

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Katedra sociální patologie a sociologie

Pohybová aktivita v prevenci rizikového chování v adolescenci

Bakalářská práce

Autor: Dominik Sova
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent práce: PhDr. Václav Bělík, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Dominik Sova

Studium: P15P0193

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální patologie a prevence

Název bakalářské práce: **Sport v prevenci rizikového chování v adolescenci**

Název bakalářské práce AJ: Sport as a prevention of risky behaviour in adolescence

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá protektivní rolí sportu v etiologii rizikového chování v adolescenci. Teoretická část BP charakterizuje vývojové zvláštnosti v adolescenci, syndrom rizikového chování v adolescenci, faktory ovlivňující adherenci ke zdravému životnímu stylu u adolescentů. Hlavní důraz je položen na roli pravidelné pohybové aktivity v etiologii SRCHD. Empirická část práce ověřuje protektivní roli sportu v rizikovém chování, výzkumná metoda: dotazník vlastní konstrukce.

HOŠEK, Václav. Psychologie odolnosti. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999, 70 s. ISBN 80-7184-889-1.
LAŠEK, Jan. Sociálně psychologické klima školních tříd a školy. Vyd. 3. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012, 161 s. ISBN 978-80-7435-220-1. SLEPIČKA, Pavel, Václav HOŠEK a Běla HÁTLOVÁ. Psychologie sportu. Vyd. 2. Praha: Karolinum, 2009, 240 s. ISBN 978-80-246-1602-5.
HAVLÍNOVÁ, Miluše. Program podpory zdraví ve škole: rukověť projektu Zdravá škola. 2., rozš. vyd. Praha: Portál, 2006, 311 s. ISBN 80-7367-059-3. MAREŠ, Jiří. Pedagogická psychologie. Praha: Portál, 2013, 702 s. ISBN 978-80-262-0174-8. SVOBODOVÁ, Jarmila. Zdravá škola včera a dnes. Brno: Paido, 1998. 47 s. ISBN 80-85931-53-2. JELÍNEK, Marian a Kamila JETMAROVÁ. Sport, výkon a metafyzika, aneb, Jak proměnit "práci" ve hru a úsilí v medaile. Praha: Mladá fronta, 2014, 237 s. Edice Českého olympijského výboru. Modrá řada. ISBN 978-80-204-3288-9.

Garantující pracoviště: Katedra sociální patologie a sociologie,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

Oponent: PhDr. Václav Bělík, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 5.1.2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval samostatně pod vedením vedoucího práce PhDr. Stanislava Pelcáka, Ph.D. Všechny zdroje, ze kterých byly čerpány informace pro účely bakalářské práce, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové dne 20. 4. 2018

Dominik Sova

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D za pomoc, užitečné rady a odborné vedení při zpracovávání bakalářské práce. Poděkování patří i paní Mgr. Lucii Špráchalové za pomoc při vyhodnocování dotazníkového šetření.

Anotace

SOVA, Dominik. *Pohybová aktivita v prevenci rizikového chování v adolescenci*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2018, 54 s. Bakalářská práce

Bakalářská práce se zabývá protektivní rolí pohybové aktivity v rámci prevence rizikového chování v adolescenci. Práce je členěna do dvou základních částí – teoretické a praktické. Teoretická část se zabývá vývojovým obdobím adolescence, rizikovým chování v dospívání a protektivní rolí pohybové aktivity. Praktická část zpracovává data získaná dotazníkovým šetřením od respondentů ve věku 10 až 15 let, a to z hlediska indexu rizikového chování, indexu adherence ke zdravému životnímu stylu a vnímané osobní účinnosti. Cílem práce je ověřit protektivní roli pravidelné pohybové aktivity v etiopatogenezi rizikového chování žáků v rané adolescenci.

Klíčová slova: rizikové chování v adolescenci, syndrom rizikového chování v dospívání, pohybová aktivita, psychická zátěž a stres, adherence ke zdravému životnímu stylu

Anotation

SOVA, Dominik. *Physical activity as a prevention of risky behaviour in the adolescence*. Hradec Králové: Faculty of Education University of Hradec Králové, 2018. 54 pp. Bachelor thesis.

This bachelor thesis is focused on issue of sports activities as prevention of the risk behavior in the adolescence. The thesis is divided into two main parts – the theoretical and the practical one. The theoretical part deals with the evolution of adolescents, risk behavior and protective function of th sport activity. The practical part processes the data collected with questionnaires from children in age 10 to 15 years old. The data were evaluated to index of risky behaviour, index of adherence to healthy lifestyle and self efficacy. The aim of thesis is to verify the protective role of regular psychical aktivity in etiopathogenesis risky behaviour pupils in early adolescence.

Keywords: risky behaviour in the adolescence, syndrome of risk behaviour in the adolescence, physical aktivity, mental strain and stress, adherence to healthy lifestyle

Prohlášení

Bakalářská práce byla vypracována v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, disertačními a habilitačními pracemi na UHK).

V Hradci Králové dne 20. 4. 2018

Obsah

Úvod.....	9
1 Adolescence jako rizikové období.....	10
1.1 Vývojové zvláštnosti v adolescenci	11
1.2 Rizikové chování a syndrom rizikového chování	15
1.3 Protektivní a rizikové faktory pro vznik SRCH-D.....	17
2 Protektivní role pohybové aktivity v adolescenci.....	19
2.1 Pohybová aktivita a sport	19
2.2 Zátěž a stres v období adolescence	22
2.3 Volnočasové aktivity a zdraví	26
2.4 Pohybová aktivita a aktivní stáří	28
2.5 Hodnoty a sportovní prostředí.....	30
2.5.1 Vnímaná osobní účinnost.....	30
3 Pohybová aktivita a rizikové chování u žáků v rané adolescenci.....	32
3.1 Cíl výzkumného šetření, stanovení hypotéz.....	32
3.2 Sběr dat a výzkumný soubor	32
3.3 Výsledky a prezentace výsledků šetření	37
3.4 Porovnání výsledků zkoumání se stanovenými hypotézami.....	43
Závěr	45
Seznam použitých zkratk	47
Seznam použitých zdrojů.....	48
Seznam grafů a tabulek.....	51
Přílohy.....	52

Úvod

Téma bakalářská práce bylo zvoleno s cílem poukázat na souvislost mezi rizikovým chováním v dospívání a pohybovou aktivitou. Jakou roli hraje pohybová aktivita v životě dospívajícího a jaký vliv má na jeho budoucí vývoj. Dnešní dospívající mají široký výběr možností, co se týká trávení volného času. Někteří z nich mají tendenci experimentovat, porušovat pravidla a chovat se rizikově, jiní ne. Existuje spousta faktorů, které ovlivňují, jakou cestu si dospívající vybere. V tomto hraje velký vliv prostředí. Každé dítě je vystaveno několika rizikovým faktorům, se kterými se setkává denně. Dále jsou tu faktory, které mohou vycházet přímo z dítěte samého (osobnostní rysy), nebo známky rizikového chování vykazuje jeho nejbližší okolí, jeho vzory (rodič alkoholik). Dále však na dítě působí také pozitivní a ochranné faktory, které ho mohou ovlivnit správným směrem. Ať už se jedná o kladný příklad v rodině a blízkém okolí nebo o osobnostních předpokladech jedince. Sociální pracovník pracující v primární prevenci nebo pracující s dětmi se s touto problematikou setkává denně.

Práce zkoumá výskyt rizikového chování u dospívajících a míru adherence k zdravému životnímu stylu. Dále zkoumá, jaký je rozdíl mezi sportujícími a nesportujícími jedinci, a zdali pohybová aktivity působí preventivně na rizikové chování v dospívání. První kapitola seznamuje čtenáře se základní problematikou vývojového období adolescence. Dále se zabývá možnými příčinami rizikového chování a faktory ovlivňujícími vznik tohoto chování. První kapitola také popisuje hlavní oblasti rizikového chování – zneužívání návykových látek, projevy v psychosociální oblasti a rizikové chování v oblasti reprodukční (tzv. syndrom rizikového chování v dospívání).

Druhá kapitola popisuje protektivní roli pohybové aktivity v adolescenci. Stručně charakterizuje zátěžové situace v období adolescence, zdravý životní styl a vliv volnočasových aktivit na vývoj jedince. Dále objasňuje, jak pohybová aktivita působí na správný rozvoj osobnosti a jakou roli v tomto procesu hraje prostředí.

Praktická část práce je věnována vyhodnocení dotazníkovému šetření, které je následně zpracováno do tabulek a grafů.

1 Adolescence jako rizikové období

Období adolescence bylo zmiňováno jako samostatné vývojové období už ve starém Řecku. V období středověku přechod mezi dětstvím a dospělostí naopak neexistoval a dítě rovnou přebíralo životní styl dospělých. Až období renesance a osvícenství přineslo nový pohled na toto vývojové období. Během lidské historie bylo dospívání považováno za období velkých životních změn. Vstup do světa dospělých a důležitost této změny byl u všech kultur zvýrazňován. Současný člověk dozrává tělesně dříve než jeho vrstevník před stol lety. Integrace současných jedinců do světa dospělých se naopak výrazně prodlužuje. Dlouhá příprava na povolání oddaluje věk založení rodiny a příchod prvního dítěte. Vytváří se tak dlouhé období psychosociálního dozrávání. Současní dospívající prožívají toto období odlišně. Část jedinců se studiem připravuje na budoucí povolání, vzdělávají se a cestují za hmotné podpory svých rodičů. Druhá část jedinců vstupuje do dospělého světa společensky a psychicky nezralí. Častá je i kombinace obou dvou variant (Nielsen Sobotková, 2014; Kabíček, 2014).

Kabíček (2014) uvádí, že dnešní společnost přináší ekonomický rozvoj a zlepšení zdravotní péče. Změny ve společnosti vedou k svobodnějšímu rozhodování ve všech lidských činnostech. To sebou přináší mnoho výhod, ale je často doprovázeno jevy, které narušují adolescentův vývoj. Po konci 2. světové války vzrostla zkušenost mladých lidí s návykovými látkami a experimentování s psychoaktivními látkami. Společně s tím došlo k uvolnění pravidel sexuálního života. Mladí jedinci dnes dobře zvládají pracovat s moderními technologiemi a tím se jim otevírá možnost globální komunikace. Ta obsahuje opět pozitivní i negativní stránky. Rozhled dnešních dospívajících díky komunikačním možnostem je však často doprovázen příliš velkým množstvím času stráveným ve virtuálním světě, což často vede až ke vzniku závislosti. Adolescenti jsou agresivnější ke svým vrstevníkům i k sobě samým. Období posledních deseti let je určitým trendem „nemódnosti“ sportu a nedostatek pravidelné fyzické aktivity u dětí a dospívajících. To znamená, že mají chudý pohybový režim, často spojený s nezdravým stravováním. Na začátku padesátých let minulého století si psychologové všimli zvýšeného počtu zdraví ohrožujících chování. Soustavným studiem velkých skupin adolescentů přišli na určité zákonitosti společenského jevu, který byl prokázán. Jev nazvali syndromem rizikového chování

(SRCHD). Dále prokázali velké množství ochranných a rizikových faktorů, kterými lze dospívající ovlivňovat. Tyto faktory se často prolínají. „Závažnost těchto projevů ve směru k výchovné a zdravotní péči je zvýrazněna i tím, že projev rizikového chování je často socializačním momentem ve skupině vrstevníků, kterou si jedinec vybral, takže jeho eliminace je obtížná“ (Kabíček, 2014, s. 15). Důležitý je i metodologický aspekt znalosti SRCHD. Ten nám ukazuje společné příčinné sociální faktory, tj. například dysfunkce rodiny, nejistota životních perspektiv a další.

Dále Kabíček (2014) zmiňuje, že organizace OSN a WHO mají jako jednu ze zásadních priorit svých preventivních programů ovlivnění zdravotních dopadů rizikového chování u mládeže. Viditelný celospolečenský postup proti SRCHD by měl oslabit tento trend. Například se může jednat o regulaci kouření a pití alkoholu nebo vhodné kampaně a akce poukazující na škodlivost SRCHD. Stěžejní je však dlouhodobé a individuální neautoritativní působení v rodině, v zájmové činnosti a také správně zvolená prevence ve škole.

1.1 Vývojové zvláštnosti v adolescenci

Vágnerová (2012) považuje období adolescence za přechodnou dobu mezi dětstvím a dospíváním. Toto období probíhá od 10 do 20 let věku jedince. Nielsen Sobotková (2014) říká, že „v základním biologickém smyslu je adolescence, dospívání, životní etapa spojená s biologickým zráním, zrychlením tělesného růstu, nově se schopností reprodukce a psychickými změnami“ (Nielsen Sobotková, 2014, s. 41). Vágnerová (2012) dále uvádí, že v tomto období mají adolescenti tendenci zbavit se dětských atributů a sociální podřízenosti. Usilují o získání větší rozhodovací svobody, ale povinnosti a pocit zodpovědnosti mohou často vnímat velmi negativně. Adolescenci jako vývojové období dále dělíme na ranou a pozdní. Můžeme se však setkat i s dělením Kabíčka (2014) a Macka (1999), kteří dělí adolescenci na ranou, střední a pozdní. Vágnerová (2012) však uvádí následující. Raná fáze je označována jako pubescence a je časově vymezena přibližně 11. – 15. rokem života. Největší změnou v této fázi jedinec pociťuje s tělesným dospíváním a změnou jeho zevnějšku. Dále dochází ke změně způsobu myšlení a stimulují se změny emočního prožívání jedince. Důležitým momentem je pro jedince ukončení povinné školní docházky v 15 letech a volba svého dalšího směřování. Potřeba jistoty a závislosti na rodině v rané fázi adolescence zeslabuje a jedinec hledá větší svobodu v rozhodování. Zde dochází

ke snižování pocitu jistoty, který se mu z rodiny dostával. Širůček a Širůčková (2012) zdůrazňují změnu orientace citové vazby v širším kontextu. V určitém slova smyslu se do pozadí dostávají hodnoty a vliv rodičů, ale vše souvisí s tím, jak jsou tyto hodnoty doplňovány vztahy s vrstevníky. Jestliže tedy v případě vztahů s rodiči častěji dominuje snaha o zrovnoprávnění vlastní pozice jedince, doplňuje se tento vztah v případě vztahů s vrstevníky spíše o vlastní zhodnocení (Širůček a Širůčková, 2012, s. 43). Vágnerová (2012) navazuje druhou fází dospívání, kterou označujeme jako pozdní adolescence. Pozdní adolescence je vymezena přibližně od 15 do 20 let věku jedince. Jedinec pohlavně dozrává a dochází zde ke komplexnější psychosociální proměně. Důležitým momentem je ukončení profesní přípravy a následný možný nástup do zaměstnání, což úzce souvisí s ekonomickou samostatností jedince. Jedinec si buduje určitou sociální identitu, kterou sdílí se svými vrstevníky. Dále jedinec získává další nové sociální role a rozvíjí své vztahy s vrstevníky, především v oblasti partnerství. Obecně můžeme tvrdit, že druhá fáze dospívání je spojena s rozvojem vlastní identity. Souvisí s větší potřebou sebepoznání, která se často uskutečňuje v rámci sociální skupiny. Další důležitou změnou je vědomí možnosti ovládat vlastní život a aktivně se seberealizovat, jehož součástí jsou i experimenty s různými variantami chování a způsoby sebeomezení (Vágnerová, 2012, s. 369).

