mírou (intenzitou, velikostí, tlakem apod.) stresogenní situace (stresoru či stresorů) a „silou“ (schopnostmi, možnostmi apod.) danou situaci zvládnout. O stresové situaci (o stresu) hovoříme jen v tom případě, že míra intenzity stresogenní situace je vyšší než schopnost či možnost daného člověka tuto situaci zvládnout. Obecně jde o tzv. nadlimitní – nadhraniční zátěž. Ta vede k vnitřnímu napětí (strein) a ke kritickému narušení rovnováhy (homeostázy) organismu.“

Takto nadměrně zatěžující události způsobují újmy na organismu člověka, jako tkáňové poškození, dochází k vysoké aktivaci adrenokortikálních funkcí a psychosomatickým poruchám (Hartl, Hartlová, 2009, s. 568). Pokud míra stresu převyšuje psychickou pohodu, může se objevit psychosomatická porucha.

Dnes rozlišujeme stres nejen jako nepříjemný, ale dokonce se setkáme i se stresem, který označujeme jako příjemný stres. Terminologie označuje oba druhy speciálními pojmy. Příjemný stres je označován jako eustres, tzn. příjemný druh stresu. A naopak rozlišujeme i pojem distres, kterému mohou být děti ve škole i v rodině vystavovány. „Distres. Termínem distres se dnes obvykle vyjadřuje situace subjektivně prožívaného ohrožení dané osoby s jeho průvodními, často výrazně negativními emocionálními příznaky. Při distresu je danou osobou subjektivně vnímáno a výrazně negativně hodnoceno její osobní ohrožení v poměru k možnostem zvládnutí situace“ (Křivohlavý, 2009, s. 171).

Označení distres tedy znamená nepříjemný druh stresu, negativně prožívaný stres. Takto negativní stres způsobuje obtížné přizpůsobení organismu na závažné změny, které mohou uškodit i na zdraví.

Interakce, v níž vznikla optimální zátěž, je naopak nezbytnou obecnou podmínkou celkového zdravého vývoje a rozvoje jedince. To je zvlášť významné, když jde o jedince ve

vývoji, o dítě nebo dospívajícího. Jinak je tomu v interakci, kde je porušena rovnováha převahou jednoho z pólů. V obou krajních případech dochází k zátěži nepřiměřené, která je ve svých důsledcích riziková, neboť vede ke stresu (Havlíková, 2006, s. 57).

Coping se zabývá zvládáním zátěže a stresu. Teorii copingu vytvořil Lazarus, kdy hodnocení situace rozlišil na primární hodnocení a sekundární hodnocení. U primárního hodnocení si člověk klade otázku co se děje a o co člověk může přijít. U sekundárního hodnocení se ptá, co může udělat, jaké má strategie ke zvládnutí stresu. Chápeme tím, jaké má člověk možnosti ke zvládnutí dané situace, vyrovnání se s danou situací. Na otázku sekundárního hodnocení „...navozuje proces zvládnutí, který je definován jako úsilí, orientované jak na činnost, tak intrapsychicky, zvládnout (tj. ovládnout, tolerovat, snížit či minimalizovat) vnější i vnitřní nároky a konflikty, které hraničí nebo překračují osobní zdroje“ (Hladký, 1993, s. 46). Každý jedinec se musí snažit snižovat své úzkosti a distresové stavy při zvládnutí zátěžových situací. Prostřednictvím copingu dochází ke zmírnění vnímání důsledků zátěže a dochází k dobrému zvládnutí zátěžových situací. Jedná se o určité úsilí, zaměřené na fyzickou a psychickou činnost.

Coping zahrnuje účelné, logické, rozumné vyrovnání se s psychickou zátěží a vyrovnání se z úzkostí a naučení se zdolávat různé překážky. Coping zapříčiní adaptabilitu jedince podmínkám prostředí.

Četné nejistoty a obavy v dospívání mohou souviset s tělesným vývojem, s výraznými změnami v oblasti somatické. Tělesné proměny, spolu s vývojem sekundárních pohlavních znaků, znamenají pro adolescenta náročnou situaci z hlediska adaptace - kritika či negativní hodnocení sociálního okolí mohou mít negativní dopad na sebehodnocení dospívajícího (Michalčáková, 2007).

4.3 Pohybová aktivita

Sportování navozuje dobrou náladu a pomáhá oprošťovat nakumulovaný stres z organismu. O antidepresivním a trankvilizačním cvičení píše Slepíčka a kol. Při sportu upozorovali pozitivní faktory jako lepší prokysličení mozku, oxygenaci CNS, vzestup endogenních opiátů (endorfinů), „pyrogen efekt“ nebo-li prohřátí organismu. Dochází ke

zlepšování nálad a odbourávání napětí, deprese, zlosti, únavě, zmatenosti (Slepička a kol., 2009, s. 73).

Každý jedinec má individuální postoj a motivaci ke sportu, kterou záměrně zkoumám v empirické části této práce. Určitou roli hraje citový a rozumový postoj ke sportu.

Sport, jako jedinečný způsob odbourávání stresu, pomáhá k odbourávání škodlivin z těla. Pohybová aktivita slouží jako prevence ke vzniku civilizačních nemocí jako jsou zvýšený krevní tlak, cukrovka, kardiovaskulární problém. Negativní emoční napětí se vlivem sportu také odbourává. Sport je zapotřebí chápat jako nástroj k relaxaci a regeneraci těla. Aktivní život vytváří určitou harmonii v životě člověka a pozitivně působí na udržování psychické hygieny.

Vliv sportu u adolescentů

Sportovní aktivita má důležitý vliv na stránku psychickou i sociální. Pohybová zdatnost je jedna z hlavních složek sebepojetí a sebevědomí, převážně u chlapců. Střední školní věk je vhodný k pohybové soutěživosti, jelikož v tomto věku se zvyšuje hodnota tělesné zdatnosti. Pozitivní vliv je zapojení se do kolektivu dětí. V tomto období trpí některé děti pocitem méněcennosti, zejména od věku devíti let. Často děti, kteří bývají v těchto pohybových soutěžích poslední, velmi trpí a své neúspěchy na hřišti snáší hůře než neúspěchy ve škole (Kukla, 2004).

V dnešní době vysokých výkonů profesionálních sportovců je rozdíl mezi „ideálem“ a lehkou neobratností mnohem větší (Matějček, 1994 in Kukla, 2004). V tomto věku děti hůře snášejí omezení pohybu a účasti na společenském dění ve vrstevnické skupině. Nepodceňujme tedy ani lehké pohybové nedokonalosti dítěte, neboť se jedná o utváření vlastní identity – vlastního já – dítěte, proto má velký význam při utváření osobnosti i do budoucna (Kukla, 2004).

Profesor Matějček doporučuje zaměřit se již v prvních letech školní docházky na dovednosti, které by dítě mělo zvládnout do deseti let. Jedná se například o jízdu na kole, plavání, lyžování či bruslení. Tyto pohybové aktivity jsou dětmi kladně ceněny. Při výběru zájmové činnosti je vhodné zaměřit se také na osobu vedoucího či trenéra, který pro dítě tvoří vzor chování.

Sport by měl naplňovat tři základní poslání:

1. naučit dítě koordinaci pohybu
2. posílit harmonický růst a vývoj
3. zapojovat jednotlivé orgány a ovlivňovat aktivní zdraví (Kučera, 1990 in Kukla, 2004).

Jak nedostatek pohybové aktivity, tak nadměrná fyzická zátěž a přetěžování organismu nepříznivě ovlivňuje zdraví dětí i dospělých. Při snížené fyzické aktivitě dochází ke snížení funkčních rezerv organismu, reakce oslabují, což zapříčiňuje nedostatečný pohyb ve škole i doma. Naopak přílišná pohybová aktivita posiluje svalový systém a slouží k prevenci vadného držení těla, jelikož výskyt vadného držení těla je spojen s nedostatečnou pohybovou aktivitou. Fyzicky neaktivní děti mají horší průběh dozrávání kostní tkáně (Kukla, 2014).

Výběr sportu

Při výběru sportu by rodiče neměli zapomínat na šikovnost dítěte, na jeho talent, příli, ochotu se učit a brát ohled i na vlastní zájem dítěte a jeho tělesnou konstituci. Intenzita sportovní aktivity by se měla postupně zvyšovat v průběhu 10-14 dní.

Benefity pohybové aktivity:

- Redukce rizika srdečního onemocnění, vysokého krevního tlaku a cukrovky
- Redukce rizika rakoviny tlustého střeva
- Zdravé a silné kosti
- Menší riziko chřipky a nachlazení
- Lepší kontrola hmotnosti
- Nižší úroveň úzkostnosti a deprese
- Vyšší sebevědomí (Marcus, Forsyth, 2010, s.19-20)

4.4 Zdravá výživa

Ke zvýšení odolnosti, jak psychické, tak fyzické, přispívá zdravá racionální výživa. Správná výživa důležitě přispívá k získání potřebné energie. Složky potřebné pro odolnost jsou bílkoviny, minerály, cukry přírodní, voda. Mezi přírodní cukry patří cukry obsažené v ovoci a zelenině, v medu. Průmyslově vyrobený cukr neodpovídá potřebám organismu, takový cukr ztrácí technologickým zpracováním živé enzymy. Voda, jediná životně důležitá a dostupná přírodní látka, je důležitá pro přežití. Potraviny musí být bohaté dle skladby racionální výživy (Paulík, 2010, s. 19).

Z vlastní profesní praxe mám zkušenost, že v dnešní uspěchané době plné stresu, tlaků a shonu ze všech stran, lidé často řeší svoji životosprávu a bohužel i životosprávu dětí rychlým občerstvením, polotovary, nevyváženou skladbou jídel během dne, což se zásadně projevuje, jak na energii jedince, tak na zdraví, jak fyzickém, tak i psychickém. Lidé dnes ve většině případů nemají rovnováhu mezi příjmem potravin a fyzickou aktivitou. Je více než třeba nalézat tuto rovnováhu, aby jsme se mohli těšit celkovému zdraví.

