

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální pedagogiky

Protektivní faktory rizikového chování v adolescenci

Diplomová práce

Autor: Bc. Magda Kunertová
Studijní program: N 7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.



Zadání diplomové práce

Autor: Magda Kunertová

Studium: P14P0768

Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Název diplomové práce: **Protektivní faktory rizikového chování v adolescenci**

Název diplomové práce AJ: Protective factors of risk behavior in adolescence

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Práce vychází z multikauzální etiologie syndromu rizikového chování v adolescenci. Shodně s aktuální diskuzí v sociální pedagogice a adiktologii klade důraz na salutoprotektivní faktory životního stylu (moderátory), jež snižují četnost a závažnost syndromu rizikového chování v adolescenci. Zvolenou výzkumnou metodou je standardizovaný dotazník spolu s dotazníkem vlastní konstrukce.

MACEK, Petr. Adolescence. Vyd. 2., upr. Praha: Portál, 2003. 141 s. ISBN 80-7178-747-7. MIOVSKÝ, Michal a kol. Primární prevence rizikového chování ve školství. Vyd.1. Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova Praha a Togga, 2010. 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7. ŠOLCOVÁ, Iva. Vývoj resilience v dětství a dospělosti. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 102 s. ISBN 978-80-247-2947-3.

Garantující pracoviště: Katedra sociální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

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

Oponent: Mgr. Iva Junová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 6. 11. 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala (pod vedením vedoucího diplomové práce) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 22. června 2016

.....

Poděkování

Děkuji PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D., vedoucímu mé diplomové práce, za účinnou metodickou, pedagogickou a odbornou pomoc, a za další cenné rady při zpracování mé diplomové práce!

Anotace

KUNERTOVÁ, Magda. *Protektivní faktory rizikového chování v adolescenci*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 81 s. Diplomová práce.

Tato diplomová práce se zabývá problematikou a významem protektivních faktorů rizikového chování v adolescenci. Zmíněné rizikové chování je dnes rozhodujícím faktorem morbidity a mortality adolescentní populace ve všech rozvinutých zemích. Závěrečná práce se soustředí na charakteristiku období adolescence a souvisejících faktorů, které jsou právě pro tuto životní fázi příznačné. Dále následují vybrané vzorce rizikového chování. Po nich přichází na řadu popis salutoprotektivních faktorů, které mají pozitivní vliv na subjektivní zdraví a životní spokojenost adolescentů. Následují možnosti prevence rizikového chování, které navrhují způsob trávení volného času konkrétní fyzickou aktivitou. Pro tento výzkum byla vybrána metoda dotazníkového šetření, která pomáhá ověřit vztahy mezi vybranými protektivními faktory a rizikovým chováním v adolescenci.

Klíčová slova: adolescence, protektivní faktory, rodinná resilience, rizikové chování.

Annotation

KUNERTO VÁ, Magda. *Protective factors of risk behavior in adolescence*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2016, 81 pp. Diploma Dissertation Degree Thesis.

This diploma thesis deals with protective factors of risk behavior in adolescence. Risk behavior represents a fundamental factor of morbidity and mortality in adolescent population of all developed countries, currently. This diploma thesis focuses on description of adolescence and the other important and age-related factors. The next chapter deals with risk behavior in adolescence. Protective factors are also very important because of influence on subjective health and life satisfaction in adolescents. Also prevention have the same effect. Adolescents should spend their free time in activities such as sport. I chose a screening method for this research. The research also helps to verify the relationship between particular protective factors and risk behavior in adolescence.

Keywords: adolescence, protective factors, family resilience, risk behavior.

Obsah

Úvod	9
1 Multikauzální etiologie SRCH-D	11
1.1 Adolescence jako období vývojových změn.....	11
1.2 Syndrom rizikového chování v adolescenci.....	15
2 Rizikové chování v adolescenci	19
2.1 Abúzus návykových látek	19
2.2 Negativní jevy v psychosociální oblasti	22
2.3 Poruchy reprodukčního zdraví	27
3 Protektivní faktory rizikového chování v adolescenci.....	29
3.1 Sociální opora.....	29
3.2 Rodinná resilience	31
3.3 Vnímaná vlastní účinnost	33
3.4 Osobnost jako moderátor zdraví	35
4 Možnosti prevence rizikového chování	38
4.1 Zdravá škola	38
4.2 Adherence ke zdravému životnímu stylu	40
5 Protektivní faktory životního stylu v etiologii SRCH-D.....	42
5.1 Výzkumný cíl a stanovení hypotéz	42
5.2 Výzkumný soubor a procedura	44
5.3 Použitá metoda	45
5.4 Interpretace výsledků výzkumného šetření.....	50
5.4.1 Vztahy psychické odolnosti k vybraným protektivním faktorům.....	52
5.4.2 Moderující vliv osobnosti v etiologii rizikového chování	58
5.5 Shrnutí empirické části.....	64
Závěr	69
Seznam použitých zdrojů.....	71
Seznam tabulek	79
Seznam grafů.....	80
Seznam příloh.....	81

Seznam použitých zkratk

A	špatná nálada
B	interpersonální potíže
C	nevýkonnost
CO	sense of comprehensibility (srozumitelnost)
CDI	Sebeuposuzovací škála depresivity
CSOC	The Children Sense of Coherence scale (Dětská škála psychické nezdolnosti)
D	neschopnost prožívat radost (anhedonie)
DOVE	Dotazník obecné vlastní efektivity
E	snížené sebehodnocení
MA	sense of manageability (zvládnutelnost)
ME	sense of meaningfulness (smysluplnost)
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize)
SE	self – efficacy (vnímaná vlastní účinnost)
SRCH-D	syndrom rizikového chování v dospívání
WHO	World Health Organization (Mezinárodní zdravotnická organizace)

Úvod

„Stáří se dovede lépe vyhýbat neštěstím, ale mládí je dovede lépe snášet“

(Arthur Schopenhauer)

Období adolescence s sebou přináší chuť riskovat, experimentovat, testovat své hranice a možnosti, ale také poznávat nové věci a zážitky. Adolescenti však zažívají i zklamání a bolesti, které mohou (spolu s dalšími faktory) vést k rizikovému způsobu trávení života. Nástrahy, a to zvláště v období dospívání, totiž čekají prakticky na každém rohu. I když se střetu s rizikovým chováním adolescent nevyhne, může se proti němu alespoň naučit účinně bojovat nebo bránit. Právě k tomu slouží nejrůznější protektivní faktory, které dospívajícího jedince posilují a připravují pro další vývojové období.

Setkání adolescenta s rizikovým chováním se sice nemusí vyvinout do něčeho závažnějšího, ale je důležité, nebrat takový jev na lehkou váhu. Svým způsobem se může jednat o jakési testování funkčnosti a účinnosti, která dále zdraví jedince neohrožuje. Na druhou stranu zaznamenáváme, že jednotlivé projevy rizikového chování se začínají objevovat v čím dál ranějších vývojových obdobích. Navíc samotný syndrom rizikového chování v adolescenci je v současné době jednou z hlavních příčin úmrtnosti v období dospívání. Tato skutečnost znovu vyobrazuje, jak moc důležitá je role konkrétních salutoprotektivních faktorů v životě každého člověka.

Problémem dnešní doby je však nedostatečná přítomnost jednotlivých ochranných faktorů ve všech prostředích, kde se adolescent pohybuje. Školy často nedokáží nebo z mnoha důvodů ani nemohou zajistit bezpečné a zdravé prostředí, které by bylo vhodné pro správný vývoj studentů. Místo toho jsou podhoubím pro vznik různých vzorců rizikového chování. Stejně negativní změnou prochází i prostředí rodiny, ve kterém chybí pevné rodinné zázemí a důvěra mezi rodinnými příslušníky. Kvůli absenci sociální opory či rodinné resilience mohou dospívající snáze podlehnout rizikovému chování. Ať už ve škole nebo v rodině, pro adolescenta je důležité mít ve svém životě nějakou autoritu, pozitivní vzor, ke kterému může vzhlížet a považovat ho za svoji sociální oporu. Zmíněnou osobou může být rodič nebo další člen rodiny, a především pedagog. Učitel by měl směřovat k podporování sebepojetí každého

studenta, měl by posilovat jejich schopnosti a učit je poznávat jejich dovednosti. Jenom tak lze totiž dosáhnout zvýšení psychické odolnosti, ale i sebevědomí adolescenta.

Teoretickou část své práce jsem věnovala vymezení období adolescence a problematice syndromu rizikového chování v adolescenci. Dále jsem rozdělila a popsala vybrané vzorce rizikového chování, které jsou v dnešní době, z hlediska četnosti, mezi dospívajícími "nejoblíbenější". Stěžejní kapitolu představovalo téma protektivních faktorů a jejich neopomenutelného pozitivního vlivu na kvalitní život adolescenta. Možnosti preventivního řešení jsou popsány jak z hlediska zdravého prostředí a fungování školy, tak i z pohledu adherence ke zdravému životnímu stylu. Cílem mé diplomové práce bylo ověřit vztahy mezi vybranými protektivními faktory a rizikovým chováním v adolescenci. Pro uskutečnění tohoto výzkumného šetření jsem pracovala jak s literaturou příbuzné problematiky a standardizovanými dotazníky, tak i dotazníky vlastní konstrukce.

1 Multikauzální etiologie SRCH-D

Syndrom rizikového chování v dospívání je specifický nejen pro vývojové období, ve kterém se vyskytuje, ale zejména pro svoji multikauzalitu. Existuje pestré spektrum jevů a vlivů, které v podstatě definují syndrom rizikového chování, potažmo rizikové chování samo o sobě. Tato skutečnost nám následně poskytuje bližší vhled do této problematiky. Zjišťujeme, zda a popřípadě jak moc, je dané chování rizikové a ohrožující pro dospívajícího, kde má svůj původ – rodina, škola, vrstevnická skupina, jak proti němu můžeme účinně bojovat či preventivně působit. Adams a Gullotta (2000, s. 13) uvádějí, že pokud se zabýváme rizikovým chováním v adolescenci, je zapotřebí neustále věřit, že jednotlivé nežádoucí jevy je možné u adolescentů minimalizovat nebo jim předcházet. Dospívání je navíc determinováno také současným stavem společnosti, která se neustále mění a přináší stále nové poznatky. Z toho vyplývá, že také příčin rizikového chování i nadále přibývá a je tedy zapotřebí stále aktuálnějších výzkumů na toto téma.

Mladí lidé neustále testují dané mantinely, zkoušejí, co je ještě únosné, a kdy už se jedná o nepřijatelné chování. Tím, že se uchýlí k určitému rizikovému vzorci chování, si mohou řešit různé osobní problémy, krizi své vlastní identity nebo jen usilují o potvrzení sebe sama. Důležitá je pro ně také vyváženost potřeby nezávislosti a potřeby být důležitou osobou pro ostatní. S tím souvisí zvýšená tendence vytvářet si trvalejší a dlouhodobější přátelství a vztahy. Následující kapitoly se věnují právě problematice období adolescence a výskytu syndromu rizikového chování, popřípadě rizikového chování obecně.

1.1 Adolescence jako období vývojových změn

Období dospívání představuje specifickou část života každého člověka. Vágnerová (2005, s. 321) trefně uvádí, že se v podstatě jedná o: „...*přechodnou dobu mezi dětstvím a dospělostí.*“ Samotný termín adolescence pochází z latinského slovesa *adolescere*, které lze volně přeložit jako dorůstat, dospívat či mohutnět. Z časového hlediska pokrývá adolescence především druhé desetiletí života, přičemž bližší specifikace tohoto období se u jednotlivých autorů velmi odlišuje. (Macek, 2003, s. 9) V literatuře tedy můžeme pozorovat dělení na adolescenci ranou a pozdní, kterou uvádí kupříkladu Vágnerová (2005). Ta lokalizuje první fázi dospívání mezi 11. a 15. rok

života, přičemž připouští určitou individuální odchylku. Asi nejvýraznější změnou je zde fyzické dospívání, kdy se mění zevnějšek adolescenta, což může následně vyvolat zpochybňování sebe sama či negativní reakce okolí. Dochází také k přeměně emočního prožívání a celkového způsobu myšlení. Na dospívajících můžeme pozorovat větší zranitelnost, potřebu přátelství a prvních lásek, ale také změnu životního stylu a hodnot. Druhá fáze, která představuje období mezi 15. a 20. rokem života, se zabývá především proměnou psychosociální sféry jedince. Adolescenti ukončují své vzdělání (nebo se na další připravují) a začínají si hledat zaměstnání, což většinou značí počátek ekonomické nezávislosti. Důležitým mezníkem je v 18 letech dosažení plnoletosti, kdy začíná být mladý člověk plně odpovědný za své činy a rozhodnutí. Období pozdní adolescence je navíc zaměřeno na hledání vlastní identity, která často prochází krizí. V důsledku toho pak adolescenti experimentují, zkoumají hranice svých možností a usilují o určité změny ve svém životě. (Vágnerová, 2005, s. 325) S dalším dělením období adolescence přichází Macek (2003), který mezi dvě předchozí zmíněné fáze přidává fázi střední adolescence. Celková diferenciací pak vypadá následovně – první období představuje časná adolescence, která se pohybuje v rozmezí 10 (11) – 13 let, následuje střední adolescence mezi 14. a 16. rokem a na závěr adolescence pozdní od 17 do 20 let nebo déle, přičemž záleží na skutečnosti, zda mladý člověk ještě studuje, a tedy se cítí být stále adolescentem. (Macek, 2003, s. 10)

V souvislosti s adolescencí nelze opomenout vývojové změny, ke kterým právě v tomto období dochází. V první řadě se jedná o proměnu **biologického charakteru**, která představuje výrazný signál samotného dospívání. Vágnerová (2005, s. 326) uvádí, že tento mezník v podstatě napovídá, že z dítěte se stává člověk, který je již schopen reprodukce. *„Tělesné dospívání se projevuje viditelnými i pocíťovanými důsledky (růst postavy, proměna proporcí, sekundární pohlavní znaky, funkce pohlavních orgánů, sexuální prožitky atd.), jejichž subjektivní zpracování může být pro pubescenta obtížné. Ke změnám hormonální produkce nedochází až v pubertě, ale již nejméně 2 – 3 roky předtím, než dojde k viditelným tělesným změnám.“* (Vágnerová, 2005, s. 326) Právě kvůli zásadním fyzickým proměnám mohou dospívající zažívat problémy se svou sebejistotou, která je zpochybňována reakcemi okolí nebo tím, že sám adolescent se necítí být ztotožněn se svým zevnějškem. Tohle všechno může být navíc umocněno, pokud se tělesné proměny projeví příliš brzy. *„Dívky v průměru dospívají dříve než chlapci a pokud je navíc taková změna předčasná, tak přichází ve chvíli, kdy jsou*

vrstevníci obého pohlaví ještě většinou jak tělesně, tak psychicky zcela infantilní. Nápadnost takové změny je pak větší, než když relativně předčasně dospívá chlapec. Kromě toho hraje roli i odlišnost tělesných změn, které dospívání přináší chlapcům a dívkám.“ (Vágnerová, 2005, s. 327) V současné době je navíc vnímání vlastního těla výrazně ovlivněno médii, která zejména mladým dívkám předkládají, jak by měl vypadat ideál krásy. Z toho následně vyplývá nebezpečné experimentování s jídelním chováním, neboť dívky se snaží tomuto nereálnému ideálu krásy přiblížit.

Další změny probíhají v oblasti **kognitivního vývoje**. Vágnerová (2005, s. 333) uvádí, že: „*...dospívající připouštějí variabilitu různých možností.*“ V podstatě dochází k rozšíření obzorů, přemýšlení nad možným i nemožným a zkoumání problému z několika úhlů. Adolescenti zvažují alternativy a přemýšlejí o různých způsobech řešení, tím pádem se jejich uvažování stává systematictější a komplexnější. „*Dospívající si postupně osvojí abstraktní způsob myšlení, kde se předmětem úvah může stát cokoli. Obsah je zaměnitelný, ale způsob, tj. forma, zůstává stejná. Na této úrovni je lhostejné, zda ve svých úvahách manipulujeme s konkrétními pojmy nebo s vysoce abstraktními znaky, které nic určitého neoznačují. Myšlenková nezávislost na konkrétní realitě umožňuje dospívajícím chápat různé teorie a řešit problémy jiným způsobem než dosud. Pro dospívající začíná být atraktivní poznávání různých oblastí.*“ (Vágnerová, 2005, s. 333) Dochází také k úvahám o budoucnosti, myšlenky se stáčíjí k tomu, jak by mohl vypadat jejich budoucí život, popřípadě s kým by ho chtěli strávit. Změna však nastává i v postoji k základním psychickým potřebám, jako jsou potřeba jistoty a bezpečí nebo seberealizace. Vágnerová (2005, s. 337) dále zmiňuje, že dospívající bývají často velmi radikální: „*Radikalismus je jejich obranou proti nejasnosti a mnohoznačnosti. Nejsou ještě tak zralí, aby uměli tolerovat určitou míru nejistoty poznání jako trvalý a neměnitelný stav. Projevem radikalismu je i tendence dospívajících reagovat zkratkovitými generalizacemi, které jsou nepřesné nebo dokonce zcela nesmyslné. Dospívající na svých názorech trvá a není ochoten připustit, že nemusí být zcela správné, eventuálně že mají omezenou platnost. Hledání kompromisu či konsensu bývá v tomto věku chápáno a prožíváno až jako morální selhání.*“ Pro tento jev jsou příznačné generalizace typu: "nikdo mě nechápe", "všichni jsou nespravedliví". Adolescenti začínají mít také lepší představu o svých možnostech a schopnostech, tudíž dokáží lépe odhadnout, jaké cíle jsou pro ně reálně dosažitelné. Občas však může dojít

k podceňování vlastních schopností nebo nízkému sebevědomí, které brání v reálném a správném posouzení svých možností.

Neméně důležitou složkou v období adolescence je **emoční vývoj**. „*Dospívání je spojeno s hormonální proměnou, která stimuluje změny v oblasti citového prožívání. Projevují se kolísavostí emočního ladění, větší labilitou, dráždivostí, tendencí reagovat přecitlivěle i na běžné podněty a nárůstem emočního zmatku. Pubescent ztrácí bývalou citovou jistotu a stabilitu. Emoční reakce jsou ve srovnání s dřívějšími projevy nápadnější a zdají se být ve vztahu k vyvolávajícím podnětům méně přiměřené.*“ (Vágnerová, 2005, s. 340) Z emocionálního hlediska často dochází k rychlejšímu střídání nálad nebo citových prožitků. Adolescenti mají problémy s vlastním sebehodnocením, jsou zranitelnější a citlivěji reagují na názory druhých lidí. S vlastní nejistotou souvisí také vyšší míra vztahovačnosti, popřípadě agresivity. Příznačné jsou také různé úniky do snění nebo fantazie, které v podstatě slouží jako obranná reakce před těžkostmi reálného světa.

Jednotlivé změny v období adolescence se však týkají i **oblasti vztahů**. Adolescenti mění postoje a vztahy nejen k sobě, ale i ke svým nejbližším, k ostatním lidem a především k celému světu. V rodině dospívajícího často dochází ke konfliktu s rodiči, neboť adolescenti testují limity, kdy a co si mohou dovolit. Z hlediska vrstevnických vztahů můžeme pozorovat snahu o napodobování, experimentování, nové zkušenosti a zážitky. „*Členstvím ve vrstevnické skupině dospívající také získávají sociální status a pocit vlastní hodnoty. Maximum času je věnováno nezávaznému povídání. Přátelé a kamarádi poskytují unikátní informace, vztahy jsou prostorem pro získávání a testování vlastní sociální kompetence a hodnoty. Nezařadí-li se adolescent do nějaké vrstevnické skupiny, pociťuje to často jako sociální stigma. Ti, kteří jsou pozitivně hodnoceni od svých vrstevníků, mají obvykle vyšší sebehodnocení než ti, kteří jsou hodnoceni méně pozitivně.*“ (Macek, 2003, s. 58) Tuto paralelu můžeme najít kupříkladu ve sportu, kdy je pro adolescenty (zvláště pro chlapce) důležité, jak si stojí mezi svými vrstevníky, jak velká je jejich sociální prestiž. Ve sportovních týmech, kde převládá soutěživost, si pak každý adolescent testuje, jaká je jeho specifická role v kolektivu.

1.2 Syndrom rizikového chování v adolescenci

Rizikové chování představuje pro adolescenty nástroj k dosažení vlastní identity či autonomie. K tomuto stavu lze samozřejmě dojít i skrze zdravé nebo bezpečné jednání. Avšak období adolescence je tak specifické pro testování hranic a možností dospívajícího jedince, že rizikové chování zde často představuje nástroj, skrze který lze těchto experimentů dosáhnout. Ciairano (2004, s. 206-210) v této souvislosti vymezuje adaptační mechanismy chování a jednání, které svým způsobem umožňují překlenout nelehké období dospívání:

Nápodoba dospělých - snaha začlenit se do světa dospělých mnohdy znamená, že se jedinec začne chovat rizikově, vzhledem k jeho věku. Osvojuje si jednání, které je považováno za normální až v dospělosti (kouření cigaret, konzumace alkoholu, sexuální chování), protože touží po pocitu nezávislosti. Toto jednání je navíc dováděno do extrémů (střídání sexuálních partnerů, konzumace alkoholu ve velkém množství...), neboť porušování pravidel s sebou přináší pocit vzrušení. Naproti tomu zdravou strategií k nápodobě dospělých představuje přebírání zodpovědnosti za druhé, práce pro společnost nebo dobrovolnictví.

Dosažení autonomie - dosahování vlastní identity a vymanění se ze závislosti na rodině a názorech ostatních lidí znamená dobrý předpoklad dosažení správné autonomie. Při setkání s rizikovým chováním (např. užívání drog, sexuální chování, stravovací návyky nebo antisociální chování) může adolescent učinit rozhodnutí nezávisle na názorech rodičů nebo dalších dospělých.

Identifikace a diferenciaci - dosažení nezávislého "já" vyžaduje identifikaci se sebou, neboli sebeakceptaci. Většina dospívajících vyvíjí snahu odlišit se od svých rodičů a dalších dospělých. Projevem tohoto úsilí se může stát právě rizikové chování. Adolescenti často vyhledávají oporu u svých vrstevníků, kteří sami zažívají podobný proces vývojových změn. Identifikace a diferenciaci dosahují buď rizikově (skupinové popíjení alkoholu, kouření), nebo bezpečně (chození na koncerty). Příslušností k určité skupině se adolescenti snaží odlišit nejen od dospělých, ale především od jiných skupin vrstevníků.