Nielsen Sobotková (2014) uvádí, že změny v dospívání týkající se nového zařazení jedince do společnosti jsou doprovázeny odlišným očekáváním společnosti od jedince z pohledu jeho chování, jeho výkonů a měnícího se pojetí jedincova vlastního „já“. Význam konzistentního a stabilního sebepojetí v období adolescence roste a je stále více zapojováno v procesu regulace vlastního chování a prožívání. Názory a hodnocení vrstevníků, autorit, osobně významných osob nebo společenské a vrstevnické normy, to vše ovlivňuje vztah dospívajícího k „já“. Interpersonální vztahy, mezi které řadíme například vztahy s rodiči, sourozenci, partnery, vrstevníky a učiteli, se rozvíjejí v několika prostředích. V rodině, ve školním prostředí, ve volném čase, v práci a v nejbližším okolí a jsou ovlivňovány masmédií, právním systémem a dalšími faktory. V právní rovině je jedincovo dosažení dospělosti dané věkem. V psychologické rovině se jedná o dosažení určitého stupně osobní zralosti, o přijetí zodpovědnosti za své jednání a za důsledky z něho vyplývající, a o vymanění se ze závislosti na rodičích. U většiny jedinců proběhne přechod

od adolescence k dospělosti bez ohrožení zdraví či duševní pohody a toto vývojové období překonají bez větších obtíží (Nielsen Sobotková, 2014; Macek 2012; Lacinová, 2012).

Vágnerová (2016) mluví o další vývojové fázi individualizačního procesu, ve které dospívající rozvíjí a dotváří svou identitu. Tvorba je spojena s experimentací a novými alternativami v představách o vlastní osobnosti. „*Pojetí vlastní identity lze chápat jako klíčovou proměnnou adolescentního osobnostního vývoje. Dospívající si musí zvolit podobu důležitých oblastí své identity a s touto volbou se identifikovat*“ (Vágnerová, 2016, s. 452). Nielsen Sobotková (2014) poukazuje na to, že způsoby jejího dosažení jsou však velmi individuální. „*Nedostatečný prostor a absence smysluplného začlenění do světa dospělých může vést k nebezpečným, nežádoucím a rizikovým cestám formování vlastní identity (parta s delikventním zaměřením, sekta, sexuální promiskuita, experimentování s drogami, apod.)*“ (Nielsen Sobotková, 2014, s. 31). Vágnerová (2016) dále mluví o potřebě adolescentova nového sebevymezení a lepšího poznání. Dospívající jsou často postaveni do situace postupné proměny a nejistoty, se kterou se snaží vyrovnat. Dále je tuto změnu třeba zpracovat jak na úrovni kognitivní, tak i emocionální. Informace o sobě samém získává adolescent od ostatních lidí nebo srovnáním sebe sama s jinými lidmi. K tomuto lze uvést tvrzení Matouška (1998), který uvádí, že v prvních letech školy pro dítě nejvýznamnější osobou ve škole učitel, který také dítě pravidelně hodnotí. Z těchto hodnocení dítě získává v prvních letech pocit vlastní hodnoty (Matoušek, 1998, s. 77). Dále Vágnerová (2016) pokračuje informací, že aktivní vytváření identity začíná odmítnutím původních vzorců jednání a chování. S tímto úzce souvisí i potřeba otevřené budoucnosti. Formování různých nových možností může fungovat jako otevření nové perspektivy. Budoucnost však nabývá na významu až v době, kdy je o ní dospívající schopen účinně uvažovat.

Nielsen Sobotková (2014) dále vymezuje způsoby a důvody chování a jednání, které umožňují překlenout období dospívání. Důvody jednání a chování v adolescenci rozděluje do tří skupin:

1. **Formování identity** (nápodoba dospělých, dosažení autonomie, identifikace a sebepotvrzování, překračování limitů a experimentování, vyhledávání nových zážitků, vnímání vlastní kontroly a zvládání zátěžových situací)

2. **Vztahy s vrstevníky** (komunikace, sdílení zážitků a emocí, sdílené rituály, napodobování a soutěživost, zkoumání reakcí a limitů)
3. **Vztahy s dospělými** (zkoumání reakcí a limitů, diferenciací a opozice)

Tyto adaptační mechanismy a aspekty socializace pak spojuje s rizikovým nebo nebezpečným chováním, což znamená, že nejsou pouze delikventním jednáním, ale jsou typické pro období adolescence. (Nielsen Sobotková, 2014, s. 34)

Vybrané adaptační mechanismy v adolescenci (Nielsen Sobotková, 2014, s. 34 – 36):

1. **Nápodoba dospělých** – V pozitivním duchu mohou adolescenti zažívat pocit dospělosti například přebíráním zodpovědnosti nebo podílením se na chodu komunity. V negativním slova smyslu mohou adolescenci zažívat pocit dospělosti například kouřením nebo konzumací alkoholu. Velký vliv na to, jakou formu nápodoby si jedinec vybere, mají rodiče. Adolescent totiž často přebírá jejich vzorce chování a jednání.
2. **Dosažení autonomie** – Vymanění se ze závislosti na nukleární rodině a názorech ostatních je cílem procesu dosahování vlastní identity. V případě rizikového chování se nám jedinec tímto jednáním snaží sdělit, že je schopen dělat svoje vlastní rozhodnutí, který neovlivní názory rodičů ani ostatních dospělých.
3. **Identifikace a diferenciací** – Obecné odlišení se od dospělých vede k dosažení vlastní identity dospívajícího. Během tohoto období jedinci vyhledávají skupiny svých vrstevníků, do kterých se začleňují. Dosahují tedy identifikace a diferenciací skupinově. Zda se bude jednat o dosažení rizikovou formou nebo bezpečnou formou, záleží na jedinci samém. Každopádně v případě bezpečné formy je zde patrný vliv skupiny vrstevníků sdílejících shodnou volnočasovou aktivitu nebo sport.
4. **Coping (zvládání) a únik** – Rizikové chování je jedna z copingových strategií v procesu dospívání a může sloužit například k vyrovnáním se s neúspěchem, s požadavky rodiny, školy a sociálního okolí.
5. **Komunikace** – Velmi důležitá je pro adolescenty potřeba komunikovat s ostatními. Proto některé druhy rizikového chování slouží k navození atmosféry pohody a snazší komunikace. Patří mezi ně například konzumace marihuany nebo alkoholu.

1.2 Rizikové chování a syndrom rizikového chování

Pojem rizikové chování se objevuje v posledních několika letech. Vzhledem k současnému zájmu o tuto oblast chování dospívajících najdeme často nejednotný výklad a nejednotné vymezení tohoto pojmu. Zabývá se jím vývojová a sociální psychologie, kriminologie, sociální pedagogika a další vědy o člověku a společnosti. Již z tohoto spektra jmenovaných oborů zabývajících se tímto pojmem můžeme předpokládat, že nejednotnost výkladu může být způsobena kladením důrazu na rozdílné faktory v rámci zmíněných oborů (Nielsen Sobotková, 2014, s. 39).

Hamanová a Csémy (2014) uvádí, že v období dospívání je sklon k experimentování s rizikem odedávna. Toto chování však trvá pouze přechodnou dobu a projevuje se v rozumné míře. Můžeme ho tedy považovat za normální součást vývoje, které neznamena ohrožení jedince. Mladých lidí, přijímajících rizikový a problémový způsob života, však v posledních letech přibýlo. Následky jejich chování je nejenom ohrožují, ale i poškozují a jsou nejčastější příčinou smrti u 15-19letých.

Nielsen Sobotková (2014) dále píše, že rizikové chování je do určité míry normativní součástí vývoje jedince, kdy jedinci hledají hranice svých možností. Mezi projevy rizikového chování pak může patřit užívání návykových látek, vandalismus nebo záškoláctví. Tyto projevy po dosažení dospělosti většinou sami odezní. Sobotková dále v souvislosti s rizikovým chováním mluví o pojmech asociální, antisociální, disociální chování, o chování společensky nežádoucím a delikventním. Všechny výše zmíněné typy chování jsou společensky nežádoucí. *„Pojem „rizikové chování“ chápeme jako nadřazený k chování problémovému, antisociálnímu, delikventnímu, asociálnímu, disociálnímu a dalším typům. Ty jsou často předmětem konceptů a teorií, které se snaží vysvětlit jejich podstatu buď biologickými, nebo psychologickými či sociálními příčinami. Fenomén rizikového chování je rozsáhlým tématem a vyžaduje mezioborový pohled“* (Nielsen Sobotková, 2014, s. 40).

Nielsen Sobotková (2014) definuje rizikové chování jako chování, které směřuje k psychosociálnímu nebo zdravotnímu poškození jedince, jiných osob, majetku nebo prostředí. Řadíme mezi něj záškoláctví, lhaní, agresivitu a agresivní chování, šikanu, drobné krádeže, vandalismus, závislostní chování, rizikové chování na internetu, rizikové sexuální chování, rizikové chování v dopravě, užívání anabolik a steroidů, nezdravé stravovací návyky, extremismus, rasismus a antisemitismus.

Hamanová a Csémy (2014) uvádí, že problémovým chováním rozumíme jakékoli chování, které může ohrozit adolescentův vývoj, ať už si je vědom rizikovosti nebo není. V případě, že si vědom rizika není, je naší povinností adolescenta na riziko upozornit. Dále ve své publikaci odkazují na fakt, že jisté druhy rizikového chování jsou zároveň i chováním problémovým. Například zneužívání návykových látek, delikvence, rizikové sexuální chování a další. Tyto jevy se mají tendenci vyskytovat společně při stejných příčinách vzniku.

Zpočátku se v zahraničí i u nás mluvilo o sociálně patologických jevech, ale podle sociologů není tento pojem správný a vžil se proto název Syndrom rizikového chování v dospívání (dále jen SRCHD). Jedná se o specifický soubor příznaků, které vznikají na stejné bázi. Mnohé z těchto příznaků jsou problémové pouze ve vztahu k věku jedince, tedy dospívání. SRCHD přináší jedinci během vývoje pozitivní satisfakci za pocíťované nesnáze nebo nahrazuje něco, co jedinec aktuálně postrádá. Pokud tyto nesnáze řeší rizikovým chováním, může mu to přinášet závažné následky, jako je například školní neúspěch, závislosti na drogách a problémy se zákonem. Z těchto důvodů je třeba hledat pro jedince zdravé alternativy, které mohou u jedince plnit stejnou funkci. Jedná se o činnosti posilující sebevědomí, zdravé vztahy s vrstevníky, či o činnosti vyplňující volný čas. Jedinec potom nemá potřebu přijímat chování rizikové.

Projevy SRCHD rozdělujeme do tří základních okruhů. Prvním z nich je zneužívání návykových látek, které je v dospívání motivováno především sociálně. Hlavní důvod není samotná látka, ale sdílení společnosti s vrstevníky. Pokud abúzus pokračuje, může vést ke vzniku závislosti. Druhý okruh je zabývá projevy v psychosociální oblasti, kde mluvíme o projevech jako například agresivita, delikvence, kriminalita, autoagresivita, nebo i dokonaná sebevražda. Dále úrazy spojené s agresivitou nebo riskováním často pod vlivem alkoholu a přechodné problémové chování (rvačky, provokativní jednání, záškoláctví, školní selhávání, opakované závažné lhaní, útěky z domova, ničení majetku, krádeže, atd.). V případě, že výše uvedené projevy přetrvávají déle než 6 měsíců, mohou přejít v poruchy chování. Poruchy chování jsou již onemocnění, která mají svá kritéria uvedená v Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revize (MKN – 10). Třetím kruhem jsou projevy v reprodukční oblasti. Zde se jedná především o předčasný sexuální život a s ním spojené střídání partnerů a nechráněné styky.

Druhy dalšího rizikového – problémového chování dospívajících jedinců často doprovází zevní změny, jako je zhoršení školního prospěchu, noví přátelé schvalující rizikové chování, či zhoršení školního prospěchu. Dále můžeme do širšího pojetí SRCHD zařadit také nezdravou výživu, špatné stravovací návyky, tedy další formy chování ohrožující primárně zdraví. Bylo však prokázáno, že ochranné faktory SRCHD jsou protektivní i pro chování ohrožující zdraví. (Hamanová, Csémy, 2014, s. 33 – 35).

1.3 Protektivní a rizikové faktory pro vznik SRCH-D

Ochranné faktory (protektivní) jsou ve spoustě zemí dobře známy, ale s těmito informacemi se ve většině případů nepracuje a nejsou využívány v preventivních programech. Přitom právě vzájemný poměr rizikových (spouštěčů) a ochranných faktorů určuje, zdali se z pouhého experimentování může vyvinout SRCHD. Důležité je dále působení protektivních faktorů, které mají přímý i nepřímý vliv a oslabují působení rizikových faktorů. U některých adolescentů se díky protektivním faktorům problémové chování nevyvine, přestože jsou zdánlivě ve velmi rizikovém prostředí Hamanová a Csémy (2014, s. 35 – 36) dělí ochranné a rizikové faktory do následujících skupin faktorů.