Rovnováhu nelezeme tak, že energie získávaná z přijímaných potravin nebude převyšovat množství energie vydávané. Další klíč k úspěchu je právě fyzická aktivita, která má trvat 30 minut denně po většinu dní v týdnu, pokud však nepotřebujeme hmotnost snižovat. V tomto případě je potřeba prodloužit pohybovou aktivitu na 90 minut denně u dospělého člověka. Tato intenzita fyzické aktivity se týká i dětí a dospívajících. U mládeže se jedná o každodenní hodinovou intenzivní fyzickou aktivitu (Komprda, 2009).

Životospráva sportujícího dítěte

Strava sportujících dětí by měla být především pestrá, dostatečně energeticky vyvážená, zvláště by měl být zajištěn dostatečný přísun železa a vápníku. Doporučuje se vhodná racionální strava s dostatkem, až nadmírou vitamínů a biogenních prvků. Různé poruchy ve výživě násobí nepříznivé dopady u výkonnostně sportující mládeže. A v neposlední řadě je významné udržovat rovnováhu psychického stavu dítěte. Přičemž výkonnostní sport přináší psychickou zátěž, např. nutnost vyhrát může vyvolávat úzkost

a způsobovat stres. Z uvedených důvodů je třeba zajistit dětem i vhodnou relaxaci a dostatek kvalitního spánku (Kukla, 2004).

Téma výživy je velmi rozsáhlé se spoustou výživových doporučení a rad vhodného vyváženého jídelníčku a pitného režimu. Do problematiky zdravé výživy dětí se dnes zabředávat nebudu, jelikož v mé bakalářské práci je stěžejní fyzická aktivita adolescentů a rizikové faktory ovlivňující zdraví, kterým se věnuji v následující kapitole.

4.5 Syndrom rizikového chování v adolescenci

Kabíček (2010) uvádí, že rizikové chování je dnes rozhodujícím faktorem morbidity a mortality dospívající populace ve všech rozvinutých zemích. V oblasti abúzu návykových látek je zvláště patrný negativní vliv na zdraví a vývoj dospívajícího. Prevence je v ČR realizována především ve školním prostředí. Teprve nedávno byl u nás uveřejněn manuál individuálních pohovorů s dospívajícím jako forma preventivního poradenství v oblasti návykových látek poskytovaná lékařem (Pediatrye pro praxi, 2010).

V této souvislosti WHO stanovila adolescenty jako samostatnou rizikovou populační skupinu a zdraví dorostu je definováno kromě jiného jako nepřítomnost rizikového – problémového chování (Hroncová, 2014, s. 209).

Uvedený výrok *nepřítomnost rizikového – problémového chování* však v této souvislosti s dospívajícími doposud v terminologii nepředstavuje jednoznačnost.

Rizikové chování je podle Hamanové a Hellerové (2000) **chování, které může přímo nebo nepřímo ohrozit prospěch, zdraví, ale i celý další život mladých lidí.** Hamanová a Kabíček (2001) uvádějí, že až 60 % jedinců se během dospívání zapojí alespoň do jedné z forem rizikového chování (Hroncová, 2014, s. 2010).

Podle Vágnerové (2010, s. 354) „resilience vyjadřuje skutečnost, že určitý jedinec má dost fyzické i psychické síly a dostatečné sociální dovednosti, aby se mohl úspěšně vyrovnat s nejrůznějšími problémy a ještě dokázal takto získané zkušenosti využít ve svůj prospěch“.

Většina autorů se však shoduje na třech hlavních oblastech rizikového chování:

1. Abúzus návykových látek – počínaje nikotinem přes alkohol, kanabinoidea ilegální drogy
2. Negativní jevy v oblasti psychosociální – poruchy chování a projevy sociální maladaptace (krutost ke slabším, ničení majetku, krádeže, lhaní, školní selhávání, záškoláctví, útěky, agrese, autoagrese a suicidální chování, delikvence a kriminalita, charakteristická je častá psychiatrická komorbidita
3. Poruchy reprodukčního zdraví – předčasný pohlavní život a s ním ve zvýšené míře spojené střídání partnerů a pohlavně přenosné infekce, časná a nechtěná těhotenství (Hroncová, 2014, s. 210).

Uvedené projevy se většinou u dospívajících kombinují, ovlivňují vzájemně svůj vznik, dynamiku a závažnost těchto projevů. Do značné míry mají společné nebo podobné příčiny – společné rizikové i protektivní faktory.

V novější literatuře se v této souvislosti ustálil pojem „**syndrom rizikového chování v dospívání**“ (SRCH-D), akcentující souvislost s tímto specifickým vývojovým obdobím (Hroncová, 2014, s. 210).

Bonino, Cattelino a Ciairano (2005) vyčerpávajícím způsobem vysvětlují mechanismy chování a jednání, které umožňují překlenout nesnadné období dospívání:

- **Chovat se jako dospělý** – snaha o začlenění do světa dospělých mnohdy souvisí s předčasným jednáním, které je v dospělosti považováno za normální,
- **Dosažení autonomie/identity** – rizikové chování může být demonstrací, že je adolescent schopen činit rozhodnutí nezávisle na názorech rodičů a jiných dospělých,
- **Identifikace a diferenciac** – sebeakceptace a odlišení se od dospělých, především od rodičů (např. porušováním norem, nošení excentrického oblečení, nekonvenční ideje),
- **Sebepotvrzení a experimentování** – kognitivní a sexuální vývoj jedince přináší nové a odlišné fyzické, psychologické a sociální možnosti (testování „nových“ možností spojených s nebezpečnými a fyzicky náročnými aktivitami),

- **Překračování limitů** – nezbytná separace od nukleární rodiny spojená s dosažením identity, deklarování autonomie a nezávislosti, schopnosti činit vlastní rozhodnutí a volit životní styl,
- **Vyhledávání nových zážitků** – potřeba experimentování a objevování fyzických vjemů a prožívat nové, doposud neznámé emoce (např. užívání psychoaktivních substancí, sexuální chování, riskantní chování),
- **Vnímání vlastní kontroly** – potřeba upřednostnit kontrolu vlastních skutků před kontrolou dospělých vede adolescenty k riskantním aktivitám, demonstrace vlastní zodpovědnosti a kontroly nad situací (experimenty se stravovacím chováním, s rizikem obecně),
- **Zvládání a únik** – užívání marihuany a jiných drog, abusus alkoholu, experiment s potravním chováním představují dopingové strategie při zvládnutí neúspěchu vyhovět požadavkům rodiny, školy nebo siccálního okolí,
- **Komunikace** – potřeba komunikovat s vrstevníky, rizikového chování povzbuzuje komunikaci, navozuje atmosféru otevřenosti a relaxace, pocitu dobré pohody,
- **Sdílení jednání a emocí** – potřeba vyjádření identity se skupinou, ke které adolescent patří nebo patřit chce (např. užívání psychoaktivních substancí a nebezpečné chování),
- **Sdílený rituál** – rizikového chování spojuje adolescenty s vrstevníky ritualizovaným chováním (sdílení cigarety, „jointa“, alkoholu, skupinové agresivní chování nebo sexuální chování),
- **Napodobování** – nápodoba rizikového chování ve vrstevnické skupině spojená s iluzí kontroly vystavuje adolescenty nebezpečným situacím, které nejsou schopni kontrolovat,
- **Zkoumání reakcí a limitů** – jednání a chování testuje reakce dospělých, rodičů nebo učitelů při překročení pravidel a konvencí (např. poruchy příjmu potravy, užívání drog, přestupky, nekonvenční oblékání),
- **Diferenciace a opozice** – hledání jiných modelů, než jaké představují rodiče a dospělí obecně, revolta proti rodičovskému modelu (Hroncová, 2014, s. 210-2012).

Z uvedeného je patrné, že nelze ztotožňovat uvedené projevy chování s delikventním chováním či sociální patologií. Termín sociálně patologické jevy je jednak stigmatizující, normativně laděný a klade příliš velký důraz na skupinovou/společenskou normu (Miovský et al., 2010). Nutno zdůraznit, že většina adolescentů nemá v tomto specifickém vývojovém období závažnější potíže, přechod od adolescence do dospělosti zpravidla proběhne bez závažnějšího ohrožení zdraví nebo duševní pohody (Hroncová, 2014, s. 212).

Dle Kabíčka a kol. (2014), by se rodiče neměli k dítěti chovat autoritativně, spíše musí v komunikaci s ním přejít do postoje vyjednávání. Měli by své děti chválit a oceňovat, protože v této vývojové etapě je to obzvlášť nutné pro vybudování zdravé identity dítěte. Oba rodiče se musí v této, také pro ně náročné fázi života vzájemně podporovat a povzbuzovat.

Faktory v rodině, podílející se na vzniku syndromu rizikového chování v dospívání (SRCH-D)

Rizikové faktory:

- nedostatečná komunikace v rodině,
- dysfunkční rodina,
- rodiče příliš autoritativní nebo nadměrně benevolentní
- významná ztráta člena rodiny (včetně rozvodu rodičů či zavržení dítěte rodičem)
- zanedbávání a zneužívání dětí
- mizení širších rodinných vazeb.

Ochranné faktory:

- dobré vztahy v rodině, otevřená komunikace
- neautoritativní podpora dospívajících a jeho přijetí takového, jaký je,
- nepřítomnost rozporu mezi hodnotami rodiny a vrstevníků,
- duchovní orientace v rodině (Kabíček a kol., 2014, s. 224).

5 Analýza vybraných faktorů životního stylu u žáků 2. stupně ZŠ

5.1 Cíl výzkumu, formulace hypotéz

Zdravý životní styl hraje důležitou roli v celkové kvalitě života adolescenta. V současné době je rozlišováno několik modelů, které vysvětlují vztahy mezi zdravím dospělého jedince a jeho chováním v dětství a dospívání. Podle Blaira et al. (1989) existují tři cesty jimiž pohybová aktivita v dětství zlepšuje zdraví dospělého.