Sebepotvrzení a experimentování - kognitivní a sexuální vývoj jedince v adolescenci přináší nové fyzické, psychologické a sociální možnosti. Sebepotvrzení úzce souvisí s autonomií jedince - adolescenti vyhledávají potvrzování své samostatnosti od druhých lidí, především od dospělých. Velmi často je sebepotvrzování a experimentování

dáváno do souvislosti s nebezpečnými a fyzicky náročnými aktivitami (nebezpečné řízení automobilu, hraní riskantních her...).

Vyhledávání nových zážitků – silná potřeba experimentování s novými stavy vědomí, objevování něčeho dosud neznámého a neobvyklého, jiných fyzických, ale i emočních vjemů (užívání psychotropních látek, sexuální chování, riskantní řízení automobilu, nebezpečné jednání).

Vnímání vlastní kontroly - potřeba dokázat si kontrolu vlastních činů před kontrolou dospělých vede většinu adolescentů k provozování riskantních aktivit, přičemž se snaží dokázat, že jsou schopni danou situaci zvládnout, převzít za ni zodpovědnost a je v jejich silách se popřípadě rozhodnout kdykoliv přestat (experimenty se stravovacími návyky, nebezpečné řízení automobilu nebo riskantní jednání obecně).

Coping a únik - vybrané vzorce rizikového chování využívají adolescenti jako copingové strategie k vyrovnání se s neúspěchem ve škole nebo vztahovými problémy, neúspěchem v rodině nebo vrstevnické skupině (hledání útěchy v jídle – poruchy příjmu potravy, užívání alkoholu a psychotropních látek).

Komunikace - potřeba komunikovat s vrstevníky je velmi silná, adolescenti si společně sdělují své zážitky a emoce, které u některých druhů rizikového jednání zažívají. Navzájem se přitom povzbuzují, navozují atmosféru otevřenosti či pocitu dobré nálady a relaxace (užívání psychoaktivních látek a alkoholu).

Sdílený rituál - rizikové chování spojuje adolescenty s jejich vrstevníky právě ritualizovaným chováním, pro které je příznačné opakování a zveličování konkrétních činů (rituál sdílení cigarety nebo „jointa“, užívání alkoholu, skupinové agresivní chování nebo sexuální chování).

Zkoumání reakcí a limitů - v procesu utvrzování vlastní identifikace a diferenciaci od dospělých dochází k utvrzování vlastní nezávislosti jedince. Adolescenti se také často bouří proti striktním pravidlům v rodině nebo ve škole jen proto, aby otestovali reakce dospělých autorit, ať už rodičů či učitelů (např. nekonvenční oblékání, riziko pak představují poruchy příjmu potravy, užívání drog nebo deviantní chování).

Stejně jako vývojové změny probíhají u každého adolescenta individuálně, tak i výše popsané mechanismy se chovají specificky, v závislosti na jedinečnosti každého člověka. Konkrétní jednání, které pro jednoho dospívajícího může znamenat pouhé dokazování vlastní identity či testování limitů, může pro druhého adolescenta představovat zárodek nebo dokonce vznik závažného rizikového chování. Kabiček

(2006, s. 16) poukazuje na skutečnost, že za poslední desetiletí byly zaznamenány výrazné změny ve zdravotním stavu adolescentů, pocházejících ze všech rozvinutých zemí světa. Na tento posun však odborníci upozorňovali již od 80. let minulého století. Není tedy, bohužel, žádným překvapením, že hlavní příčinou morbidit a mortalit v adolescenci se stal **tzv. syndrom rizikového chování v dospívání**. Nový trend zvyšující se úmrtnosti se urychlil i v naší zemi, neboť stále více adolescentů přijímá rizikový způsob života. Kromě samotného dopadu na životy dospívajících jedinců znamená tento trend značnou ekonomickou zátěž, která musí být vynaložena na aktuální léčbu, a která zatěžuje celou naši společnost. Světová zdravotnická organizace (WHO) nakonec dospěla k rozhodnutí, že adolescenty ustanoví samostatně jako potenciální rizikovou populační skupinu. Mimo jiné došlo ke vzniku definice zdraví dorostu, které WHO definuje jako nepřítomnost rizikového či problémového chování. Z hlediska rizikového chování se především jedná o 3 hlavní oblasti:

- 1) Abúzus návykových látek – počínaje nikotinem přes alkohol až k dalším ilegálním drogám
- 2) Negativní jevy v oblasti psychosociální – poruchy chování, suicidální chování, agrese a autoagrese, delikvence a kriminalita
- 3) Poruchy reprodukčního zdraví – předčasný pohlavní život, střídání partnerů, pohlavně přenosné choroby, časná a nechtěná těhotenství

Podle Kabíčka (2006, s. 16) je navíc prokázáno, že výše zmíněné oblasti se u většiny adolescentů navzájem prolínají, kombinují a usnadňují tak svůj výskyt. U syndromu rizikového chování v adolescenci můžeme navíc do značné míry pozorovat společné či podobné příčiny, tedy zároveň i rizikové a protektivní faktory. „*Velmi často je rizikové chování vzhledem k osobnostnímu vývoji jedince účelové, a vlastně v tomto smyslu funkční. Pomáhá řešit současnou osobnostní nesnáž (zvýšit své sebevědomí, sebedůvěru, zapojit se do skupiny vrstevníků apod.). Tento aspekt však nijak nesnižuje nebezpečí následků.*“ (Kabíček, 2006, s. 16) Podobně se nad tématikou rizikového chování a syndromu rizikového chování v dospívání zamýšlejí i další autoři. Foltová (2012, s. 72) uvádí, že v podstatě existují dva směry, jak lze nahlížet na riziko a rizikové chování v období adolescence: „*Jednak je tato skutečnost nahlížena jako určitá normativní součást vývojového období, která v dalším stadiu z velké části vymizí, jednak se ozývají také hlasy dalších odborníků, upozorňující na dlouhodobé následky těchto forem chování, které není možno přehlížet, a není proto žádoucí takové počínání adolescentů*

jen zpovzdálí sledovat.“ Novotný a Okrajek (2012, s. 10) dále upozorňují na zvyšující se počet případů rizikového chování mezi dospívajícími a zároveň na stále se snižující věkovou hranici prvního výskytu tohoto chování. Tuto skutečnost navíc doplňuje fakt, že samotní adolescenti se mezi sebou hecují a v rizikovém jednání se navzájem podporují. Bez adekvátní intervence představuje tento trend budoucí riziko ohrožení správného vývoje dětí a dospívajících.

Výše popsaná problematika období adolescence a závažnosti syndromu rizikového chování poskytuje vhled do celého tématu této diplomové práce. Samotné období adolescence je natolik specifické a v mnoha ohledech nesmírně důležité pro další správný a zdravý vývoj dospívajícího jedince. V dnešní době však čekají nástrahy v podobě rizikového chování v podstatě na každém rohu, a právě vybraným vzorcům rizikového chování se věnuje následující kapitola.

2 Rizikové chování v adolescenci

Rizikovému chování v adolescenci se věnují odborníci z řad psychologie, sociologie, ale v poslední době také adiktologie a sociální pedagogiky. Je totiž velmi důležité poznat podstatu a vybrané vzorce rizikového chování tak, aby bylo možné zahájit smysluplnou a fungující prevenci. Podle Skopala (2014, s. 9) jsou dnešní nároky na přechod z období adolescence do dospělosti mnohem těžší, tudíž se dospívající častěji uchylují k chování, které je založeno na rizikovosti.

Sobotková (2014, s. 39) ve své knize uvádí, že rizikové chování můžeme do určité míry považovat za přirozenou součást vývoje, kdy adolescenti pouze testují hranice svých možností a to, kam až mohou zajít. Více jak polovina dospívajících se totiž během svého vývojového období zapojí nejméně do jedné z forem rizikového chování. Předpokladem však zůstává, že toto chování v dospělosti samo vymizí. Offer a Sabshin (1991, s. 210) se zabývají otázkou, jaké chování lze tedy vůbec chápat jako normální. Podle nich je to takové chování, které je definováno jako běžné či normální konkrétní společností, jejími vyznávanými sociálními hodnotami a nastavenými limity. Oproti tomu rizikové chování chápeme jako: „...poškození zdraví adolescentů (tělesné nebo duševní), které je spjato s ohrožením společnosti, tj. negativním vlivem a újmou druhých lidí.“ (Macek, 2003, s. 77)

Mezi vzorce rizikového chování řadíme zejména záškoláctví, agresivní jednání, závislostní chování, rizikové chování na internetu, rizikové sexuální jednání, sebepoškození a experimenty s jidelním chováním, kriminální jednání, lhaní, extrémní rizikové sporty, xenofobii a extremismus...Výčet jednotlivých příkladů rizikového chování je velmi dlouhý, proto je v následujících kapitolách předloženo dělení rizikového jednání na oblasti, které byly výše zmíněny u syndromu rizikového chování v adolescenci. Tato klasifikace totiž umožňuje lépe a přehledněji poznat soubor nejčastěji se vyskytujících vzorců rizikového chování v období dospívání.

2.1 Abúzus návykových látek

V České republice je užívání návykových látek velmi rozšířené napříč všemi věkovými kategoriemi, období adolescence nevyjímaje. Nejvíce alarmující je v současné době nadměrná konzumace alkoholu, ve které zaujímáme mezi evropskými státy nepopulární přední příčky. Spotřeba alkoholu v naší zemi však stále narůstá. Spolu

s alkoholem je nejčastěji užívanou drogou tabák. Statistiky z roku 2011 uvádějí, že pravidelně kouřilo více jak 25 % šestnáctiletých, z nichž 8 % byli již silní kuřáci - vykouřili denně více jak 11 cigaret. Rozdíly mezi chlapci a dívkami byly téměř neznamenné. (Sobotková, 2014, s. 86) Každým rokem navíc dochází k nárůstu jak celkového počtu adolescentů, kteří užívají návykové látky, tak i podílu dívek, které požívají alkohol nebo kouří. Přitom nebezpečí závislosti je zde velmi vysoké, zvláště když jedinec začíná s návykovými látkami v nízkém věku. Nešpor (2011, s. 10) ve své knize uvádí, jak Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) definuje diagnózu závislosti na základě výskytu tří nebo více jevů během jednoho kalendářního roku:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky (nelze přestat, nadměrné množství látky),
- c) tělesný odvykací stav (užívání látky s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užitím této látky),
- d) průkaz tolerance k účinku látky (vyžadování vyšších dávek),
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané látky,
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (např. poškození jater, depresivní stavy, toxické poškození myšlení).

Nešpor (2011, s. 53) dále popisuje specifika působení návykových látek u adolescentů, kdy se závislost na návykových látkách vytváří podstatně rychleji než u dospělých. Existuje zde také vyšší riziko těžké intoxikace nebo nebezpečného jednání pod vlivem určité látky. Dospívající častěji zřetelně zaostávají v oblasti sebekontroly a v sociálních dovednostech. Adolescenti navíc zaznamenávají větší problémy v rodině nebo ve škole při pouhém experimentování s návykovými látkami. Alkohol a ostatní drogy navíc narušují správnou činnost a rozvoj mozku, což je právě v období dospívání klíčové.

Kouření cigaret

Přestože jsou zdravotní rizika kouření velmi závažná, ke snížení počtu adolescentů – kuřáků zatím nedochází. Na následky užívání této návykové látky přitom umírá přibližně každý pátý člověk. Nejčastěji hovoříme o fatálním onemocnění dýchacího a kardiovaskulárního systému. „*Působení nikotinu na mozek v adolescenci má pravděpodobně významný vliv ve vývojovém období dotváření jemných nervových mechanismů a může způsobit horší zvládnutí stresových situací a rozvoj chronické úzkosti nebo vyvolání chronické bolesti hlavy. Kouření v adolescenci je výrazným predikujícím faktorem kouření v dospělosti a navození pozdních rizik.*“ (Kabíček, 2014,

s. 81) Co se týká rozdílů v pohlaví, pominula již doba, kdy chlapci představovali v otázce užívání tabáku většinový podíl. Za poslední desetiletí se poměr chlapců i dívek nejen vyrovnal, ale navíc dochází k dramatickému snížení věku, kdy se dospívající ocitnou v prvním kontaktu s cigaretou (interval 10 – 12 let).

Konzumace alkoholu

Alkohol, jakožto nejrozšířenější návyková látka, ohrožuje dospívající pravděpodobně ze všeho nejvíce. I když je v naší zemi stanovená věková hranice legální konzumace alkoholu dovršením 18. roku života, mezi adolescenty bychom těžko hledali jedince, který před dosažením plnoletosti tuto látku vůbec neochutnal. Dospívající mají navíc sníženou toleranci vůči alkoholu a jsou citlivější než dospělí, takže veškeré účinky této návykové látky nastávají rychleji a jsou většího rázu. *„Pod vlivem alkoholu jsou sníženy aktuální kognitivní schopnosti, zhoršuje se schopnost rychle reagovat, a to je spojeno s rizikem úrazů a nehod. Pití alkoholu v adolescenci vede ke snížení hladiny pohlavních hormonů, u chlapců testosteronu, u děvčat estrogenů a luteinizačního hormonu. U obou pohlaví pak alkohol snižuje sekreci růstového hormonu. U chlapců v dospívajícím věku, kteří pijí nadměrně alkohol, bylo navíc prokázáno snížení kostní denzity.“* (Kabiček, 2014, s. 75) Adolescenti často nenacházejí na požívání alkoholu nic špatného, slouží jim totiž k zábavě, odreagování a uvolnění. Sobotková (2014, s. 86) upozorňuje, že problémy dospívajících, které jsou spojeny s alkoholem, bývají často podceňovány, neboť společnost je toleruje a snadnému přístupu k jakýmkoli alkoholickým nápojům nebrání žádné větší překážky. Alkohol je v dnešní době možné sehnat téměř kdekoliv. Nadměrné požívání alkoholu s sebou však přináší rozsáhlé sociální, zdravotní, ale i ekonomické důsledky, které se dotýkají celé společnosti. *„Užívání alkoholických nápojů u dospívajících se mírně změnilo od poloviny devadesátých let minulého století. U chlapců vzrostlo pravidelné pití piva a destilátů, u děvčat vína a destilátů. Pití alkoholu dospívajícími zůstává dlouhodobě závažným problémem. Alkohol je podle WHO každoročně na celém světě příčinou 320 000 úmrtí ve věkové skupině mezi 15 a 29 roky, což představuje podíl 9 % všech úmrtí.“* (Sobotková, 2014, s. 86) Pro zajímavost je to například více, než mají na svědomí násilné činy nebo AIDS. Stejně jako kouření cigaret, tak i nadměrná konzumace alkoholu v období dospívání může vést k rychlejšímu vytvoření závislosti, které se pak jedinec zbavuje velmi obtížně.

Zkušenosti s užitím nelegálních drog

Nejčastějšími důvody, které vedou adolescenty k tomu, že užijí návykovou látku, jsou - potřeba uniknout z reálného světa, odreagování se a zábava, snaha být součástí určité vrstevnické skupiny. Podle Radimeckého (2007, s. 13) je však skutečných důvodů, proč dospívající užívají návykové látky, celá řada. Jednou z nejčastěji užívaných nelegálních drog je marihuana neboli konopí. „*Alespoň jednu zkušenost s užitím nelegální drogy v životě uvedlo 43 % dotázaných šestnáctiletých studentů. Nejčastěji se jednalo o marihuanu (42% studentů), užití jiné nelegální drogy uvedlo celkem 11 % respondentů. Dalšími, v pořadí nejčastěji užitými nelegálními drogami v populaci šestnáctiletých, byly LSD (5%) a extáze (3%).*“ (Csémy, 2014, s. 60) Opět zde platí pravidlo, že čím dříve vzniká náchylnost nebo závislost na nelegálních drogách, tím závažnější bývají vyhlídky do budoucnosti. Na černý trh navíc přicházejí stále nové druhy látek, o kterých není známo podrobné složení nebo následné účinky. Právě adolescenti jsou však uživateli, kteří s neznámou drogou přicházejí do styku jako první. Následky požití těchto nelegálních drog, o kterých víme málo nebo vůbec, jsou často smrtelné. Podle Sobotkové (2014, s. 88) se drogová scéna v naší zemi neustále vyvíjí a mění. První kontakt s drogou nastává přibližně okolo 13. roku, popřípadě v 15 letech ve vrstevnické skupině. Užívání nelegálních drog v závislosti na pohlaví se nijak neliší, s výjimkou zmiňované marihuany, kde byla zjištěna významně vyšší zkušenost chlapců ve srovnání s dívkami.

Emmerová (2010, s. 105) trefně popisuje, že užívání drog a následný vznik závislosti představuje v dnešní době jeden z nejzávažnějších sociálně - patologických jevů dospívajících. Prevence drogových závislostí by proto měla probíhat nepřetržitě a především za spolupráce rodičů a učitelů, ale i dalších odborných zařízení. Je zapotřebí správně propojit prostředí školy a rodiny tak, aby byla prevence co nejúčinnější.

2.2 Negativní jevy v psychosociální oblasti

Negativními jevy v oblasti psychosociální rozumíme takové poruchy v chování, které se nejčastěji vyznačují lhaním, krutostí, drobnými krádežemi nebo ničením majetku. Výčet těchto vzorců rizikového chování v adolescenci je však mnohem delší, proto si v této kapitole zmíníme ty nejznámější a nejčastější.

Záškoláctví

Prostředí školy může pro dospívající představovat stresový element, v případě, že se jim nedaří v jednotlivých předmětech, čelí šikaně nebo prostě postrádají jakoukoli motivaci ke vzdělávání. Ženatová (2011, s. 11) spatřuje hlavní rizika záškoláctví především ve skutečnosti, že v době nepřítomnosti studenta ve výuce nad ním nemá žádný dohled nejen učitel, ale ani jeho rodiče. Záškoláctví je: „*jev, kdy žák úmyslně vynechává školní docházku. Nezúčastňuje se vyučování bez omluvení a velmi často také vědomí případně souhlasu rodičů.*“ (Hudecová, 2010, s. 292) Novým trendem tohoto vybraného rizikového chování se staly předčasné odchody ze školy, kdy sice studenti do výuky ráno normálně přijdou, ale na odpolední vyučování už nedorazí. Podobným příkladem jsou pozdní příchody, kdy se adolescenti záměrně vyhýbají určitým vyučovacím hodinám, které jsou pro ně neoblíbené nebo si jednoduše ráno déle přispí, protože nemají chuť či nejsou schopni jít do školy včas. Matějček (2011, s. 310) uvádí, že vzhledem k možnosti přidružení dalších přestupků, jako jsou lži, podvody, krádeže nebo toulání, není dobré brát záškoláctví na lehkou váhu.

Příčiny záškoláctví mohou mít svůj původ jak v rodině nebo škole (vnější příčiny), tak i v osobní charakteristice daného jedince (vnitřní příčiny). Ženatová (2011, s. 5) popisuje, že probíhající konflikty v rodině, nezáměr či lhostejnost rodičů, ale také příliš benevolentní nebo autoritářský styl výchovy může podpořit adolescentovu tendenci k záškoláctví. Prostředí školy může být spouštěčem záškoláctví v případě, že zde nevládne příznivé sociální klima. To se projevuje "nálepkováním" studentů ze strany učitelů, liberálností učitele nebo odmítnutím ze strany spolužáků. Příčinou záškoláctví se však mohou stát i osobnostní charakteristiky jedince, například poruchy osobnosti, rozvoj deprese nebo vážné psychické poruchy. Dnešní adolescenti trpí často také úzkostí, kterou doprovázejí psychosomatické potíže nebo neurotické symptomy. V takovémto případě zažívají dospívající až traumata z toho, že by měli jít do školy.

Školní docházka je v naší zemi podle školského zákona považována za povinnou, tudíž samotné záškoláctví nebo krytí takového jednání ze strany pedagoga je ze zmíněného hlediska nepřijatelné. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy navíc vydalo Metodický pokyn k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví; ve kterém je mimo jiné přehledně popsán postup řešení neomluvené nepřítomnosti.

Sebepoškozování a poruchy příjmu potravy

Sebepoškozování představuje rizikový faktor pro sebevražedné chování, proto není radno brát tento rizikový jev na lehkou váhu. Podle Koutka (2003, s. 33) je důležité umět oddělit termín sebepoškozování od sebevražedného jednání, při kterém dochází k závažnému porušení zdraví nebo smrti. Při sebepoškozování však dospívající nemá hlavní úmysl zemřít. „*Riziko dokonaného suicidia je u sebepoškozujících mnohem vyšší než v běžné populaci. Z toho vyplývá, že prevence záměrného sebepoškozování je důležitá rovněž pro prevenci suicidálního chování, zvláště v době, kdy suicidium představuje dle WHO jeden ze tří nejčastějších důvodů úmrtí jedinců ve věku od 15 do 34 let.*“ Toto tvrzení můžeme najít u Rozsivalové (2010, s. 240), která dále uvádí, že na projevy sebepoškozování je nutné pohlížet v širším kontextu, kdy posuzujeme adolescentovu motivaci k takovému jednání, vztah k bolesti, ale i přítomnost nějaké psychopatologie. Období dospívání je navíc specifické v tom smyslu, že některé projevy jsou oproti dospělosti normální – emoční labilita, experimenty se vztahy, nejasné představy osobě a budoucnosti, potřeba originality, snaha o svéráznost.

Co se týká jednotlivých projevů sebepoškozování, nejčastěji se jedná o řezání na zápěstí, pažích, stehnech a břiše; dále je to pálení nebo různé propichování kůže. Rozsivalová (2010, s. 241) popisuje termín záměrné sebepoškozování, který: „...bývá jako syndrom popsán u specifických poruch osobnosti, poruch příjmu potravy, látkových závislostí a který představuje vysoké riziko suicidálního chování.“ Psychologické funkce záměrného sebepoškozování tedy spočívají ve smyslu určité copingové strategie, která dospívajícímu pomáhá zvládnout obtížné situace. Může se však také jednat o otupení pocitů, kdy si dotyčný jedinec snaží doslova navodit tzv. "psychickou anestezii". K dalším psychologickým funkcím patří snaha kontroly nad vlastním tělem, potvrzení vlastní existence nebo prostého očištění těla a mysli. Sebepoškozování však můžeme chápat také jako určitý způsob vyjádření svých niterních prožitků či testování vlastních hranic. U konkrétních adolescentů toto chování signalizuje "volání o pomoc" nebo naopak čistě euforii ze sebepoškozování. Populární psychologickou funkcí tohoto chování je i vyjádření příslušnosti k určité skupině. Babáková (2003, s. 167) nachází souvislost mezi sebepoškozováním a poruchami příjmu potravy, přičemž bylo zjištěno, že 33–39 % pacientek, které trpí mentální bulimií, má v osobní anamnéze historii sebepoškozování. Dále byl zjištěn vztah mezi sebepoškozováním a psychickými poruchami, jejichž společným znakem je porucha

kontroly impulzů (např. zneužívání psychoaktivních látek, obsedantně kompulzivní porucha). Tím pádem sem můžeme zařadit gambling, ale i adrenalinové sporty či jiné riskantní činnosti, které jsou společností do jisté míry tolerovány.