Individuální faktory

Rizikové: zanedbávání dětí, poruchy chování, genetická zátěž, v období adolescence malá sebedůvěra a sebeúcta, syndrom hyperaktivity a snížené pozornosti, odchod ze školy pro neúspěch, nejisté a malé perspektivy pro budoucnost, přátelé s problémovým chováním, těhotenství a vlastní rodičovství v dospívání, příslušnost k menšinám a další.

Ochranné: vyrovnání se s negativními zkušenostmi z dětství, vysoká inteligence a sebedůvěra, pozitivní perspektivy pro budoucnost, schopnost sebekontroly, zapojení do pozitivní skupiny vrstevníků, pozitivní orientace na školu a svoje zdraví, pocit vlastní užitečnosti a začlenění v sociálních skupinách a další.

Rodinné faktory

Rizikové: dlouhodobý konflikt v rodině, zavržení svým rodičem, chronicky nemocní rodiče (včetně závislostí na návykových látkách), nedostatečná komunikace, dysfunkční rodina, rodiče příliš autoritativní nebo příliš benevolentní a další.

Ochranné: otevřená komunikace, pozitivní vztahy v rodině, neautoritativní podpora dospívajícího a jeho přijímání, orientace rodiny na jiné než konzumní hodnoty a další.

Společenské faktory

Rizikové: vysoká nezaměstnanost a chudoba ve společnosti, příležitost k nelegálním činnostem, negativní vzory a příklady ve svém okolí (včetně médií), dostupnost drog a další.

Ochranné: kvalitní školy, dospělí věnující se mládeži (volnočasové aktivity, kroužky), pozitivní vzory ve společnosti, pozitivní vzory ve svém okolí, vytváření příležitostí pro kreativitu mládeže a dospívajících a další.

Šolcová (2009, s. 28) uvádí další možné rizikové faktory. Zejména chudobu, střední a těžké perinatální potíže, vývojové nepravidelnosti, genetické abnormality a psychopatologii u některých z rodičů. Jako další zdroje stresu pak zařazuje například chronické rodinné neshody, absenci otce, změnu bydliště, změnu školy a další.

2 Protektivní role pohybové aktivity v adolescenci

Kapitola se zabývá vlivem pohybové aktivity na dospívajícího jedince. Jsou zde nastíněny faktory, ovlivňující jedincův správný vývoj. Dále jsou v kapitole popsány zátěžové situace, dále možné situace jejich zvládnání a jejich vliv na zdraví jedince.

2.1 Pohybová aktivita a sport

Pohybová aktivita ovlivňuje fyzickou stránku, a zároveň ovlivňuje i psychické procesy. Je možné si je těžko představit tělesné cvičení bez zapojení psychických procesů (emoční, volní, motorické, poznávací). Bylo také zjištěno, že u sportujících jedinců dochází ke snižování výskytu deprese, snižování úrovně úzkosti, zvyšování kladného sebehodnocení a posilování psychiky v boji se stresem. Dále bylo prokázáno, že pohybová aktivita mírné zátěže má pozitivní vliv na pacienty všech typů diabetu a zlepšuje jejich kvalitu života. Pohybově aktivní osoby mají svoje funkční schopnosti na vyšší úrovni po celý život, ve srovnání s lidmi se sedavým způsobem života. Pohyb je také důležitým činitelem v rovině sebepoznání. Poskytuje jedinci smyslovou a sociální zkušenost, vyvolávající emoce, které jedincovu osobnost obohacují. Sport je také spojen s překonáváním překážek a to může pomoci při utváření charakterových vlastností jedince, odolnosti vůči stresu nebo schopnosti vyrovnat se s neúspěchem. Pohyb je však možné využít i jako zdroj odpočinku a celkového uvolnění. Zkušenosti dlouhodobě sportujících jedinců naznačují, že cítí psychicky odolnější a uvolněnější vůči negativním vnějším podnětům. Slepíčka (2015) k tomuto konstatuje, že pohybová aktivita má vliv nejen na redukci úzkosti, ale také pozitivně působí na sebehodnocení a snižuje výskyt deprese. Konstatování se týkalo intenzivního cvičení i aktivit s nižší intenzitou, jako chůze, pěší turistika, aj (Slepíčka, 2015; Rušavý, 2012; Novotný, 2012).

Pro větší zapojení populace do aktivního životního stylu je nutný i hodnotový systém. Na něj pak navazuje struktura motivace nejen na úrovni společnosti, ale i samotného jedince. Pohybové aktivity a sport by měli být ve větší míře součástí sociálních skupin, kterými jedinec během svého vývoje prochází. Rodina, vrstevnické skupiny, ale i celkové makroprostředí má na zapojení jedince velký vliv. Sportování, jakožto specifická pohybová aktivita by měla mít své místo v každodenních aktivitách jedinců. Jejím cílem je zvýšit kvalitu života a modifikovat

životní styl. Nastává však otázka, jak by mohlo aktivní sportování ovlivňovat psychosociální dimenzi jedince do té míry, aby se sport stal součástí jeho hodnotové orientace. Za významný zdroj emocí a prožitků pro jedince se považuje právě aktivní sportování. Sportovní psychologie nahlíží na prožitek jako na silnou emoční epizodu, která má tendenci se často asociálně vybavovat. Epizoda časem podléhá vzpomínkové idealizaci a mění celou asociaci do kladného směru. Aktuálně nepříjemné prožívání se tedy stává s odstupem času neutrální a věci aktuálně neutrální se stávají časem emočně kladné, atd. (Slepička, 2015, s. 47 – 51). Prožitkový význam sportu je ještě zvyšován díky propojení se svalovou činností. To poskytuje projevení pozitivního emočního vyladění a také omezení negativního psychického napětí, což má pozitivní psychohygienický dopad. Za vybrané individuální zdroje pozitivních prožitků při sportování považujeme možnosti ovlivnění sebehodnocení, sebedůvěry, pocitu kompetence, možnosti změny nálad, prožívání pocitu úspěchu z dosažení cíle zvolené pohybové aktivity. Dále máme vybrané sociální zdroje, které hrají také roli. Jsou prevencí pro ztrátu sociálních kontaktů a nabízí možnost vstupu do nového prostředí, které může být spojeno s pozitivní odezvou, získáním uznání, možnostmi identifikace se skupinou a možnostmi sdílení emocí.

Dalším přínosem sportu pro psychosociální vývoj je existence specifických sociálních norem reprezentovaných pravidly daného sportu. Toto je často zmiňováno v souvislosti se socializační rolí sportu. Největší význam socializační role sportu je spojená se sportem dětí a mládeže. Respekt k pravidlům daného sportu i k lidem, kteří dodržování pravidel posuzují, není vždy jednoduchý úkol a je spojen s výraznou emocionalitou. Tyto specifické formy sociálních norem jsou sportujícími vnímány často jako překážky, které mají tendenci obejít. Pokud však sociální prostředí ve sportu tyto snahy eliminuje, posiluje tím jedincův rozvoj morálních hodnot i s možným přesahem do běžného života. Slepička uvádí, že pokud sportující ve sportovním kontextu získá určité hodnoty, pak jsou vytvořeny předpoklady pro ovlivnění tvorby hodnotového systému i v běžném životě. Toto hraje důležitou roli v dětství, v dospívání, tak i v průběhu celého života, protože vývoj hodnotového systému probíhá po celý život. Sport tak přispívá k pocitu vlastní zodpovědnosti a k pocitu ovlivnění vlastního jednání. Vztah mezi hodnotami jedince a jeho chováním je založen na vzájemném ovlivňování hodnot, situačním kontextu, sebeúctě, socio-kulturních očekávání a mentální kapacitě jedince. Slepička uvádí

příklad z oblasti, kdy „*hodnoty sportujících, vnitřní hodnoty sportu samotného neustále respektované jak účastníky sportu, tak širokou veřejností, se dostávají do souladu s jejich chováním*“ (Slepička, 2015, s. 59).

Sýkorová (2012) rozděluje volnočasové aktivity na strukturované (například sport, tvořivé činnosti) a nestrukturované (například sledování televize). Strukturované aktivity probíhají podle předem stanoveného rozvrhu. Řídí se pravidly a probíhají pod vedením dospělých. Díky strukturovaným volnočasovým aktivitám vznikají určité schopnosti. Nestrukturované volnočasové aktivity jsou spontánní a probíhají bez předem daných pravidel. Stravování se, osobní hygiena, či odpočinek jsou jiné druhy pasivního trávení času. Sýkorová (2012) dále uvádí, že určité strukturované volnočasové aktivity slouží k pozitivnímu využití volného času u adolescentů. Těmito aktivitami dochází k procvičování sociálních, psychických a fyzických dovedností. Jedinec pocítuje sounáležitost s určitou sociální skupinou, která může být také zdrojem jeho ocenění, se kterou si tvoří sociální síť. Tyto vztahy mají pozitivní roli v současnosti i v budoucnosti a mohou jedinci pomoci v řešení nastalých problémů (Sýkorová (2012, s. 61).

Celkově můžeme říci, že volnočasové aktivity mají na adolescentovo chování a vývoj pozitivní dopad a souvisí s rozvojem motivace, vlastní iniciativy, osobní zodpovědnosti a stanovováním si vlastních cílů. Při volnočasové aktivitě se naskytá jedinečná příležitost svobodně se rozhodovat a řídit si svůj volný čas v porovnání s aktivitami, které jsou řízeny pravidly, nebo je jejich účast povinná. Vnitřní motivace je posilována volnočasovými aktivitami a zabraňuje tak pocitu nudy ve volném čase. Pro proces formování identity je období adolescence zcela klíčové a správný výběr volnočasových aktivit k němu může významně pozitivně přispět. Záleží však také na intenzitě zapojování se do těchto aktivit. U jedince, který si je vědom svých schopností a dovedností v dané aktivitě, lze předpokládat, že se jí bude věnovat i nadále. Sýkorová dále píše, že středoškoláci, kteří pravidelně využívají volnočasové aktivity, dosahují ve škole lepších výsledků, jsou během výuky aktivnější a mají více přátel, přičemž jejich chování vykazuje méně nežádoucích projevů (Sýkorová, 2012).

Sýkorová ve své publikaci osvětluje, z jakého důvodu se všichni adolescenti nezapojují stejně aktivně do volnočasových aktivit. Vnitřní a vnější faktory ovlivňují

jedince. Mezi vnitřní faktory patří jedincovy osobnostní charakteristiky, předpoklady pro danou činnost a především jeho motivace. Mezi vnější faktory řadíme styl jedincovy výchovy, motivaci ze strany rodiny a socioekonomický status rodiny, ze kterého vyplývá, že ne všichni jedinci mají stejnou možnost navštěvovat volnočasové aktivity a kroužky. Dostupnost volnočasových aktivit je dána demografickými rozdíly. Adolescenti žijící na vesnicích nemají tak široký výběr kroužků nebo jsou v nabídce pouze takové, které pro ně nejsou atraktivní. Velké množství dospívajících každodenně dojíždí do škol ve větších městech, kde je nabídka těchto aktivit pestřejší, ale délka vyučování, každodenní příprava do školy a další povinnosti včetně dojíždění zabere adolescentovi veškerý volný čas. Za druhé rodiny s nižším socioekonomickým statusem mohou mít problém volnočasové aktivity vzhledem k jejich vysoké ceně zaplatit. Samotné studium jedince je mnohdy velmi nákladné a při omezeném rozpočtu rodiny bude vzdělání před kroužky upřednostněno (Sýkorová, 2012).

2.2 Zátěž a stres v období adolescence

Mnoho studií se zabývalo otázkou, jak mohou volnočasové aktivity ovlivňovat, zlehčovat nebo tlumit negativní dopad zátěžových situací na zdraví jedince. Sýkorová zmiňuje, že sociální opora a sebedeterminující dispozice vycházející z volnočasových aktivit tlumí a zmírňují stres ze zátěžových situací a udržují tak psychické i fyzické zdraví člověka a dále hrají klíčovou roli při zvládání zátěžových situací a stresu. Základ sociální opory tvoří přesvědčení jedince, že jeho blízcí jsou vždy nablízku v případě pomoci a podpory. Sebedeterminující dispozice jsou založeny na lidském vědomí, že jedinec jedná svobodně a autonomně (Sýkorová, 2012).

Pro správné rozlišení mezi volnočasovými copingovými přesvědčeními a strategiemi je důležité rozumět, jak volný čas pomáhá lidem vyrovnat se se zátěžovou situací a následným stresem. Dále záleží na síle situačního vlivu. Pokud je vliv slabší, jedinec projeví adekvátní copingové akce. Například v případě potřeby odreagování se a snížení napětí můžeme očekávat, že introvertní jedinec raději využije čtení knihy. Pokud však bude situační vliv silnější, můžeme očekávat reakci odlišnou. Například tvrdě pracující manažer po několik dní v izolaci od svého okolí pravděpodobně rád vyhledá společnost, i když je introvert. Nejlepší případ je

samozejmě takový, kde dochází k propojení dispozičních a situačních faktorů, jinými slovy propojení osobnosti člověka se situací, ve které se nachází (Sýkorová, 2012).