1. Pohybová aktivita dítěte a dospívajícího zlepšuje jeho zdraví, což může být prospěšné pro zdraví dospělého.

2. Pohybově aktivní způsob života v mládí přináší přímé zdravotní benefity v pozdějším věku.

3. Pohybově aktivní dítě a dospívající se stává pohybově aktivním dospělým, který má nižší riziko nemoci, než dospělý s pohybovou nedostatečností.

Pohyb významně ovlivňuje stav mozku, umožňuje nám vnímat a poznávat okolní svět. V pohybu se utváří lidské myšlenky, city, emoce, fantazie, obohacuje se představivost, zvyšuje se koncentrace pozornosti a cvičí se paměť. Prostřednictvím pohybu získáváme nové kontakty a interakce, umožňuje nám komunikovat, navazovat a rozvíjet vztahy (Szabová, 2001).

Předmětem zkoumání jsou vybrané faktory životního stylu adolescentů na 2. stupni ZŠ. Cílem výzkumného šetření je analýza faktorů životního stylu ve vztahu k rizikovému chování v adolescenci. Dílčími cíli je posouzení kvality pohybové aktivity a inaktivity, zjištění motivace k pohybové aktivitě adolescentů. Dále ověření vztahu psychické odolnosti (CSOC) a v závažnosti projevu SRCH-D. Shodně s prostudovanou literaturou a cílem práce **byly stanoveny následující hypotézy:**

H1: Předpokládáme, že existují rozdíly v preferenci pohybových aktivit mezi chlapci a dívkami.

H2: Předpokládáme, že existují rozdíly v preferenci pohybových aktivit mezi žáky sportovní třídy a běžnou školní třídou.

H3: Předpokládáme, že existují rozdíly v motivaci k pohybové aktivitě mezi chlapci a dívkami.

H4: Předpokládáme, že existují rozdíly v motivaci k pohybové aktivitě mezi žáky sportovní třídy a běžnou školní třídou.

H5: Předpokládáme, že mezi nejzávažnější projevy SRCH-D patří experiment s látkovými závislostmi.

H6: Předpokládáme, že vyšší hodnoty psychické odolnosti (CSOC) souvisejí s méně závažnými projevy SRCH-D.

5.2 Výzkumný soubor a procedura

Výzkumné šetření bylo realizováno na vybraných základních školách na Náchodsku. Konkrétně na Základní škole Náchod – Plhov se sportovním zaměřením, dále na Základní škole T.G. Masaryka v Náchodě a na Základní škole v České Skalici. Jelikož se práce zabývá adolescenty na 2. stupni základních škol, byly na těchto základních školách vyhledány děti ve věku od 12 - 15 let. Jednalo se o soubor čtyř tříd od 7. do 9. třídy, konkrétně se jednalo o 7.A, 7.B, 9.A a 7.B s rozšířenou tělesnou výukou (5 hodin týdně). Průměrný věk žáků byl 13 let. Výzkumné šetření proběhlo ve čtyřech třídách a celkem se zúčastnilo 89 dětí, z toho 48 dívek a 41 chlapců. Dětem byly rozdány tři dotazníky k vyplnění a jejich záznam odpovědí trval jednu vyučovací hodinu. Sběr dat proběhl v období měsíců únor a březen 2015 s mým dohledem a dohledem školního pedagoga.

5.3 Popis metod

Pro analýzu vybraných faktorů životního stylu byla zvolená dotazníková baterie složená z dotazníku vlastní konstrukce a dětské verze SOC (The Children Sense of Coherence Scale) – tj. dětská verze dotazníku SOC, měřící smysl pro soudržnost. Dále dotazník pohybové aktivity a inaktivity, vytvořený Centrem kinantropologického výzkumu (CKV) a dotazník zjišťující závažnost projevů rizikového chování v adolescenci.

5.3.1 Dotazník CSOC (The Children Sense of Coherence Scale)

Dětskou orientační škálu (dětskou verzi dotazníku SOC) zkonstruovala v roce 1994 psycholožka M. Margalitová a její kolegové z Univerzity v Tel Avivu v Izraeli. Český překlad škály ve stejném roce provedl profesor J. Křivohlavý. Později, v roce 1997, realizoval B. Koukola orientační průzkum na naší dětské populaci.

Dotazník CSOC (příloha C) je rozdělen na tři subškály. První z nich je tzv. **smysl pro porozumění - srozumitelnost** (CO, sense of comprehensibility) a představuje chápání podnětů z okolí v širokém slova smyslu. Druhou subškálou je **zvládnutelnost** (MA, sense of manageability). Zahrnuje pocity kontroly, důvěry a sebejistoty, že to „zvládnou“, že „na to stačím“. Třetí subškála, **smysluplnost** (ME, sense of meaningfulness) je charakterizována jako radost ze smysluplnosti, zájem o činnosti, život a dění v něm. Administrace je jednoduchá, dotazník lze použít individuálně nebo skupinově. Dotazník CSOC se používá u těch dětí, které umí číst, nejlépe od druhé třídy. Vysoké skóre CSOC znamená silný smysl pro spojitost, pro chápání světa jako smysluplného celku. Dítě, které dosáhlo v dotazníku vyšší hodnoty celkového skóre, má velmi dobré – vysoké kognitivní i emocionální osobnostní komponenty k chápání okolního světa i vlastního života v něm. Takové skóre je ukazatelem nezdolnosti (odolnosti) dítěte vůči zátěži (Koukola, 1999).

5.3.2 Dotazník pohybové aktivity a inaktivity

Dotazník pohybové aktivity a inaktivity (příloha B) byl převzat ze studie Institutu aktivního životního stylu – Centra kinantropologického výzkumu (CKV), jež se zabývá výzkumem pohybové aktivity a inaktivity ve vztahu k celkovému životnímu stylu a zdraví obyvatelstva České republiky. Dotazník obsahuje 2 části. První část obsahuje různé druhy pohybových aktivit, jako např. fotbal, tanec, domácí práce, míčové hry, tenis atd. Respondenti zde musí uvést pravidelnost této pohybové aktivity na škále od 1 do 4. Druhá část se zaměřuje na pohybovou inaktivitu. Podobně jako v první části dotazníku jsou zde uvedené různé druhy pohybových inaktivit (např. sezení a ležení u PC a televize) a úkolem je na škále uvést, jak často respondenti tyto činnosti provozují.

5.3.3 Dotazník rizikového chování v adolescenci

Dotazník vlastní konstrukce mapuje standardně uznávané projevy chování v adolescenci, obsahuje deset oblastí, které jsou v současnosti považovány za součást SRCH-D. Jedná se o záškoláctví, sexuální rizikové chování, poruchy příjmu potravy a sebepoškozování, experimentování s látkovými závislostmi, drobná kriminalita, agresivní chování, rizikové sporty, rizikové chování na internetu a sázení, nelátkové závislosti, rizikový životní styl a adherence k životnímu stylu (přílohy A). Součástí dotazníku je také tzv. adherence ke zdravému životnímu stylu.

5.4 Výsledky a diskuse

5.4.1 Analýza pohybové aktivity u žáků 2. stupně na Náchodsku.

Analýza pohybové aktivity z dotazníku zjišťuje distribuci pohybové aktivity a inaktivity. Na škále v dotazníku respondenti uvedli preferenci jednotlivých pohybových aktivit. Zjištěné údaje u celkového souboru dětí vyjadřuje tabulka č. 1, u dívek se jedná o tabulku č. 2 a výsledné hodnoty u souboru chlapců jsou uvedeny v tabulce č. 3. Všechny tabulky jsou uvedeny sestupně, od nejnižší hodnoty a představují průměrný stupeň pohybové aktivity a inaktivity. V dotazníku respondenti měli možnost doplnit další pohybové aktivity nebo inaktivity dle vlastního uvážení, tuto možnost využilo 19 žáků, z toho 7 dívek a 12 chlapců. Dívky i chlapci uvedli oblíbenou míčovou hru korfbal. Další uvedené činnosti byly: hra na klavír, malování, čtení, mytí nádobí a vaření, které nepatří mezi pohybové aktivity.

Podle tabulky 1 se děti nejvíce věnují jízdě na kole, včetně turistiky (3,16), jízdě na skateboardu, koloběžce či kolečkových bruslích (2,75), a chůzi s turistikou (2,72). Mezi další nejčastější pohybové aktivity dětí patří kondiční cvičení a posilování (2,56), a posilování (2,54). Naopak nejméně provozovanou činností u celkového souboru dětí je klasický tanec (1,57), a lyžování s během (1,79). Domnívám se, že jízda na kole a kolečkových bruslích je uvedena na prvních příčkách tabulky z důvodu existence dvou blízkých cyklostezek v Náchodě. Jedna cyklostezka vede z Náchoda až do Polska a druhá cyklostezka vede z Náchoda do Pekla, část Nového Města nad Metují. Tyto cyklostezky jsou hojně využívány ve volném čase nejen dětmi, ale i rodiči při společných aktivitách o víkendu.

Tabulka 1: Pohybové aktivity – celkový soubor (n=89)

Pohybová aktivita	Celkem
Klasický tanec	1,57
Lyžování - běh	1,79
Základní a sportovní gymnastika	1,83
Baseball a další páčkové hry	1,88
Cvičení s hudbou (aerobic, fitness apod.)	2,02
Floorbal, hokej, hokejbal apod.	2,03
Fotbal, nohejbal	2,24
Bruslení a lední hokej	2,29
Lyžování sjezdové	2,33
Raketové hry: tenis, stolní tenis, badminton apod.	2,44
Běh, jogging	2,45
Plavání	2,48
Domácí práce vyžadující pohyb (zahrada, štípání dříví aj.)	2,48
Korfbal	2,50
Posilování	2,54
Kondiční cvičení a posilování	2,56
Chůze a turistika	2,72
Skateboard, koloběžka, kolečkové brusle	2,75
Jízda na kole, včetně turistiky	3,16

Z tabulky 2, vyjadřující pravidelnost pohybových inaktivit dětí vyplývá, že jsou děti nejméně pohybově aktivní ve škole (3,15), kde tráví nejvíce času. Mezi další pravidelné pohybové inaktivity patří sezení, případně ležení u počítače, tabletu, mobilního telefonu (2,76), a sezení v dopravních prostředcích (2,6). Vzhledem k věku respondentů není překvapující, že nejfrektovanější inaktivitou dětí je sezení ve škole a dále právě používání mobilních telefonů, tabletu a PC, jelikož dnes drtivá většina adolescentů vlastní svůj mobilní telefon a v průběhu dne jsou děti tzv. on-line.