Právě kvůli výše zmíněným souvislostem jsem poruchy příjmu potravy zařadila k sebepoškozování. Ať už se jedná o mentální anorexii či bulimii, dospívající těmito experimenty s jídelním chováním poškozují a týrají své tělo a duši podobně jako je tomu u sebepoškozování. „*Poruchy příjmu potravy jsou charakteristické patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu, neadekvátním hodnocením jeho proporcí a hmotnosti, a z toho vyplývajícím narušením vztahu k jídlu a alimentačního chování.*“ (Vágnerová, 2012, s. 463) Současný trend dokonalé fyzické krásy ještě více umocňuje zpochybňování vlastního sebepojetí. Adolescenti se musí ve svém věku vyrovnat s tělesnými změnami, které nejsou často akceptovány ze strany okolí i sebe sama. Není tedy divu, že především dospívající dívky se mohou k takto rizikovému chování uchýlit. Alarmujícím faktem je rovněž skutečnost, že věková hranice, kdy se dívky s tímto vzorcem rizikového chování poprvé setkávají, se stále snižuje. Krch (2004, s. 14) uvádí, že poruchy příjmu potravy zaujímají třetí místo (hned po astmatu a obezitě) v žebříčku nejčastěji se vyskytujících zdravotních problémů dospívajících dívek.

Jedním z typů poruch příjmu potravy je mentální anorexie, která spočívá v odmítání jídla. Vágnerová (2002, s. 233) popisuje typické znaky osobnosti dívek, které mají právě k mentální anorexii sklon. Tyto dívky bývají velice často bezproblémové, s touhou nevybočovat z normy. Důraz na výkon a perfekcionalismus u nich vyvolává potřebu neustálého sebepotvrzování vlastních úspěchů. Dospívající dívky jsou většinou velmi úspěšné ve škole, zodpovědné a svědomité, ale zároveň v mnoha věcech nejisté a velmi sebekritické. Ve vztahu k ostatním lidem u nich může převládat rezervovanost nebo nedůvěřivost.

Druhý typ představuje mentální bulimie, která je spojená jednak s panickým strachem z tloustnutí, ale zároveň se záchvaty přejídání. Touto poruchou jsou ohroženy především dívky, které se nacházejí v období starší adolescence. Podle Vágnerové (2002, s. 235) se toto onemocnění vyskytuje v rodinách, kde už byly nějaké potíže s váhou zaznamenány. Dívky, které tímto onemocněním trpí, se již nedokáží najíst normálně, protože se přejídají a zkonsumovaného jídla se následně v tajnosti zbaví. Zvracení jim totiž přináší alespoň malou útěchu v tom, že sníží obavy z přibírání na váze. Typickým osobnostním rysem se u dospívajících bulimiček stává impulzivita a

naprostá neschopnost sebeovládání, která vyvolává pocity studu a vzteku sama k sobě. Stejně jako u mentální anorexie, tak i u bulimie je patrná zvýšená sebekritika takto nemocných dívek.

Rizikové chování na internetu

Jako poslední příklad negativního jevu z psychosociální oblasti jsem v této práci zvolila problematiku rizikového chování na internetu. Trávení času na počítači, tabletu nebo mobilním telefonu postupně vytlačilo možnost trávit volný čas nějakou pohybovou aktivitou a přispívat tak ke zdravému životnímu stylu.

Dnešní dospívající však patří do internetové generace, která je již od narození ovlivňována právě tímto médiem, jenž pro ně představuje hlavní zdroj poznání, informací a především trávení volného času. Není tedy divu, že právě kyberprostor představuje pro adolescenty místo, které svádí k různým vzorcům nebezpečného či rizikového chování. *„Je to právě internet, který vystavuje teenagery různým vlivům, pokušením a nebezpečným myšlenkám, které jim zdánlivě mohou zaručit slávu a prospěch nejen mezi vrstevníky. Jedním z velmi znepokojujících trendů mezi dnešními teenagery je natáčení sebe samých v různých nebezpečných situacích a umístování těchto nahrávek na internet. Reálné hrozby jako jsou projevy nenávisti, obtěžování a pronásledování, jsou dnes běžnou součástí kyberprostoru.“* (Hulanová, 2014, s. 187) Dospívající jedinci jsou často v používání počítače a orientaci na internetu daleko zběhlejší než jejich rodiče, kteří tak nejsou schopni plně kontrolovat on-line aktivitu svých dětí. Hulanová (2014, s. 191) dále uvádí, že adolescenti se v kyberprostoru mohou setkat nejen s kyberšikanou, ale i dětskou pornografií a jiným nebezpečím, které mohou kupříkladu představovat sociální sítě. Jedním z nejčastějších důvodů kyberšikany, tedy šikany, která využívá prostředí internetu k zesměšnění konkrétního jedince, je anonymita, jenž poskytuje pocit toho, že je člověk neviditelný a nehrozí mu možnost odhalení. Takový jedinec neshledává důsledky svého jednání, kterým prokazatelně ubližuje druhému člověku.

Adolescenti jsou rovněž méně ostražití na sociálních sítích, kde často zveřejňují své osobní údaje nebo fotografie, kterých pak může kdokoli zneužít. Stejně tak zakládání nových účtů pod falešnou identitou vyvolává u dospívajících pocit, že mohou někomu vyhrožovat (případně i jim může být vyhrožováno) nebo se vydávat za osobu blízkou či starší. Znepokojujícím trendem dnešní doby jsou také nenávistné komentáře,

rasistické poznámky nebo výroky, které dospívající neohroženě zveřejňují na svých sociálních sítích, a kterými mohou rovněž podporovat agresivní chování a nepokoje mezi určitými příslušníky jednotlivých skupin, národů nebo etnik.

2.3 Poruchy reprodukčního zdraví

Podstatnou součástí období adolescence je objevování vlastní sexuality, které však může vést k určitým druhům rizikového chování. I kvůli současnému tlaku z médií považují adolescenti za běžné, začínat s pohlavním životem předčasně. Hamanová (2014, s. 246) však upozorňuje na vybrané rizikové faktory, které s sebou časné zahájení pohlavního života v dospívání přináší. Jedná se totiž nejen o faktory biologického charakteru (nezralost děložního čípku u dívek, nezralá imunitní obrana proti infekci nebo nechtěná těhotenství), ale i psychosociálního rázu, který spočívá především v osobnostní nezralosti konkrétního jedince. Adolescenti totiž ještě plně nedošli k poznání své vlastní identity, a proto nejsou schopni hlubších a trvalejších vztahů, které jsou znakem následující vývojové fáze intimity. Dospívání je zpravidla obdobím častého střídání sexuálních partnerů, což s sebou přináší i zvýšený výskyt pohlavních nemocí. Uvádí se, že přibližně každý dvacátý adolescent, který je již sexuálně aktivní, má některou z pohlavně přenosných infekcí. S každým novým partnerem navíc riziko přenosu pohlavních chorob stoupá. Tato onemocnění navíc porušením sliznic usnadňují infekci viru HIV, který je v naší populaci opět na vzestupu. Nezralost socioekonomická spočívá ve skutečnosti, že většina dospívajících jedinců není zralá ani připravená na založení rodiny. Používání antikoncepce a dalších druhů ochrany navíc v období adolescence selhává až desetkrát častěji než v dospělosti.

Motivace k zahájení pohlavního života jsou navíc často odlišné než v pozdějším věku, a tudíž nevhodné. Pro příklad uveďme tlak ze strany vrstevníků nebo vrstevnické skupiny, která v dospívajících může vyvolat pocit, že jsou v tomto ohledu "pozadu", když ještě nezačali naplno sexuálně žít. Tlak k zahájení pohlavního života může, zejména u dívek, představovat negativní následky i do budoucnosti. Většinou jsou (starším) partnerem podněcovány k předčasnému pohlavnímu životu – samy by ho však z vlastní touhy podnikly až ve vyšším věku. *„Dospívající řeší sexem svoji momentální osobnostní (vývojovou) nesnáz, především chybění blízkého citového vztahu, ale často také nedostatek sebedůvěry a sebevědomí.“* (Hamanová, 2014, s. 247) Stejně tak již

zmíněná nechtěná těhotenství v dospívání mohou vyvolat další vzorce rizikového chování, jelikož adolescent není na tuto novou situaci dostatečně vyzrálý a připravený.

Hamanová (2014, s. 248) dále zdůrazňuje, že: *„Úkolem dospívání je dozrát v celé bio-psycho-sociálně-spirituální sféře, z řady důvodů tedy není tato životní etapa vhodná pro předávání života nové generaci – to patří do dospělosti. Dospívání má proto především reprodukční zdraví zachovat neporušené pro dospělost, vyvarovat se jeho poruch, jako je neplodnost, mimoděložní těhotenství, předčasné porody jakožto následek umělých potratů aj.; ty jsou nezřídka následkem právě rizikového chování v dospívání.“* Celkově je tedy velmi důležité, aby si adolescenti byli vědomi výše popsaných rizik a komplikací, které může předčasný rizikový život rizikové sexuální chování způsobit.

Druhá kapitola a její podkapitoly přehledně shrnují problematiku výskytu rizikového chování v adolescenci, které zde bylo rozděleno do tří částí podle klasifikace syndromu rizikového chování v adolescenci, který je pro toto období více než příznačný. Jedná se tedy o abúzus návykových látek, negativní jevy v oblasti psychosociální a rizikové chování v reprodukční oblasti. Každá takto rozdělená část popisuje vybrané příklady rizikového chování, které jsou u dospívajících jedinců nejvíce zřejmé a rozšířené. Proti rizikovému chování je však zapotřebí neustále bojovat, proto jsou v následující kapitole popsány jednotlivé druhy vybraných protektivních faktorů, které pomáhají dospívajícímu jedinci překonat případný střet s určitým typem rizikového chování.

3 Protektivní faktory rizikového chování v adolescenci

Stěžejní kapitolu této diplomové práce představuje téma protektivních faktorů a jejich úlohy v životě adolescenta. Právě v souvislosti s rizikovým chováním je důležité u dospívajících jedinců posilovat jednotlivé salutoprotektivní faktory tak, aby nedocházelo k nežádoucímu výskytu deprese, úzkosti nebo strachu, který značí nízkou psychickou odolnost adolescenta, a tudíž zvýšenou náchylnost ke konkrétním vzorcům rizikového chování. Následující podkapitoly se věnují konkrétním příkladům protektivních faktorů, jako je sociální opora, rodinná resilience, vnímaná vlastní účinnost a osobnost jako moderátor zdraví.

3.1 Sociální opora

Adolescence představuje vývojové období, ve kterém je nesmírně důležité pociťovat přítomnost sociální opory ze strany vlastní rodiny, vrstevníků, ale i celé společnosti. Helus (2007, s. 16) uvádí, že delší doba bez kontaktu s lidmi, je pro člověka velmi obtížná, někdy až neúnosná. Mnohé výzkumy navíc prokazují, že dlouhodobá izolace od lidí představuje riziko rozvoje depresí, panických úzkostí nebo sebepoškození. Druzí lidé jsou nám v životě nezbytnou oporou. Co se týká období dospívání, adolescenti se pohybují ve vzájemných vztazích se svými vrstevníky, ale také s lidmi, kteří jsou pro ně autoritou. Vzájemně tedy komunikují, srovnávají se, může docházet k napodobování nebo ztotožnění se. Zároveň dochází k vyjasnění citových vazeb a míry ovlivnění.

Krpoun (2012, s. 43) vymezuje sociální oporu jako: *„pomoc či podporu, kterou jedinec čerpá v situacích, kdy to považuje za příhodné. Takovými situacemi nemusí být pouze zátěžové, ale i běžné každodenní momenty, ve kterých se většina z nás, bez ohledu na druh povolání, současný zdravotní stav nebo věk, ocitá.“* Tento protektivní faktor tedy poskytuje adolescentům důležitou podporu v jejich běžném životě, kdy je důležité, aby měli ve svém okolí nějakého člověka, kterému plně důvěřují a mohou se mu tak bez obav svěřit s veškerými starostmi a bolestmi. V případě, že dospívajícímu jedinci schází jakákoliv sociální opora, může se začít uchýlovat k rizikovému životnímu stylu. Křivohlavý (2009, s. 97) se zabývá druhy sociální opory, které definuje z hlediska psychologického následovně:

1. **instrumentální opora** = jedná se o konkrétní formu pomoci, jakou je například poskytnutí financí, materiální podpory, zařízení potřebných věcí a neodkladných záležitostí, které adolescent není schopen sám provést. Prvotní iniciativa tedy vychází od blízkého člověka, který se rozhodl dospívajícímu jedinci konkrétně věcně pomoci.
2. **informační opora** = adolescentům jsou předány informace, které poskytují lepší orientaci v neznámé situaci, do které se dospívající dostal. Blízcí lidé, kteří sociální oporu daného jedince představují, naslouchají potřebám adolescenta a poskytují rady jak na úrovni osobní, tak také profesionální.
3. **emocionální opora** = dospívajícím je dáována najevo láska, soucit, pocit bezpečí. Rodiče a ostatní blízcí lidé uklidňují adolescenta a podávají mu pomocnou ruku při projevech nežádoucího chování, jako je upadnutí do deprese nebo bezmocnost.
4. **hodnotící opora** = vyjadřuje se především úctou a respektem, posiluje kladné sebehodnocení dospívajícího jedince, který je povzbuzován ve víře a naději. Lidé, kteří pro adolescenta představují zdroj sociální opory, s ním často sdílí těžkosti.

Zmíněné druhy sociální opory představují základní pilíře důvodů, proč by měli mít mladí lidé ve svém okolí někoho, kdo pro ně bude představovat stabilní sociální oporu v dobrých i zlých časech.

Problematika sociální opory vzhledem k pohlaví vypovídá o tom, že chlapci v případě výskytu problémů spoléhají spíše sami na sebe než na ostatní lidi, v případě závažnějších problémů se následně obracejí nejčastěji na rodiče. Dívky naopak v izolaci nezůstávají, sociální oporu aktivně vyhledávají, ať už mezi svými vrstevníky nebo rodiči. Výzkumy navíc ukazují, že čím více se adolescentům dostává sociální opory, tím vyšší je i jejich sebeúcta a sebehodnocení. (Krpoun, 2012, s. 46) I když se dospívající svěřují se svými nesnázemi častěji svým vrstevníkům a kamarádům, v případě vážnějších problémů se snaží hledat podporu a řešení u svých rodičů.

Na adolescenty obecně velmi kladně působí dobré a kvalitní mezilidské vztahy, které výrazně přispívají k jejich správnému a zdravému psychickému i fyzickému stavu. *„Sociální opora je chápána jako jeden z nejdůležitějších pozitivních faktorů modifikujících a moderujících nepříznivý vliv různých negativních životních situací na psychický i fyzický zdravotní stav člověka, na jeho pohodu (well-being) a na kvalitu*

jeho života.“ (Křivohlavý, 2009, s. 104) Celkově vzato představuje sociální opora důležitý protektivní faktor rizikového chování, neboť právě v období adolescence potřebují dospívající vnímat pocity sounáležitosti a bezpečí, ze strany svých nejbližších.

3.2 Rodinná resilience

Rodina představuje v životě každého z nás nezastupitelnou roli, a stejně tak je tomu i u adolescentů, kteří v tomto období plném změn potřebují získat pocit, že se mohou spolehnout na své rodinné zázemí. „*Kvalita vazby mezi dítětem a matkou, později i mezi dítětem a otcem a dalšími členy rodiny, je klíčovým činitelem osobnostního vývoje.*“ (Matoušek, 2011, s. 42) Současná doba však ukazuje, že jednotlivé rodiny jsou často neúplné či rozpadlé, tudíž namísto zdroje protektivních faktorů představují spíše riziko vzniku rizikových vzorců chování.

Rodinná resilience představuje stěžejní protektivní faktor, který dospívajícím napomáhá v překonávání jednotlivých nástrah, které s sebou rizikové chování přináší. O samotném termínu resilience Šolcová (2009, s. 11) pojednává jako: „*...o souhrnném výsledku dynamických procesů vzájemného působení mezi dítětem, rodinou a prostředím v průběhu času.*“ Adolescentova úspěšnost v plnění určených vývojových úkolů se tedy následně stává mírou resilience. Podle Sobotkové (2012, s. 71) spočívá jádro rodinné resilience nebo také rodinné odolnosti v celkovém zdravém a správném fungování rodiny, které spočívá ve vzájemné komunikaci, soudržnosti a adaptabilitě. Zdravá soudržnost se vyznačuje přiměřenou nezávislostí a samostatností jednotlivých členů rodiny. Často se stává, že sám život s sebou přináší různé změny nebo nároky přizpůsobit se novým požadavkům, přehodnotit svůj životní styl, přičemž souhrnným označením těchto jevů je adaptabilita. Klíčovým procesem při řešení problémů je vzájemná komunikace všech členů rodiny. Narušená nebo vůbec žádná komunikace nejen že nepřispívá ke správné rodinné atmosféře, ale navíc může být spouštěčem stresorů a rizikových jevů.

Hovoříme-li o jednom z protektivních faktorů rizikového chování, tedy o rodinné resilienci, je třeba mít na paměti, že pokud rodina překoná společnými silami vážnou krizi nebo konkrétní problém, neznamená to, že stejně se jí podaří zvládnout těžkosti odlišného charakteru. Každá nově nastalá situace totiž vyžaduje originální způsob řešení a vypořádání se s nástrahami, které život neustále přináší. Sobotková (2012, s. 82)

uvádí, že většina studií zabývajících se individuální resiliencí, se zaměřuje na tzv. protektivní faktory, které jsou děleny do tří skupin dle toho, kde se nacházejí:

1. **ve vývoji jedince** = zatímco v útlém věku hraje roli protektivních faktorů zejména temperament (děti jsou aktivní, lehce přizpůsobivé, vyvolávají pozitivní emoční odezvy), v období adolescence se klade důraz především na skutečnost, jak jsou dospívající schopni řešit problémy, a jak o nich dokáží komunikovat. Adolescenti s vysokou mírou resilience se totiž vyznačují pozitivním sebepojetím a zdravým sebevědomím. Protektivními faktory jsou zde nejčastěji kamarádské vztahy s ostatními vrstevníky a trávení volného času nějakým sportem nebo zálibou.
2. **v rodině** = důležitým protektivním faktorem v tomto prostředí je úzký vztah k jednomu či více členům rodiny. Emocionální stabilita totiž u adolescentů vyvolává pocity bezpečí a důvěry. Tito dospívající rovněž získávají vyšší sklon k péči o ostatní členy rodiny – mladší sourozence nebo staré a nemocné členy rodiny. Rovněž bylo zjištěno, že pokud v rodině správně funguje mužský vzor (otec nebo děda), chlapci, kteří z takové rodiny pocházejí, zaznamenávají v dospívání vyšší hodnoty rodinné resilience. Pro odolnost dívek je pro změnu rozhodujícím faktorem důraz na nezávislost v rodině a zároveň výskyt spolehlivé opory matky nebo sestry, která velmi úspěšně zvládá svoji kariéru i tradiční ženskou roli.
3. **ve společnosti** = protektivní faktory zde vyjadřují oporu v sousedech, nejbližších přátelích, ale i vybraných institucích. Pro dospívající to může znamenat přítomnost pedagoga, kterého respektují a mají rádi.

Vedle protektivních faktorů se však v rodině vyskytují i faktory rizikové, které rodinnou resilienci výrazně snižují. Šolcová (2009, s. 28) se zabývá vybranými projevy takto nežádoucího rodinného fungování. Jedná se především o nízký socioekonomický status dané rodiny a často naprostou chudobu, dále o přítomnou psychopatologii u některého z rodičů, handicap sourozence nebo rodiče, vysokou četnost rodinných neshod a hádek, absenci otce v rodině, případně jeho následným nahrazení otcem nevlastním, změnu bydliště nebo školy, smrt člena rodiny nebo blízkého kamaráda, vyloučení ze společnosti vrstevníků. Již přítomnost dvou výše uvedených rizikových faktorů markantně přispívá k možnosti vzniku psychické poruchy u adolescenta. Kraus (2014, s. 132) navíc uvádí, že současná rodina je zásadně ohrožena izolovaností, a proto se

často jeví jako uzavřená. Děti jsou mnohdy odkázáni sami na sebe, neboť jejich rodiče si žijí vlastní život.

Pokud se zaměříme na studii obecných resilientních faktorů, kterou popisuje Sobotková (2012, s. 101), zjistíme, že náplní obsahu jsou protektivní a obnovující faktory. Prvním z nich je schopnost řešit problémy, které se v rodině objeví, přičemž nejdůležitějším nástrojem je vytváření copingových strategií, které se neobejdou bez komunikace všech členů rodiny. Druhou složkou je rovnoprávnost stejných možností mužů a žen v rodině. Spiritualita je důležitým faktorem z hlediska smyslu pro soudržnost v případě, že se v rodině stane nějaká tragédie. Čtvrtou část představuje flexibilita, která rodině umožňuje změnu vzorců chování, poučení se z předchozích událostí. Pro úspěšnou adaptaci je neméně důležité uchovat si určitou dávku naděje za každé situace. Stabilitu rodiny pomáhají rovněž chránit společné zvyky a rituály, ale i společné trávení volného času vyplněného sportem, výlety apod. Poslední resilientní faktor si zakládá na celkovém zdraví a pohodě rodiny, neboť jen tak lze dosáhnout vysoké odolnosti. Pokud však onemocní některý z členů, rodina se rázem stává velmi zranitelnou a opět vysoce náchylnou k rizikovým vzorcům chování.

Rodinná resilience vyjadřuje své nezpochybnitelné místo mezi protektivními faktory rizikového chování v adolescenci. Je tedy na celé společnosti, aby se snažila podporovat zdravé fungování rodin, neboť jen tak bude přibývat zdravých a odolných jedinců.

3.3 Vnímaná vlastní účinnost

Vnímaná vlastní účinnost vychází z anglického termínu self – efficacy a vyjadřuje pocit kontroly nad svým vlastním životem. Vnímaná vlastní účinnost opět představuje jeden z příkladů protektivního chování, kdy mají adolescenti reálné povědomí o tom, čeho jsou ve svém životě schopni dosáhnout, co mohou změnit, popřípadě ovlivnit svým přesvědčením nebo jednáním. Opět platí, že čím vyšší vnímané vlastní účinnosti dospívající dosahují, tím jsou lépe připraveni na zvládání jakýchkoli překážek a těžkostí, které jim život připraví.