Jak už bylo uvedeno výše, mezi hlavní faktory volnočasového životního stylu, a tím pádem posilování zdraví jedince, patří svoboda volby, vnitřní motivace a snaha vyhnout se nudě. Svobodné rozhodnutí pro určitou činnost s sebou však nese i plnou odpovědnost za toto rozhodnutí a tím pádem může být pro jedince i demotivující a frustrující. Jedná se tedy svým způsobem o zátěžový faktor. Pociťování nudy při volném čase je subjektivní vnímání toho, že jedinci daná aktivita nepřináší dostatečné uspokojení potřeb a tudíž mu přináší negativní prožitek. Pociťování nudy může dále přispívat ke zvýšení stresu, což ve spojení s dalšími životními problémy může vést až ke vzniku nemoci. Vzájemný vztah volnočasových aktivit a zátěžových situací můžeme vnímat ze dvou hledisek. Dlouhodobé působení, resp. pravidelná a aktivní účast ve volnočasových aktivitách pomáhá adolescentům zvládat různé zátěžové situace. Dále oproti občasně a krátkodobé aktivitě preventivní vliv proti vzniku stresu. Dospívající má tak příležitost načerpat nové síly, odreagovat se od povinných a řízených aktivit, a také si pravidelně vydechnout. V případě, že už dospívající čelí náročné zátěžové situaci, může si jít například zahrát fotbal, zaběhat si do parku nebo se odreagovat hrou na klavír. Zvolí tedy jakousi formu akutní první pomoci k dočasnému odpoutání se a zapomenutí na těžkou situaci. Jedna z funkcí volnočasové aktivity při zvládání zátěžových situací je tedy odreagování se. Druhá funkce je tvořivá a znamená aktivní tvořivou účast na aktivitě, do které se jedinec přesně z tohoto důvodu přihlásil a baví ho. Adolescent při ní zažívá pocit radosti, což vede k příjemnému vnitřnímu naplnění (Sýkorová, 2012).

Je třeba však zmínit, že i volnočasové aktivity mohou přinášet do života dospívajícího zátěž a mohou mít negativní vedlejší vlivy. Čas strávený na kroužcích může mít za následek zanedbávání přípravy do školy. Dále nemusí zvolená aktivita adolescenta bavit nebo ho nebaví některé její části. Například ranní tréninky nebo domácí příprava na kroužek. To pak může vést k tomu, že jedinec přestane zvolenou aktivitu zvládat, protože převyšuje jeho schopnosti. V neposlední řadě je možné, že se jedinec může dostat do konfliktu s vedoucím kroužku nebo se v kroužku vytvoří prostor pro rizikové chování. V případě vytvoření rizikové skupiny se jedinec buďto podrobí tlaku sociální skupiny nebo je z ní vytlačován (Sýkorová, 2012).

Častá sociální povaha volnočasových aktivit s sebou nese základní sociální motivy, jako potřebu poznávat nové lidi, být součástí společnosti lidí a prohlubovat svá přátelství. Tato část se odehrává uvnitř komunity přátel, skupiny spolužáků nebo uvnitř rodiny. Jedná se o základní faktory při výběru volnočasové aktivity. Mezi další stěžejní faktory, které přispívají k zvládnání zátěžových situací, a tím pomáhají k podpoře zdraví, patří osobnostní predispozice a sociální opora. Křivohlavý (2001) hovoří o sociální opoře jako o pomoci, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. To pomáhá danému člověku vyrovnat se s nastalou zátěží (Křivohlavý, 2001, s. 94). Vliv sociální opory má na zdraví jedince velmi pozitivní vliv, zejména pak ve stresových situacích. Lidé zkrátka budou zvládat zátěžové situace lépe, pokud tuší, že jim bude poskytnuta opora od okolí. Dále má sociální opora pozitivní vliv v procesu začleňování se do sociální skupiny během volnočasových aktivit (kolektivní sporty, tance, zájmové kroužky). Jednou se základních lidských potřeb je potřeba společnosti lidí a přátelství, které dále vedou ke spolupráci a spolupodílení se na společných aktivitách. Tyto aktivity provází jedince už od dětských her a pokračují až do dospělosti. Člověk ve společnosti lidí a se svými přáteli provozuje různé druhy aktivit, které mu přináší radost. Právě u těchto lidí nalezne jedinec potřebnou pomoc a emocionální podporu, když se nachází v zátěžové situaci. Volnočasové aktivity dále dostávají jedince do situací, v nichž musí prokázat konkurenceschopnost a soutěživost s ostatními členy. Dospívající se tak učí čelit věcem, které ho provází ve škole a později v pracovním procesu. Porovnávání a soutěživost jednotlivých členů kroužku vede ke zlepšení dosavadních dovedností jedince v dané aktivitě. Dále mu působí příjemný pocit úspěchu a je pro něj motivací k dalšímu zlepšení. Samotné soutěžení lze považovat také za zátěžovou situaci, kterou však adolescent musí pomocí různých prostředků zvládnout (Sýkorová, 2012).

Sýkorová (2012) uvádí, že samotná zátěžová situace a následný stres představuje hrozbu pro zdraví a osobní pohodu jedince i pro celou společnost. Důležitými pojmy při překonávání zátěžových situací jsou adaptace a zvládnání (coping). Tématem se zabývá i Paulík (2017), který mluví o adaptaci a copingu následovně. Zdůrazňuje, že adaptace se vztahuje ke zvládnání zátěže jako takové. Dále může označovat také chování systémů umožňující přizpůsobení se podmínkám a u živých organismů zajišťuje přežití a vývoj. Adaptace je nezbytnou podmínkou jejich přežití. Naproti

tomu coping demonstruje zvládání náročných a stresových životních situací. Jedná se tedy o situace, ve kterých je třeba vyvinout zvýšené úsilí, aby se jedinec s nastalou situací vyrovnal. Jinými slovy zvládání je procesem vytváření úsilí jedince k boji s nepřiměřenou zátěžovou situací nebo stresem, mající za cíl regulovat jedincovo vnitřní nebo vnější napětí (Paulík, 2017, s. 13, 118).

Odborníci se snaží nalézt efektivní a neefektivní způsoby zvládání zátěže. Za efektivní formu zvládání se považuje adaptivní forma, která je vědomá, flexibilní (plánování, hledání dalších informací, aktivní zvládání) a cílená. Naproti tomu maladaptivní copingová forma využívá prostředků jako například uspokojení, defenzivní vyhnutí, unáhlené rozhodnutí, popírání, rigidní chování, užívání drog a další. Často je poměrně složité určit, zdali je copingová strategie adaptivní nebo maladaptivní. „*Typ činnosti, kterou použijeme, ovlivňuje to, zda je copingová odpověď adaptivní či nikoli, i když obě vedou ke stejnému cíli*“ (Sýkorová, 2012, s. 59). Například vyhledání sociální opory můžeme zvolit buďto formou posezení s přáteli v baru spojené s odreagováním se od problémů, nebo formou účasti na aktivitách v mládežnické skupině. Za horší způsob vyrovnávání se s problémy je považován první případ (Sýkorová, 2012, s. 58-59).

Dlouhodobé působení zátěžových situací a jejich nezvládání může vést až ke vzniku stresu. Se stresem jsou často spojovány fyzické (srdeční onemocnění, vyčerpání) a psychické potíže (deprese, poruchy příjmu potravy). Dlouhodobý stres se však u každého jedince může projevit jinak. Každopádně adolescentovy maladaptivní reakce na zátěžové situace spojená se stresem mohou vést ke vzniku úzkosti, výskytu depresivních symptomů nebo v užívání drog. V období adolescence probíhají vývojové změny v oblasti psychické, emoční, kognitivní, a tím se mění i samotný proces zvládání. Pohlaví adolescenta je jedním z faktorů ovlivňujících maladaptivní proces. Chlapci v procesu zvládání více spoléhají na strategie sloužící k odreagování fyzickými aktivitami (například sportem), nebo pasivním rozptýlením (sledování televize). Dívky zase využívají sociální opory k hledání nových strategií. Dalším ovlivňujícím faktorem je věk. Mladší adolescenti využívají emocionální podpory a pomoci při nových rozhodnutích od svých rodičů. Starší adolescenti dávají větší váhu podpoře a získávání informací od svých vrstevníků. Psychickou pohodu a zdraví těchto jedinců ovlivňují již zmíněné způsoby zvládání zátěžových situací a stresu. Bylo identifikováno několik vývojových adaptivních a maladaptivních

forem zvládání, které se vztahují k aktivnímu zvládání (přiblížení se, angažování se, zaměření na problém) a vyhýbavému zvládání (stažení se nebo orientace na emoce). Zapojení se do různých forem volnočasových aktivit u adolescentů, má potenciál podílet se na adaptivním zvládání (Sýkorová, 2012).

2.3 Volnočasové aktivity a zdraví

Jedna z nejhodnotnějších komodit v lidském životě je zdraví každého z nás. Zdraví lze definovat různými způsoby. Sýkorová ho definuje jako „stav duševní pohody zahrnující emoční, fyzické, sociální a duševní zdraví“ (Sýkorová, 2012, s. 69). Člověk může ke zdraví své osoby přistupovat buďto proaktivně nebo rekreativně. V proaktivním přístupu se jedná o aktivní věnování se činnostem, které zdraví posilují. Zároveň nadšení z volnočasových aktivit a aktivní životní styl přináší těmto lidem radost. Rekreativní přístup znamená, že se jedinec o svoje zdraví začne zajímat až ve chvíli zdravotních obtíží. Jedinci žijící rekreativním způsobem žijí sedavým stylem života a jsou pasivní. Ve volném čase nevidí příležitost k smysluplnému zapojení do volnočasové aktivity. Sýkorová ve své publikaci zdůvodňuje reaktivní chování na pomoci teorie kognitivní disonance, která je založena na uvědomění člověka, že pro zdraví je prospěšnější pravidelně cvičit a trávit volný čas aktivně a neužívat návykové látky. Na druhou stranu je však pro jedince sedavý způsob života a pasivita spojená s užíváním návykových látek (kouření) velmi pohodlná. Své škodlivé chování si však jedinci neuvědomují až do doby výskytu zdravotních obtíží a v této chvíli je možnost, že se začnou chovat proaktivně. Například v případě diagnostikování rakoviny plic, přestane jedinec kouřit. V současné době jsme konzumním stylem naší společnosti vedeni spíše k pasivnímu přístupu. Vlivem moderních technologií, televizorů a počítačů máme tendenci trávit svůj volný čas pasivně v prostředí domova (Sýkorová, 2012).

Sýkorová (2012) s Rušavým (2012) dále uvádějí, že aktivní a zdravý životní styl působí preventivně na mnoho zdravotních obtíží. Otázka tedy zní, proč je chování některých lidí rekreativní, zatímco chování druhých lidí je proaktivní. Odpovědí na otázku může být vnitřní motivace jedince. Můžeme mít motivaci „ultimátní“, získanou biologickými predispozicemi a časnou socializací, dále motivaci „distální“, naše znalosti spojené s našimi hodnotami a postoji, a motivaci „proximální“, naše situační povzbuzovače a vnímané zábrany. Motivace k účasti na volnočasových

aktivitách může být trvalá nebo dočasná. Slepíčka uvádí, že dalším zdrojem motivace k pohybové aktivitě je proces seberegulace. Jedná se o řízení vlastního chování směřující k dosažení cílů nebo překonávání překážek, zahrnuje různé kognitivní strategie, pomocí kterých lidé monitorují své chování. Seberegulace také úzce souvisí vnímanou osobní účinností. Mezi seberegulační strategie, vedoucí k určitému cíli v pohybové aktivitě, které směřují k pravidelné účasti na této aktivitě a překonáváním překážek v ní, patří: monitorování vlastní účasti, stanovování si cílů, vyhledávání sociální podpory, posilování a odměňování vlastní účasti na pohybové aktivitě, organizace svého času, vyhýbání se situacím znemožňujícím účast v pohybové aktivitě (Slepíčka, 2015, s. 87 – 88).

Když má jedinec stálou predispozici k nějakému volnočasovému chování, jedná se o motivaci trvalou. Pokud však toto chování může kolísat v závislosti na situačních zábranách a našich povzbuzovačích, jedná se o motivaci dočasnou. Dále může naši motivaci k účasti na volnočasových aktivitách ovlivnit prostředí, ve kterém vyrůstáme a naše výchova. Také závisí na hodnotách a postojích ve vztahu k volnočasovým aktivitám. Další odpověď na otázku účasti a neúčasti lidí na volnočasových aktivitách v závislosti na zdravotním stavu, můžeme hledat ve vztahu jedincova zdraví a účasti na volnočasových aktivitách. Zdraví lidé se více podílí na volnočasových aktivitách, a jakožto lidé pečující o své zdraví mají tendenci více se zabývat smysluplným trávením svého volného času a zaměřovat se na zdraví prospěšné aktivity. Především fyzicky aktivní volnočasové aktivity mají pozitivní dopad na zdraví jedince. Pravidelné cvičení a pohyb snižují riziko srdečního onemocnění, diabetu, obezity a osteoporózy, rakoviny a mrtvice. Pohyb má pozitivní vliv na zdraví fyzické i psychické, není však pravidlem, že pozitivní dopad na jedincovo zdraví mají pouze fyzicky zaměřené aktivity. Všechna účast na volnočasových aktivitách má pozitivní dopad i na psychické zdraví, konkrétně na snižování deprese a úzkosti, posílení sebeúcty a zvýšení pozitivní nálady. Dále zvyšuje pocit pohody a ulehčuje sociální interakci, životní spokojenost a zlepšuje kognitivní funkce. Sýkorová ve své publikaci zmiňuje, že existují čtyři hlavní tzv. tlumiče negativního dopadu zátěžových situací na zdraví jedince, přičemž jeden z hlavních jsou volnočasové aktivity. To znamená, že jedinci podílející se na volnočasových aktivitách jsou více spokojeni se smysluplností stráveného volného času a tudíž jsou méně náchylní k negativním vlivům a méně podléhají

stresu (Sýkorová, 2012; Rušavý, 2012). Dále v publikaci Sýkorová uvádí zjištění, že účastnění se outdoorových sportů vedlo již po krátkém čase ke zlepšení zdravotního stavu, bez ohledu na množství zátěžových situací nebo stresu v životě jedince. Krátkodobá účast na sociálních aktivitách a pravidelná účast na aktivitách kulturních snižuje negativní dopad zátěžových situací na zdraví jedinců. To však platí pouze v případě, že jedinec právě prožíval velký stres a také za předpokladu, že rozdílné volnočasové aktivity ovlivňují rozdílným způsobem zdraví a snižování stresu. Sýkorová ve své publikaci rovněž uvádí, že volnočasové aktivity působí preventivně právě v době, kdy začne u jedince úroveň stresu stoupat. Dále je možné tento vztah vysvětlit tak, že lidé tomu, aby v případě potřeby mohli uniknout ze zátěžových situací, přizpůsobí svou účast na volnočasových aktivitách. Dále Sýkorová v publikaci říká, že na snížení hladiny stresu a výskytu depresivních symptomů, má vliv společenství lidí, kteří se scházejí během volnočasové aktivity (sportovní aktivity a umělecká činnost). To potvrzuje důležitost sociální opory ve snižování nepříznivých účinků stresu na zdraví.

