

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a sociologie

Poruchy příjmu potravy a syndrom rizikového chování v adolescenci
Bakalářská práce

Autor: Petra Divanovič

Studijní program: B7507 – Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální patologie a prevence

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

Zadání bakalářské práce

Autor: Petra Divanovič

Studium: P14K0217

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální patologie a prevence

Název bakalářské práce: **Poruchy příjmu potravy a syndrom rizikového chování v adolescenci**

Název bakalářské práce AJ: Eating disorders and risk behavior syndrome in adolescence

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy a syndromem rizikového chování v adolescenci. Cílem je charakterizovat oba tyto jevy a shrnout dosavadní poznatky, poukázat nejen na souvislost mezi nimi, ale také na spojitost, kdy pod vlivem návykových látek dochází k rizikovému pohlavnímu styku, kriminalitě a dalšímu nestandardnímu chování. Teoretická část nejdříve popisuje poruchy příjmu potravy, věnuje pozornost nebezpečné mentální bulimii, mentální anorexii, obezitě a dalším faktorům vyvolávajícím poruchy příjmu potravy. Na tuto část navazuje charakteristika syndromu rizikového chování se zaměřením na oblast jak fyzické aktivity a výživy, tak i na oblast např. psychosociální. Prevence je uvedena u obou jevů. V empirické části je použito kvantitativní výzkumné šetření formou dotazníků provedeným na studentech různých oborů střední církevní školy v Hradci Králové. Cílem empirické části je zmapovat experiment s jídelním chováním v kontextu rizikového chování v adolescenci.

HORT, V. et al Dětská a adolescentní psychiatrie. 2.vyd. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-404-5. PAPEŽOVÁ, H. Spektrum poruch příjmu potravy. Praha, Grada, 2010, ISBN 978-80-247-2425-6. RUSKOVÁ, J. Specifika výživy dospívajících. Pediatrie pro praxi, 2011, ISSN 1803-5264 KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. 3.vyd. Praha. Portál, 2009, ISBN 978-80-7367-568-4. KRAUS, B, HRONCOVÁ, J a kol. Sociální patologie. 2.vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010, ISBN 978-80-7435-080-1. MIOVSKÝ, M. a kol. Primární prevence rizikového chování ve školství. Praha: TOGGA, 2010, ISBN 978-80-87258-47-7.

Garantující pracoviště: Katedra sociální patologie a sociologie,
Pedagogická fakulta

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

Oponent: prof. PhDr. Blahoslav Kraus, CSc.

Datum zadání závěrečné práce: 5.1.2016

Prohlášení

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

V Hradci Králové dne 13. dubna 2017

Petra Divanović

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph. D. za cenné rady, připomínky, poskytnuté konzultace a metodické vedení při psaní bakalářské práce.

Anotace

DIVANOVIĆ, Petra. *Poruchy příjmu potravy a syndrom rizikového chování v adolescenci*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2017. 57 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá experimentováním s jídelním chováním v rámci syndromu rizikového chování v adolescenci. Cílem je charakterizovat a shrnout dosavadní poznatky, poukázat nejen na souvislost mezi nimi, ale také na spojitost, kdy pod vlivem návykových látek dochází k rizikovému pohlavnímu styku, kriminalitě a dalšímu nestandardnímu chování. Teoretická část nejdříve popisuje syndrom rizikového chování v adolescenci se zaměřením na oblast jak fyzické aktivity a výživy, tak i na oblast psychosociální. Na tuto část navazuje charakteristika poruch příjmu potravy, která věnuje pozornost nebezpečné mentální bulimii, mentální anorexii, obezitě a dalším faktorům vyvolávajícím poruchy příjmu potravy. Pozornost je věnovaná také prevenci. V empirické části je použito kvantitativní výzkumné šetření formou dotazníků provedeným na studentech různých oborů střední křesťanské školy v Hradci Králové. Cílem empirické části je zmapovat závažnost experimentů s jídelním chováním v rámci multikauzální etiologie syndromu rizikového chování v adolescenci.