Podle Hoskovcové (2006, s. 64) představuje vnímaná vlastní účinnost: *„důvěru člověka ve schopnost chovat se tak, aby měl kontrolu nad děním, které ovlivňuje jeho život. Důvěra ve vlastní účinnost formuje základ lidské účinnosti. Čím méně člověk věří, že svou účinností může dosáhnout nějakého výsledku, tím menší má podnět, aby něco*

udělal.“ Autorka navíc uvádí, že pokud dosahuje skóre vnímané vlastní účinnosti nízkých hodnot, jedná se o osobnostní rys psychické zranitelnosti. Ta má většinou na svědomí tendenci k depresím a k podléhání stresu. Adolescenti pak mohou velmi rychle ztratit víru ve vlastní schopnosti, protože se zaměřují pouze na svá pochybení. Následuje rovněž sebeobviňování a rychlé vzdávání všeho, co zkusí. Jakmile jsou u dospívajících viditelné tyto příznaky, začínají ztrácet i veškerou sociální oporu, kterou do této doby měli.

Na všech úrovních psychického fungování se rovněž projevuje určitá míra adolescentova přesvědčení o vnímání vlastní účinnosti. Jak dále Hoskovcová (2006, s. 65) zmiňuje, vnímaná osobní účinnost může podle Bandury těžit ze čtyř základních zdrojů informací:

- zážitek úspěchu a pocit zvládnutí při překonávání těžkostí, který je zprostředkován samotným zvládnutím konkrétní situace a účastí na modelování,
- sociální modelování, které předpokládá vnímat podobné lidi při úspěšném zvládnutí náročné situace v konkrétní souvislosti,
- sociální přesvědčení o účinnosti, jenž zahrnuje užití sugesce, povzbuzování, instrukci nebo interpretaci,
- redukce stresu a deprese, které lze dosáhnout za pomoci zvyšování kondice, relaxace nebo biofeedbacku.

Z toho vyplývá, že to, jak moc je přesvědčení o vnímané vlastní účinnosti nízké nebo vysoké, je spojeno s celým spektrem nejrůznějších fenoménů, ať už v oblasti poznávací, emocionální, somatické nebo na úrovni pozorování.

Z hlediska řešené problematiky protektivních faktorů rizikového chování v adolescenci je nejdůležitější, jak a čím je možné přispět k vysoké míře vnímané vlastní účinnosti, která snižuje výskyt vybraných vzorců rizikového chování v období dospívání. Podle Hoskovcové (2006, s. 75) je nejúčinnějším řešením vychovávat adolescenta k tomu, aby si vyzkoušel své schopnosti v řešení obtížných situací. Není totiž nic horšího, než když rodiče "umetají" svému dítěti cestičku životem a veškeré problémy a nesnáze řeší místo nich. Tito jedinci pak v dospělosti okamžitě selhávají při prvním střetnutí se sebemenší potíží. Adolescenti by se tudíž měli snažit poznat, jak obstát v obtížných životních situacích a jejich rodiče by jim k tomuto jednání měli být nápomocní, jelikož v začátcích dokáží lépe odhadnout míru zátěže, které je dospívající schopen se vystavit.

Schopnost využít vnímanou vlastní účinnost ve svůj prospěch, a tedy jako jeden z protektivních faktorů, zahrnuje dovednost adolescenta poznat sám sebe, co nejdokonaleji. Aktivní zamyšlení nad tím, jak dospívající hodnotí vlastní dovednosti, je taktéž důležitou složkou tohoto procesu vnímání vlastní účinnosti. I když člověk neustále dělá chyby, je podstatné, jaké ponaučení do budoucna si z takovýchto omylů přinese. Život ve vlastní komfortní zóně a strach z neúspěchu zkoušení nových věcí totiž k vysoké a zdravé vnímané vlastní účinnosti nevede.

3.4 Osobnost jako moderátor zdraví

Posledním vybraným příkladem protektivních faktorů rizikového chování v adolescenci je význam osobnosti dospívajícího, jakožto moderátoru zdraví. Je zřejmé, že konkrétní osobnostní charakteristiky každého jedince přispívají ke zdárnějšímu vyrovnání se stresovými situacemi, depresí a nástrahami rizikového chování. Dolejš (2014, s. 127) však upozorňuje, že skupiny rysů negativních mohou představovat jednoznačný vliv na výskyt rizikového chování v adolescenci.

Podle Pelcáka (2013, s. 70) jsou tyto individuální rozdíly v reakci na stresory: „...*vysvětlitelné moderujícím efektem určitých osobnostních charakteristik spolu se sociálně determinovanými faktory, vycházejícími zejména z kvalitativních charakteristik sociálních interakcí člověka. Jejich společným znakem je předpokládaná schopnost absorbovat dopady stresových událostí na zdravotní stav člověka.*“ Samotná složitost a komplikovanost lidské psychiky napovídá, že opravdu záleží na nahlížení adolescentů, jakožto konkrétních jedinců, kteří mají specifické potřeby a možnosti. Důležitou roli zde sehrává také vztah vyznávaných hodnot a motivace k tomu, nepodlehnout vybranému rizikovému nebo nežádoucímu chování. Jak uvádí Slaměník (2010, s. 153), tento vztah vyjadřují postoje neboli psychické dispozice, které si adolescent osvojí. Následně to znamená, že se dospívající jedinec rozhoduje, jaké působení vnějších vlivů přijme za své. Jelikož se jedná o vztah hodnotící, většinou si některý vzorec rizikového chování oblíbí nebo ho zavrhne. Podle Řičana (2011, s. 20) můžeme z pozice sociálního pedagoga působit na adolescenty svým živým příkladem či modelem osobnosti, který jim ukáže cestu úspěšného zvládnutí jednotlivých obtíží a stresorů. Ke zmíněnému názoru se přidává i Hoskovcová (2009, s. 50), která zastává tvrzení, že konkrétně psychická odolnost může být dokonce nakažlivá. Pokud pedagog působí na své studenty s přesvědčením, že v nich může posílit ovládnutí určitých

dovedností a posílení sebedůvěry, pak takového cíle nejspíše snáze dosáhne. Oproti tomu učitel, který na motivace adolescentů nahlíží pesimisticky a odvolává se na nejrůznější druhy negativních sankcí, spíše naopak podráždí sebevědomí studentů a jejich schopností.

Adolescenti s vysokou mírou vlastní psychické nezdolnosti se povětšinou spoléhají své vlastní síly v případě, kdy se setkají s nějakou překážkou. Pelcák (2013, s. 72) uvádí, že: „*Míra individuální resilience vůči zátěžovým situacím bývá označována jako frustrační tolerance, dále jsou používány pojmy hardiness (nezdolnost, pevnost, tvrdost tuhost), vyjadřující stupeň odolnosti, a resilience (houževnatost, nezdolnost), který popisuje schopnost odolávat v průběhu času.*“ Dále pokračuje výčtem charakteristik, které definují silnou a zdravou osobnost adolescenta. Jednou z nich je kupříkladu otevřenost novým věcem, na které dospívající nahlíží jako na zajímavé jevy. Neméně důležitou charakteristikou je vnímání změn jako něčeho přirozeného a smysluplného. Dospívající si navíc takovýmto přemýšlením posiluje seberozvoj osobnosti. V případě střetu s rizikových chováním či konkrétními stresory je adolescent schopen sám najít a přijmout přiměřenou strategii pro zvládnutí této situace. Vysoká míra psychické odolnosti taktéž napomáhá příznivějšímu zdravotnímu stavu jedince.

Oproti tomu nízká psychická odolnost predikuje vyšší míru depresivního ladění u adolescentů a samozřejmě i vyšší náchylnost k jednotlivým vzorcům rizikového chování v dospívání. Schulze (2007, s. 83) popisuje snahu některých škol a pedagogů, kteří se společně snaží vyvíjet různé vzdělávací programy na podporu právě zmiňovaných emočních a sociálních dovedností studentů. Jde o to, aby se dospívající naučili projevovat své pocity navenek, dali tak okolí vědět, že mají nějaký problém nebo je něco trápí. Potlačování emocí totiž může vést k frustraci a projevům deprese.

Výše popsaná kapitola a její podkapitoly byly věnovány protektivním faktorům rizikového chování v adolescenci. Byla zde zmíněna důležitost těchto salutoprotektorů, které ovlivňují nejen vztah dospívajících k vzorcům rizikového chování, ale také k projevům deprese, úzkosti nebo pocitům beznaděje. Postupně došlo k popsání základní charakteristiky sociální opory, rodinné resilience, vnímané vlastní účinnosti a osobnosti, která může plnit funkci moderátoru zdraví. Adolescenty je zapotřebí již od dětského věku podporovat a posilovat jejich psychickou nezdolnost, ať už v prostředí rodiny nebo školy. Cílem je totiž vyprofilování zdravého soběstačného jedince, který

bude vůči jednotlivým svodům nežádoucího a rizikového chování imunní, popřípadě schopný zvládnout následky, které toto jednání přináší.

4 Možnosti prevence rizikového chování

Cílem prevence rizikového chování v adolescenci je předcházení výskytu konkrétních vzorců rizikového chování u dospívajících jedinců. Krejčová (2011, s. 145) uvádí, že adolescenti se postupem času stávají v podstatě největším nebezpečím sami sobě. Neméně důležitou součástí je podpora a posilování vybraných protektivních faktorů u každého adolescenta. Podle Strategie primární prevence na období 2013-2018 je: *„...základní charakteristikou efektivní primární prevence rizikového chování dlouhodobá a kontinuální práce s dětmi a mládeží, která je prováděna v menších skupinách a za aktivní účasti cílové skupiny. Specifickou primární prevenci lze rozdělit podle cílové skupiny, intenzity programu, podle prostředků a nástrojů, které program využívá a na jaké úrovni je zapojení cílové skupiny.“* Za poslední desetiletí byl u adolescentů zaznamenán výrazný pokles v trávení volného času nějakou pohybovou aktivitou nebo činností. I když právě zmíněné chování podporující zdraví výrazně snižuje závažnost výskytu rizikového chování v adolescenci, většina dospívajících preferuje vyplnění volného času sezením u počítače nebo mobilního telefonu. Jak uvádějí níže popsané podkapitoly, navození zdravých návyků a zdravého prostředí vede nejen k výraznému posílení psychické odolnosti a dalších složek protektivních faktorů adolescenta, ale zejména k nižšímu výskytu rizikového chování.

4.1 Zdravá škola

Nejen rodina, ale i prostředí školy představuje místo, kde adolescent tráví větší část svého dne. Je tedy důležité, aby škola představovala nástroj prevence a výchovy ke zdraví. Často se tomu však děje naopak a různé faktory (vedení školy, učitelé, nevhodné umístění školy, třída problémových adolescentů) ovlivňují to, že škola se stává epicentrem rozvoje rizikových vzorců chování. Marádová (2006, s. 5) uvádí, že ve školních zařízeních by mělo docházet k činnostem, které podporují zdraví dítěte a aktivní přístup k upevňování zdraví. Rodiče studentů by však měli s pedagogy spolupracovat a toto jednání sami podporovat ve svých rodinách. *„Zdraví je pozitivní, multidimenzionální pojem, který představuje pro jedince i celou společnost jednu z nejvýznamnějších hodnot, která byla ve všech dobách lidské historie a kulturách uznávána. Pro člověka je zdraví jedním z hlavních cílů života, protože si uvědomuje, že je prostředek k realizaci jeho životních cílů a umožňuje mu prožít smysluplný život.“*

Velmi výstižně charakterizuje pojem zdraví jeden z bývalých generálních ředitelů Světové zdravotnické organizace Halfdan Mahler, který o hodnotě zdraví řekl: "Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím". (Kopecký, 2012, s. 9) Je tedy více než důležité umět správně podporovat výchovu ke zdraví a zdravému životnímu stylu u adolescentů. Loudová (2011, s. 116) uvádí, že právě v období adolescence je šance na dosažení pozitivních výsledků ve výchově ke zdravému životnímu stylu daleko vyšší a trvalejší než kupříkladu v období dospělosti.

Nejen prostředí školy, ale i jednotlivé třídy mají svá specifika. Ženatová (2011, s. 3) definuje školní třídu jako: „*skupinu adolescentů, se kterou se pedagogové setkávají v každém svém pracovním dnu. Jakákoli z těchto tříd, do níž vstupují, má svá specifika. To souvisí s různorodým složením, ale i s určitými, až svébytnými odlišnostmi v atmosféře konkrétní třídy, která vyvolává negativní či pozitivní pocity u vyučujících i jednotlivých žáků. Stojí před nimi různý počet heterogenních jedinců, kteří si s sebou přinášejí své minulé zkušenosti ze vztahů s lidmi, z primární rodiny, ale i dalších skupin. Při vyučování je tedy nutné brát v potaz individualitu studentů.*“ V kompetenci učitele, ale i celého vedení školy je snaha o vytvoření takových podmínek, které usnadní průběh výuky, ale i správný a zdraví prospěšný chod celého školního zařízení.

Havlíková (2006, s. 39) popisuje všeobecně dané principy podpory zdraví, které spočívají v respektu k potřebám jak jednotlivce, tak i společnosti a celého světa. Podstatnou součástí je i rozvoj spolupráce a komunikace.

Pojem Zdravá škola se u nás objevil v roce 1991 v souvislosti s projektem stejného názvu, který představila Světová zdravotnická organizace pro Evropu. Koordinátorem tohoto programu v České republice bylo ustanoveno Národní centrum podpory zdraví. Školy, které měly o tento program zájem, vypracovaly dle stanovené metodiky vlastní projekt, který byl v souladu s podmínkami jejich zařízení. V současné době se výše zmíněný projekt nazývá podobně – Škola podporující zdraví. Stejně tak výchova ke zdraví je podle Kopeckého (2012, s. 16) součástí výchovně vzdělávacího procesu na všech stupních škol. Jak uvádí studie Alternativních škol v České republice, hlavní zásady spočívají v celkovém navození zdravé atmosféry ve škole, která staví na třech základních pilířích. Prvním z nich je pohoda prostředí, a to věcného, sociálního i organizačního. Druhý pilíř spočívá ve zdravém učení, neboť smysluplnost, přiměřenost, spolupráce, motivující hodnocení a klidná a otevřená atmosféra přispívají k vyšší samostatnosti studentů, zaujímání vlastních postojů a hledání konstruktivních

nápadů. Navíc je ve studentech přirozeně podporována zvědavost a spontánnost. Poslední pilíř představuje otevřené partnerství, neboť každá škola zastupuje model demokratického společenství. Dalšími prvky, které se ve zdravé škole nacházejí, jsou učení se v životních situacích, netradiční uspořádání tříd, projektové vyučování, které probíhá venku, ustanovení studentského parlamentu, vydávání studentských novin nebo zdravé stravování ve školních jídelnách.

V kontextu sociální pedagogiky by mělo docházet k podpoře výše popsaného chování a aktivit, které adolescentům účinně pomáhají v boji proti rizikovému chování. Helus (2015, s. 371) uvádí, že sám sociální pedagog by měl být především psychicky odolný, neboť pokud by podléhal stresu, mohl by opakovaně přenášet své problémy na studenty. Kraus (2001, s. 34) dodává, že: „*...hlavní funkce sociálního pedagoga lze v zásadě charakterizovat dvěma oblastmi: činnosti integrační a činnosti rozvojové. Jde-li o funkci integrační, pak se tyto činnosti týkají osob, jež potřebují odbornou pomoc a podporu. Stojí-li v popředí funkce rozvoje, pak nejde o žádné specifické situace, ale o zajištění žádoucího rozvoje osobnosti ve směru správného životního stylu, užitečného naplnění volného času a prevence.*“ Význam přítomnosti sociálního pedagoga na poli dané působnosti je tedy pro adolescenty více jak žádoucí, neboť pro dospívající studenty může představovat také zdroj sociální opory a autority, které si váží a nebojí se svěřit s jakýmkoli problémem. Bohužel, v současné době je na většině škol pozice sociálního pedagoga zatím nerealizovatelná, ať už z finančního či jiného hlediska.

4.2 Adherence ke zdravému životnímu stylu

Adherencí ke zdravému životnímu stylu rozumíme adolescentovo přebírání zodpovědnosti za chování vedoucí ke zdraví. Je totiž více než žádoucí, aby se dospívající jedinec sám podílel na aktivním způsobu trávení volného času a celkovém zdravém životním stylu, neboť jen tak dosáhne požadované rovnováhy ve svém myšlení a chování i v období dospělosti.

Pokud se adolescenti rozhodnout trávit svůj čas aktivně, zpravidla se věnují vybrané pohybové aktivitě nebo sportu. Dlouhý a Ryba (2008, s. 131) se k tomuto tématu vyjadřují následovně: „*Sport umožňuje překonat kritické vývojové období bez větších problémů. Znamená vhodné využití volného času pro mládež, přináší možnosti seberealizace, poznání sebe sama. Přispívá k výchově volní, mravní, citové i estetické a má spolu s tělesnou výchovou nezastupitelnou funkci v rozvoji pohybových*

schopností, pohybové výkonnosti i tělesné zdatnosti. Sportovní příprava mládeže v pubertálním věku je účinným prostředkem tehdy, když se uskutečňuje na základě respektování vývojových zákonitostí mládeže a na základě všestrannosti.“ V případě, že jsou dospívající vedeni ke sportu od útlého věku, nemají následně problém ve své sebekontrolě nebo disciplinovanosti, která s provozováním výkonnostního sportu souvisí. Podle Valjenta (2010, s. 10) je rovněž nutné neopomínat problém pasivního životního stylu, který postupně přijímá většinová část populace. Můžeme konstatovat, že takto jednající adolescenti nevnášejí do svého způsobu života žádnou tvořivost.

Dalším pozitivním účinkem pravidelného sportování je i zvyšování kondice a zdatnosti, která vede k tělesné i duševní pohodě. Adolescenti, kteří se pravidelně věnují konkrétní pohybové aktivitě, zaznamenávají vysokou psychickou nezdolnost a resistenci vůči nemocnosti. Kopecký (2010, s. 91) dodává, že optimální množství pohybové aktivity je základním předpokladem životní pohody člověka, nemluvě o tom, že pozitivně ovlivňuje jeho celkové zdraví. Výzkumy dokonce tvrdí, že lidé, kteří sportují, mají nejen lepší pracovní výsledky a nižší úrazovost, ale jsou i zdravější a šťastnější. Charvát a Blahutková (2001, s. 130) však uvádějí, že pro současného dospívajícího jedince není pojem sport vůbec žádnou samozřejmou součástí jeho života.

Mírou adherence ke zdravému životnímu stylu vyjadřují adolescenti svůj vztah k jednotlivým vzorcům rizikového chování. Vysoká adherence ke zdravému životnímu stylu totiž predikuje nižší výskyt a méně závažný průběh tohoto chování.

Celá tato kapitola se věnovala možnostem prevence rizikového chování v adolescenci. Nejúčinnějším nástrojem je vytvoření kvalitního prostředí školy, ve kterém se dospívající budou moci správně a zdravě rozvíjet. Jak Miovský (2010, s. 10) trefně uvádí: „...škola je v tomto smyslu v centru pozornosti pro všechny oblasti prevence.“ Důležitou roli představuje také osobnost sociálního pedagoga, který by měl pomáhat v proaktivním a protektivním způsobu života adolescentů. Neméně důležitým aspektem prevence v tomto vývojovém období je i adherence ke zdravému životnímu stylu, která představuje vlastní snahu dospívajícího zasloužit se o dosažení celkové životní pohody a kvalitního způsobu trávení volného času.

5 Protektivní faktory životního stylu v etiologii SRCH-D

Vzhledem k aktuálnosti tématu salutoprotektivních faktorů v souvislosti se syndromem rizikového chování v adolescenci, jsem se rozhodla zabývat právě touto tematikou. Protektivní faktory jsou v období adolescence obzvláště důležité, neboť slouží jako důležitá prevence či ochrana před vybranými nástrahami rizikového chování.

Výzkumné šetření se nejprve věnuje metodologickému hledisku, poté následují výsledky a interpretace dat shromážděných dotazníků, které vyplňovali studenti vybraných středních škol. Sběr dat probíhal v období školního roku 2015/2016.

5.1 Výzkumný cíl a stanovení hypotéz

Z hlediska tohoto výzkumu bylo nezbytné určit si výzkumné cíle tak, aby bylo možné zjistit úlohu protektivních faktorů v souvislosti s rizikovým chováním v adolescenci. Hlavní cíl této diplomové práce proto spočívá v:

- ověření vztahů mezi vybranými protektivními faktory a rizikovým chováním v adolescenci.

Následně jsem vymezila tyto dílčí výzkumné cíle:

1. zjistit, jaký vztah představuje psychická odolnost vůči vybraným osobnostním faktorům,
2. ověřit moderující vliv osobnosti v etiologii rizikového chování.

Pro výzkum své práce jsem si na základě vytyčených cílů a prostudované literatury stanovila šest hypotéz, které jsem následně ověřila pomocí získaných výsledků výzkumného šetření. Mezi utvořené hypotézy tedy patří:

Hypotéza 1:

Předpokládáme, že vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost souvisejí s chováním podporujícím zdraví.

Tato hypotéza se opírá o tvrzení autorů Nelsona a Simmonse (2003), kteří zdůrazňují vliv psychické odolnosti, vyjádřený smyslem pro soudržnost, na celkové zdraví jedince. Koukola (1998) navíc uvádí, jak je smysl pro soudržnost pro adolescenta důležitý, hovoříme-li o něm v souvislosti s rizikovým chováním a s chováním podporující zdraví, které psychickou odolnost posiluje. Vyšší hodnoty představují kritické hodnoty, které jsou určeny korelačními tabulkami, přičemž platí $p(0,05) = 0,19$

a $p(0,01) = 0,25$. Tato hypotéza je sycena položkami dotazníku CSOC a položkami dotazníku Chování ovlivňující zdraví v dospívání, které se týkají právě zmíněného chování podporující zdraví.

Hypotéza 2:

Předpokládáme, že vyšší hodnoty vnímané vlastní účinnosti souvisejí s chováním vedoucím ke zdraví.

Druhá hypotéza je vytvořena na základě studie Hoskovcové (2006), která se problematikou vnímané vlastní účinnosti dlouhodobě zabývá. Chování vedoucí ke zdraví podporuje nárůst hodnot vnímané vlastní účinnosti, a tím dochází k vyšší protektivitě dospívajícího jedince před rizikovým chováním. Vyšší hodnoty opět představují kritické hodnoty, které jsou určeny korelačními tabulkami, přičemž platí $p(0,05) = 0,19$ a $p(0,01) = 0,25$. Hypotéza je sycena položkami dotazníku Self – efficacy a položkami dotazníku Chování ovlivňující zdraví v dospívání, které se týkají právě zmíněného chování vedoucí ke zdraví.