Výše uvedené informace, které Sýkorová zmiňuje, potvrzují důležitost volnočasových aktivit v procesu zvládnání zátěžových situací. Zároveň potvrzují, že volnočasové aktivity přispívají ke snižování negativního dopadu zátěžových situací na zdraví jedince a pomáhají k udržení dobrého zdravotního stavu (Sýkorová, 2012, s. 70 – 72).

2.4 Pohybová aktivita a aktivní stáří

Přestože se bakalářská práce zabývá pohybovou aktivitou v období adolescence, je paradoxem, že i u seniorské populace má pohybová aktivity velký význam a souvisí právě s obdobím dospívání. Slepíčka (2015) uvádí, že je třeba se zabývat procesem stárnutí ještě před vstupem do této životní etapy. Lidé během svého života tráví čas mnoha způsoby, například prací, učením nebo účastí na volnočasových aktivitách. Slepíčka hovoří o několika klíčových principech aktivního stárnutí. Hovoří například o aktivitě, tedy činnosti, která musí být součástí veškerého úsilí přispívajícího k pohodě jedince, jeho rodiny a společnosti jako celku. Tato aktivita se netýká pouze zaměstnání nebo placené práce. Dále hovoří o preventivním a výchovném principu, tedy o důležitosti prevence zdraví a učení se dovednostem v dřívějším věku. Jinými slovy mluví také o vlivu volnočasových aktivit (Slepíčka, 2015, s. 25 – 26).

Pohybová aktivita je již dlouho zmiňována jako faktor podporující zdraví. Slepíčka dále uvádí, že dokumenty WHO, týkající se této problematiky, ukazují na význam pravidelné pohybové aktivity během celého života nejen ve vztahu ke zdraví, ale i k procesu aktivního stárnutí. Pohyb v životě seniorů však nepůsobí pozitivně pouze na biologické aspekty. Působí pozitivně i na celkovou kvalitu života a na úroveň životní spokojenosti. V období po odchodu do důchodu mají lidé více času sami na sebe, na své zájmy, ale i na povinnosti k chodu domácnosti, na které však vlivem úbytku sil potřebují více času. Dochází tak k postupnému omezování počtu zájmových činností. Tento jev lze však potlačit vkládáním pohybových aktivit do mimopracovních povinností i do volného času již v období před vstupem do důchodu (Slepíčka, 2015, s. 27 – 34).

Sport a cvičení již patří mezi náročnější volnočasové aktivity. Pozitivní přínosy sportu pro zdraví byly akceptovány a zdůrazňovány organizacemi WHO a MOV (Mezinárodní olympijský výbor). Organizace uvedly, že z hlediska podpory zdraví prostřednictvím sportu a tělesných cvičení sdílejí stejné cíle. Dále uvedly, že je třeba vytvářet vhodné prostředí včetně sportovních zařízení pro všechny skupiny obyvatel. Toto se týká tzv. sportu pro všechny, tedy odlišné aktivity, která není spojena se soutěžením a snahou o dosažení nejlepšího možného výsledku. Nejedná se o tradiční chápání sportu předkládáno v masmédiích. Sport pro všechny se stal předmětem zájmu v 60. a 70. letech minulého století a představoval jeden z nástrojů, jak čelit civilizačním onemocněním spojené s nedostatkem pohybu. Postupně se také přiblížil široké veřejnosti díky lepším ekonomickým podmínkám a zájmově se přizpůsobil všem věkovým skupinám. To vedlo ke změně vnímání sportu jakožto výhradně soutěžní a výkonové aktivity (Slepíčka, 2015, s. 34 – 36).

Význam sportu a jednotlivé oblasti, kterým je třeba věnovat pozornost, aby se sport vyvíjel ve prospěch společnosti a zamezilo se tak negativním dopadům, prezentovala Evropská charta sportu již v roce 2002. „*Byl zde poprvé vymezen sport v širokém slova smyslu, jako pohybová aktivita provozovaná nejen pro dosažení co nejlepšího výkonu, ale též jako činnost prováděná pro radost, zábavu, pro podporu a rozvoj psychického i fyzického zdraví, pro navozování a uspokojování sociálních kontaktů*“ (Slepíčka, 2015, s. 36). Důraz na pohybovou aktivitu klade i Evropská Unie, která v roce 2007 zveřejnila dokument Bílá kniha o sportu, který doplňuje myšlenky Evropské charty sportu. Sport je zde prezentován jako důležitý nástroj podpory zdraví a zdatnosti populace a je zdůrazněna jeho integrační a socializační úloha.

Česká legislativa v Zákoně o podpoře sportu mluví o veřejné prospěšnosti sportu hned z několika důvodů. Jedná se o podporu zdraví, prevenci civilizačních chorob, otevřenost a rovnost pro všechny občany, rozvoj participace a občanství, a dalších (Slepička, 2015; Bílá kniha o sportu, 2007, online; Evropská charta sportu, 2002, online).

2.5 Hodnoty a sportovní prostředí

I v případě, genetické predispozice k přijetí určitých hodnot, hraje rozhodující roli sociální prostředí, ve kterém probíhá jedincův vývoj. Vedle již zmíněných makrosociálních vlivů se na formování hodnot podílí i sociální mikroklíma, ve kterém emoční vazby mezi členy tohoto prostředí (sportovní klub, volnočasový spolek, aj.) hrají rozhodující roli při utváření a následné modifikaci hodnotového systému. V tomto procesu hrají velice významnou roli činnosti realizované ve skupinách vrstevníků. Z tohoto důvodu můžeme předpokládat, že na dotváření hodnotových orientací jedinců, se podílí i sport. Slepička k tomuto odkazuje na to, že hodnoty prezentované bez vnějšího tlaku na jejich přijetí, jsou snadněji akceptovatelné. Mechanismus identifikace zde hraje klíčovou roli a je častým zejména ve sportu, kdy identifikace modelem (úspěšný, zdravý, spokojený jedinec nebo sportovec) usnadňuje přijímání jím prezentovaných hodnot a vzorců chování. Tato skutečnost nabírá na významu zejména při práci s mládeží. V momentě pozitivního vzoru, dospívající získávají pozitivní hodnotové vzorce chování, často spojené se zdravým životním stylem (Slepička, Hošek, Hátlová, 2009).

2.5.1 Vnímaná osobní účinnost

V současné době je motivace k pohybové aktivitě vysvětlována z perspektivy tzv. sociální kognitivní teorie. Pohybová aktivita je tedy výsledkem interakcí mezi člověkem a jeho subjektivními přesvědčeními o sobě, svém okolí a prostředím, ve kterém se nachází. Slepička k tomuto uvádí definici Bandury. Vnímaná osobní účinnost, neboli přesvědčení o vlastních možnostech úspěšně zvládnout danou aktivitu je nejdůležitější determinantou této interakce (Slepička, 2015, s. 81). Kromě vnímané osobní účinnosti, která je utvářena na základě čtyř hlavních zdrojů, se na interakci dále podílí další sociální a kognitivní faktory (očekávané výsledky, vnímání sociální opory, seberegulační dovednosti). Prvním zdrojem je zkušenost

s úspěšným zvládnutím činnosti. Poté nabývá jedinec subjektivního přesvědčení, že danou situaci zvládne i v budoucnu. V případě sportu to může znamenat, že když se jedinec věnuje aktivně sportu nyní a zvyšuje se jeho osobní účinnost, bude v aktivním sportování velmi pravděpodobně pokračovat i nadále. Vnímaná osobní účinnost se může v průběhu života měnit, můžeme ji ztrácet a poté zase nabývat. Jako druhý zdroj vnímané osobní účinnosti považujeme zástupnou zkušenost neboli pozorování ostatních lidí při dané činnosti. V případě kdy má jedinec omezenou předchozí zkušenost a není si jist svých schopností, interpretuje často chování jiných lidí jako zdroj informací o pravděpodobnosti úspěchu při řešení vlastního úkolu. V tomto směru je důležitá pozitivní sociální opora a pozitivní vliv vrstevnických skupiny, rodiny, atd. Například pozorování druhých lidí při sportu v podobném věku nebo shodnosti v nějakém atributu a pozorovatelem, může vést k rozhodnutí začít s pravidelnou pohybovou aktivitou. Dalším zdrojem vnímané osobní účinnosti, v pořadí třetím, je přesvědčování druhých lidí a jejich hodnocení. Ke zvýšení osobní účinnosti přispívá i důvěryhodná a pozitivní zpětná vazba o možnosti zvládnout daný úkol. Toto funguje i naopak. Znovu se tedy dostáváme k důležitosti pozitivní sociální opory. Čtvrtým zdrojem vnímané osobní účinnosti je vnímání a interpretace tělesných a emočních stavů. Jako subjektivní pravděpodobnost k zvládnutí dané aktivity, mohou být jedincem vyhodnoceny informace jako pocit úzkosti, stresu, vzrušení a změny nálad. Vnímaná osobní účinnost má velký vliv na výběr volnočasové aktivity. Jedinec si častěji vybírá aktivitu, kde se cítí kompetentní a vyhýbá se těm, kde se tak necítí. Dále nám vnímaná osobní účinnost ovlivňuje vynakládané úsilí, vytrvalost při setkání s překážkami a nezdolnost v případě negativních podmínek. Vysoká úroveň vnímané osobní účinnosti pak přispívá k pocitům vyrovnanosti a vnímání překážek spíše jako výzev, kde je třeba ještě zvýšit svoje úsilí k překonání. Nízká úroveň vnímané osobní účinnosti může u jedinců způsobovat pocity úzkosti a deprese, protože často věří, že aktivita je obtížnější, než ve skutečnosti je a proto omezují vlastní možnosti na její zvládnutí. Vnímaná osobní účinnost souvisí ze všech sociálně kognitivních procesů s pohybovou aktivitou nejvíce a zároveň značí, že pohyb přímo zvyšuje úroveň jejího subjektivního vnímání jedincem. Dalším významným faktorem vnímané osobní účinnosti je zprostředkovávání vztahu mezi pohybovou aktivitou a různými aspekty kvality života, jako vnímaným psychickým i fyzickým zdravím a spokojeností se životem (Slepička, 2015).

3 Pohybová aktivita a rizikové chování u žáků v rané adolescenci

3.1 Cíl výzkumného šetření, stanovení hypotéz

Pravidelná pohybová aktivita je řadou autorů považována za jeden z hlavních prediktorů objektivního zdraví, ale také klíčovou determinantou vnímaného zdraví a subjektivní pohody jedince. V souvislosti s rostoucím výskytem rizikového chování u adolescentů např. Novotný (2012), Šolcová (2009) aj. zdůrazňují význam výzkumu protektivních faktorů v etiopatogenezi SRCHD. **Cílem práce je ověřit protektivní roli pravidelné pohybové aktivity v etiopatogenezi rizikového chování žáků v rané adolescenci.** Dílčím cílem zmapovat základní vztahy mezi vnímanou osobní účinností, depresí a vybranými faktory rizikového chování v adolescenci. Shodně s výzkumným cíle byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Předpokládáme, že u více než 60% souboru respondentů budou zjištěny symptomy SRCHD.

H2: Předpokládáme, že se pravidelně sportující adolescenti chovají méně rizikově.

H3: Předpokládáme, že pravidelně sportující adolescenti více dodržují zásady zdravého životního stylu.

H4: Vyšší hodnoty vnímané osobní účinnosti (SE) souvisejí s adherencí ke zdravému životnímu stylu.

H5: Vyšší hodnoty deprese souvisejí s rizikovým chováním.

3.2 Sběr dat a výzkumný soubor

Sběr dat byl realizovaný formou dotazníkového šetření. Výhodou dotazníku je získání velkého počtu respondentů, avšak je třeba počítat s možnou neupřímností respondentů v odpovědích a případné nepochopení otázky. Tomuto bylo předcházeno slovním úvodem, ve kterém byli respondenti požádáni, aby vše vyplňovali pravdivě. Dále bylo předcházeno možnému nepochopením otázek osobním dohledem v průběhu celého vyplňování dotazníku.

Kritéria pro výběr výzkumného souboru byly:

- ✓ věk mezi 10 až 15 let (období rané adolescence)

- ✓ schopnost respondentů samostatně vyplnit dotazník
- ✓ možnost vyplnění dotazníku před pohybovou aktivitou

Respondenti byli informováni, že dotazník je anonymní, abychom snížili výskyt nedůvěry a neupřímné odpovědi.

Dotazník obsahuje otázky:

- ✓ základní informace o respondentovi (pohlaví, věk, škola, třída, sportovec/nesportovec),
- ✓ otázky zaměřující se na chování ovlivňující zdraví v dospívání
- ✓ 27 otázek standardizovaného dotazníku CDI
- ✓ otázky zaměřené na zjištění hodnocení vnímané osobní účinnosti (SE)

Dotazník obsahuje 2 otevřené otázky (věk, škola) a zbývající uzavřené s volbou jediné možnosti výběru. Dále testová baterie obsahuje dotazník vlastní konstrukce mapující chování ovlivňující zdraví v dospívání, standardizovaný dotazník CDI Sebeuposuzovací škála depresivity pro děti T – 94 a experimentální verze standardizovaného dotazníku vnímané osobní účinnosti (Hoskovcová, 2006).