Tabulka 2: Pohybová inaktivita – celkový soubor (n=89)

Pohybová inaktivita	Celkem
Sezení, případně ležení u televize	2,34
Sezení v dopravních prostředcích	2,60
Sezení, příp. ležení u počítače, tabletu, mobilního telefonu	2,76
Sezení ve škole	3,15

Tabulka 3 uvádí pravidelnost konkrétních pohybových aktivit u dívek. Mezi nejčastěji prováděné pohybové aktivity patří jízda na kole, včetně turistiky (3,23), chůze a turistika (2,81) a skateboard, koloběžka s kolečkovými bruslemi (2,69). Naopak nejméně se dívky věnují klasickému tanci (1,67), baseballu a pálkovým hrám (1,69) a základní a sportovní gymnastice (1,75). Dívky uvádějí jízdu na kole a kolečkových bruslích jako nejčastější aktivitu ve volném čase, což vyplývá z jejich povahy, že jsou i rodiči v této oblasti více vychovávány. Oproti tomu chlapci preferují chůzi a turistiku, raketové hry a fotbal s nohejbalem.

Tabulka 3: Pohybové aktivity – dívky (n=48)

Pohybová aktivita	Dívky
Klasický tanec	1,67
Baseball a další pálkové hry	1,69
Základní a sportovní gymnastika	1,75
Lyžování - běh	1,75
Fotbal, nohejbal	1,94
Floorbal, hokej, hokejbal apod.	2,06
Lyžování sjezdové	2,27
Raketové hry: tenis, stolní tenis, badminton apod.	2,29
Cvičení s hudbou (aerobic, fitness apod.)	2,31
Bruslení a lední hokej	2,42
Posilování	2,44
Domácí práce vyžadující pohyb (zahrada, štípání dříví aj.)	2,44
Běh, jogging	2,46
Korfbal	2,47
Plavání	2,48
Kondiční cvičení a posilování	2,56
Skateboard, koloběžka, kolečkové brusle	2,69
Chůze a turistika	2,81
Jízda na kole, včetně turistiky	3,23

V tabulce 4 nalezneme informace o pravidelnosti pohybových inaktivit dívek. Na základě zjištěných údajů patří mezi nejvíce provozované pohybové inaktivity sezení ve škole (3,38), dále sezení příp. ležení u počítače, tabletu, mobilního telefonu (2,83), a sezení v dopravních prostředcích (2,63). V uvedené tabulce se dívky nejméně věnují sezení (ležení) u televize (2,38). Tato inaktivita dívek je shodná s inaktivitou chlapců.

Tabulka 4: Pohybová inaktivita – dívky (n=48)

Pohybová inaktivita	Dívky
Sezení, případně ležení u televize	2,38
Sezení v dopravních prostředcích	2,63
Sezení, příp. ležení u počítače, tabletu, mobilního telefonu	2,83
Sezení ve škole	3,38

Tabulka 5 charakterizuje pořadí pohybových aktivit prováděných chlapci. Z celkového počtu 41 chlapců většina provozuje na první příčce dvě aktivity shodně a to chůzi a turistiku (2,61) spolu s raketovou hrou (2,61). Na druhé pozici se umístil fotbal, nohejbal (2,59), dále kondiční cvičení a posilování (2,56) a poprvé se nám zde objevuje uvedená oblíbená míčová hra korfbal (2,54). Chlapci nejméně realizují pohybové aktivity jako je klasický tanec (1,46), cvičení s hudbou (1,68) a lyžování, běh (1,83). Klasický tanec a cvičení s hudbou (aerobic, zumba, fitness apod.) nepaří mezi oblíbené pohybové aktivity chlapců, protože zaujímají poslední příčky v tabulce.

Tabulka 5: Pohybová aktivita – chlapci (n=41)

Pohybová aktivita	Chlapci
Klasický tanec	1,46
Cvičení s hudbou (aerobic, fitness apod.)	1,68
Lyžování – běh	1,83
Základní a sportovní gymnastika	1,93
Floorbal, hokej, hokejbal apod.	2,00
Baseball a další pálkové hry	2,10
Bruslení a lední hokej	2,15
Sezení, případně ležení u televize	2,29
Lyžování sjezdové	2,39
Běh, jogging	2,44
Plavání	2,49
Domácí práce vyžadující pohyb (zahrada, štípaní dříví aj.)	2,54
Korfbal	2,54
Kondiční cvičení a posilování	2,56
Fotbal, nohejbal	2,59
Raketové hry: tenis, stolní tenis, badminton apod.	2,61
Chůze a turistika	2,61

Pravidelnost pohybových inaktivit u chlapců (tabulka 6) byla vyhodnocena v pořadí – sezení ve škole (2,88), sezení případně ležení u počítače, tabletu, mobilního telefonu (2,68) a sezení v dopravních prostředcích (2,56). Chlapci preferují stejně jako u děvčat sezení u počítače, tabletu a mobilního telefonu oproti sezení, případně ležení u televize. Důvodem proč se této aktivitě věnují častěji je záliba v hraní počítačových her a chatování.

Tabulka 6: Pohybová inaktivita – chlapci (n=41)

Pohybová inaktivita	Chlapci
Sezení, případně ležení u televize	2,29
Sezení v dopravních prostředcích	2,56
Sezení, příp. ležení u počítače, tabletu, mobilního telefonu	2,68
Sezení ve škole	2,88

Následující tabulka 7 uvádí preference pohybových aktivit u sportovní třídy na Základní škole v Náchodě – Plhov. Z vyhodnocení je zřejmé, že žáci s rozšířenou tělesnou výukou na 5 hodin týdně mají nejoblíbenější pohybovou aktivitu míčovou hru korfbal (3,21), dále fotbal, nohejbal (3,11) a kondiční cvičení s posilováním (3,05). Domnívám se, že preference míčových her je právě z důvodu využívání sportovního areálu při ZŠ.

Tabulka 7: Pohybová aktivita – sportovní třída (n=19)

Pohybová aktivita	Sportovní třída
Klasický tanec	1,63
Cvičení s hudbou (aerobic, fitness apod.)	2,00
Základní a sportovní gymnastika	2,11
Lyžování - běh	2,16
Bruslení a lední hokej	2,26
Floorbal, hokej, hokejbal apod.	2,37
Plavání	2,42
Korfbal	2,47
Chůze a turistika	2,47
Domácí práce vyžadující pohyb (zahrada, štípaní dříví aj.)	2,53
Baseball a další pálkové hry	2,58
Lyžování sjezdové	2,58
Běh, jogging	2,68
Posilování	2,84
Skateboard, koloběžka, kolečkové brusle	2,89
Jízda na kole, včetně turistiky	2,95
Raketové hry: tenis, stolní tenis, badminton apod	2,95
Kondiční cvičení a posilování	3,05
Fotbal, nohejbal	3,11
Korfbal	3,21

V tabulce 8 nalezneme záznam vyhodnocení o pravidelnosti pohybových inaktivit dětí ze sportovní třídy v Náchodě – Plhov. Na základě zjištěných údajů patří mezi nejvíce provozované pohybové inaktivity sezení ve škole (3,00), dále sezení příp. ležení u počítače, tabletu, mobilního telefonu (2,79), a sezení v dopravních prostředcích (2,74). V uvedené tabulce se žáci nejméně věnují sezení (ležení) u televize (2,16). Tato inaktivita sportovně založených dětí je dána faktem, že jsou vedeni k aktivnímu způsobu života.

Tabulka 8: Pohybové inaktivita – sportovní třída (n=19)

Pohybová inaktivita	Sportovní třída
Sezení, případně ležení u televize	2,16
Sezení v dopravních prostředcích	2,74
Sezení, příp. ležení u počítače, tabletu, mobilního telefonu	2,79
Sezení ve škole	3,00

Oproti tomu tabulku 9 zobrazuje naprosto rozlišné preference pohybových aktivit u nespportovních běžných tříd na ZŠ. V tomto případě je preferována jízda na kole s turistikou (3,21), dále chůze a turistika (2,79), a jízda na skateboardu, koloběžce či kolečkových bruslích (2,71). Tento jev je dán zákonitostí menší pohybové aktivity, nevyužívání sportovišť jako u sportovní třídy a naopak využíváním blízkých cyklostezek.

Tabulka 9: Pohybová aktivita – nespportovní třídy (n=70)

Pohybová aktivita	Nespportovní třída
Klasický tanec	1,56
Baseball a další pálkové hry	1,69
Lyžování - běh	1,69
Základní a sportovní gymnastika	1,76
Floorbal, hokej, hokejbal apod.	1,94
Fotbal, nohejbal	2,00
Cvičení s hudbou (aerobic, fitness apod.)	2,03
Lyžování sjezdové	2,26
Korfbal	2,29
Bruslení a lední hokej	2,30
Raketové hry: tenis, stolní tenis, badminton apod	2,30
Běh, jogging	2,39
Kondiční cvičení a posilování	2,43
Posilování	2,46
Domácí práce vyžadující pohyb (zahrada, štípání dříví aj.)	2,47
Plavání	2,50
Skateboard, koloběžka, kolečkové brusle	2,71
Chůze a turistika	2,79
Jízda na kole, včetně turistiky	3,21

Z výsledků v tabulce 10 je zřejmé, že pohybová inaktivita u nesportovních tříd ZŠ je nejvíce zastoupena sezením ve škole (3,19), sezením (ležením) u počítače, tabletu, mobilního telefonu (2,76) a sezením v dopravních prostředcích (2,56). Tyto výsledky korelují s věkovou škálou dětí, kde průměrný věk všech žáků je 13 let. V tomto období děti tráví ve škole většinu svého času a poté se nejvíce věnují hrám na počítači a v mobilním telefonu, jelikož nejsou motivováni ke sportu, tak jako žáci s rozšířenou tělesnou výukou.