Hypotéza 3:

Vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost souvisejí s vyšší vnímanou vlastní účinností.

Při tvorbě výše zmíněné hypotézy jsem opět vycházela z poznatků Hoskovcové (2006) a Koukoly (1998), neboť dle tvrzení obou autorů je psychická odolnost v těsném kontaktu s vnímanou vlastní účinností a vysoká skóre obou protektivních faktorů značí menší náchylnost adolescenta k rizikovým vzorcům chování. Vyšší hodnoty představují hodnoty kritické, které jsou určeny korelačními tabulkami, přičemž platí $p(0,05) = 0,19$ a $p(0,01) = 0,25$. Třetí hypotéza je sycena položkami dotazníku CSOC a položkami dotazníku Self – efficacy.

Hypotéza 4:

Vyšší hodnoty psychické odolnosti snižují závažnost depresivního ladění v adolescenci.

Psychická odolnost se, podle tvrzení Koukoly (1998), vyznačuje nejen tím, že je podporována nejrůznějšími aktivitami, které vedou ke zdraví, ale sama o sobě může některé nežádoucí jevy minimalizovat. V této souvislosti mluvíme o depresivním ladění, které se vyskytuje u čím dál většího počtu adolescentů. Právě vysoká psychická odolnost napomáhá snižovat míru depresivního ladění, která může představovat nebezpečnou závažnost. Vyšší hodnoty opět představují kritické hodnoty, které jsou

určeny korelačními tabulkami, přičemž platí $p(0,05) = 0,19$ a $p(0,01) = 0,25$. Tato hypotéza je sycena položkami dotazníku CSOC a položkami dotazníku CDI.

Hypotéza 5:

Vyšší hodnoty depresivity zvyšují intenzitu projevů rizikového chování.

Podkladem pro pátou hypotézu se stala studie autorů Pardini a Whitové (2007), kteří tvrdí, že adolescenti, kteří trpí úzkostí a depresí, vykazují dvakrát vyšší riziko toho, že se u nich dostaví některý ze vzorců rizikového chování - nejčastěji abúzus návykových látek - oproti těm, kteří depresivitou netrpí. Zároveň je u adolescentů s počínající návykovou poruchou pravděpodobnější, že se u nich projeví depresivní symptomy a pokusí se o sebevraždu. Vyšší hodnoty představují kritické hodnoty, které jsou určeny korelačními tabulkami, přičemž platí $p(0,05) = 0,19$ a $p(0,01) = 0,25$. Hypotéza je sycena položkami dotazníku CDI a položkami dotazníku Chování ovlivňující zdraví v dospívání, které se týkají jednotlivých oblastí rizikového chování v adolescenci.

Hypotéza 6:

Předpokládáme, že vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost snižují závažnost projevů rizikového chování.

Podle Šolcové (2009) představuje psychická odolnost dospívajícího jeden z protektivních mechanismů, jak se bránit útokům rizikového chování, které na adolescenty číhají na každém rohu. Čím více bude dospívající člověk psychicky silný a odolný, tím je menší pravděpodobnost, že podlehne svodům rizikového chování. Vyšší hodnoty představují kritické hodnoty, které jsou určeny korelačními tabulkami, přičemž platí $p(0,05) = 0,19$ a $p(0,01) = 0,25$. Poslední hypotéza je sycena položkami dotazníku CSOC a položkami dotazníku Chování ovlivňující zdraví v dospívání, které se týkají jednotlivých oblastí rizikového chování v adolescenci.

5.2 Výzkumný soubor a procedura

Pro důkladné zmapování výskytu rizikového chování mezi adolescenty jsem zvolila tři střední školy různých zaměření na Orlickoústecku, s cílem dosáhnout větší objektivity výskytu jednotlivých vzorců rizikového chování v prostředí odlišných středních škol. Po předchozí domluvě se tohoto výzkumného šetření zúčastnili studenti Střední odborné školy a Středního odborného učiliště Lanškroun (SOŠ a SOU), dále

studenti Střední průmyslové školy Letohrad (SPŠ) a nakonec studenti Gymnázia Ústí nad Orlicí.

Výzkumné šetření probíhalo ve školním roce 2015/2016, konkrétně v období října až května. Prostřednictvím zástupců jednotlivých středních škol, ať už ředitelů nebo pedagogů, bylo do škol rozdáno celkem 310 dotazníků. Osloveným zástupcům vybraných středních škol byly dopodrobna vysvětleny instrukce a postup správného vyplnění všech dotazníků. Navíc jsem vyčlenila prostor na případné dotazy, připomínky nebo postřehy. Vzhledem k mým předchozím zkušenostem s podobným typem dotazníkového šetření jsem však nezaznamenala nějaký vážnější problém, ať už v oblasti sběru dat nebo při vyplňování dotazníků studenty vybraných středních škol. Z celkového počtu 310 rozdaných dotazníků nebylo možné použít 8 dotazníků, které se buď nevrátily, nebo zůstaly napůl či zcela nevyplněné, tudíž je nebylo možné zahrnout do výzkumného šetření. Gavora (2010, s. 130) uvádí, že: „...za požadovanou minimální návratnost dotazníkového výzkumu se považuje 75 %. Dosáhnout takové návratnosti je však velmi těžké, a proto se někdy připouští i nižší.“ Je tedy pozitivním faktem, že procento návratnosti rozdaných dotazníků, které činí 97,42 %, značí jedno z kritérií dobrého výzkumu.

Výzkumný vzorek nakonec utvořilo celkem 302 studentů, kteří pocházeli ze střední odborné školy nebo učiliště (88 studentů), střední průmyslové školy (116 studentů) a gymnázia (98 studentů). Věková hranice respondentů se pohybovala mezi 15 - 19 lety. Z hlediska pohlaví bylo v souboru zastoupeno 135 chlapců a 167 dívek.

5.3 Použitá metoda

Jelikož orientace tohoto výzkumu byla kvantitativního charakteru, zvolila jsem si metodu dotazníkového šetření, jejíž výhodou je efektivní zpracování objemnějšího množství dat. Gavora (2010, s. 121) vyzdvihuje pozitiva použité metody následovně: „...dotazník se považuje za ekonomický výzkumný nástroj, kterým můžeme získávat velké množství informací při malé investici času.“ Z hlediska nevýhod dotazníku, jakožto nejčastější metody pro zjišťování údajů, jsem se obávala možnosti nízké návratnosti, která se naštěstí nepotvrdila. Další rizika spočívala v délce dotazníku, neboť ten byl rozdělen na 5 obsáhlejších částí. Z hlediska náročnosti však žádná oblast nepředstavovala vyšší nároky na hlubší zamyšlení nebo koncentraci, takže i podle

procenta návratnosti lze soudit, že celý dotazník zvládli studenti správně vyplnit bez větších obtíží.

Studenti vybraných středních škol obdrželi podrobné instrukce k tomu, jak mají správně konkrétní části dotazníku vyplnit a byli ubezpečeni, že všechny jejich odpovědi zůstanou anonymní, tudíž se nemusí obávat vyplnit jednotlivé položky podle pravdy.

Pro své výzkumné šetření jsem zvolila čtyři standardizované dotazníky a jeden dotazník vlastní konstrukce, který jsem sestavila na základě odborné literatury a dalších poznatků, které sloužily jako pilíře pro sestrojení celého dotazníku.

Dotazník chování ovlivňující zdraví v dospívání (viz Příloha A)

Tento dotazník jsem sestrojila na základě Tarterova Dotazníku pro dospívající - identifikující rizikové oblasti, který ještě později adaptoval Nešpor (1998). Původních deset okruhů tohoto dotazníku však neposkytovalo plné zmapování všech možných oblastí rizikového chování, a proto jsem na základě Nešporovy knihy Návykové chování a závislost (2011) sestavila deset rizikových oblastí plus jednu protektivní oblast tak, abych pokryla většinu rizik, která s chováním v adolescenci souvisejí:

1. oblast záškoláctví – do této kategorie spadá neodůvodněná absence ve škole, záměrné vyhýbání se zkoušení a pozdní příchody či předčasné odchody ze školy, které jsou v současné době mezi adolescenty velmi "oblíbené",
2. oblast rizikového životního stylu – týká se látkových závislostí, ke kterým se kromě kouření cigaret a konzumace alkoholu, řadí také kouření marihuany, užívání léků bez lékařského předpisu, užívání tanečních drog nebo chemických látek při sportu. Dále sem patří nadměrná konzumace nápojů bohatých na kofein, časté přejídání a konzumace různých pochutin. Výskyt posledních dvou podkategorií je čím dál více zřetelnější u dětí a dospívajících.,
3. oblast rizikového chování na internetu – představuje závislosti nelátkového charakteru, přičemž sem spadá časté trávení času u počítače a na sociálních sítích v takové míře, že to jedinci neumožňuje věnovat se i jiným aktivitám. Dále sem patří navštěvování nevhodných stránek na internetu, hraní placených her a online sázení.,
4. oblast hraní a sázení na výherních automatech
5. oblast poruch příjmu potravy a sebepoškozování - do této kategorie jsem zařadila experimentování s jídelním chováním, které mimo nejčastěji uváděného držení diet, zahrnuje také vyvolávání zvracení nebo úmyslné hladovění. Co se

týká sebepoškození, spadá do této oblasti řezání, pálení se a zdobení vlastního těla s nebo bez mechanického poškození.,

6. oblast rizikového sexuálního života - zahrnuje položky typu: pohlavní styk, střídání sexuálních partnerů a nechráněný pohlavní styk,
7. oblast agresivního chování - týká se projevů agrese u adolescentů, která může mít svůj původ už jen v opakovaných nadávkách nebo ponižování a zesměšňování ostatních. Dále se do této kategorie řadí agresivní chování vůči členům rodiny, rvačky a týrání zvířat. Vzhledem k současné situaci v Evropě, která se potýká s uprchlickou krizí, jsem do oblasti agresivního chování zařadila také otevřené projevy nepřátelství vůči jiným národům a etnikům.,
8. oblast drobné kriminality – zahrnuje rušení nočního klidu, ničení a poškození věcí druhých lidí a dopouštění se drobných krádeží,
9. oblast aktivit, které jsou ohrožující na zdraví a životě – adolescenti si dokazují svojí neohroženost lezením na sloupy vysokého elektrického napětí nebo jízdou na kolečkových bruslích za některým z dopravních prostředků,
10. oblast lhaní a podvodů – tato kategorie vyvolává mezi odborníky dohady, zda a v jakých případech můžeme lhaní považovat za jeden ze vzorců rizikového chování. Jelikož MŠMT začíná klasifikovat lhaní jakožto další projev rizikového chování, rozhodla jsem se, spolu s podvody, ustanovit tuto oblast jako samostatnou podkategorii.,
11. oblast protektivního životního stylu – zahrnuje věnování se aktivitám, které adolescent považuje za uklidňující a relaxační, vyvážené a rozmanité stravování, s důrazem na vydatnou snídani, kvalitní spánek a v neposlední řadě trávení volného času nějakým druhem fyzické aktivity nebo sportu.

Výše popsané oblasti tvoří dohromady soubor 39 položek. Respondenti měli k jednotlivým otázkám na výběr z odpovědí pěti-stupňové škály, která se odvíjela od četnosti výskytu daného jevu (1 = nikdy, 5 = pravidelně).

Jelikož byl tento dotazník vlastní konstrukce, rozhodla jsem se ověřit jeho vnitřní konzistenci a reliabilitu pomocí Cronbachova koeficientu alfa. Rimarčík (2007, s. 99) uvádí, že: „*Cronbachův alfa koeficient definuje spolehlivost jako podíl variability v odpovědích, která je výsledkem rozdílnosti mezi respondenty.*“ Výpočet tohoto koeficientu je pracnější, tudíž jsem pro jeho zpracování využila statistický software SPSS (celý výpočet je uveden v příloze F). Výsledná hodnota alfa činila

0,64, což značí dostačující spolehlivost dotazníku pro účely využití tohoto výzkumného šetření.

Dotazník CSOC (viz Příloha B)

Druhým dotazníkem mého výzkumného šetření je "The Children Sense of Coherence Scale" neboli standardizovaný dotazník psychické nezdolnosti (CSOC), který pochází od Margalitové (1994). Zmíněná profesorka ho sama zkonstruovala a následně ověřila v praxi. Dotazník prošel postupem času několika změnami a úpravami, na kterých se mimo jiné podíleli Antonovsky (1997) společně se svojí ženou nebo kupříkladu Melvin a Dorothea Semmelovi z univerzity v Kalifornii. Výsledným produktem společné práce všech zúčastněných odborníků se stal dotazník psychické nezdolnosti v podobě, v jaké ho známe nyní (Koukola, 1998). Tento dotazník tvoří 16 položek, které zastupují tři hlavní oblasti osobnosti. Mezi otázky jsou navíc vřazeny 3 tzv. distraktory, které se sice do celkového výsledku nezapočítávají, za to nám poskytují zpětnou vazbu o tom, zda adolescent porozuměl otázce. Tyto distraktory mimo jiné respondentu rozptýlí, pobaví, ale především upoutají jeho pozornost. První dimenzí tohoto dotazníku je srozumitelnost neboli vnímání a chápání podnětů z okolí, smysl pro porozumění. Druhá kategorie se týká zvládnutelnosti, vysoké skóre v této části zaznamenává adolescent, který má zdravý pocit kontroly, sebejistoty a víry, že případné překážky v životě zvládne. Poslední dimenzí tohoto dotazníku je smysluplnost. Respondent, který nemá radost ze života či motivaci k tomu, každý den "vstát z postele", si v této oblasti připisuje skóre s velice nízkým počtem bodů. Adolescenti mají na výběr odpovědi ze čtyř-stupňové škály četnosti výskytu či potvrzení daného tvrzení (1 = nikdy, 4 = vždy).

Sebeposuzovací škála depresivity (viz Příloha C)

Třetí v pořadí následuje dotazník "Children's Depression Inventory", který je první sebeposuzovací metodou již zmíněné deprese. Dotazník depresivity (CDI) u adolescentů měří aktuální stav jedince nebo jeho změny. Tato škála zahrnuje znova pět subškál, které definují jednotlivé položky, jež s depresí úzce souvisejí. Prvním z nich je špatná nálada, dále následují interpersonální potíže, nevykonnost, neschopnost prožívat radost a snížené sebehodnocení. Dotazník obsahuje celkem 27 položek, přičemž u jednotlivých odpovědí mají respondenti na výběr ze tří možností: nula znamená absenci symptomu, jednička je signálem mírných projevů a číslo dvě nám

ukazuje, že dotázaný jedinec zaznamenal v poslední době výrazné projevy depresivního chování. Nápadně vysoké skóre v tomto dotazníku znamená i zvýšené riziko problému.

Dotazník obecné vlastní efektivity (viz Příloha D)

Standardizovaný dotazník obecné vlastní efektivity (DOVE), který slouží k orientačnímu zjištění úrovně vnímané vlastní účinnosti, neboli self-efficacy, pochází od autorů Jerusalema a Schwarzera (1999), kteří v podstatě vycházejí z Bandurova konceptu vnímané osobní účinnosti. Překlad tohoto dotazníku do češtiny provedl později Křivohlavý (2001). Hoskovcová (2006) následně DOVE upravila do podoby, v jaké ho známe a používáme dnes. Dotazník obsahuje celkem 10 položek, přičemž své odpovědi respondenti zaznamenávají do čtyřbodové škály, podle toho, zda s uvedeným tvrzením souhlasí nebo ne (1 = naprosto nesouhlasím, 4 = naprosto souhlasím). Čím vyššího skóre adolescent dosáhne, tím je jeho úroveň vnímané vlastní účinnosti vyšší.

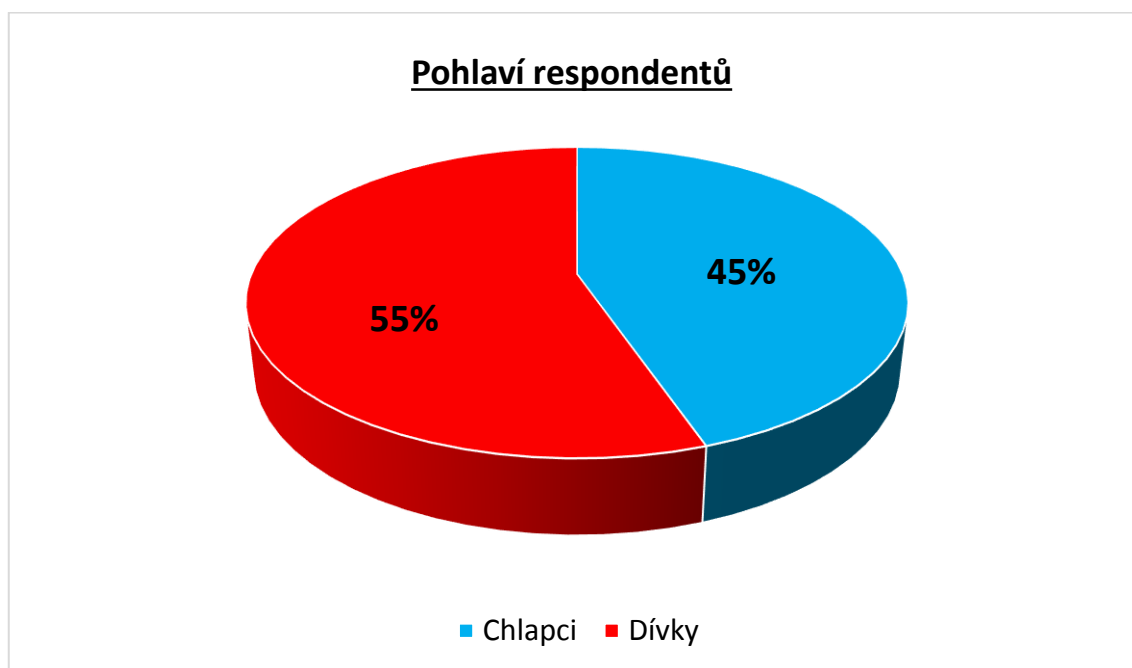
Dotazník pohybové aktivity a činnosti (viz Příloha E)

Posledním dotazníkem tohoto výzkumného šetření je sebehodnotící dotazník pohybové aktivity, jehož základ byl převzat ze studie Institutu aktivního životního stylu fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého, a to konkrétně z kinantropologického výzkumu. Dalšími úpravami ho následně podrobila Fialová (2012), přičemž právě tuto aktualizovanou verzi jsem použila ve své diplomové práci. Dotazník obsahuje konkrétní druhy pohybových aktivit a respondent má za úkol vyznačit pravidelnost pohybové aktivity, které se v uplynulém kalendářním roce věnoval. Dotazník čítá celkem 41 položek, které jsou členěny do třech oblastí: již zmiňovaná aktivita (21 položek), dále následuje 5 otázek týkajících se pohybové inaktivity. V těchto dvou oblastech má respondent na výběr čtyř-stupňovou škálu četnosti, v závislosti na tom, jak často (ne)sportuje. Poslední část reprezentuje důvody, které adolescenta vedou k tomu, že pravidelně sportuje (15 položek). Dospívající mají možnost zaznamenat odpovědi podle toho, zda s předkládaným tvrzením souhlasí či nikoliv (1 = silně nesouhlasím, 4 = silně souhlasím). Tento dotazník byl navíc obohacen o otázku, která zjišťovala, zda se respondenti věnují konkrétnímu výkonnostnímu (vrcholovému) sportu a o otázku, jejímž cílem bylo zjistit, zda jsou adolescenti aktivními členy Skautu, Junáka.

5.4 Interpretace výsledků výzkumného šetření

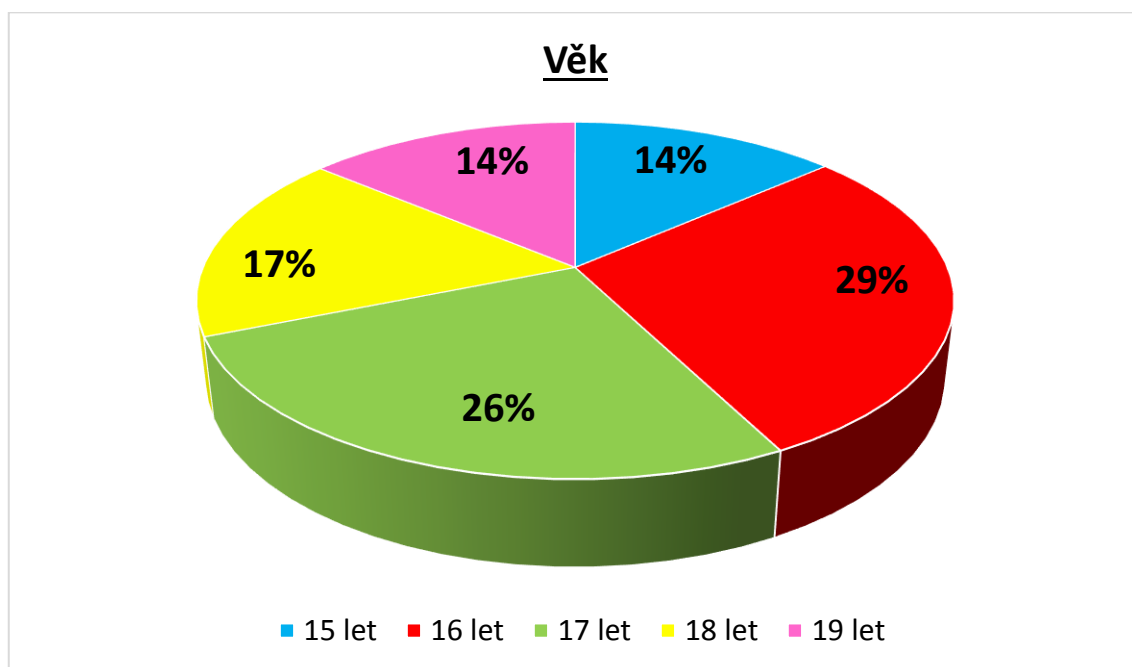
Jak už bylo výše zmíněno, dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 302 studentů gymnázia, střední odborné školy a učiliště a střední průmyslové školy. Na grafu č. 1 můžeme pozorovat podíl mužů a žen na celkovém výzkumném vzorku, z kterého vyplývá, že počtu 135 chlapců odpovídá 45 % celku. Zbývající část 55 % zaujímá 167 dívek. Věk dotazovaných adolescentů se pohyboval mezi 15 a 19 lety, tudíž průměrný věk dotazovaných činil 17 let.