Sběr dat proběhl začátkem března 2018 a celkem bylo osloveno 90 aktivně sportujících respondentů. Návratnost dotazníků činila 100 %. Všechny dotazníky byly vyplňovány před pohybovou aktivitou. Všech 90 respondentů je aktivními hráči florbalu v pražských klubech, přičemž zhruba polovina respondentů hraje florbal v Tatranu Střešovice a zbytek respondentů byl dotazován na florbalovém kempu talentované mládeže. Většina dětí studuje v 5 až 7 třídě základní školy a několik dětí studuje víceletá gymnázia. Pro účely bakalářské práce byly kromě již zmíněných 90 sportujících respondentů využity také data z výzkumu PhDr. Stanislava Pelcáka, Ph.D. a Mgr. Lucie Špráchalové, která byla sesbírána na základních školách Pardubického a Královehradeckého kraje. V práci je pracováno pouze s 57 respondenty z jejich výzkumu, jelikož zbytek respondentů nesplňoval kritérium věku. Z 57 respondentů bylo 36 nesportujících a 21 sportujících. Celkový počet respondentů, ze kterého byly vyhodnocovány výsledky, tak činil 147 respondentů (tabulka 1).

Tabulka 1 Věkové složení respondentů (n= 147)

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
11	26	17,7
12	49	33,3
13	21	14,3
14	51	34,7
celkový počet respondentů	147	100,0

Tabulka 1 prezentuje výsledky pomocí absolutní a relativní četnosti. Hodnoty byly zaokrouhleny na jedno desetinné místo. Při charakteristice respondentů absolutní četnost odpovídá počtu respondentů jednotlivých skupin, kde respondenti jsou rozdělení podle věku a pohlaví. Relativní četnost pak vyjadřuje podíl počtu respondentů jednotlivých skupin na celkovém počtu dané skupiny vyjádřený v procentech.

Metoda výzkumu

Pro výzkum byla zvolena kvalitativní metoda pomocí dotazníkového šetření. Během práce byl využíván program Microsoft Office a Excel. Pro tvorbu histogramů a zpracování statistických dat byl využit program IBM SPSS Statistics. Kvalitativní výzkum je dle Hendla a Remla (2017) často spojován se statistickým šetřením a zabývá se především strukturovaným získáváním dat, měřením konceptů s cílem testovat a upravovat teorie, zobecnováním výsledků a kauzalitou. Ke sběru dat z empirického výzkumu kvantitativní metodou bakalářské práce, byl využit dotazník. Gavora (1996) uvádí, že dotazník je určen především pro hromadné získávání údajů a je nejfrekventovanější metodou zjišťování údajů. Dále Hendl a Reml (2017) uvádí, že v případě dotazníku se jedná o formulář, který respondent vyplňuje obvykle sám nebo v interakci s tazatelem. Využívá se k získání informací o myšlenkách, pocitech, postojích a hodnotách zkoumaných osob. Mohou se zde také objevit otázky o faktech, týkajících se charakteristiky světa respondenta. Dotazník není vázaný na nějaký výzkumný design, může být využit při sběru dat v případové studii, experimentu, statistickém šetření nebo pozorování. Obvykle se v dotazníku můžeme setkat s částmi, které vycházejí z procedur škálování, testování a měření (Hendl, Reml, 2017).

Testovou baterii tvořily standardizované dotazníky a dotazník vlastní konstrukce. Dotazníky byly sešity k sobě, takže každý respondent dostal soubor dotazníků, a byly vyplňovány v tištěné podobě. U každého dotazníku bylo uvedeno, jak se vyplňuje, a pro lepší vyhodnocování odpovědí byly dotazníky očíslovány. Testovou baterii **tvořil dotazník mapující chování ovlivňující zdraví v dospívání** (Pelcák, 2015). Dotazník zjišťuje závažnost projevů chování, jež zastřešuje syndrom rizikového chování v adolescenci: záškoláctví, experimentální jídelní chování a sebepoškozování, sexuální rizikové chování, rizikový sport a pohybová aktivita, nelátkové závislosti, behaviorální a látkové závislosti, drobnou kriminalitu, agresivní chování, rizikové chování na internetu. Dotazník zahrnuje také položky zjišťující tzv. chování vedoucí ke zdraví (adherence) neboli chování vedoucí ke zdravému životnímu styl (dále jen ZŽS). Konkrétně na pravidelnou pohybovou aktivitu, spánek a odpočinek, jídelní chování a výživu, smysluplné trávení volného času a zdravotní návyky. Žáci odpovědi zaznamenávali na pětibodové škále (1 = nikdy, 5 = pravidelně), přičemž respondenti hodnotí období uplynulého kalendářního roku. Byl vyhodnocen celkový skóre rizikového chování (index IR) a chování podporujícího zdraví (ADH). Výpočet proběhl sečtením výsledných hodnot a následným vydělením položek daného okruhu.

Dále testovou baterii tvořil standardizovaný dotazník **CDI Sebeuposuzovací škála depresivity pro děti T – 94**. CDI (Children's Depression Inventory) je metodika inspirovaná Beckovou škálou pro dospělé a je určena dětem a adolescentům (7-17 let) k sebeuposuzení vlastní depresivity. Autorem testu je M. Kovacs a tvůrcem příručky M. Preiss. CDI obsahuje pět subškál. A (Špatná nálada) B (Interpersonální potíže) C (Nevýkonnost) D (Anhedonie) E (Snížené sebehodnocení). Dotazník obsahuje 27 položek, které jsou hodnoceny na tříbodové škále. Po vyplnění se sečtou body z jednotlivých subškál a celkový výsledek je součtem všech bodů subškál.

Dále je testová baterie tvořena **standardizovaným dotazníkem zjišťujícím vnímanou osobní účinnost** (Self-efficacy). Dotazník zjišťuje optimistické sebepojetí, účinnosti vlastního působení a vnímání schopnosti zvládat problémy. Autorem je R. Schwarzer a M. Jerusalem (český překlad Hoskovcová, 2006). Respondenti odpovídali na 10 výroků, které se vztahovaly k vnímané osobní účinnosti. Měli si představit sami sebe v obvyklých, každodenních situacích a problémech, které řeší. Měli za úkol posoudit, zda s výrokiem souhlasí/nesouhlasí

na pětibodové škále. 1 = silně nesouhlasím, 2 = nesouhlasím, 3 = mírně souhlasím, 4 = silně souhlasím. Celkový skóre se získal součtem zvolených hodnot.

K vyhodnocení dat z dotazníku byla využita Statistická analýza. Podle Hendla (2017) se jedná o část matematiky, která se věnuje analýze numerických údajů. Určená strukturovaná data, které jsou určeny pro statistickou analýzu, je třeba po jejich sběru zpracovat v soulase s plánem výzkumu. V procesu se pracuje s kódováním, editováním, tabelací a další sofistikovanější analýzou. Proces přezkušování dat, jenž slouží ke zjištění chyb a nedostatků, nazýváme editováním. Proces přiřazení čísel nebo jiných symbolů k určitým částem dat (jako jsou odpovědi dotazníku, nazýváme kódování. Samotné slovo statistika pak označuje cokoli, co z dat vypočítáme (např. průměr). K analýze statistických dat využíváme počítačové programy, v případě bakalářské práce byl použit IBM SPSS Statistics. Některé ze stanovených hypotéz bakalářské práce byly ověřovány pomocí Chí-kvadrát testu (neboli Testu dobré shody). Dle Walkera (2013) se jedná o metodu matematické statistiky, která umožňuje ověřit, zda má náhodná veličina určité předem dané rozdělení pravděpodobnosti. Rozdělení může být dáno včetně parametrů, nebo s neznámými parametry. Test se také často používá pro ověřování hypotéz v kontingenční tabulce. Výsledná hodnota je v označování písmenem X^2 , v bakalářské práci je hodnota označována slovy „chí“. Většina statistických testů nám k ověření vyprodukuje p-hodnotu. Písmeno p znamená „pravděpodobnost“ neboli míru pravděpodobnosti pozorování účinku, přinejmenším tak velkého, jako byl ten, který jsme naměřili. Jinými slovy p je míra pravděpodobnosti toho, že uvidíme nějaký výsledek, alespoň tak velký, jako jsme viděli (Walker, 2013).

K lepšímu porozumění interpretace zpracovaných dat v tabulkách a grafech, uvádím vysvětlení základních popis proměnných dle Hendla (2016). **Aritmetický průměr** zahrnuje všechna pozorování. Vypočte se tak, že se všechny sledované hodnoty dané statistické proměnné sečtou a součet se dělí počtem hodnot. **Medián** je naměřená hodnota jedince stojícího uprostřed řady všech prvků souboru seřazených podle velikosti naměřených hodnot. Je-li rozsah statistického souboru sudé číslo, pak je medián určen jako aritmetický průměr dvou prostředních hodnot. Výhodou modu a mediánu je, že jejich velikost není ovlivněna odlehlými pozorováními. To neplatí pro nejčastěji používanou střední hodnotu. **Směrodatná odchylka** (též standardní odchylka) je kladně vzatá odmocnina z rozptylu. Čím jsou standardní odchylka

či variance větší, tím více je rozdělení kolem průměru rozptýleno, čím jsou menší, tím více se všechny naměřené hodnoty hromadí kolem průměru. Jinými slovy nám směrodatná odchylka říká, na kolik se od sebe navzájem liší jednotlivé případy v souboru (Hendl, 2006).

Dále je v bakalářské práci pracováno s četnostními a kontingenčními tabulkami. V případě četnostních tabulek je dle Hendla (2017) jedná o podrobný popis zastoupení kategorií nebo hodnot dané proměnné v souboru dat. Obvykle tyto tabulky obsahují absolutní četnost, relativní četnost a kumulativní četnost. Absolutní četnost nám říká, kolikrát se daná kategorie nebo hodnota vyskytla v souboru dat pro danou proměnnou. Jedná se tedy o jednotlivý údaj pro každou kategorii nebo hodnotu proměnné. Relativní četnost nám označuje procentuální zastoupení každé kategorie nebo hodnoty relativně k celkovému počtu všech případů. V případě kumulativní četnosti se pak jedná o načítané hodnoty relativní četnosti v jednotlivých kategoriích v jejich ordinálním pořadí na škále proměnné (Hendl, 2017, s. 233 – 235). Kontingenční tabulka dle Hendla „*prezentuje absolutní četnosti případů klasifikovaných simultánně podle dvou kategoriálních proměnných*“ (Hendl, 2017, s. 235).

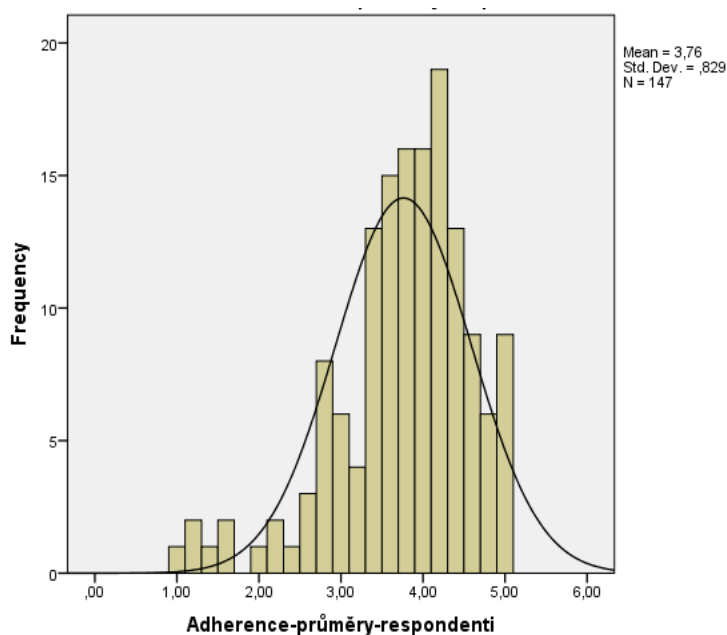
3.3 Výsledky a prezentace výsledků šetření

Tabulka 2 Adherence ke zdravému životnímu stylu a rizikové chování u výzkumného souboru (n= 147)

	Index Adherence	Index RCH
Celkový počet	147	147
Chybějící	0	0
Aritmetický průměr	3,7619	1,39593
Medián	3,8000	1,32353
Směrodatná odchylka	,82871	,286139
Minimum	1,00	1,000
Maximum	5,00	2,765

Komentář: **Tabulka 2** prezentuje hlavní hodnoty celkové statistiky vzorku respondentů. Na základě zpracovaných výsledků byl vyjádřen medián, modus, bodové maximum a minimum, průměr a směrodatná odchylka.

Graf 1 Indexy vybraných projevů chování vedoucí ke zdraví (n= 147)



* Histogram je v původní podobě jako z programu SP IBM SPSS Statistics

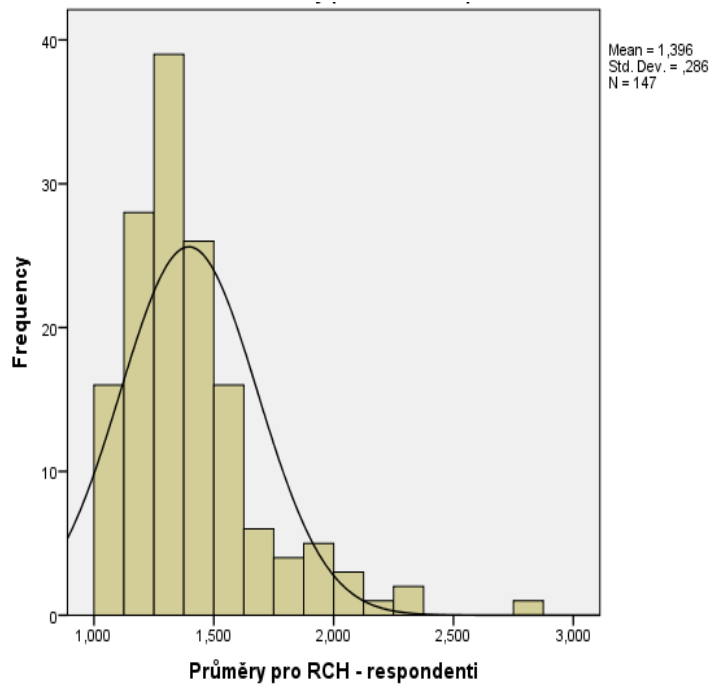
Komentář: **Graf 1** Histogram ukazuje hodnoty adherence ke zdravému životnímu stylu u souboru. Z dat vyplývá, že se většina respondentů se nachází na škále mezi hodnotou 3 až 5, což znamená, že jejich vzorce chování vykazují adherenci ke zdravému životnímu stylu (např. pravidelný spánek a odpočinek, pravidelná strava, pravidelná PA, aj.) Podrobnější údaje přináší tabulka 3.