Tabulka 10: Pohybová inaktivita – nesportovní třídy (n=70)

Pohybová inaktivita	Nesportovní třída
Sezení, případně ležení u televize	2,39
Sezení v dopravních prostředcích	2,56
Sezení, příp. ležení u počítače, tabletu, mobilního telefonu	2,76
Sezení ve škole	3,19

5.4.2 Motivace k pohybové aktivitě u žáků 2. stupně na Náchodsku.

Nyní zde uvádím výsledky hodnocení motivace k pohybovým aktivitám z celkového počtu 89 dětí vyplívá, že adolescenti ZŠ na Náchodsku sportují převážně z důvodu, že je to zdravé (3,57), že je to baví (3,54) a že si chtějí zlepšit fyzickou zdatnost a výkonnost (3,31). Naopak nejmenší motivace u celkového počtu dětí je z důvodu, že by sportovali rodiče (2,22), že je to moderní (2,51) a pohyb a stres jim umožňují vyniknout (2,64).

Tabulka 11: Motivace k pohybové aktivitě – celkem (n=89)

Motivace k pohybu	Celkem
sportují rodiče	2,22
je to moderní	2,51
pohyb a stres mi umožňují vyniknout	2,64
potřebuji zhubnout	2,73
obdivuji vrcholové sportovce	2,89
to potřebuji	3,00
pohyb snižuje napětí a stres	3,01
dostanu se do přírody	3,09
chci být s kamarády	3,16
abych přišel na jiné myšlenky	3,16
abych vypadal(a) dobře	3,20
pohyb a sport jsou spojeny s příjemnými pocity a prožitky	3,29
abych zlepšil fyzickou zdatnost a výkonnost	3,31
mě to baví	3,54
je to zdravé	3,57

Z následující tabulky 12 je zřejmé, že dívky mají největší motivaci k pohybové aktivitě z důvodu zdraví (3,58), že je to baví (3,54) a protože chtějí vypadat dobře (3,38). Nejmenší motivace u dívek je kvůli sportujícím rodičům (2,19), že je to moderní (2,54), a pohyb a stres jim umožňují vyniknout (2,56). Zatímco dívky, chtějí v popředí vypadat dobře, chlapci mají vyšší motivaci k pohybovým aktivitám kvůli zlepšení fyzické zdatnosti a výkonnosti, což je pochopitelné pro toto vývojové období adolescentů.

Tabulka 12: Motivace k pohybové aktivitě – dívky (n=48)

Motivace k pohybu	Dívky
sportují rodiče	2,19
je to moderní	2,54
pohyb a stres mi umožňují vyniknout	2,56
potřebuji zhubnout	2,77
to potřebuji	2,85
obdivuji vrcholové sportovce	2,85
dostanu se do přírody	3,00
pohyb snižuje napětí a stres	3,02
abych přišel na jiné myšlenky	3,10
chci být s kamarády	3,13
abych zlepšil fyzickou zdatnost a výkonnost	3,27
pohyb a sport jsou spojeny s příjemnými pocity a prožitky	3,27
abych vypadal(a) dobře	3,38
mě to baví	3,54
je to zdravé	3,58

U motivace k pohybové aktivitě chlapců v tabulce 13 převládá postoj kvůli zdraví (3,56), že sport chlapce baví (3,54), a protože si chtějí zlepšit fyzickou zdatnost a výkonnost (3,37). Další silnou motivací je u chlapců i dívek schodná vazba pohybu a sportu s příjemnými pocity a prožitky.

Tabulka 13: Motivace k pohybové aktivitě – chlapci (n=41)

Motivace k pohybu	Chlapci
sportují rodiče	2,27
je to moderní	2,46
potřebuji zhubnout	2,68
pohyb a stres mi umožňují vyniknout	2,73
obdivuji vrcholové sportovce	2,93
abych vypadal(a) dobře	3,00
pohyb snižuje napětí a stres	3,00
to potřebuji	3,17
chci být s kamarády	3,20
dostanu se do přírody	3,20
abych přišel na jiné myšlenky	3,22
pohyb a sport jsou spojeny s příjemnými pocity a prožitky	3,32
abych zlepšil fyzickou zdatnost a výkonnost	3,37
mě to baví	3,54
je to zdravé	3,56

Další hodnocení motivace k pohybové aktivitě v tabulce 14 se týká sportovní třídy, kde je preference pohybu žáků s rozšířenou tělesnou výukou z důvodu, že je to baví (3,79), pohyb a sport jsou spojeny s příjemnými pocity a prožitky (3,74), dále protože je to zdravé (3,63), a také protože obdivují vrcholové sportovce (3,53), což je výborná motivace a vzor pro aktivní životní styl. Nesportovní děti tento vzor postrádají a tím přicházejí o další benefity z pohybových aktivit.

Tabulka 14: Motivace k pohybové aktivitě – sportovní třída (n=19)

Motivace k pohybu	Sportovní třída
sportují rodiče	2,21
je to moderní	2,58
potřebuji zhubnout	2,68
pohyb a stres mi umožňují vyniknout	2,89
dostanu se do přírody	2,89
to potřebuji	3,00
pohyb snižuje napětí a stres	3,05
abych přišel na jiné myšlenky	3,21
abych vypadal(a) dobře	3,32
chci být s kamarády	3,42
abych zlepšil fyzickou zdatnost a výkonnost	3,53
obdivuji vrcholové sportovce	3,53
je to zdravé	3,63
pohyb a sport jsou spojeny s příjemnými pocity a prožitky	3,74
mě to baví	3,79

Tabulka 15 zhodnocuje motivaci k pohybové aktivitě u nesportovních dětí, kterých bylo celkem 70 z uskutečněného výzkumu. Nesportovní děti mají motivaci k pohybu, protože je to zdravé (3,56), protože je to baví (3,47), a protože si chtějí zlepšit fyzickou zdatnost a výkonnost (3,26). Oproti sportovní třídě, zde chybí vzor a motivace obdivu vrcholových sportovců. Nesportovní děti nemají tendenci trávit více volného času pohybem, pokud je k tomu nevede škola, rodiče či vrstevníci.

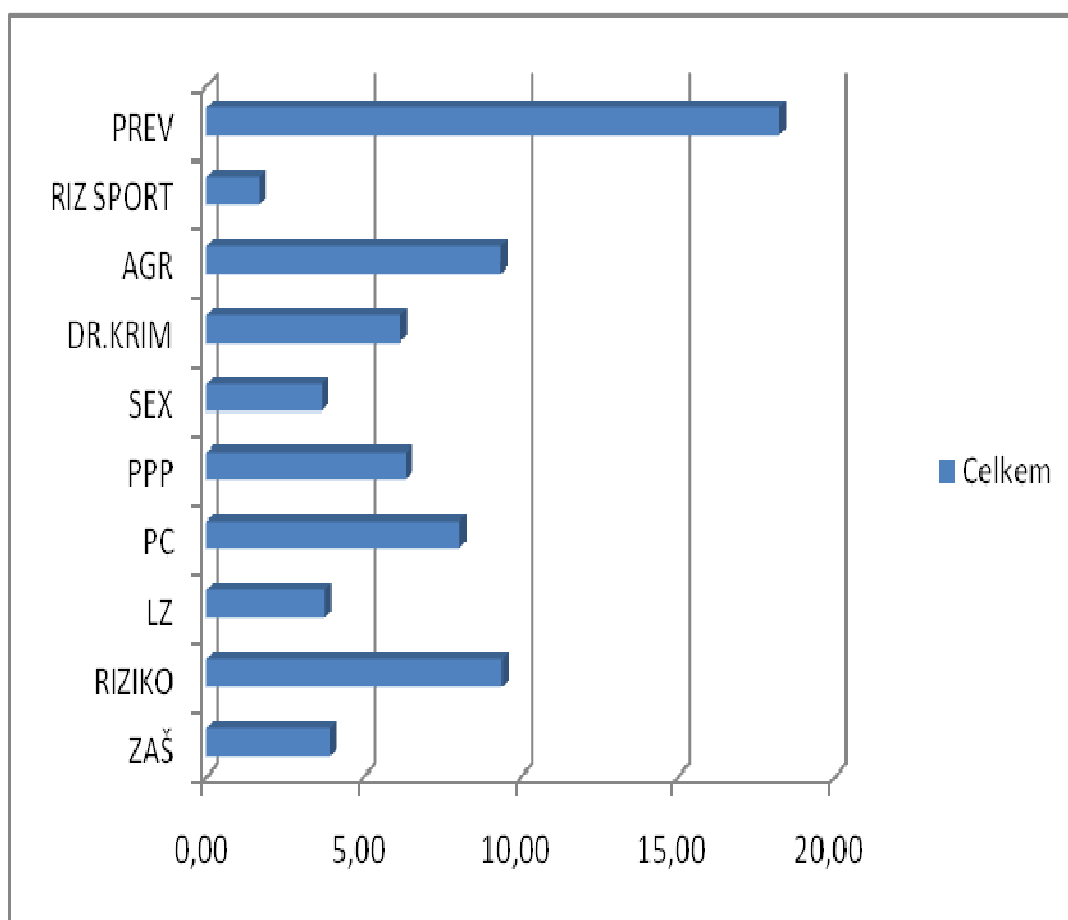
Tabulka 15: Motivace k pohybové aktivitě – nesportovní třída (n=70)