Graf 1: Podíl mužů a žen na výzkumném vzorku



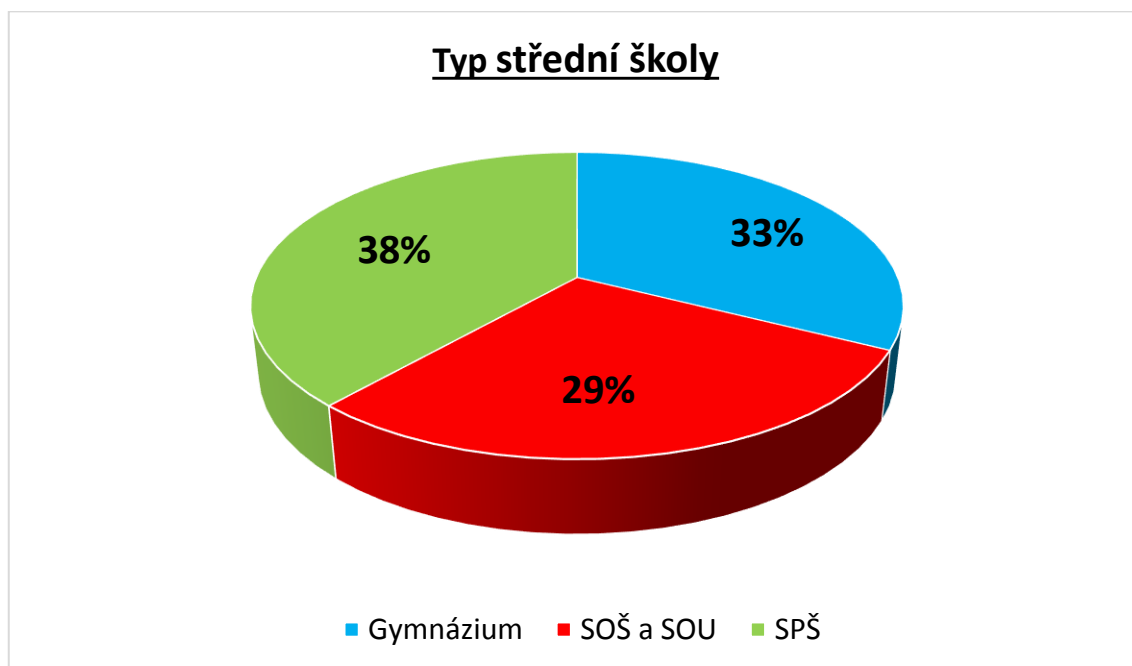
Graf č. 2 nám pro změnu zobrazuje věkové rozpětí dotazovaných respondentů, které pokrývá vývojové období střední a pozdní adolescence. Nejvíce zastoupenou věkovou kategorií (29 %) se stalo období 16. roku života, ve kterém se v době realizace výzkumného šetření nacházelo 87 chlapců a dívek. Jen o rok více, a tudíž 17 let bylo 80 studentům, jejichž podíl na věkovém zastoupení celého výzkumného vzorku činil 26 %. Dále následuje 52 adolescentů, kteří dovršili 18 let a představují tak 17 % celku. Shodně 14 % představuje jak 42 respondentů, kterým již bylo 19 let, tak i 41 nejmladších dospívajících, jež dovršili věku 15 let.

Graf 2: Věkové zastoupení adolescentů



Graf č. 3 nám nabízí vhled do problematiky původu respondentů z hlediska typu studované střední školy. Zastoupení je vcelku rovnoměrné – nejvíce adolescentů (116 osob) tohoto výzkumného souboru studuje na střední průmyslové škole, která zaujímá 38 % celku. Střední odborná škola a střední odborné učiliště přispěli do tohoto výzkumu 29 %, která reprezentují 88 studentů. Zbývajících 33 % zaujímá 98 studentů gymnázia.

Graf 3: Typ studované školy



5.4.1 Vztahy psychické odolnosti k vybraným protektivním faktorům

Psychická odolnost představuje zejména v období adolescence důležitý protektivní faktor, který může pomoci eliminovat působení rizikového chování na dospívající jedince. Za pomoci Pearsonova párového korelačního koeficientu, který vyjadřuje společné kolísání dvou proměnných, jsem zjišťovala a ověřovala skutečné vztahy mezi jednotlivými zkoumanými jevy v tomto výzkumném vzorku dospívajících. Korelace mi tedy následně dopomohly k ověření stanovených hypotéz. Podrobnější výsledky jsou popsány v následujícím textu.

H1: Vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost souvisejí s chováním podporujícím zdraví.

Tato hypotéza je sycena položkami dotazníku CSOC a položkami dotazníku Chování ovlivňující zdraví v dospívání, které se týkají právě zmíněného chování podporujícího zdraví. Tabulka č. 1 přehledně vyobrazuje výsledky korelační analýzy mezi smyslem pro soudržnost a chováním vedoucím ke zdraví. Korelace jsou průkazné na hladině $*p < 0,05$ a $**p < 0,01$, přičemž kritické hodnoty pro $p = 0,05$ činí 0,19 a pro $p = 0,01$ je to 0,25. Naměřené vyšší hodnoty se v této korelaci pohybují v rozmezí 0,30 – 0,47. Statisticky signifikantní kladné vztahy zde byly prokázány nejen mezi celkovou hodnotou psychické odolnosti a chováním podporujícím zdraví, ale také mezi jednotlivými položkami (smysluplnost, zvládnutelnost a srozumitelnost) psychické nezdolnosti a chováním vedoucím ke zdraví. Z předložených výsledků vyplývá, že vysoké skóre psychické odolnosti u adolescentů nepochybně souvisí s nárůstem skóre i u chování podporujícího zdraví. Na základě výše zmíněných zjištěných poznatků byla hypotéza č. 1 potvrzena.

Tabulka 1: Vztah smyslu pro soudržnost a chování vedoucího ke zdraví

	CSOC	CO	MA	ME	ZDR. CH.
CSOC	1				
Srozumitelnost	0,75	1			
Zvládnutelnost	0,85	0,46	1		
Smysluplnost	0,75	0,40	0,43	1	
Zdravé chování	0,47**	0,30**	0,34**	0,47**	1

Vysvětlivky: CSOC = celková průměrná hodnota psychické nezdolnosti, CO = srozumitelnost, MA = zvládnutelnost, ME = smysluplnost, ZDR. CH. = chování vedoucí ke zdraví

Položky popisující tzv. chování vedoucí ke zdraví volně vycházejí z dotazníku Stress Profile (Kenneth M. Nowack, autory 1. vydání české verze jsou J. Kloze a P. Král - 2006). Stress Profile nabízí respondentům a těm, kdo jim poskytují zdravotní péči informace o zvycích, životním stylu a chování, které mohou zvyšovat nebo ohrožovat délku života, životní pohodu (zdravotní návyky, cvičení, odpočinek/spánek, jídlo/výživa, prevence).

H2: Vyšší hodnoty vnímané vlastní účinnosti souvisejí s chováním vedoucím ke zdraví.

Hypotéza je sycena položkami dotazníku obecné vlastní efektivity a položkami dotazníku Chování ovlivňující zdraví v dospívání, které se týkají právě zmíněného chování vedoucího ke zdraví. V tabulce č. 2 je přehledně vyjádřen korelující vztah mezi vnímanou vlastní účinností neboli self-efficacy a chováním vedoucím ke zdraví. Korelace jsou zde průkazné na hladině $*p < 0,05$ a $**p < 0,01$, přičemž kritická hodnota pro $p = 0,05$ činí 0,19 a pro $p = 0,01$ je to 0,25. Vyšší hodnota zde byla naměřena na hranici 0,32. Statisticky významné kladné vztahy potvrzují souvislost mezi vysokým skóre vnímané vlastní účinnosti a chováním vedoucím ke zdraví. Získané výsledky ukazují, že čím je vnímaná vlastní účinnost u adolescentů vyšší, tím méně hrozí, že by dospívající podlehl svodům rizikového jednání, neboť vysokých hodnot dosahuje také jeho adherence ke zdraví. Vzhledem k těmto skutečnostem a výsledku korelace se potvrdila druhá hypotéza.

Tabulka 2: Vztah vnímané vlastní účinnosti a chování vedoucího ke zdraví

	Self - efficacy	Chování ved. ke zdraví
Self - efficacy	1	
Chování ved. ke zdraví	0,32**	1

Vysvětlivky: Self- efficacy = vnímaná vlastní účinnost, Chování ved. ke zdraví = chování vedoucí ke zdraví

Důležitou součástí chování podporujícího zdraví je pravidelná pohybová aktivita. Naneštěstí, z tohoto výzkumného šetření vyplývá, že pouze 61 studentů z celkového počtu 302 respondentů se věnuje výkonnostnímu (vrcholovému) sportu. Zajímavá je komparace pohybové aktivity a inaktivity u zkoumaného vzorku. Tabulka č. 3 zobrazuje přehled vybraných druhů pohybových aktivit a činností, u kterých adolescenti v dotazníkovém šetření vyplňovali míru pravidelnosti (1 = aktivně se vůbec

nevěnují, 2 = občas, 3 = pohybovou aktivitu provozují často, 4 = vybrané aktivitě nebo činnosti se věnují stále). Ze získaných dat jsem vypočítala koeficienty četnosti pro každou kategorii pohybové aktivity. Výsledná tabulka pak poskytuje přehled o tom, který druh pohybové aktivity je mezi respondenty nejčastější, nejoblíbenější. Jak bylo výše zmíněno, vzhledem k zanedbatelnému počtu adolescentů, kteří se pravidelně věnují výkonnostnímu sportu, se koeficienty četnosti pohybové aktivity a inaktivity nijak výrazně nelišily od zbývajících respondentů, kteří v dotaznících uvedli, že nesportují. Pro lepší porovnání případných rozdílů by bylo zapotřebí většího výzkumného vzorku, který by kupříkladu zahrnul studenty středních škol, které jsou sportovně zaměřeny (sportovní gymnázia apod.).

Tabulka 3: Koeficient četnosti pohybové aktivity

Pohybová aktivita	Koeficient četnosti
Chůze a turistika	2,8
Běh, jogging	2,0
Cvičení s hudbou (aerobic)	1,8
Klasický tanec	1,6
Sportovní gymnastika	1,5
Kondiční cvičení	2,4
Baseball a páčkové hry	1,5
Plavání	2,2
Sjezdové lyžování	1,9
Lyžování - běh	1,5
Bruslení a lední hokej	1,9
Kolečkové brusle, skateboard	2,1
Jízda na kole	2,6
Fotbal, nohejbal	1,8
Posilování	2,3
Tenis, badminton	1,9
Florbal, hokejbal	1,8
Domácí práce vyžadující pohyb	2,5

Z výše uvedené tabulky můžeme vyčíst, že nejčastěji se adolescenti věnují chůzi a turistice (koeficient 2,8), dále následuje jízda na kole (koeficient 2,6), domácí práce, které vyžadují pohyb, tzn. práce na zahradě, štípání dříví... (koeficient 2,5). Za zmínku ještě stojí kondiční cvičení a posilování s koeficientem 2,4 a 2,3; dále plavání (koeficient 2,2) a jízda na kolečkových bruslích (koeficient 2,1). Zbývající koeficienty vypovídají o tom, že daná pohybová aktivita není mezi dotazovanými adolescenty nijak zvlášť rozšířená – nevěnují se jí vůbec nebo jenom občas.

Tabulka 4: Koeficient četnosti pohybové inaktivity

Pohybová inaktivita	Koeficient četnosti
Sezení, ležení u televize	2,3
Sezení u počítače, tabletu, mobilního telefonu	2,8
Sezení ve škole	3,4
Sezení v dopravních prostředcích	2,8

Koeficienty, které naopak vyjadřují četnost pohybové inaktivity jsou znázorněny v tabulce č. 4. Zde můžeme pozorovat, že jestliže v předchozí tabulce pohybové aktivity vycházely hodnoty nižší, u pohybové inaktivity je tomu naopak. Nejvyšší koeficient (3,4) zaznamenalo sezení ve škole, u kterého respondenti nejčastěji označovali odpověď často, pravidelně. Stejně dopadlo, z hlediska koeficientu četnosti, sezení v dopravních prostředcích a sezení u počítače nebo mobilního telefonu – obě kategorie shodný koeficient 2,8. Nejnižší koeficient 2,3 zaznamenalo sezení u televize, což si vysvětlují tím, že ležení u televize nahradili adolescenti spíše trávením času u počítače, tabletu a mobilního telefonu.

Tabulka 5: Nejčastější důvody vedoucí k pohybové aktivitě

Důvody, proč sportuji	Koeficient
Potřebuji to	3,1
Baví mě to	3,5
Je to zdravé	3,3
Chci dobře vypadat	3,5
Chci být s kamarády	3,0
Je to moderní	2,2
Zlepšení fyzické zdatnosti	3,6
Přijdu tak na jiné myšlenky	3,3
Snížení napětí a stresu	3,4
Sport mi umožňuje vyniknout	3,0
Rodiče sportují	2,0
Obdiv k vrcholovým sportovcům	2,8
Potřeba zhubnout	2,4
Zažívám příjemné pocity a prožitky	3,2
Dostanu se do přírody	2,9

U adolescentů, kteří do dotazníku vyplnili, že se věnují nějakému výkonnostnímu sportu, mě zajímaly důvody, které je vedou k pravidelnému vykonávání určitého druhu pohybové aktivity. Tabulka č. 5 poskytuje podrobný přehled důvodů, proč adolescenti sportují. Dospívající nejčastěji uvedli, že se sportu věnují kvůli zlepšení fyzické zdatnosti a výkonnosti (koeficient 3,6) a také proto, že je to jednoduše baví (koeficient 3,5), což je asi ten nejlepší důvod proč se věnovat jakékoliv činnosti. Dále adolescenti uvádějí, že chtějí dobře vypadat (koeficient 3,5), často pro ně pohybová aktivita představuje snížení napětí a stresu (3,4). Respondenti naopak vylučují, že by důvodem k tomu, že se věnují výkonnostnímu sportu, byla skutečnost, že sportují i jejich rodiče (koeficient 2,0) nebo že sportovat je v dnešní době moderní (koeficient 2,2).

H3: Vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost souvisejí s vyšší vnímanou vlastní účinností.

Třetí hypotéza je sycena položkami dotazníku CSOC a položkami dotazníku obecné vlastní efektivity. V tabulce č. 6 jsou popsány výsledky korelační analýzy mezi smyslem pro soudržnost a vnímanou vlastní účinností (self – efficacy). Korelace jsou průkazné na hladině $*p < 0,05$ a $**p < 0,01$, přičemž kritická hodnota pro $p = 0,05$ činí 0,19 a pro $p = 0,01$ je to 0,25. Vysoké hodnoty se zde pohybují v rozmezí 0,32 – 0,46. Statisticky významné kladné korelace byly prokázány ve vztahu celkového smyslu pro soudržnost, jeho částmi a mezi self-efficacy. Čím vyšších hodnot dosahuje psychická odolnost adolescenta, tím víc si mladý člověk věří, je připraven čelit setkání s rizikovými vzorci jednání, ale především je pohotový ho rychle řešit. Z níže provedené korelace navíc vyplývá, že respondenti dosahují vysokého skóre nejen v oblasti smyslu pro soudržnost, ale zároveň také ve vnímané vlastní účinnosti, která je neméně důležitým protektivním faktorem v období adolescence. Ze zmíněných poznatků a výpočtů vyplývá potvrzení hypotézy č. 3.

Tabulka 6: Vztah smyslu pro soudržnost a vnímané vlastní účinnosti

	CSOC	CO	MA	ME	SE
CSOC	1				
Srozumitelnost	0,75	1			
Zvládnutelnost	0,85	0,46	1		
Smysluplnost	0,75	0,40	0,43	1	
Self - efficacy	0,46**	0,36**	0,40**	0,32**	1

Vysvětlivky: CSOC = celkový smysl pro soudržnost, CO = srozumitelnost, MA = zvládnutelnost, ME = smysluplnost, Self- efficacy = vnímaná vlastní účinnost

Následující tabulky č. 7 a 8 blíže charakterizují celkové hodnoty smyslu pro soudržnost a vnímané vlastní účinnosti (self- efficacy) u sportujících a nesportujících adolescentů. Jak už bylo několikrát zmíněno, vzhledem k nízkému počtu respondentů, kteří se pravidelně nějaké pohybové aktivitě věnují, nejsou rozdíly v hodnotách psychické nezdolnosti ani vnímané vlastní účinnosti statisticky významné.

Tabulka 7: Hodnoty CSOC a vnímané vlastní účinnosti u sportujících adolescentů

	CSOC	Srozumitelnost	Zvládnutelnost	Smysluplnost	SE
Průměr	45,70	14,10	19,64	11,97	29,07
SD	5,76	1,75	3,07	2,29	4,71
min.	5,76	1,75	3,07	2,29	4,71
max.	58,00	18,00	27,00	16,00	40,00
Medián	46,00	14,00	20,00	12,00	29,00

Vysvětlivky: CSOC = celkový smysl pro soudržnost, SD = směrodatná odchylka, min. = minimální pozorovaná hodnota, max. = maximální pozorovaná hodnota

Pro srovnání následuje tabulka zbylého počtu respondentů, který neuvedl provozování sportu na vrcholové či výkonnostní úrovni. Naměřené hodnoty jednotlivých zkoumaných dimenzí psychické odolnosti adolescenta a jeho self-efficacy jsou v podstatě totožné jako v tabulce č. 7 u sportujících jedinců.

Tabulka 8: Hodnoty CSOC a vnímané vlastní účinnosti u nespportujících osob

	CSOC	Srozumitelnost	Zvládnutelnost	Smysluplnost	SE
Průměr	44,68	13,62	19,66	11,40	27,71
SD	5,50	2,06	2,84	2,08	4,68
min.	5,50	2,06	2,84	2,08	4,68
max.	61,00	20,00	29,00	16,00	40,00
Medián	45,00	14,00	20,00	11,00	28,00

Vysvětlivky: CSOC = celkový smysl pro soudržnost, SD = směrodatná odchylka, min. = minimální pozorovaná hodnota, max. = maximální pozorovaná hodnota

5.4.2 Moderující vliv osobnosti v etiologii rizikového chování

Aktuálně probíhající diskuse, týkající se závažnosti rizikového chování v adolescenci, zdůrazňuje moderující roli osobnostních faktorů. Výzkumné šetření se blíže zabývá vzájemnými vztahy deprese, psychické odolnosti (smyslu pro soudržnost) a projevů rizikového chování.

H4: Vyšší hodnoty psychické odolnosti snižují závažnost depresivního ladění v adolescenci.

Tato hypotéza je sycena položkami dotazníku CSOC a položkami dotazníku CDI. Tabulka č. 9 znázorňuje výsledky korelační analýzy mezi psychickou odolností depresivním laděním v období adolescence. Korelace průkazné na hladině $*p < 0,05$ a $**p < 0,01$, přičemž kritické hodnoty pro $p = 0,05$ činí 0,19 a pro $p = 0,01$ je to 0,25. Hodnoty rizika zde dosahují vysokých hodnot a pohybují se v intervalu od 0,32 do 0,62. Statisticky významné záporné korelace byly prokázány ve vztahu mezi celkovým skóre psychické nezdolnosti (CSOC), celkovou depresí (CDI) a mezi jednotlivými složkami těchto faktorů. Z provedené korelační analýzy jasně vyplývá, že čím vyšší jsou naměřené hodnoty psychické odolnosti dospívajícího jedince, tím nižší a slabší je intenzita výsledných hodnot celkové deprese a jejích projevů. Vysoké skóre smyslu pro soudržnost navíc předznamenává tendenci ke zdravému životnímu stylu, neboť adolescenti se chovají méně rizikově. Na základě předložených zjištění se potvrdila čtvrtá hypotéza.

Tabulka 9: Vztah smyslu pro soudržnost a depresivního ladění v adolescenci

	CSOC	CO	MA	ME	CDI	A	B	C	D	E
CSOC	1									
CO	,75	1								
MA	,85	,46	1							
ME	,75	,40	,43	1						
CDI	-,62**	-,45**	-,58**	-,42**	1					
A	-,49**	-,36**	-,45**	-,33**	,86	1				
B	-,53**	-,39**	-,47**	-,37**	,69	,54	1			
C	-,45**	-,32**	-,39**	-,35**	,70	,51	,35	1		
D	-,53**	-,37**	-,49**	-,36**	,85	,64	,54	,44	1	
E	-,45**	-,33**	-,47**	-,23*	,77	,57	,46	,45	,52	1

Vysvětlivky: CSOC = celková průměrná hodnota psychické nezdolnosti, CO = srozumitelnost, MA= zvládnutelnost, ME = smysluplnost, CDI = celková deprese, A = špatná nálada, B = interpersonální potíže, C = nevykonnost, D = anhedonie, E = snížené sebehodnocení

H5: Vyšší hodnoty depresivity zvyšují intenzitu projevů rizikového chování.

Zmíněná hypotéza je sycena položkami dotazníku CDI a položkami dotazníku Chování ovlivňující zdraví v dospívání, které se týkají jednotlivých oblastí rizikového chování v adolescenci. V níže uvedené tabulce č. 10 pozorujeme výsledky korelační analýzy mezi depresivním laděním a projevy rizikového chování, které se vyskytují v období adolescence. Korelace vyznačují průkaznost na hladině $*p < 0,05$ a $**p < 0,01$, přičemž kritické hodnoty pro $p = 0,05$ činí 0,19 a pro $p = 0,01$ je to 0,25. Hodnoty rizika zde dosahují vyšších skóre a pohybují se v rozmezí 0,19 do 0,31. Statisticky významné kladné korelace potvrzují mediační vztah mezi celkovým skóre depresivity a mezi vybranými příklady rizikového chování. Tabulka č. 10 navíc zobrazuje statisticky signifikantní záporné korelace mezi depresivním laděním a chováním vedoucím ke zdraví. Tato skutečnost vyjadřuje, že čím vyšší jsou hodnoty preventivního chování, tedy takového jednání, které vede ke zdraví, tím nižší jsou projevy deprese u adolescentů. Pardini a White (2007) tvrdí, že dospívající, kteří trpí právě zmiňovanou depresí, vykazují dvakrát vyšší riziko toho, že se u nich dostaví některý ze vzorců rizikového chování (např. pokusy o sebevraždu). Jak je zřejmé z uvedené tabulky, právě oblast poruch příjmu potravy a sebepoškozování dosahovaly nejvyšších hodnot. Za zmínění stojí také vyšší hodnoty kategorie rizikového chování na internetu. Z provedené korelace tedy vyplývá, že čím vyšší jsou skóre celkové deprese a jejich složek, tím vyšší je i výskyt jednotlivých vzorců rizikového chování v adolescenci. K potvrzení hypotézy č. 5 dochází na základě popsaných poznatků a vytvořených korelací.