Tabulka 3 Výskyt symptomů SRCHD a adherence ke zdravému životnímu stylu u respondentů (n= 147)

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Respondenti inklinují k experimentu (SRCHD)	27	18,4
Respondenti s chováním vedoucím ke zdraví (adherence)	120	81,6
Celkem	147	100,0

Komentář: **Tabulka 3** prezentuje výskyt symptomu SRCHD a hodnotu adherence ke zdravému životnímu stylu. Z dat uvedených v tabulce vyplývá, že 120 respondentů z celkových 147 cílevědomě dodržuje zásady zdravého životního stylu, což odpovídá 81,6%. Oproti tomu 27 respondentů z celkových 147 inklinuje k projevům rizikového chování, což odpovídá 18,4%.

Graf 2 Indexy vybraných projevů syndromu rizikového chování (n= 147)



* Histogram je v původní podobě jako z programu SP IBM SPSS Statistics

Komentář: **Graf 2** ukazuje výskyt rizikového chování u respondentů. Z vypočítaného indexu rizikového chování a následného vytvoření histogramu vyplývá, že většina respondentů se nachází na škále mezi hodnotou 1 až 1,5. To znamená, že se většina respondentů chová zřídka až nikdy rizikově. Dále je nutno zmínit, že žádná průměrná hodnota nedosáhla průměru více než 3, což znamená, že se riziko v rámci pětibodové škály drží velmi nízko.

Tabulka 4 Výskyt rizikového chování (n=147)

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Minimální tendence k rizikovému chování	122	83,0
Občasná tendence k rizikovému chování	25	17,0
Celkem	147	100,0

Komentář: **Tabulka 4** prezentuje výskyt rizikového chování u respondentů. Soubor byl rozdělen dle průměru na dvě skupiny. První skupina s názvem „minimální tendence k rizikovému chování“ zahrnuje 122 žáků, odpovídající 83%, z celkového počtu souboru 147 respondentů. Žáci ze z první skupiny dosahovali průměru 1 – 1,5, což znamená, že se prakticky nikdy nechovají rizikově. Resp. vybočili občas, což je možno brát jako experiment. Druhá skupina s názvem „občasná tendence k rizikovému chování,“ zahrnuje 25 žáků, odpovídající 17% z celkového počtu respondentů. Žáci druhé skupiny dosahovali průměru 1,6 – 2,765 maximálně, což znamená, že se chovají zřídka nebo občasně rizikově.

Tabulka 5 Přítomnost projevů SRCHD v závislosti na pravidelné pohybové aktivitě (n= 147)

	Nesportující	Sportující	Počet
Minimální tendence k rizikovému chování	26	96	122
Přítomné projevy rizikovému chování	10	15	25
Celkem	36	111	147

* $\chi^2 = 0,048$; $p = 0,05$

Komentář: **Tabulka 5** prezentuje přehled výskytu rizikového chování u sportujících a nesportujících jedinců. Z dat uvedených v tabulce vyplývá, že jedinců s minimální tendencí k rizikovému chování je 122, z toho 96 aktivně sportujících a 26 nesportujících respondentů. Dále z tabulky vyplývá, že 25 jedinců, u kterých jsou přítomné projevy rizikového chování, přičemž 15 z nich je aktivně sportujících a 10 nesportujících. χ^2 má hodnotu 0,048, což znamená, že existuje významná statistická souvislost mezi tendencí k rizikovému chování a účasti na pravidelné pohybové aktivitě.

Tabulka 6 Přítomnost chování vedoucí ke zdraví (adherence) v závislosti na pohybové aktivitě (n= 147)

		Sport		Počet
		nesportující	sportující	
Adherence	Nižší adherence k ZŽS	15	12	27
	Vyšší adherence k ZŽS	21	99	120
Celkem		36	111	147

* $\chi^2 = ,000$; $p < 0,001$

Komentář: **Tabulka 6** ilustruje adherenci ke zdravému stylu života. Z uvedených dat vyplývá, že jedinců s nižší adherencí zdravého stylu života je 27, přičemž 12 z nich jsou sportovci a nesportujících je 15. Dále z tabulky vyplývá, že 120 respondentů dodržuje zásady zdravého životního stylu a vykazují vyšší adherenci k ZŽS, z toho 99 je sportujících a 21 nesportujících. Hodnota $\chi^2 = ,000$, což znamená, že je hodnota χ^2 -kvadrát menší než 0,05. Vztah sportu a chování vedoucímu ke zdraví je signifikantní.

Tabulka 7 Korelace mezi vnímanou osobní účinností (SE) a depresivním prožíváním v adolescenci (n= 147)

	SE	CDI
Vnímaná osobní účinnost	1	
CDI	-0,33**	1

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Komentář: SE= vnímaná osobní účinnost, CDI= celkový skóre depresivní symptomatologie. Dále **Tabulka 7** ukazuje statisticky signifikantní vztah mezi vnímanou osobní účinností a celkovou hodnotou deprese ($r = -0,33$). Vyšší hodnoty SE souvisejí s méně závažnými depresemi (CDI).

Tabulka 8 Korelace mezi vnímanou osobní účinností (SE), depresemi a adherencí ke zdravému životnímu stylu a rizikovým chováním (n=147)

	SE	CDI	ADH	IR
Vnímaná osobní účinnost	1			
CDI (celková deprese)	-0,33**	1		
Adherence k ZŽS	0,28**	-0,22*	1	
Index rizikového chování	-0,12	0,35**	-0,27**	1

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Komentář: SE= vnímaná osobní účinnost, CDI= celkový skóre depresivní symptomatologie, ADH= adherence ke zdravému životnímu stylu, IR= celkové skóre rizikového chování. Dále **Tabulka 8** ukazuje výsledky korelační analýzy mezi vnímanou osobní účinností, depresí a vzorci chování, které ovlivňují zdraví dospívajících. Statisticky signifikantní vztah byl zjištěn mezi vnímanou osobní účinností a celkovou hodnotou deprese ($r = -0,33$), mezi vnímanou osobní účinností a adherencí ke zdravému životnímu stylu ($r = 0,28$). Vyšší hodnoty SE jsou spojeny s méně závažnými projevy deprese ($r = -0,33$) a rizikového chování (zde se jedná spíše o trend). Vyšší hodnoty SE jsou naopak spojeny s dodržováním zdravého životního stylu. Shodně s literaturou se potvrdila vazba mezi depresí a rizikovým chováním ($r = 0,35$), depresí a adherencí ke zdravému životnímu stylu.

3.4 Porovnání výsledků zkoumání se stanovenými hypotézami

H1: Předpokládáme, že u více než 60% souboru respondentů budou zjištěny symptomy RCH.

Z Tabulky 3 a Grafu 1 je zřejmé, že většina respondentů (81,6%) cílevědomě dodržuje zásady zdravého životního stylu. Pouze 27 respondentů (18,4%) inklinuje k projevům rizikového chování. Dále z Grafu 2 a Tabulky 4 vyplývá, že většina respondentů se nachází na škále mezi hodnotou 1 až 1,5, což znamená, že se chovají zřídka až nikdy rizikově. Je nutno zmínit, že žádná průměrná hodnota nedosáhla průměru více než 3 a riziko se tak v rámci pětibodové škály drží velmi nízko. Podle Kabíčka (2014) se až 60% adolescentů zapojí alespoň do jedné z forem RCH, což se zde nepotvrdilo. Výsledkem šetření mohl ovlivnit i fakt, že převážná většina respondentů se účastní na pravidelné pohybové aktivitě.

Hypotéza je vyvrácena.

H2: Předpokládáme, že se pravidelně sportující adolescenti chovají méně rizikově.

V Tabulce 5 jsou znázorněny přehledy výskytu rizikového chování u sportujících a nespportujících jedinců. Výsledky ukazují, že 122 jedinců, z toho 96 aktivně sportujících a 26 nespportujících, vykazuje minimální tendenci k rizikovému chování. Dále výsledky ukazují, že u 25 jedinců, byly zjištěny projevy inklinující k rizikovému chování, přičemž 15 z nich je aktivně sportujících a 10 nespportujících. Dále z výsledků vyplývá, že existuje významná statistická souvislost mezi tendencí k rizikovému chování a účasti na pravidelné pohybové aktivitě. Podkladem pro naši hypotézu byly publikace Slepíčky (2015) a Sýkorové (2012), kteří uvádějí provázanost těchto faktorů.

Hypotéza je potvrzena.

H3: Předpokládáme, že pravidelně sportující adolescenti více dodržují zásady zdravého životního stylu (adherence).

V Tabulce 6 jsou znázorněny výsledky z šetření adherence ke zdravému stylu života v závislosti na pohybové aktivitě. Z výsledků vyplývá, že vztah sportu a chování

vedoucímu ke zdraví je signifikantní. Dále z výsledků vyplývá, že převážná většina aktivně sportujících respondentů vykazuje vyšší adhezenci k ZŠS. Je třeba zdůraznit, že v celkovém součtu respondentů, převažují aktivně sportující jedinci. S Hypotézou je spojen také Graf 1, ze kterého je zřejmé, že většina respondentů (81,6%) cílevědomě dodržuje zásady zdravého životního stylu. Dále graf ukazuje, že většina respondentů se nachází na škále mezi hodnotou 3 až 5, což znamená, že jejich vzorce chování vykazují adhezenci ke zdravému životnímu stylu.

Hypotéza je potvrzena.

H4: Vyšší hodnoty vnímané osobní účinnosti (SE) souvisejí s adhezencí ke zdravému životnímu stylu.

Tabulka 8 potvrzuje statisticky významný vztah mezi vnímanou osobní účinností, depresí a vzorci chování, které ovlivňují zdraví dospívajících. Statisticky signifikantní vztah byl zjištěn mezi vnímanou osobní účinností a adhezencí ke zdravému životnímu stylu ($r=0,28$). Korelační koeficient v tomto případě nabývá spíše nižší hodnoty a znamená spíše nižší shodu. Výsledek šetření je však ovlivněn celkovým počtem respondentů. I přes tento deficit, můžeme tvrdit, že zde existuje patrná shoda mezi zmíněnými jevy. Podkladem pro naši hypotézu byly publikace Slepíčky (2015), Pastuchy (2007) Oba uvádějí souvislost mezi těmito faktory.

Hypotéza je potvrzena.

H5: Vyšší hodnoty deprese souvisejí s rizikovým chováním.

Jak je doloženo v korelační Tabulce 8, shodně s literaturou Sýkorové (2012) a Rušavého (2012) se potvrdila vazba mezi depresí a rizikovým chováním ($r=0,35$), depresí a adhezencí ke zdravému životnímu stylu. Nízká hladina deprese souvisí s minimální nebo občasnou tendencí k rizikovému chování.

Hypotéza je potvrzena.

Závěr

Období dospívání je pro jedince důležitým obdobím v jeho vývoji. Adolescent začíná více sledovat dění kolem sebe, pomalu se vymaňuje z péče rodičů a začíná se více vnímat hodnoty svého okolí. Dospívání je dlouhodobější proces a je třeba se zeptat, zdali ho jedinec vůbec může překlenout, aniž by vyzkoušel různé formy rizikového chování. Rizikové chování do jisté míry můžeme považovat za přirozený jev během tohoto období. Je však třeba hledat faktory, které rizikové chování oslabí nebo jsou jeho protikladem. Jedná se o protektivní faktory, které může jedinec během dospívání a dalších vývojových období cíleně využívat. Slepíčka (2015) v této souvislosti uvádí, že jeden z předpokladů proaktivního stáří je účast na pohybové aktivitě v předešlých vývojových etapách, tedy i v dospívání.

Cílem práce bylo ověřit protektivní roli pravidelné pohybové aktivity v etiopatogenezi rizikového chování žáků v rané adolescenci. Dílčím cílem bylo zmapovat základní vztahy mezi vlastní vnímanou účinností, depresí a vybranými faktory rizikového chování v adolescenci.

Teoretická část práce se zabývala rizikovým chováním v dospívání a syndromem rizikového chování v dospívání. Bylo popsáno samotné rizikové chování, jeho vymezení a pojmy s ním souvisejícími. Pozornost také byla věnována vybraným faktorům, které mohou ovlivňovat vznik nebo projevy rizikové chování. Dále byla podrobněji charakterizována adolescence jako samostatné vývojové období, které přináší řadu změn, včetně experimentu v oblasti rizikového chování.

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na žáky ve věku 10 až 15 let. Většina žáků je aktivně sportujících. Bakalářská práce zjišťovala výskyt vybraných projevů rizikového chování a adherence ke zdravému životnímu stylu. Dále byly zjišťovány vztahy mezi pravidelnou pohybovou aktivitou a závažností projevů rizikového chování a mírou adherence ke zdravému životnímu stylu; depresivním laděním, vnímanou osobní účinností a rizikovým chováním.