Motivace k pohybu	Nesportovní třída
sportují rodiče	2,23
je to moderní	2,49
pohyb a stres mi umožňují vyniknout	2,57
obdivuji vrcholové sportovce	2,71
potřebuji zhubnout	2,74
to potřebuji	3,00
pohyb snižuje napětí a stres	3,00
chci být s kamarády	3,09
abych přišel na jiné myšlenky	3,14
dostanu se do přírody	3,14
abych vypadal(a) dobře	3,17
pohyb a sport jsou spojeny s příjemnými pocity a prožitky	3,17
abych zlepšil fyzickou zdatnost a výkonnost	3,26
mě to baví	3,47
je to zdravé	3,56

5.4.3 Analýza rizikového chování

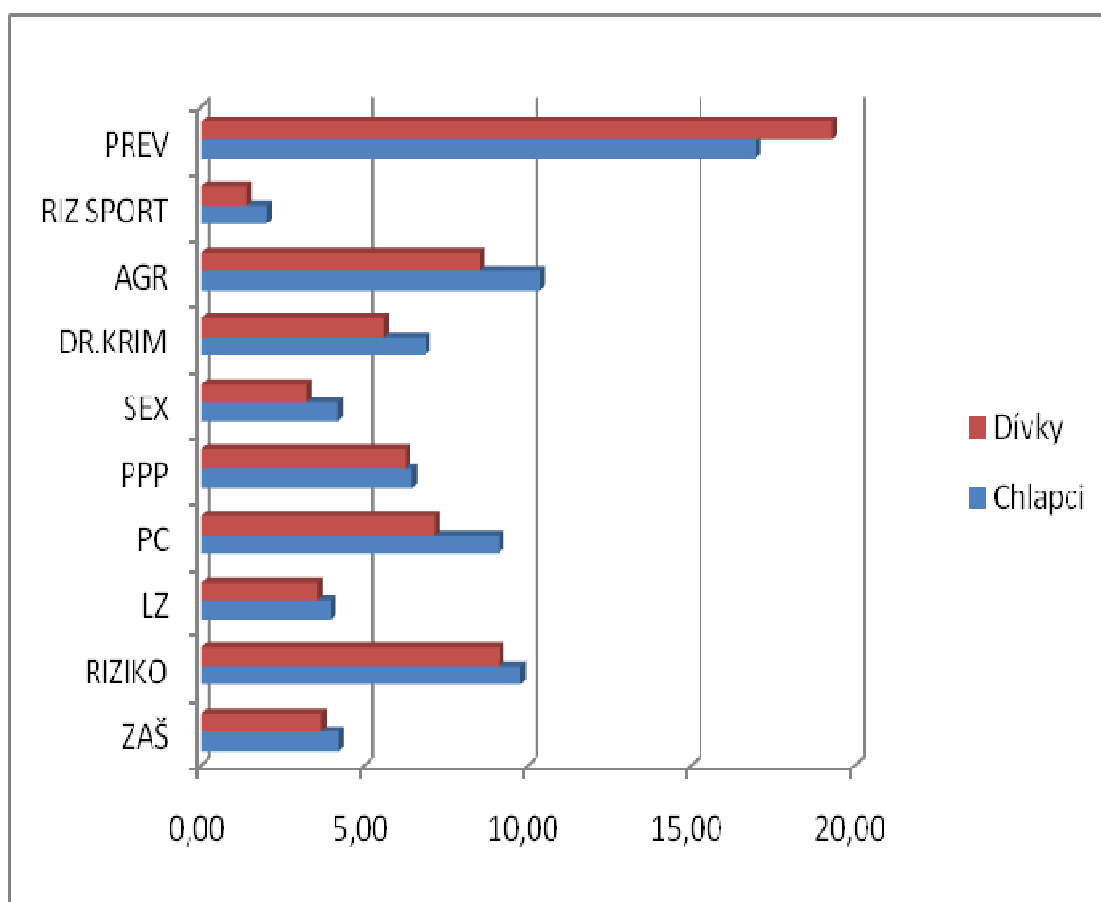
Následující graf 1 je vyhodnocen z celkového počtu žáků a znázorňuje nejvíce zastoupený projev chování u adolescentů a to právě prevenci zdraví, což hodnotím velmi kladně. Další z projevů SRCH-D je rizikové a agresivní chování. Nejméně závažný projev SRCH je v rizikových sportech a sexuálně rizikovém chování.

Graf 1: Rizikové chování v adolescenci u žáků na Náchodsku



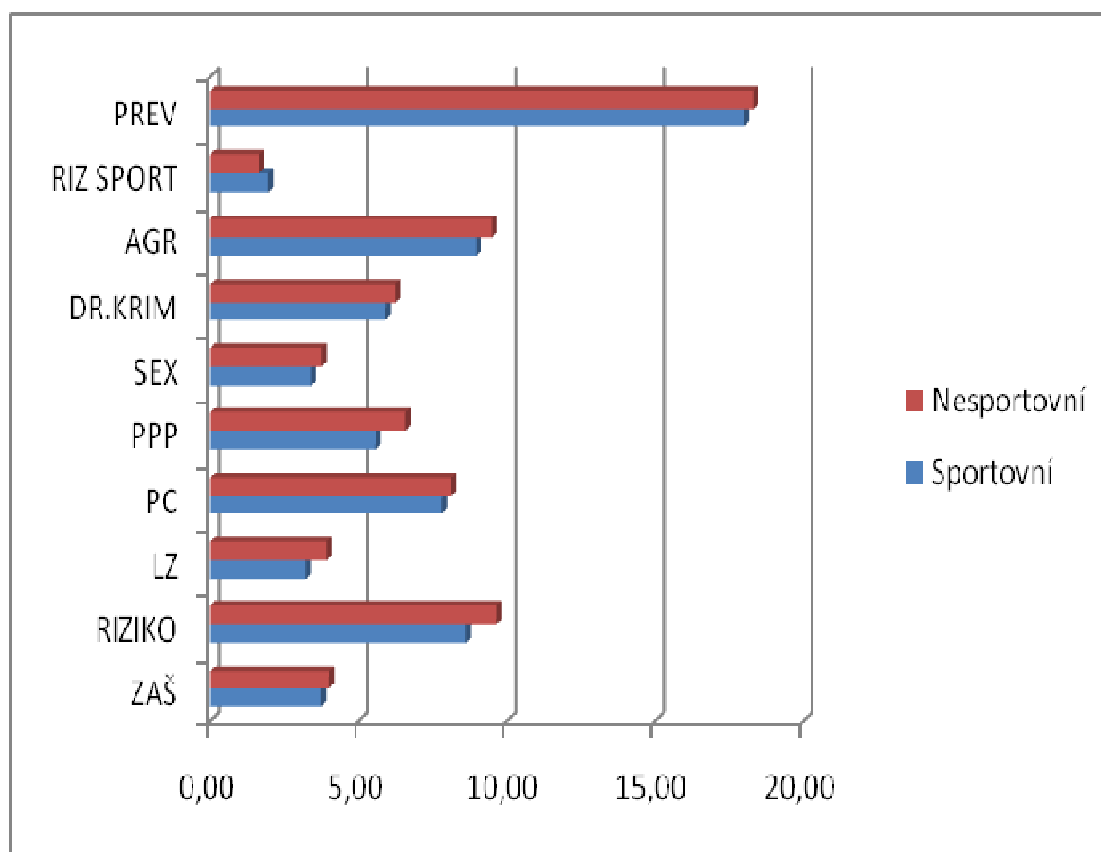
Graf 2 nám porovnává projevy SRCH-D podle pohlaví. Zde jasně převládá prevence zdraví u dívek nad chlapci, ikdyž i u chlapců se jedná o nejvíce zastoupený jev. Ze SRCH se na předních příčkách umístilo agresivní a rizikové chování. Dále se hojně projevuje i rizikové chování na internetu a sázení, spolu s drobnou kriminalitou, s těsnými výsledky poruch příjmu potravy a sebepoškozování. U dívek jsou tyto jevy vždy slabší, než u chlapců, ale výskyt těchto jevů je značný.

Graf: 2 Porovnání projevů SRCH-D podle pohlaví



Graf 3 nám demonstuje výsledky rizikového chování v porovnání sportovní a nespportovní třídy. Výsledný nejvyšší faktor chování obou typů tříd je prevence zdraví, kde paradoxně nespportovní třída vykazuje vyšší míru prevence, než třída sportovní. Tento jev může souviset i s tím, že děti ze sportovní třídy mají po škole další pohybové aktivity a po pozdějším příchodu domů je čeká ještě příprava do školy. Z těchto důvodů mohou mít nižší délku spánku apod. Porovnání výskytu jevů SRCH je následující – agresivní a rizikové chování, kde již sportovní třída prokazuje nižší projevy těchto jevů. U veškerých jevů SRCH – D sportovní třída vychází s nižšími sklony k tomuto chování, avšak u jedinného rizikového sportu je míra projevů vyšší, než u běžných tříd, což souvisí se záplem ke sportovním aktivitám a novému dobrodružství.