Tabulka 10: Vztah depresivního ladění a projevů rizikového chování v adolescenci

	CDI	A	B	C	D	E
CDI	1					
A	0,86	1				
B	0,69	0,54	1			
C	0,70	0,51	0,35	1		
D	0,85	0,64	0,54	0,44	1	
E	0,77	0,57	0,46	0,45	0,52	1
ZÁŠ.	0,17	0,22*	0,10	0,21*	0,11	0,00
R. ŽIV. S.	0,17	0,24*	0,07	0,15	0,13	0,03
R. CH. INT	0,29**	0,27**	0,27**	0,27**	0,19*	0,16
PPP+ SEB.	0,31**	0,28**	0,19*	0,21*	0,31**	0,20*
SÁZENÍ	-0,04	-0,03	0,01	0,01	-0,07	-0,06
R. SEX	0,02	0,09	0,05	0,00	0,02	-0,09
AGR.	0,20*	0,21*	0,14	0,21*	0,13	0,09
PREV.	-0,41**	-0,34**	-0,33**	-0,41**	-0,29**	-0,25**
KRIM.	0,12	0,12	0,16	0,12	0,09	-0,01
RIZ. SP.	-0,04	0,02	0,06	-0,06	-0,11	-0,02
LHANÍ	0,13	0,16	0,11	0,17	0,10	-0,04

Vysvětlivky: CDI=celková průměrná hodnota depresivity, A=špatná nálada, B=interpersonální potíže, C=nevýkonnost, D=anhedonie, E=snížené sebehodnocení, ZÁŠ.=záškoláctví, R.ŽIV.S.=rizikový životní styl, R.CH.INT.=rizikové chování na internetu, PPP+SEB.=poruchy příjmu potravy a sebepoškozování, R.SEX=rizikový pohlavní život, AGR.=agresivní chování, PREV.=chování vedoucí ke zdraví, KRIM.=drobná kriminalita, RIZ. SP.=pohybové aktivity ohrožující zdraví

V této souvislosti jsou neméně zajímavé společné vazby mezi jednotlivými projevy rizikového chování v adolescenci. Tabulka č. 11 poukazuje na ústřední roli záškoláctví v rizikovém chování dospívajících.

Tabulka 11: Vzájemné vztahy mezi projevy rizikového chování v adolescenci

	ZÁŠ.	RŽS	INT	PPP+S.	SÁZ.	R. SEX	AGR.	PREV.	KRIM.	RIZ. SP	LHANÍ
ZÁŠ.	1										
RŽS.	,45**	1									
INT.	,28**	,32**	1								
PPP+ S.	,21*	,31**	,13	1							
SÁZENÍ	,15	,14	,12	,02	1						
R. SEX	,31**	,49**	,11	,18	,21*	1					
AGR.	,33**	,35**	,39**	,23*	,26**	,27**	1				
PREV.	-,21*	-,25**	-,19*	-,22*	-,17	-,10	-,21*	1			
KRIM.	,44**	,44**	,37**	,23*	,39**	,31**	,52**	-,25*	1		
RIZ. SP.	,16	,17	,16	,07	,06	,13	,13	-,05	,29**	1	
LHANÍ	,35**	,31**	,31**	,04	,14	,14	,38**	-,14	,29**	,08	1

Vysvětlivky: ZÁŠ.=záškoláctví, RŽS=rizikový životní styl, INT.=rizikové chování na internetu, PPP+S.=poruchy příjmu potravy a sebepoškození, SÁZ.=sázení, R.SEX=rizikový pohlavní život, AGR.=agresivní chování, PREV.=chování vedoucí ke zdraví, KRIM.=drobná kriminalita, RIZ. SP.=pohybové aktivity ohrožující zdraví

Poznámka: Kvůli zachování správného rozměru tabulky jsou hodnoty korelací uváděny bez nuly před čárkou (př. hodnota ,45 tedy odpovídá klasickému číselnému vyjádření 0,45).

Z výzkumného šetření vyplývá, že pokud se vyskytuje u dospívajících problém záškoláctví, pravděpodobně zde nalezneme i další vzorce rizikového chování, které se právě se záškoláctvím doplňují, podporují nebo se vyskytují vedle sebe. Výše popsaná tabulka č. 11 ukazuje, že záškoláctví nejvíce koreluje s rizikovým životním stylem (0,45) a kriminalitou (0,44). Vyšší hodnoty byly taktéž naměřeny v souvislosti s lhaním (0,35) a agresivním jednáním (0,33). Z dosažených výsledků navíc vyplývá, že společnou souvislost lze pozorovat i mezi rizikovým životním stylem a rizikovým sexuálním životem (0,49), dále stojí za zmínění korelující vztah drobné kriminality a agresivního jednání, které dokonce dosáhlo na hodnotu 0,52.

H6: Vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost snižují závažnost projevů rizikového chování.

Poslední hypotéza je sycena položkami dotazníku CSOC a položkami dotazníku Chování ovlivňující zdraví v dospívání, které se týkají jednotlivých oblastí rizikového chování v adolescenci. Šolcová (2009) uvádí, že psychická odolnost dospívajícího představuje jeden z protektivních mechanismů, které slouží k obraně proti jednotlivým vzorcům rizikového chování. Čím více bude dospívající člověk psychicky odolný, tím je menší pravděpodobnost, že podlehně nástrahám rizikového chování. V uvedené tabulce č. 12 jsou zaznamenány výsledky korelační analýzy mezi psychickou odolností a rizikovým chováním v adolescenci. Korelace průkazné na hladině $*p < 0,05$ a $**p < 0,01$, přičemž kritické hodnoty pro $p = 0,05$ činí 0,19 a pro $p = 0,01$ je to 0,25. Hodnoty rizika zde dosahují vyšších skóre a pohybují se v rozmezí 0,19 do 0,28. Statisticky významné záporné korelace potvrzují mediační vztah mezi celkovým skóre psychické nezdolnosti a jednotlivými oblastmi rizikového chování. Výsledkem je skutečnost, že čím vyšší riziko dospívající zaznamenají, tím menší pocit zvládnutelnosti získávají. Tabulka č. 12 navíc zobrazuje statisticky signifikantní kladné korelace mezi psychickou nezdolností a chováním vedoucím ke zdraví. Tento fakt vyjadřuje, že čím vyšší jsou hodnoty preventivního chování, tím vyšší je i celkové skóre smyslu pro soudržnost. Na základě výše popsaných ověřených vztahů byla potvrzena hypotéza č. 6.

Tabulka 12: Vzájemné vztahy mezi CSOC a rizikovým chováním v adolescenci

	CSOC	CO	MA	ME
CSOC	1			
CO	0,75	1		
MA	0,85	0,46	1	
ME	0,75	0,40	0,43	1
Záškoláctví	-0,17	-0,15	-0,08	-0,19*
Rizikový životní styl	-0,18	-0,14	-0,10	-0,21*
Riz. chov. na internetu	-0,28**	-0,15	-0,28**	-0,20*
PPP + sebepoškozování	-0,21*	-0,17	-0,17	-0,17
Sázení	-0,02	0,03	0,02	-0,11
Rizikový sexuální život	0,01	0,01	0,02	0,00
Agresivní chování	-0,23*	-0,14	-0,19*	-0,21*
Prevence	0,47**	0,30**	0,34**	0,47**
Drobná kriminalita	-0,15	-0,08	-0,08	-0,20*
Aktivity ohrožující zdraví	-0,01	0,02	0,00	-0,05
Lhaní	-0,20*	-0,12	-0,13	-0,22*

Vysvětlivky: CSOC = celková průměrná hodnota psychické nezdolnosti, CO = srozumitelnost, MA = zvládnutelnost, ME = smysluplnost, Riz.chov. na internetu = rizikové chování na internetu

5.5 Shrnutí empirické části

Z celého výzkumného šetření tedy vyplývá, že psychická nezdolnost, jakožto jeden z protektivních faktorů, představuje nezastupitelnou roli v boji proti vybraným vzorcům rizikového chování. S pomocí Pearsonova párového korelačního koeficientu jsem ověřovala skutečné vztahy mezi jednotlivými zkoumanými jevy ve výzkumném vzorku adolescentů tří středních škol. Korelační analýzy byly vytvořeny s cílem vyvrátit či potvrdit stanovené hypotézy. Výsledky korelace mezi psychickou nezdolností, tedy smyslem pro soudržnost a chováním vedoucím ke zdraví, ukázaly významné kladné vztahy mezi celkovým skóre psychické odolnosti a chováním podporujícím zdraví. Nejvyšší naměřené hodnoty byly zaznamenány na hladině 0,47. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že čím jsou celkové hodnoty smyslu pro soudržnost vyšší, tím vyšší

je i výsledné skóre chování podporující zdraví. Na základě těchto zjištěných skutečností došlo k **potvrzení Hypotézy 1.**

Provedená korelační analýza mezi vnímanou vlastní účinností (self – efficacy) a chováním vedoucím ke zdraví prokázala statisticky signifikantní kladné vztahy, které potvrzují souvislost mezi vysokými hodnotami vnímané vlastní účinnosti a chováním vedoucím ke zdraví. Nejvyšší hodnota byla naměřena na hladině 0,32. Získané výsledky ukazují, že čím více stoupá vnímaná vlastní účinnost, tím více se zvyšuje i chování vedoucí ke zdraví, neboť právě aktivity související s vyznáváním zdravého životního stylu pomáhají k nárůstu vnímání vlastní účinnosti. Z popsáných výsledků vyplývá **potvrzení Hypotézy 2.**

Následně jsem porovnávala zjištěné koeficienty četnosti pohybové aktivity a inaktivity u zkoumaného vzorku adolescentů. Tyto koeficienty se mohly pohybovat v rozmezí od 1 do 4. Nejoblíbenější provozovanou pohybovou činností se stala chůze a turistika s koeficientem 2,8; který vyjadřuje, že dospívající se této aktivitě věnují často. Dále následovala jízda na kole vyjádřená koeficientem 2,6; který značí podobnou atraktivitu jako předchozí pohybová aktivita. Třetí místo zaujmuly domácí práce, pod které spadaly takové činnosti, jako štípání dřeva, sekání trávníku nebo práce na zahradce. Zde bylo dosaženo koeficientu 2,5; který opět značí častý výskyt této aktivity. Položky kondičního cvičení a posilování se se svými koeficienty četnosti, které dosahovaly hodnot 2,4 a 2,3; umístily taktéž na předních místech. Za zmínění taktéž stojí pohybová aktivita plavání a jízdy na kolečkových bruslích či skateboardu. Právě ty totiž dosáhly podobných koeficientů 2,2 a 2,1. Zbývající příklady pohybových aktivit nebyly pro adolescenty až tak atraktivní, neboť dosahovaly nízkých skóre. Respondenti měli v dotazníku pohybové aktivity možnost uvést i jiné sporty nebo činnosti, které ve svém volném čase dělají. Pro zajímavost uvádím některé z odpovědí - u otázky jiných míčových her uváděli adolescenti nejčastěji volejbal, následovaný basketbalem a vybíjenou. V otázce jiných sportů a sportovních her byly zaznamenány odpovědi: jízda na koni, box, golf a bowling. Další doplňující otázka se týkala jiných aktivit, které vyžadují pohyb: většina respondentů uváděla další druhy domácích prací, které nebyly zmíněny v předcházející položce, jednalo se tedy o rekonstrukci bytu, uklízení nebo žehlení. Mezi další aktivity respondenti uváděli procházky se psem a rybaření. Co se týká typů výkonnostního sportu, který adolescenti uváděli na začátku dotazníku, nejvíce se zde vyskytoval florbal, následně fotbal, basketbal, hokej nebo hasičský sport.

Na otázku aktivního členství ve Skautu nebo Junáku odpovědělo kladně pouze 19 respondentů z celého výzkumu.

Další část se věnovala pohybové inaktivitě, kde vycházely koeficienty četnosti na podstatně vyšších hodnotách, než tomu bylo u předchozí oblasti pohybové aktivity. Nejvyšší koeficient 3,4 zaznamenalo sezení ve škole, které uváděla (jakožto pravidelnou inaktivitu) většina respondentů. Na hodnotu koeficientu četnosti 2,8 dosáhly shodně položky sezení u počítače, tabletu nebo mobilního telefonu společně se sezením v dopravních prostředcích. Nejnižší koeficient 2,3 zaznamenalo sezení nebo ležení u televize. Výrazně nižší hodnotu této inaktivity si vysvětlují tím, že dospívající jedinci místo u televize tráví čas na internetu a sociálních sítích.

Poslední složkou oblasti pohybových aktivit se staly důvody, které adolescenta nejčastěji vedou právě ke zmíněným aktivitám. Z celkového počtu 302 respondentů však pravidelné věnování se konkrétnímu výkonnostnímu sportu uvedlo pouze 61 studentů, jejich odpovědi jsou následující: na koeficient 3,6; a tudíž na nejvyšší hodnotu, dosáhla odpověď trávení volného času pohybovou aktivitou za účelem zlepšení fyzické zdatnosti a výkonnosti. Následoval důvod asi nejoptimističtějšího charakteru, a to, že sport adolescenty jednoduše baví a mají z něho radost (koeficient 3,5). Na stejnou hodnotu koeficientu (3,5) dosáhl důvod, že chtějí dospívající dobře vypadat. Položka snížení napětí a stresu dosáhla taktéž na vysokou hodnotu, konkrétně 3,4. Je pozitivním zjištěním, že adolescenti chápou trávení volného času nějakým sportem či pohybovou aktivitou, jakožto vědomé odbourávání negativních emocí, které zahrnují stres nebo depresivitu. Nízkých koeficientů naopak dosáhl důvod, že sportují rodiče nebo že sportování je v dnešní době moderní (koeficienty 2,0 a 2,2).

Provedená korelační analýza mezi psychickou nezdolností, vyjádřenou smyslem pro soudržnost a vnímanou vlastní účinností (self – efficacy) prokázala statisticky významné kladné vztahy, které poukazují na souvislost smyslu pro soudržnost a vnímané vlastní účinnosti. Nejvyšší hodnota zde byla naměřena na hladině 0,46. Z těchto poznatků vyplývá, že čím vyšší jsou celkové skóre psychické nezdolnosti a jejich složek, tím více narůstá i hodnota vnímané vlastní účinnosti. Na základě zmíněných výpočtů a poznámek **se potvrzuje i Hypotéza 3.**

V souvislosti s výše zmíněnou korelací jsem provedla i srovnání vztahu psychické nezdolnosti a vnímané vlastní účinnosti u sportujících a nespportujících respondentů. Jelikož z celkového počtu 302 respondentů se výkonnostnímu sportu

věnuje pouze 61 adolescentů, výsledky se u obou skupin nijak zásadně neliší. Pro lepší znázornění rozdílů by bylo buď zapotřebí většího počtu respondentů, nebo alespoň zastoupení určité střední školy, která je zaměřena sportovně.

Zbylé hypotézy se týkaly moderujícího vlivu osobnosti v etiologii. Výsledky korelace mezi psychickou nezdolností a depresivitou ukázaly na statisticky významné záporné vztahy mezi celkovým skóre psychické odolnosti a celkovou depresí. Nejvyšší naměřené hodnoty byly zaznamenány na hladině 0,62. Z provedené korelační analýzy tedy vyplývá, že čím vyšší jsou naměřené hodnoty celkové psychické nezdolnosti, tím nižší je intenzita depresivních projevů. Opět se tedy potvrzuje důležitost psychické odolnosti, jakožto příkladu protektivních faktorů, které pomáhají adolescenta chránit před vzorci rizikového chování. Na základě předložených zjištění **byla potvrzena Hypotéza 4.**

Výsledky korelační analýzy mezi depresivitou a projevy rizikového chování v adolescenci prokázaly statisticky signifikantní kladné vztahy, které potvrzují mediační vztah mezi celkovým skóre deprese a vybranými příklady rizikového chování. Nejvyšší naměřené hodnoty se pohybují na hladině 0,31. Taktéž zde byly naměřeny statisticky významné záporné korelace mezi depresivním laděním a chováním vedoucím ke zdraví, což jen potvrzuje skutečnost, že vyšší hodnoty tohoto chování snižují projevy deprese u dospívajících. Nižší hodnoty vycházely u takových vzorců rizikového chování, u kterých adolescenti experimentují méně (kupříkladu vzhledem k nízkému věku ještě neexperimentují v oblasti rizikového pohlavního života atd.). Z provedené korelace nakonec vyplývá, že čím vyšší je u adolescentů výskyt deprese, tím vyšší je i intenzita projevů rizikového chování. Výše popsané výsledky a zjištění **potvrzují Hypotézu 5.**

V souvislosti s rizikovým chováním v adolescenci bylo zajímavé udělat srovnání, jak spolu jednotlivé formy rizikového chování souvisejí. Provedená korelace poukázala na statisticky významné kladné vztahy mezi jednotlivými položkami tohoto chování. Byla zjištěna souvislost mezi záškoláctvím a rizikovým životním stylem, dále kriminalitou, lhaním a agresivním jednáním. Tyto výsledky v podstatě potvrzují poznatky z literatury, kde je úloha záškoláctví spojována s několika dalšími vzorci rizikového chování. Společné souvislosti se navíc objevily i mezi dalšími oblastmi rizikového chování. Pro příklad uveďme vztah rizikového životního stylu a rizikového pohlavního života, rizikového životního stylu a agresivního jednání, rizikového životního stylu a drobné kriminality, rizikového chování na internetu a agresivního

jednání, rizikového chování na internetu a drobné kriminality, sázení a drobné kriminality a v neposlední řadě také drobné kriminality a agresivního jednání.

Poslední korelační analýza mezi psychickou nezdolností a rizikovým chováním v adolescenci prokázala statisticky signifikantní záporné vztahy, které potvrzují mediační vztah mezi hodnotou celkové psychické nezdolnosti a jednotlivými oblastmi rizikového chování v adolescenci. Nejvyšší naměřené hodnoty se pohybují na hladině 0,28. Z provedené korelace vyplývá, že čím je psychická odolnost daného adolescenta vyšší, tím nižší je následně tendence k vybraným oblastem rizikového chování v dospívání. Na základě popsaných zjištění dochází k **potvrzení Hypotézy 6.**

Závěr

Každý den se učíme ze svých chyb, prožíváme radost a nadšení, ale také bolest a smutek. Všichni lidé totiž zažívají den co den jedinečnou zkušenost s novými podněty, nástrahami nebo vztahy. V období dospívání je navíc všechno zesílené, adolescenti se často snaží vyrovnat nejen se změnami v okolním světě, ale především sami se sebou. Z tohoto důvodu jsem teoretickou část práce věnovala charakteristice období adolescence a nelehkým vývojovým změnám, které tato doba obnáší. Pokud není dospívající dostatečně silný, může dojít až k postupnému rozvoji syndromu rizikového chování. Právě proti tomuto jevu je zapotřebí se bránit všemi dostupnými prostředky. Jedním z nejúčinnějších nástrojů jsou protektivní faktory rizikového chování v adolescenci, které dospívajícímu jedinci pomáhají udržovat celkovou rovnováhu a odolnost vůči nežádoucím jevům.

V první řadě je důležité budovat ve všech rodinách pevné zázemí, které adolescentovi poskytuje pocit bezpečí před negativními vnějšími vlivy. Zmíněnou ochranu je nezbytné vytvářet i v prostředí školy, neboť právě zde tráví studenti většinou část dne. Špatná atmosféra ve třídě či celém školním zařízení může mít nedozírné následky nejen pro psychiku a chování studentů, ale i učitelů. Je to právě osobnost pedagoga, na které záleží nejvíce. S adolescenty je potřeba zacházet v kontextu jejich možností a schopností tak, aby bylo dosaženo, co největšího počtu zdravých a schopných jedinců, kteří budou odolní proti působení jednotlivých vzorců rizikového chování. Sám dospívající však může přispět k vlastní prevenci, a to již zmíněným posilováním vlastní osobnosti, což vede k přímo úměrnému zvyšování psychické nezdolnosti vyjádřené smyslem pro soudržnost. Taktéž aktivní trávení části volného času nějakou fyzickou aktivitou nebo sportem má velmi pozitivní účinky na psychiku i zdraví jedince. Čím více totiž adolescent podporuje a věnuje se veškerým složkám chování vedoucího ke zdraví, tím více se stává psychicky odolným a připraveným na jakékoli těžkosti a překážky, které ho čekají na další cestě životem. Prevence rizikového chování v prostředí rodiny a školy představuje sice úkol nelehký, ale ne nemožný. Je důležité, aby se každý člověk nejprve zamyslel nad tím, jak může přispět on sám, co na sobě může změnit a zlepšit, neboť jen tímto plynulým procesem dojde k trvalejším změnám.

Empirická část mé diplomové práce ukázala, jaké vztahy se nachází mezi vybranými příklady protektivních faktorů a rizikovým chováním v adolescenci u vybraného vzorku studentů jednotlivých typů středních škol. Splnění zadaných cílů jsem dosáhla pomocí korelačních analýz, které ověřily vzájemné souvislosti mezi jednotlivými jevy. Z tohoto výzkumného šetření vyplynulo, že salutoprotektivní faktory představují nenahraditelnou roli při prevenci rizikových jevů v období dospívání. Zároveň dochází ke snižování takových jevů, jako je deprese, úzkost nebo strach, které se v období adolescence vyskytují ve vyšší míře.

Naší úlohou, jakožto sociálních pedagogů je dosáhnouti žádoucího rozvoje osobnosti každého adolescenta tak, aby došlo k pozitivním a trvalým změnám v chování a jednání. Jedině správným trávením volného času, ale i celkovým nastavením životního stylu, můžeme vychovat schopné jedince, kteří si budou po přechodu do vývojového stádia dospělosti umět poradit s většinou neočekávaných situací a překážek, které jim život připraví. Je tedy načase postavit se těmto výzvám a pokusit se dosáhnout zdravé změny!

Seznam použitých zdrojů

Literatura:

CIAIRANO, Silvia, 2004. *Risk-behaviour in adolescence: drug use and sexual activity in Italy and The Netherlands*. Groningen: Stichting Kinderstudies Publisher, 247 s. ISBN 90-5963-007-6.

CSÉMY, Ladislav, 2014. Epidemiologie – kouření, pití alkoholu a užívání drog mezi českými dospívajícími. In: KABÍČEK, Pavel a kol., *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 343 s. ISBN 978-80-7387-793-4.

DOLEJŠ, Martin, SKOPAL, Ondřej a SUCHÁ, Jaroslava, 2014. *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 153 s. ISBN 978-80-244-4181-8.