První hypotéza poukazovala na tvrzení Kabíčka (2014), že 60% dospívajících ukazuje symptomy SRCHD. Bylo prokázáno, že pouze 18,4% respondentů vykazovalo projevy, inklinující k rizikovému chování. Hypotéza se tedy nepotvrdila. V případě druhé hypotézy bylo předpokládáno, že se pravidelně sportující

adolescenci chovají méně rizikově, což se potvrdilo a hypotéza byla potvrzena. Dále byla prokázána významná statistická souvislost mezi tendencí k rizikovému chování a účasti na pravidelné pohybové aktivitě. Ve třetí hypotéze bylo předpokládáno, že pravidelně sportující adolescenti více dodržují zásady zdravého životního stylu. Bylo prokázáno, že vztah sportu a chování vedoucímu ke zdraví je signifikantní. Převážná většina aktivně sportujících respondentů vykazuje vyšší adhezenci k zdravému životnímu stylu. Čtvrtá hypotéza korelační vztah mezi vnímanou osobní účinností a adhezencí ke zdravému životnímu stylu. Byl prokázán statisticky signifikantní vztah mezi vnímanou osobní účinností a adhezencí ke zdravému životnímu stylu. Výsledek šetření je však ovlivněn celkovým počtem respondentů. I přes tento deficit, můžeme tvrdit, že zde existuje patrná shoda mezi zmíněnými jevy. Pátá hypotéza poukazovala na literaturu Sýkorové (2012) a Rušavého (2012). Zjišťovala korelační vztah mezi vlastní vnímanou účinností, depresí a vybranými faktory rizikového chování. Byly prokázány signifikantní vztahy mezi depresí a rizikovým chováním, a mezi vnímanou osobní účinností a adhezencí ke zdravému životnímu stylu, což potvrzuje dílčí cíl práce.

U žáků zařazených do šetření bylo zjištěno a prokázáno, že pravidelná pohybová aktivita má protektivní vliv v prevenci rizikového chování v dospívání a výzkumný cíl bakalářské práce byl splněn. Možným podnětem pro další výzkum a šetření v problematice prevence rizikového chování problematice, by mohl být rozšířený vzorek respondentů a podrobnějším popisem s analýzou souvislostí mezi projevy SRCHD a vývojovými zvláštnostmi v adolescenci. Vzhledem k převážné většině aktivně sportujících respondentů by bylo vhodné získat data od nespportujících jedinců. Výzkum může sloužit jako zpětná vazba školám, které mají zájem na prevenci rizikového chování a nabízí žákům účast na mimoškolních aktivitách. Dále by výsledky výzkumu mohly sloužit ke zvýšení nabídky volnočasových aktivit pro žáky základních škol.

Seznam použitých zkratk

ADH	Adherence
Aj	A jiné
Atd	A tak dále
EU	Evropská Unie
IR	Index rizika
Např	Například
MOV	Mezinárodní olympijský výbor
MKN - 10	Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
OSN	Organizace spojených národů
RCH	Rizikové chování
SE	Self efficacy, Vnímaná osobní účinnost
SRCHD	Syndrom rizikového chování v dospívání
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
ZŽS	Zdravý životní styl

Seznam použitých zdrojů

GAVORA, Peter. Výzkumné metody v pedagogice: příručka pro studenty, učitele a výzkumné pracovníky. Brno: Paido, 1996, 130 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-15-X.

HENDL, Jan a Jiří REMR. Metody výzkumu a evaluace. Praha: Portál, 2017, 372 s. ISBN 978-80-262-1192-1.

HENDL, Jan. Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat. Vyd. 2., opr. Praha: Portál, 2006, 583 s. ISBN 80-7367-123-9.

HOSKOVCOVÁ, Simona. Psychická odolnost předškolního dítěte. Praha: Grada, 2006, 160 s. Psyché. ISBN 80-247-1424-8.

KABÍČEK, Pavel, Ladislav CSÉMY a Jana HAMANOVÁ. Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví. Praha: Triton, 2014, 343 s. ISBN 978-80-7387-793-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

LACINOVÁ, Lenka a Petr MACEK. Vztahy v dospívání. Brno: Barister & Principal, 2006, 196 s. ISBN 80-7364-034-1.

MACEK, Petr. Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-348-X.

MÁČEK, Miloš a Jiří RADVANSKÝ. Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity. Praha: Galén, c2011, xvi, 245 s. ISBN 978-80-7262-695-3.

MATOUŠEK, Oldřich a Andrea KROFTOVÁ. Mládež a delikvence. Praha: Portál, 1998, 335 s. ISBN 80-7178-226-2.

NIELSEN SOBOTKOVÁ, Veronika. Rizikové a antisociální chování v adolescenci. Praha: Grada, 2014, 147 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4042-3.

PAULÍK, Karel. Psychologie lidské odolnosti. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché. ISBN 978-80-247-5646-2.

PELCÁK, Stanislav. 2015. Dotazník chování v dospívání. Nepublikovaný materiál. Hradec Králové: PdF UHK.UHK. IN Psychológia a patopsychológia dieťaťa. Bratislava: SPN, 2016. ISSN 0555-5574.

RUŠAVÝ, Zdeněk a Jan BROŽ. Diabetes a sport: příručka pro lékaře ošetřující nemocné s diabetem 1. typu. Praha: Maxdorf, c2012, 183 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-289-6.

SLEPIČKA, Pavel, Jiří MUDRÁK a Irena SLEPIČKOVÁ. Sport a pohyb v životě seniorů. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3110-3.

SLEPIČKA, Pavel, Václav HOŠEK a Běla HÁTLOVÁ. Psychologie sportu. Vyd. 2. Praha: Karolinum, 2009, 240 s. ISBN 978-80-246-1602-5.

SÝKOROVÁ, Zuzana. Role volnočasových aktivit v procesu zvládnání zátěžových situací u adolescentů. IN TYRLÍK, Mojmír. Zátěž v adolescenci. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978 – 80 – 210 – 6042 – 5.

ŠIRŮČEK, Jan a Michaela ŠIRŮČKOVÁ. Vývoj a zkoumání vrstevnických vztahů. IN MACEK, Petr a Lenka LACINOVÁ. Vztahy v dospívání. 2. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2012, 196 s. ISBN 978-80-87474-46-4.

ŠOLCOVÁ, Iva. Vývoj resilience v dětství a dospělosti. Praha: Grada, 2009. Psyché. ISBN 978-80-247-2947-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství a dospívání. Vydání druhé, rozšířené a přepracované. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

WALKER, Ian. Výzkumné metody a statistika. Praha: Grada, 2013, 218 s. Z pohledu psychologie. ISBN 978-80-247-3920-5.

Online zdroje

Bílá kniha: Bílá kniha o sportu [online]. Brusel, 2007, s. 19 [cit. 2018-04-16]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/sport/bila-kniha-o-sportu>.

Evropská charta sportu [online]. 2002, s. 12 [cit. 2018-04-16]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/sport/evropska-charta-sportu>.

MKN Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: Desátá revize [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017 [cit. 2018-04-16]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

PASTUCHA, Petr. Pohybová aktivita v léčbě úzkostných a depresivních poruch. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Psychiatrická klinika, FN a LF UP, Olomouc, 2007, [cit. 2018-04-17]. Dostupné z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/05/03.pdf>

Zákon č. 115/2001 Sb., o podpoře sportu [online]. 2001, s. 9 [cit. 2018-04-16]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/zakon-o-podpore-sportu>.

Zdraví a pohybová aktivita [online]. Brno, 2012 [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: http://www.fsps.muni.cz/~novotny/ZPA_text.pdf. Fakulta sportovních studií, Masarykova Univerzita.

Seznam grafů a tabulek

Graf 1 Indexy vybraných projevů chování vedoucí ke zdraví

Graf 2 Indexy vybraných projevů syndromu rizikového chování

Tabulka 1 Věkové složení respondentů

Tabulka 2 Adherence ke zdravému životnímu stylu a rizikové chování u výzkumného souboru

Tabulka 3 Výskyt symptomů SRCHD a adherence ke zdravému životnímu stylu u respondentů

Tabulka 4 Výskyt rizikového chování

Tabulka 5 Přítomnost projevů SRCHD v závislosti na pravidelné pohybové aktivitě

Tabulka 6 Přítomnost chování vedoucí ke zdraví (adherence) v závislosti na pohybové aktivitě

Tabulka 7 Korelace mezi vnímanou osobní účinností (SE) a depresivním prožíváním v adolescenci

Tabulka 8 Korelace mezi vnímanou osobní účinností (SE), depresí a adherencí ke zdravému životnímu stylu a rizikovým chováním

Přílohy

Příloha A Ukázka dotazníku CDI Sebeuposuzovací škála depresivity

91.

T-94 Testový sešit

~~CDI~~
 jméno a příjmení: dnešní datum:
 věk:

Hodnocení	A	...	...	...	...	...	B	...	...	C	...	D	...	E	...	...
7	Nenávídím se.															
	Nemám se rád.															
	Mám se rád.															
8	Za všechno špatně můžu já.															
	Můžu za mnoho špatného.															
	Za špatné věci obvykle nemůžu.															
9	Nemyslím na to, že bych se zabil.															
	Přemýšlím o tom, že bych se zabil, ale neudělal bych to.															
	Chci se zabít.															
10	Každý den je mi do pláče.															
	Často je mi do pláče.															
	Málokdy je mi do pláče.															
11	Všechno mě nudí.															
	Často mě něco nudí.															
	Jenom málokdy mě něco nudí.															
12	Jsem rád mezi lidmi.															
	Často nechci být mezi lidmi.															
	Vůbec nechci být mezi lidmi.															
13	Vůbec se nedokážu soustředit.															
	Je těžké se soustředit.															
	Snadno se mohu soustředit.															

1	Málokdy jsem smutný.															
	Často jsem smutný.															
	Pořád jsem smutný.															
2	Nic se mi nedaří.															
	Nějsm si jistý, jestli se mi daří.															
	Všechno se mi daří.															
3	Skoro všechno dělám dobře.															
	Hodně věcí dělám špatně.															
	Všechno dělám špatně.															
4	Mnoho věcí mně baví.															
	Baví mně jenom něco.															
	Nic mně nebaví.															
5	Pořád je mi zle.															
	Často se cítím špatně.															
	Málokdy se cítím špatně.															
6	Málokdy přemýšlím o špatných věcech, které se mohou stát.															
	Mám strach, že se mi může stát něco špatného.															
	Vím určitě, že se mi něco špatného stane.															

Celkem: A= B= C= D= E=

Příloha B Ukázka dotazníku Chování ovlivňující zdraví v dospívání

91.

CHOVÁNÍ OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVÍ V DOSPÍVÁNÍ

Katalogové číslo žánru:	Třída:	Věk:	Hmotnost/kg:	Výška/cm:	Pohlaví:	M Ž
Věnuji se výkonnostnímu (vrcholovému) sportu ve sportovním oddílu:					Ano	Ne
Pokud, ano, uveď konkrétní sport (y):						
Jsem aktivním členem Skautu, Junáka a pod.:					Ano	Ne

A. Tato část dotazníku mapuje různé chování, které může ovlivňovat Tvoje zdraví a duševní pohodu. Uveď, jak často se toto chování u Tebe vyskytovalo v uplynulém kalendářním roce. K posouzení použij škálu 1-5. 1= nikdy, 2= zřídka, 3= občas, 4= často, 5= pravidelně. Odpověď vyznač kroužkem.

CHOVÁNÍ, AKTIVITA	1	2	3	4	5
Neodůvodněná absence ve škole	1	2	3	4	5
Kouření cigaret	1	2	3	4	5
Hraní na PC a z toho plynoucí neplnění povinností	1	2	3	4	5
Experiment s jídelním chováním (držení diet, vyvolávání zvracení, hladovění)	1	2	3	4	5
Záměrné vyhýbání se zkoušení (předstíraná nevolnost či nemoc)	1	2	3	4	5
Užívání léků bez lékařského předpisu (léky proti bolesti, na spaní aj.)	1	2	3	4	5
Pití alkoholu	1	2	3	4	5
Kouření marihuany	1	2	3	4	5
Pohlavní styk	1	2	3	4	5
Sledování nevhodných stránek na internetu, oslovení cizí osobou,	1	2	3	4	5
Rušení nočního klidu po 22. hodině	1	2	3	4	5
Nadávky, posměšky a ironické poznámky k druhým lidem	1	2	3	4	5
Trávení času na sociálních sítích v takové míře, že mi to neumožňuje věnovat se jiným aktivitám	1	2	3	4	5
Sebepoškozování (např. řezáním, pálením)	1	2	3	4	5
Věnuji se aktivitám, které považuji za uklidňující a relaxační (koníčky, četba, poslech hudby...)	1	2	3	4	5
Pití nápojů bohatých na kofein a tein (káva, čaj, energetické nápoje)	1	2	3	4	5
Hraní a sázení na výherních automatech	1	2	3	4	5
Ráno vydatně snídám	1	2	3	4	5
Užívání tanečních drog (např. extáze)	1	2	3	4	5
Ničení a poškozování věci spolužáků či majetku školy	1	2	3	4	5
Ponižování a zesměšňování druhých	1	2	3	4	5
Jím vyváženou a rozmanitou stravu (ovoce, zeleninu, mléčné výrobky, ryby, maso, drůbež)	1	2	3	4	5

Příloha C Dotazník zjišťující vnímanou osobní účinnost (SE)

F. Instrukce: Představ si sama(u) sebe v obvyklých, každodenních situacích a problémech, které řešíš. Přečti si výroky 38. - 47. Opět vyjádři (ne)souhlas číselným hodnocením podle vzoru: 1 = silně nesouhlasím, 2 = nesouhlasím, 3 = mírně souhlasím, 4 = silně souhlasím.

38. Když se něco postaví proti mně, můžu nalézt způsob, jak dosáhnout toho, čeho dosáhnout chci.	1	2	3	4
39. Když se o něco opravdu usilovně snažím, pak můžu vždy zvládnout i nesnadné problémy.	1	2	3	4
40. Je pro mne poměrně snadné držet se svých předsevzetí a dosáhnout cílů, které si stanovím.	1	2	3	4
41. Díky svým zkušenostem a možnostem vím, jak zvládnout neočekávané situace.	1	2	3	4
42. Důvěřuji si, že zvládnou neočekávané situace.	1	2	3	4
43. Když se dostanu do obtíží, pak se můžu plně spolehnout na své schopnosti.	1	2	3	4
44. Bez ohledu na to, co se děje, jsem obvykle schopný/á vypořádat se s tím.	1	2	3	4
45. Vynaložím-li na to potřebné úsilí, pak můžu najít řešení pro téměř každý problém.	1	2	3	4
46. Pokud stojím před něčím novým, vím, jak se s takovou situací vyrovnat.	1	2	3	4
47. Pokud se vynoří nějaký problém, můžu ho zvládnout vlastními silami.	1	2	3	4