Graf 3 : Rizikové chování v porovnání sportovní a nespportovní třídy



Tabulka č. 16: Vztah mezi CSOC a symptomy rizikového chování u žáků ZŠ na Náchodsku

	CSOC	ME	MA	C
CSOC	1			
ME	0,70	1		
MA	0,76	0,23	1	
C	0,76	0,40	0,35	1
ZAŠ	-0,38**	-0,21*	-0,39*	-0,21*
RIZIKO	-0,17	-0,17	-0,13	-0,07
LZ	-0,25**	-0,19*	-0,28**	-0,08
PC	-0,05	0,00	-0,06	-0,04
PPP	-0,32**	-0,35**	-0,17	-0,20*
SEX	-0,22*	-0,19	-0,17	-0,11
KRIM	-0,21*	-0,14	-0,21*	-0,10
AGR	-0,23*	-0,19*	-0,22*	-0,09
RSPORT	-0,19*	-0,12	-0,16	-0,13
PREV	0,09	0,25**	-0,03	0,01
IRI	-0,29**	-0,22*	-0,25**	-0,15

Tabulka č. 16 nám ukazuje statisticky významné vztahy mezi smyslem pro soudružnost (CSOC) a symptomy rizikového chování u žáků ZŠ na Náchodsku. Byly zjištěny následující statisticky významné vztahy:

CSOC: Záškoláctví ($r = -0,38$), dimenze CSOC a záškoláctví (hodnoty r se pohybují v intervalu $-0,21$ až $-0,39$)

CSOC: Látkové závislosti ($r = -0,25$), dimenze CSOC a látkové závislosti (hodnoty r se pohybují v intervalu $-0,19$ až $-0,28$)

CSOC: PPP a sebepoškozování ($r = -0,32$), dimenze CSOC a PPP a sebepoškozování (hodnoty r se pohybují v intervalu $-0,20$ až $-0,35$)

CSOC: Sexuální rizikové chování ($r = -0,22$)

CSOC: Drobná kriminalita ($r = -0,21$)

CSOC: Agresivní chování ($r = -0,23$), dimenze CSOC a agresivní chování (hodnoty r se pohybují v intervalu $-0,19$ až $-0,22$)

CSOC: Rizikové sporty ($r = -0,19$)

CSOC: Celkový index rizika ($r = -0,29$) dimenze CSOC a riziko (hodnoty r se pohybují v intervalu $-0,29$ až $-0,25$)

6 Vyhodnocení výzkumu, verifikace hypotéz

H1: Předpokládáme, že existují rozdíly v preferenci pohybových aktivit mezi chlapci a dívkami.

Mezi nejčastěji prováděné pohybové aktivity u dívek patří jízda na kole vč. turistiky, chůze a turistika, jízda na skateboardu, koloběžce či kolečkových bruslích. Oproti tomu chlapci preferují chůzi a turistiku, raketové hry a fotbal s nohejbalem. Jak již bylo uvedeno u tabulky 3 s porovnáním tabulky 5, existují rozdíly mezi preferencemi pohybových aktivit mezi chlapci a dívkami, **hypotéza se potvrdila.**

H2: Předpokládáme, že existují rozdíly v preferenci pohybových aktivit mezi žáky sportovní třídy a běžnou školní třídou.

Podle porovnání výsledků preference pohybových aktivit u sportovní třídy tabulka 7 dětí na Základní škole v Náchodě – Plhov, kde mají rozšířenou tělesnou výukou na 5 hodin týdně, mají nejoblíbenější pohybovou aktivitu míčovou hru korfbal, dále fotbal, nohejbal a kondiční cvičení s posilováním. Oproti tomu tabulka 9 zobrazuje naprosto rozlišné preference pohybových aktivit u nespportovních běžných tříd na ZŠ. V tomto případě je preferována jízda na kole s turistikou, dále chůze a turistika, a jízda na skateboardu, koloběžce či kolečkových bruslích. Domnívám se, že preference míčových her u sportovní třídy převažuje z důvodu využívání sportovního areálu při ZŠ se sportovním zaměřením. Rozdíly mezi preferencí pohybových aktivit sportovní a nespportovní třídy existují, **hypotéza se potvrdila.**

H3: Předpokládáme, že existují rozdíly v motivaci k pohybové aktivitě mezi chlapci a dívkami.

Z uvedené tabulky 12 je zřejmé, že dívky mají největší motivaci k pohybové aktivitě z důvodu zdraví, že je to baví a protože chtějí vypadat dobře. Zatímco dívky chtějí v popředí vypadat dobře, chlapci mají vyšší motivaci k pohybovým aktivitám kvůli zlepšení fyzické zdatnosti a výkonnosti, což je pochopitelné pro toto vývojové období adolescentů u různého pohlaví. U motivace k pohybové aktivitě chlapců v tabulce 13 převládá postoj kvůli zdraví, že sport chlapce baví, a protože si chtějí zlepšit fyzickou zdatnost a výkonnost. Další silnou motivací je u chlapců i dívek schodná vazba pohybu

a sportu s příjemnými pocity a prožitky. Rozdíly v motivaci k pohybové aktivitě mezi chlapci a dívkami existují, **hypotéza se potvrdila.**

H4: Předpokládáme, že existují rozdíly v motivaci k pohybové aktivitě mezi žáky sportovní třídy a běžnou školní třídou.

Jak již bylo uvedeno v šetření, rozdíly v motivaci k pohybové aktivitě mezi žáky sportovní třídy a běžnou školní třídou existují, **hypotéza se potvrdila.** Svědčí o tom porovnání výsledků tabulek 14 a 15, kde sportovní třída preferuje pohybovou aktivitu z důvodu, že je to baví, že jsou pohyb a sport spojeny s příjemnými pocity a prožitky, dále protože je to zdravé, a také protože obdivují vrcholové sportovce, což je výborná motivace a vzor pro aktivní životní styl. Nesportovní děti tento vzor postrádají a tím přicházejí o další benefity z pohybových aktivit. Tabulka 15 zhodnocuje motivaci k pohybové aktivitě u nesportovních dětí, kterých bylo celkem 70 oproti sportujících, tam byl vzorek pouze z 19 žáků v uskutečněném výzkumu. Přesto nesportovní děti mají motivaci k pohybu, protože je to zdravé, protože je to baví, a protože si chtějí zlepšit fyzickou zdatnost a výkonnost. Oproti sportovní třídě, zde chybí vzor a motivace obdivu vrcholových sportovců. Nesportovní děti nemají tendenci trávit více volného času pohybem, pokud je k tomu nevede škola, rodiče či vrstevníci.

H5: Předpokládáme, že mezi nejzávažnější projevy SRCH-D patří experiment s látkovými závislostmi.

Podle analýzy rizikového chování adolescentů z výsledných grafů 1, 2 i 3 se zjistilo, že experiment s látkovými závislostmi nepatří mezi nejzávažnější projevy SRCH-D, **hypotéza se nepotvrdila.** Mezi nejzávažnější projevy SRCH-D patří projevy agresivního a rizikového chování.

H6: Předpokládáme, že vyšší hodnoty psychické odolnosti (CSOC) souvisejí s méně závažnými projevy SRCH-D.

Dle vyhodnocení tabulky 16, vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost snižují závažnost projevů SRCH v adolescenci, **hypotéza se potvrdila.**

Závěr

Hlavním cílem této práce bylo zmapovat a přiblížit postoje žáků základních škol k rizikovému chování či prevenci zdraví a jejich pohybovou aktivitu i inaktivitu.

Bakalářská práce potvrdila předpokládané vztahy mezi preferencí pohybových aktivit u sportovní a nespportovní třídy, tak i motivaci k pohybové aktivitě adolescentů na 2. stupni základní škol na Náchodsku.

Teoretická část je věnována faktorům zdravého životního stylu a zdraví (fyzické, sociální, psychické). Zaměřuje se na prevenci zdraví z pohledu projektu Zdravá škola. Důraz je položen na vybrané salutoprotektivní faktory životního stylu, na sociální oporu a resilienci. Vymezení pojmu syndrom rizikového chování a faktory ovlivňující SRCH- D.

Praktická část je zaměřena na orientační šetření, které mělo zmapovat nejčastější projevy rizikového chování u adolescentů v porovnání sportovní a nespportní třídy, tak i mezi chlapci a dívkami. Pomocí dotazníků jsme zjišťovali i preference jednotlivých pohybových aktivit u žáků a jejich motivaci k pohybové aktivitě. Jednalo se o menší vzorek šetření, kterého se zúčastnilo celkem 89 žáků ze čtyř různých tříd ZŠ na Náchodsku. U žáků jsme zkoumali projevy SRCH, kde se výskyt experimentu látkové závislosti neprojevil jako nejzávažnější jev rizikového chování žáků. Nejvíce projevů SRCH jsme zjistili u kategorie agresivního a rizikového chování adolescentů. Zjistili jsme, že preference pohybové aktivity u sportovních tříd nalézáme v míčových hrách, jako například trend poslední doby, míčová hra korfbal, která byla nejčastěji zastoupená u žáků sportovní třídy. Oproti tomu nespportovní třída preferuje spíše jízdu na kole a kolečkových bruslích. Součástí empirického šetření je zjištění, že dívky preferují pohybové aktivity hlavně z důvodu, aby vypadaly dobře, kdežto chlapci chtějí převážně fyzickou zdatnost a výkonnost, mimo fakt, že je pohyb zdraví a baví je.

Korelací jsme se snažili zjistit vyšší hodnoty psychické odolnosti (CSOC) související s méně závažnými projevy SRCH-D. Statisticky signifikantními zápornými vztahy byly skutečně zjištěny vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost snižující závažnost projevů SRCH v adolescenci.

Vzhledem k tomu, že výzkum byl proveden pouze u vzorku žáků na dvou běžných základních školách a na jedné základní škole s rozšířenou tělesnou výukou, nelze tak

výsledky generalizovat. Ale i tak jsme se mohli přesvědčit o vztazích psychické odolnosti související s méně závažnými projevy SRCH-D nebo o rozdílech v preferenci pohybových aktivit u žáků sportovní a nespportovní třídy a jejich motivaci k pohybu.

Tato bakalářská práce a uvedené výsledky mohou být využity a přínosem pro školní praxi, pedagogy, ale i rodiče. Mohou vést k zamyšlení nad trávením volného času dnešních adolescentů, kde míra používání počítačů, tabletů a mobilních telefonů obecně převažuje nad výkony pohybových aktivit. V tomto důležitém období hraje velkou roli sociální opora v rodině i ve škole, která je základem a nutností k lepšímu zvládnutí životních situací a posilování odolnosti jedince.