EMMEROVÁ, Ingrid, 2010. Drogové závislosti jako sociálněpatologický jav. In: KRAUS, Blahoslav a HRONCOVÁ, Jolana a kol. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 325 s. ISBN 978-80-7435-080-1.

FIALOVÁ, Ludmila a KRCH, František David, 2012. *Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 278 s. ISBN 978-80-246-2160-9.

GAVORA, Peter, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš., české vyd. Brno: Paido, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.

GULLOTTA, Thomas P., ADAMS, Gerald R. a MARKSTROM, Carol A., 2000. *The adolescent experience*. 4th ed. San Diego: Academic Press, 568 s. ISBN 0-12-305560-1.

HAMANOVÁ, Jana, 2014. Rizikové chování dospívajících v sexuální oblasti. In: KABÍČEK, Pavel a kol., *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 343 s. ISBN 978-80-7387-793-4.

HAVLÍNOVÁ, Miluše, 2006. *Program podpory zdraví ve škole: rukověť projektu Zdravá škola. 2.*, rozš. vyd. Praha: Portál, 311 s. ISBN 80-7367-059-3.

HELUS, Zdeněk, 2007. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 280 s. ISBN 978-80-247-1168-3.

HELUS, Zdeněk, 2015. *Sociální psychologie pro pedagogy. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 399 s. ISBN 978-80-247-4674-6.

HOSKOVCOVÁ, Simona, 2006. *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Vyd. 1. Praha: Grada, 160 s. ISBN 80-247-1424-8.

HOSKOVCOVÁ, Simona a RYNTOVÁ, Lucie, 2009. *Výchova k psychické odolnosti dítěte: silní pro život*. Vyd. 1. Praha: Grada, 218 s. ISBN 978-80-247-2206-1.

HUDECOVÁ, Anna, 2010. Sociálne deviácie v školskom prostredí. In: KRAUS, Blahoslav a HRONCOVÁ, Jolana a kol. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 325 s. ISBN 978-80-7435-080-1.

HULANOVÁ, Lenka, 2014. On-line rizikové chování teenagerů. In: KABÍČEK, Pavel a kol., *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 343 s. ISBN 978-80-7387-793-4.

CHARVÁT, Michal a BLAHUTKOVÁ, Marie, 2001. Podíl tělesné výchovy a sportu na formování profilu osobnosti adolescentů. In: ŘEHULKOVÁ, Oliva a ŘEHULKA, Evžen. *Psychologické otázky adolescence: sborník příspěvků*. Vyd. 1. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR, 141 s. ISBN 80-7326-001-8.

KABÍČEK, Pavel, CSÉMY, Ladislav a HAMANOVÁ, Jana, 2014. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 343 s. ISBN 978-80-7387-793-4.

KOPECKÝ, Miroslav, 2010. Pohyb a zdraví. In: HŘIVNOVÁ, Michaela a kol. *Stěžejní aspekty výchovy ke zdraví*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 151 s. ISBN 978-80-244-2503-0.

KOUKOLA, Bohumil, 1998. *Nezdolnost typu SOC u žáků šumperských ZŠ 1. a 2. stupně*. 6. celostátní konference Psychologie zdraví s mezinárodní účastí, 22. – 24. 5. 1998.

KOUTEK, Jiří a KOCOURKOVÁ, Jana, 2003. *Sebevražedné chování: současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 128 s. ISBN 80-7178-732-9.

KOVACS, Maria, 1992. *CDI – Sebeposuzovací škála depresivity pro děti*. Toronto: Multi-Health Systems.

KRAUS, Blahoslav a POLÁČKOVÁ, Věra, 2011. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Brno: Paido, 199 s. ISBN 80-7315-004-2.

KRAUS, Blahoslav, 2014. *Společnost, rodina a sociální deviace*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 157 s. ISBN 978-80-7435-411-3.

KREJČOVÁ, Lenka, 2011. *Psychologické aspekty vzdělávání dospívajících*. Praha: Grada, 140 s. ISBN 978-80-247-3474-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

LOUDOVÁ, Irena, 2011. Kvalitní život pohledem žáka základní školy. In: ŘEHULKA, Evžen. *Studie k výchově ke zdraví: Škola a zdraví pro 21. století*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 398 s. ISBN 978-80-210-5722-7.

MACEK, Petr, 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál, 141 s. ISBN 80-7178-747-7.

MARÁDOVÁ, Eva, 2006. *Metodická příručka: výchova ke zdraví: školní vzdělávací program pro 6. – 9. ročník základní školy*. Vyd. 1. Praha: Fortuna, 48 s. ISBN 80-7168-973-4.

MARTINÍK, Karel, 2008. *Výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 141 s. ISBN 978-80-7041-406-4.

MATĚJČEK, Zdeněk, 2011. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Vyd. 2., aktualiz. a upr., V Portálu 1. Praha: Portál, 342 s. ISBN 978-80-262-0000-0.

MATOUŠEK, Oldřich a MATOUŠKOVÁ, Andrea, 2011. *Mládež a delikvence: možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. Vyd. 3., aktualiz. Praha: Portál, 336 s. ISBN 978-80-7367-825-8.

MIOVSKÝ, Michal a kol., 2010. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Vyd. 1. Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & TOGGA, 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7

NELSON, Debra L. a SIMMONS Bret L., 2003. Health psychology and work stress: A more positive approach. In: QUICK, James C. *Handbook of Occupational Health Psychology*. Washington DC: APA, 119 s. ISBN 978-15-5798-927-7.

NEŠPOR, Karel, 2011. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 173 s. ISBN 978-80-7367-908-8.

OFFER, Daniel a SABSHIN, Melvin, 1991. *The diversity of normal behavior : further contributions to normatology*. New York: Basic Books, 426 s. ISBN 0-465-01685-5.

PELCÁK, Stanislav, 2013. *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 206 s. ISBN 978-80-7435-342-0.

RADIMECKÝ, Josef, JANÍKOVÁ, Barbara a DANĚČKOVÁ, Tereza, 2007. *Prevence a adiktologie pro odborníky pracující v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: učební podklady ke kurzu*. Vyd. 1. Praha: Centrum adiktologie, 89 s. ISBN 978-80-239-9961-7.

RIMARČÍK, Marián, 2007. *Štatistika pre prax*. Vyd. 1. Marián Rimarčík nakl., 200 s. ISBN 978-80-969813-1-1

ŘÍČAN, Pavel, 2010. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6., rev. a dopl. vyd. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-3133-9.

SCHULZE, Ralf a ROBERTS, Richard D., 2007. *Emoční inteligence: přehled základních přístupů a aplikací*. Vyd. 1. Praha: Portál, 367 s. ISBN 978-80-7367-229-4.

SOBOTKOVÁ, Irena, 2012. *Psychologie rodiny*. 3. vyd. Praha: Portál, 219 s. ISBN 978-80-262-0217-2

SOBOTKOVÁ, Veronika, 2014. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 147 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4042-3.

SKOPAL, Ondřej, DOLEJŠ, Martin a SUCHÁ, Jaroslava, 2014. *Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 73 s. ISBN 978-80-244-4223-5

ŠOLCOVÁ, Iva, 2009. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 102 s. ISBN 978-80-247-2947-3.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 467 s. ISBN 80-246-0956-8.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

VALJENT, Zdeněk, 2010. *Aktivní životní styl vysokoškoláků: studentů Fakulty elektrotechnické ČVUT v Praze*. Vyd. 1. Praha: České vysoké učení technické, 160 s. ISBN 978-80-01-04669-2.

VÝROST, Jozef a SLAMĚNÍK, Ivan, 2008. *Sociální psychologie*. 2.přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 404 s. ISBN 978-80-247-1428-8

ŽENATOVÁ, Zdenka, 2011. *Jak správně pracovat se třídou: [materiály pro výchovné poradce a metodiky prevence na ZŠ a SŠ]*. Praha: Raabe, 97 s. ISBN 978-80-87553-26-8.

ŽENATOVÁ, Zdenka, 2011. *Vybrané formy rizikového chování: [materiály pro výchovné poradce a metodiky prevence na ZŠ a SŠ]*. Vyd. 1, Praha: Raabe, 46 s. Výchovné poradenství. ISBN 978-80-87553-25-1.

Elektronické zdroje:

ALTERNATIVNÍ ŠKOLY, 2016. Projekt Zdravá škola [online]. ©2016 [cit. 2016-03-01]. Oddíl, Archiv. Dostupné z: <http://www.alternativniskoly.cz/category/zdrava-skola/>

BABÁKOVÁ, Libuše, 2003. Sebepoškozování v dětství a adolescenci. *Psychiatrie pro praxi* [online]. roč. 4, č. 4, ©2016 [cit. 2016-03-01]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/04/05.pdf>

FOLTOVÁ, Lucie, 2012. Souvislost psychických potíží a rizikového chování adolescentů. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. roč. 108, č. 2, ©2016 [cit. 2016-03-06]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=791>

KABÍČEK, Pavel, 2006. Nová morbidita mládeže. *Sanquis: Zdravý život je umění* [online]. č. 48, ©2016 [cit. 2016-04-03]. ISSN 1212-6535. Dostupné z: <http://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art184>

KRCH, František David, 2004. Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi*. [online]. roč. 5, č. 1, ©2016 [cit. 2016-03-02]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200401-0004.php>

KRPOUN, Zdeněk, 2012. Sociální opora: shrnutí výzkumné činnosti v české a slovenské oblasti a inspirace do budoucnosti – nadané děti. *E-psychologie : Elektronický časopis ČMPS* [online]. roč. 6, č. 1, ©2016 [cit. 2016-03-02]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/krpoun.pdf>

MŠMT, 2002. *Metodický pokyn Ministerstva školství k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví*. [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. ©2013-2016 [cit. 2016-01-04]. Oddíl, Archiv. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicky-pokyn-ministerstva-skolstvi-mladeze-a-telovychovy-k-jednotnemu-postupu-pri-uvolnovani-a-omlouvani-zaku-z-vyucovani-prevenci-a-postihu-zaskolactvi-predkladaci-zprava-a-text-pokynu>

MŠMT, 2013. *Strategie primární prevence*. [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. ©2013-2016. [cit. 2016-01-04]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicky-pokyn-ministerstva-skolstvi-mladeze-a-telovychovy-k-jednotnemu-postupu-pri-uvolnovani-a-omlouvani-zaku-z-vyucovani-prevenci-a-postihu-zaskolactvi-predkladaci-zprava-a-text-pokynu>.

NOVOTNÝ, Jan Sebastian a OKRAJEK, Petr, 2012. Vliv vybraných charakteristik rodinného prostředí na rizikové chování 15letých adolescentů. *E-psychologie : Elektronický časopis ČMPS* [online]. roč. 6, č. 2, ©2016 [cit. 2016-04-05]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/novotny-okrajek.pdf>

PARDINI, Dustin a WHITE, Helen, 2007. Early Adolescent Psychopathology as a Predictor of Alcohol Use Disorders by Young Adulthood. *Drug Alcohol Depend* [online]. roč. 1, č. 88, ©2016 [cit. 2016-04-05]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2034413/>

ROZSÍVALOVÁ, Eva, 2010. Sebepoškozování u dospívajících. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. roč. 106, č. 4, ©2016 [cit. 2016-03-01]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=639>

Seznam tabulek

Tab. 1: Vztah smyslu pro soudržnost a chování vedoucího ke zdraví

Tab. 2: Vztah vnímané vlastní účinnosti a chování vedoucího ke zdraví

Tab. 3: Koeficient četnosti pohybové aktivity

Tab. 4: Koeficient četnosti pohybové inaktivity

Tab. 5: Nejčastější důvody vedoucí k pohybové aktivitě

Tab. 6: Vztah smyslu pro soudržnost a vnímané vlastní účinnosti

Tab. 7: Hodnoty CSOC a vnímané vlastní účinnosti u sportujících adolescentů

Tab. 8: Hodnoty CSOC a vnímané vlastní účinnosti u nespportujících osob

Tab. 9: Vztah smyslu pro soudržnost a depresivního ladění v adolescenci

Tab. 10: Vztah depresivního ladění a projevů rizikového chování v adolescenci

Tab. 11: Vzájemné vztahy mezi CSOC a rizikovým chováním v adolescenci

Seznam grafů

Graf 1: Podíl mužů a žen na výzkumném vzorku

Graf 2: Věkové zastoupení adolescentů

Graf 3: Typ studované školy

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník chování ovlivňujícího zdraví

Příloha B: Dotazník CSOC

Příloha C: Dotazník CDI

Příloha D: Dotazník obecné vlastní efektivity

Příloha E: Dotazník pohybové aktivity a činnosti

Příloha F: Výpočet Cronbachova koeficientu alfa pomocí SPSS

Příloha A: Dotazník chování ovlivňující zdraví v dospívání

DOTAZNÍK CHOVÁNÍ OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVÍ V DOSPÍVÁNÍ

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

CHOVÁNÍ, AKTIVITA	1	2	3	4	5
Neodůvodněná absence ve škole					
Kouření cigaret					
Hraní na PC a z toho plynoucí neplnění povinností					
Experiment s jídelním chováním - držení diet, vyvolávání zvracení, hladovění					
Záměrné vyhýbání se zkoušení (předstíraná nevolnost nebo nemoc)					
Užívání léků bez lékařského předpisu (léky proti bolesti, léky na spaní aj.)					
Pití alkoholu					
Kouření marihuany					
Pohlavní styk					
Sledování nevhodných stránek na internetu, oslovení cizí osobou					
Rušení nočního klidu po 22. hodině					
Nadávky, posměšky a ironické poznámky k druhým lidem					
Trávení času na sociálních sítích v takové míře, že mi to neumožňuje věnovat se jiným aktivitám					
Sebepoškozování (např. řezáním, pálením)					
Věnuji se aktivitám, které považuji za uklidňující a relaxační (koníčky, četba, poslech hudby...)					
Pití nápojů bohatých na kofein a tein (káva, čaj, energetické nápoje)					
Hraní a sázení na výherních automatech					
Ráno vydatně snídám					
Užívání tanečních drog (např. extáze)					
Ničení a poškozování věcí spolužáků či majetku školy					
Ponižování a zesměšňování druhých					
Jím vyváženou a rozmanitou stravu (ovoce, zeleninu, mléčné výrobky, ryby, maso, drůbež...)					
Zdobení těla bez mechanického poškození (př. malování hennou, propiskou)					
Užívání chemických látek při sportu (např. efedrin, steroidy)					
Dopouštění se drobných krádeží					
Agresivní chování vůči členovi/členům rodiny					
Střídání sexuálních partnerů					
Trávení části svého volna fyzickou aktivitou nebo sportem					
Přejídání se, konzumace sladkostí a slaných pochutin (oříšky, chipsy)					
Zdobení těla (tetování, piercing, skarifikace – ozdobné jizvy...)					
Sázení prostřednictvím internetu, hraní placených her					
Pozdní příchod do školy, předčasný odchod ze školy					
Týrání zvířat					
Pohybové aktivity ohrožující zdraví a život (např. parkour, lezení na sloupy vysokého napětí, jízda na bruslích/skatu za autobusem, lezení bez jištění aj.)					
Spím 7 – 8 hodin denně					
Otevřené projevy nepřátelství a agrese k lidem jiného etnika či národnosti					
Pohlavní styk bez kondomu					
Rvačky					
Lhaní, podvody					

Příloha B: Dotazník CSOC

DOTAZNÍK CSOC

Nejprve si přečti otázku a potom křížkem (+ nebo x) označ svoji odpověď do některého ze 4 sloupců.

Například: Když si po přečtení otázky č. 1 myslíš, že to, co každý den děláš, děláš **VŽDY** rád a přináší Ti to radost, *udělej křížek do sloupce číslo 4*, nebo když si myslíš, že to neděláš rád a nedává Ti to **NIKDY** radost, *udělej křížek do sloupce číslo 1*. Pokud se rozhodneš, *můžeš také zvolit sloupec číslo 2 někdy nebo sloupec číslo 3 často*.

OTÁZKY	VT	OV	O	ANZA
1. To, co každý den dělám, dělám rád a přináší mi to radost				
2. Když potřebuji pomoc, najde se někdo kolem mě, kdo mi pomůže				
3. Rád se dívám na televizi				
4. To, co dělám každý den, mě nudí a otravuje				
5. Zajímám se o to, co se děje kolem mě				
6. Kamarádi (kamarádky), s nimiž jsem se přátelil/a/, mě zklamali/y/				
7. Cítím, že se se mnou nejedná, jak by se mělo, tzn. slušně a upřímně				
8. Mám rád zmrzlinu				
9. I když je to někdy obtížné, jsem si jistý/á/, že vše nakonec dobře dopadne				
10. Cítím se zmatený/á/ (popletený/á/) a nevyrovnaný/á/ (nejistý/á/)				
11. Když se mě kamarádi na něco zeptají, rozumím jim a chápu, co chtějí				
12. Na své problémy si stačím sám				
13. Zajímá mě mnoho věcí				
14. Dá mi to hodně práce, abych udělal, co udělat mám				
15. Jsem rád, když mi dá doktor nebo doktorka injekci				
16. Když se na mě někdo zlobí, rozumím mu a chápu, proč je takový				
17. Je mi líto sebe sama (lituji se)				
18. Cítím, že dost dobře nevím, co mám ve třídě dělat				
19. Když něco chci, pak jsem si jistý/á/, že to dostanu				

CSOC =

ME =

MA =

C =

Příloha C: Dotazník CDI

T-94 Testový sešit

CDI
 jméno a příjmení: **MĚNY PLŮVAT**
 věk: dnešní datum:

7	Neuvěřím se. Nemám se rádi. Mám se rádi.	A
8	Za všechno špatně můžu já. Můžu za mnoho špatného. Za špatné věci obvykle nemůžu.	B
9	Neuvěřím na to, že bych se zabil. Přemýšlím o tom, že bych se zabil, ale neudělal bych to. Chci se zabit.	C
10	Každý den je mi do pláče. Často je mi do pláče. Málokdy je mi do pláče.	D
11	Všechno mě nudí. Často mě něco nudí. Jenom málokdy mě něco nudí.	E
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 nedáří. Nejsem 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 zlo. 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=

T-94 Testový sešit

14	Výpadám dobře. Nevypadám zrovna nejlépe. Vypadám hrozně.	21	Ve škole nemám nikdy legraci. Málokdy mám ve škole legraci. Často mám ve škole legraci.	B
15	Musím se pořád naučit, abych ve škole pracoval. Často se musím naučit, abych ve škole pracoval. Pracovat ve škole mi nedělá žádné potíže.	22	Mám hodně kamarádů. Mám několik kamarádů, ale chtějí bych jich mít víc. Nemám žádné kamarády.	C
16	Každou noc špatně spím. Často spím špatně. Spím dobře.	23	Ve škole se mi daří. Ve škole se mi daří hůře než dříve. Nejden mi už ani předměty, ve kterých jsem vynikal.	D
17	Málokdy jsem unavený. Často jsem unavený. Pořád jsem unavený.	24	Nikdy nebudu tak dobrý, jako ostatní děti. Když chci, můžu být stejně dobrý jako ostatní děti. Jsem stejně dobrý, jako ostatní děti.	E
18	Většinou nemám chuť k jídlu. Často nemám chuť k jídlu. Mám chuť k jídlu.	25	Nikdo mě nemá doopravdy rád. Nevím, jestli mě má někdo doopravdy rád. Někdo mě má určitě rád.	
19	Nestarám se o své starosti a bolesti. Často mě trápí různé starosti a bolesti. Pořád mě trápí různé starosti a bolesti.	26	Většinou utěším, co se po mě chce. Většinou neudělám, co se po mě chce. Nikdy neudělám, co se po mě chce.	
20	Necítím se sám. Často se cítím sám. Pořád se cítím sám.	27	Dobře vycházím s lidmi. Často se s někým hádám nebo peru. Pořád se s někým hádám nebo peru.	

Příloha D: Dotazník obecné vlastní efektivity

Dotazník obecné vlastní efektivity

Představ si sám sebe v obvyklých, každodenních situacích a problémech, které řešíš. Přečti si následující výroky a vyjádři (ne)souhlas číselným hodnocením podle vzoru:

1= naprosto nesouhlasím, 2= spíše nesouhlasím, 3= spíše souhlasím, 4= naprosto souhlasím

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

Příloha E: Dotazník pohybové aktivity a činnosti

D. Instrukce: V této části dotazníku se zamysli nad Tvoji pohybovou aktivitou v uplynulém roce. Číslicí 1-4 vyznač pravidelnost pohybové aktivity, které se věnuješ. 1 = vůbec ne, 2 = občas, 3 = často, 4 = pravidelně.

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

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

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

Příloha F: Výpočet Cronbachova koeficientu alfa pomocí SPSS

Item Analysis Report

Page/Date/Time 1 16.6.2016 10:57:40
Database

Reliability Section

Variable	Item Values		If This Item is Omitted			R2	
	Mean	Standard Deviation	Total Mean	Total Std.Dev.	Coef Alpha		Corr Total
ZAS	1,669735	0,6333578	19,02709	3,443366	0,5830	0,4937	0,3191
R_ZIV_S	2,046324	0,5304615	18,6505	3,46806	0,5794	0,5714	0,4359
R_Ch_INT	2,023013	0,7253496	18,67381	3,465355	0,6012	0,3732	0,2440
PPP_SEB	1,64043	0,5863203	19,05639	3,624839	0,6297	0,2183	0,1552
SÁZENÍ	1,147351	0,5014692	19,54947	3,640331	0,6260	0,2486	0,1885
R_SEX	2,202517	1,131298	18,4943	3,21589	0,6000	0,3834	0,2873
AGR	1,626391	0,4970791	19,07043	3,509985	0,5889	0,5285	0,3808
PREV	3,334867	0,7932266	17,36195	3,950482	0,7261	-0,2911	0,1281
KR	1,55255	0,554455	19,14427	3,438217	0,5726	0,5986	0,4772
Riz_Sport	1,602649	0,9787067	19,09417	3,448528	0,6366	0,2312	0,0954
Lhaní	1,850993	0,9008942	18,84583	3,386879	0,6050	0,3488	0,2454
Total			20,69682	3,796201	0,6392		

Cronbach's Alpha 0,639202 Std. Cronbachs Alpha 0,693944

Count Distribution Section

Variable	1	1	1	1	1	1
ZAS	71	0	0	0	0	73
R_ZIV_S	1	1	5	0	14	0
R_Ch_INT	29	0	0	0	26	10
PPP_SEB	68	0	0	0	56	2
SÁZENÍ	270	0	0	0	0	0
R_SEX	100	0	0	0	0	19
AGR	34	0	0	37	0	47
PREV	0	0	0	0	0	0
KR	89	0	0	0	0	79
Riz_Sport	197	0	0	0	0	0
Lhaní	113	0	0	0	0	0
Total	972	1	5	37	96	230