Seznam použité odborné literatury a zdrojů

- FIALOVÁ, Ludmila a František David KRCH. *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum, 2012, s. 278. ISBN 978-80-246-2160-9.
- HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 586 s. ISBN 978-80-7367-569-1.
- HAVLÍNOVÁ, Miluše; KOPŘIVA, Pavel et al. *Program podpory zdraví ve škole: Rukověť projektu zdravá škola*. 2.vyd. Praha: Portál, 2006, s. 311. ISBN 80-7367-059-3.
- HLADKÝ, Aleš. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. 173 s. ISBN 80-7066-784-2.
- HRONCOVÁ, Jalana a Ingrid EMMEROVÁ. *Sociálne ohrozenia detí a mládeže v XXI. storočí a možnosti ich prevencie: Zborník medzinárodných vedeckých štúdií*. Univerzita Mateja Bela Banská Bystrica: Belianum, 2014, s. 258. ISBN 978-80-557-0807-2.
- KABÍČEK, Pavel. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, 2014, s. 343. ISBN 978-80-7387-793-4.
- KOMPRDA, Tomáš. *Výživou ke zdraví*. Brno: TeMi CZ, 2009, s. 112. ISBN 978-80-87156-41-4.
- KOUKOLA, Bohumil. *Psychologie zdraví: Habilitační práce*. Šumperk: Slezská Univerzita Opava, 1999, s. 188.
- KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. *Sociální patologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, s. 325. ISBN 978-80-7041-896-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2.vyd. Praha: Portál, 2003, s. 279. ISBN 80-7178-774-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
- MACHOVÁ, Jitka; KUBÁTOVÁ, Dagmar et al. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, s. 296. ISBN 978-80-247-2715-8.

- MARCUS, Bess a LeighAnn FORSYTH. *Psychologie aktivního způsobu života: Motivace lidí k pohybovým aktivitám*. Praha: Portál, s.r.o., 2010. 224 s. ISBN 978-80-7367-654-4.
- MICHALČÁKOVÁ, Radka. *Strachy v období rané adolescence*. Brno: Barrister & Principal, 2007, s. 149. ISBN 978-80-87029-15-2.
- MIOVSKÝ, Michal a Pavel BÁRTÍK. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Togga, 2010, s. 253. ISBN 978-808-7258-477.
- MOURLANE, Denis. *Jak posílit svou odolnost a vnitřní sílu: Cesta k úspěchu a spokojenosti*. Praha: Grada, 2013, s. 224. ISBN 978-80-247-4873-3.
- MŠMT. 2013. *Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013 – 2018*.
- PAULÍK, Petr. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
- SLEPIČKA, Pavel a kol. *Psychologie sportu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2009. 240 s. ISBN 978-80-246-1602-5
- SMÉKAL, Vladimír; KUKLA, Lubomír a kol. *Dítě na prahu dospívání*. Brno: Barrister & Principal, 2004, s. 268. ISBN 80-86598-84-5.
- SZABOVÁ, Magdaléna, 2001. *Preventivní a nápravná cvičení*. 1. vyd. Praha: Portál. 144 s. ISBN 80-7178-504-0.
- ŠOLCOVÁ, Iva, 2009. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, a.s. 104 s. ISBN 978-80-247-3.
- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

Elektronické zdroje:

- KABÍČEK, Pavel. *Pediatric pro praxi*. In: *Pediatric pro praxi* [online]. 2010 [cit. 2014-11-12]. Dostupné z: <http://pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2010/01/11.pdf>
- MŠMT, 2007. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělání*[online]. [cit. 15. 10.2013].Dostupné z:http://www.msmt.cz/uploads/soubory/zakladni/SP_RVPZV_2007.zip
- MŠMT.2009. Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009 – 2012.
- MŠMT. 2009. Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2013 – 2014.
- MŠMT (5.11.2010). *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*. Staženo 7.11.2010 z <http://www.msmt.cz/socialni-programy/metodicke-doporuceni-k-primarni-prevenci-rizikoveho-chovani>
- MŠMT. Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních (č.j. 21291/2010-28 ze dne 1.11.2010)
- MŠMT. Prevence: Rozdělení primární prevence. In: *Klinika adiktologie* [online]. 10.8.2011. [cit. 2014-11-22]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3073/Rozdeleni-primarni-prevence>
- Vyhláška č. 74/2005 Sb., o zájmovém vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů [online]. ,[cit. 2014-11-22].Dostupné z: <http://www.msmt.cz/mladez/zajmove-vzdelavani-1>

Seznam příloh

Příloha A: vzor dotazníku rizikového chování v adolescenci

Příloha B: dotazník pohybové aktivity a inaktivity

Příloha C: dotazník motivace k pohybové aktivitě

Příloha A

Vzor dotazníku

DOTAZNÍK RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ V ADOLESCENCI

Příklad otázek část 1. Dotazník posuzuje různé projevy chování, které mohou ovlivňovat Tvé zdraví a duševní pohodu. Posuď, **jak často** se níže uvedené chování u Tebe vyskytovalo v uplynulém kalendářním roce. K posouzení použij škálu 1-5. **1= nikdy, 2= zřídka, 3= občas, 4= často, 5= stále.**

	1	2	3	4	5
Záškoláctví (častá absence ve škole, únik do nemoci, záměrné vyhýbání se zkoušení...)					
Kouření cigaret					
Hraní na PC a z toho plynoucí neplnění povinností					
Experiment s jídelním chováním - držení diet, vyvolávání zvracení...					
Trávení alespoň 3x týdně minimálně 20-30 minut nějakým intenzivním tělesným cvičením (aerobik, běh, plavání...)					
Užívání léků bez lékařského předpisu (ibalgin, paralen, léky na spaní aj.)					
Pití alkoholu					
Kouření marihuany					
Předčasné zahájení pohlavního života					
Posílání "vtipných" dopisů/zpráv, urážky na sociálních sítích					
Drobné dopravní přestupky, narušování nočního klidu					
Agresivní chování					
Pravidelné trávení času na sociálních sítích v takové míře, že mi to neumožňuje plnit mé povinnosti					
Sebepoškozování (řezání, pálení)					
Věnuji se aktivitám, které považuji za uklidňující a relaxační (koníčky, četba, poslech hudby...)					
Pravidelné pití nápojů bohatých na kofein a tein (káva, čaj, energetické nápoje)					
Opakované hraní na výherních automatech					
Každý den zahajuji vydatnou snídani					
Užívání extáze					
Ničení a poškozování věci či majetku					
Opakované týrání, ponižování, zesměšňování druhých					
Nechráněný sex					
Jím vyváženou a rozmanitou stravu (ovoce, zeleninu, mléčné výrobky, ryby, maso, drůbež...)					
Zdobení těla bez mechanického poškození					
Užívání pervitinu					
Dopouštění se drobných krádeží					
Agresivní chování vůči členovi/členům rodiny					
Střídání partnerů					
Trávení části svého volna fyzickou aktivitou nebo sportem					

(turistika, domácí kutilství...)					
Zdobení těla (tetování, piercing, ...)					
Opakované sázení					
Užívání heroinu					
Týrání zvířat					
Pohybové aktivity ohrožující zdraví a život (např. parkour, lezení na sloupy vysokého napětí, jízda na bruslích/skatu za autobusem a jiné					
Pravidelně spím celou noc (7 - 8 hodin)					
Otevřené projevy nepřátelství a agrese k jedincům jiného etnika či národnosti					
Jiné neuvedené – pro tebe typické chování					

Příloha B

POHYBOVÁ AKTIVITA, ČINNOST	1	2	3	4
Chůze a turistika	1	2	3	4
Běh, jogging	1	2	3	4
Cvičení s hůdkou (aerobic, fitness apod.)	1	2	3	4
Klasický tanec	1	2	3	4
Základní a sportovní gymnastika	1	2	3	4
Kondiční cvičení a posilování	1	2	3	4
Baseball a další pálkové hry	1	2	3	4
Plavání	1	2	3	4
Lyžování sjezdové	1	2	3	4
Lyžování - běh	1	2	3	4
Bruslení a lední hokej	1	2	3	4
Skateboard, koloběžka, kolečkové brusle	1	2	3	4
Jízda na kole, včetně turistiky	1	2	3	4
Fotbal, nohejbal	1	2	3	4
Jiné míčové hry, uveď konkrétně:	1	2	3	4
Posilování	1	2	3	4
Raketové hry: tenis, stolní tenis, badminton apod.	1	2	3	4
Floorbal, hokej, hokejbal apod.	1	2	3	4
Jiné sporty a sportovní hry, uveď konkrétní příklad:	1	2	3	4
Domácí práce vyžadující pohyb (zahradní práce, péče o trávník, štípaní dříví aj.)	1	2	3	4
Jiné aktivity, uveď konkrétní příklad:	1	2	3	4
Nyní označ činnosti, které jsou spojeny s méně intenzivním pohybem. Hodnotíš opět uplynulý rok. 1 = vůbec ne, 2 = občas, 3 = často, 4 = pravidelně	1	2	3	4
Sezení, případně ležení u televize	1	2	3	4
Sezení, případně ležení u počítače, tabletu, mobilního telefonu	1	2	3	4
Sezení ve škole	1	2	3	4
Sezení v dopravních prostředcích	1	2	3	4
Jiná aktivita nenáročná na pohyb, uveď příklad:	1	2	3	4

Příloha C

Nyní zhodnot' důvody, které Tě vedou k **pohybové aktivitě**. Zakroužkuj číslo vyjadřující (ne)souhlas s uvedeným tvrzením. Využij toto číselné hodnocení: 1 = silně nesouhlasím, 2 = nesouhlasím, 3 = mírně souhlasím, 4 = silně souhlasím. **Sportuji, protože:**

...to potřebuji	1	2	3	4
...mě to baví	1	2	3	4
...je to zdravé	1	2	3	4
...abych vypadal(a) dobře	1	2	3	4
...chci být s kamarády	1	2	3	4
...je to moderní	1	2	3	4
...abych zlepšil(a) fyzickou zdatnost a výkonnost	1	2	3	4
...abych přišel na jiné myšlenky	1	2	3	4
...pohyb snižuje napětí a stres	1	2	3	4
...pohyb a sport mi umožňují vyniknout	1	2	3	4
...sportují rodiče	1	2	3	4
...obdivuji vrcholové sportovce	1	2	3	4
...potřebuji zhubnout	1	2	3	4
...pohyb a sport jsou spojeny s příjemnými pocity a prožitky	1	2	3	4
...dostanu se do přírody	1	2	3	4