Klíčová slova: rizikové chování, poruchy příjmu potravy, výživa, pohybová aktivita, prevence

Anotation:

DIVANOVIĆ, Petra. *Eating disorders and risk behavior syndrome in adolescence*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2017. 57 pp. Bachelour Degree Thesis.

The bachelor degree thesis focuses on experimenting with eating behaviour within the risk behaviour syndrome in adolescence. Its goal is to characterize and summarize the existing knowledge, it is not only to show a connection between these two phenomena, but also point out its relation to high-risk sexual intercourse, criminality and other non-standard behaviour under the influence of addictive substances. The theoretical part describes the risk behaviour syndrome in adolescence, with the focus on physical activity and nutrition, but also on the area of psycho-sociology. This part is followed by the characteristics of eating disorders, with the focus on dangerous bulimia nervosa, anorexia nervosa, obesity and other factors which cause eating disorders. Some attention is also given to prevention. In the empirical part, there is a quantitative research used – the form of questionnaire survey was carried out among students from various fields of study in a Christian secondary school in Hradec Králové. Its goal is to explore the seriousness of experiments with eating behaviour in terms of multicausal etiology of risk behaviour syndrome in adolescence.

Keywords: risk behaviour, eating disorders, nutrition, motion activity, prevention

Obsah

ÚVOD	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1. Syndrom rizikového chování v adolescenci	10
1.1. Nadměrné užívání návykových látek	11
1.2. Situace užívání drog na školách v ČR (Espad 2003).....	14
1.3. Předčasný pohlavní život.....	15
1.4. Záměrné sebepoškození, sebevražedné chování	16
1.5. Výživa a pohodový způsob života.....	17
1.6. Prevence rizikového chování.....	18
2. Poruchy příjmu potravy	21
2.1. Mentální bulimie.....	22
2.2. Mentální anorexie	24
2.3. Obezita.....	27
2.4. Prevence.....	29
2.5. Kontakty	31
II. EMPIRICKÁ ČÁST	32
3. Metodologie výzkumného šetření	32
3.1. Stanovené hypotézy	32
3.2. Výzkumné metody.....	32
3.3. Charakteristika výzkumného vzorku	34
3.4. Experiment s jídelním chováním a rizikové chování	36
3.4.1. Experiment s jídelním chováním.....	36
3.4.2. Výskyt rizikového chování v dalších oblastech	38
3.4.3. Vyhodnocení hypotéz.....	48
3.4.4. Závěrečné zhodnocení výzkumného šetření	49
ZÁVĚR.....	51
Seznam literatury a dalších zdrojů	52
Seznam obrázků, tabulek a grafů	56
Seznam příloh.....	57

ÚVOD

Období dospívání je jedním z nejvýraznějších období. Dochází k obrovským změnám v biopsycho-sociální oblasti. Mladí lidé se začínají separovat od rodiny a začínají vyhledávat společnost svých vrstevníků.

V současné době jsou nároky na vstup do světa dospělých dosti složité. Příčiny jsou různé např. časnější začátek dospívání, vyšší sociální nároky pro úspěšné začlenění mladých lidí... Dospívající se často neumějí se svými problémy a složitými situacemi vyrovnat. Pokud nemají po ruce někoho, kdo by jim poskytl oporu a naslouchal jim, pak velmi často hledají únik ze své složité situace a vyhledávají skupinu vrstevníků, kteří mají podobný osud. Tyto nepříznivé situace mohou vést ke vzniku rizikového chování. Toto riziko se může projevit v podobě ohrožování společnosti jako je třeba delikvence, tak i vůči sobě samému (užívání návykových látek, sebevražedné chování nebo dochází k poruchám příjmu potravy). Adolescenti si vůbec neuvědomují, že takové „nevinné“ kouření, alkohol či experimentování s drogami vedou ke vzniku závislosti. Předčasné zahájení sexuálního života vede k sexuální promiskuitě, pohlavním chorobám nebo třeba nechtěnému těhotenství nezletilých, s tím jsou spojeny další sociálně - patologické jevy - dítě vyrůstá v neúplné a dysfunkční rodině....

Tato bakalářská práce se zabývá aktuálními tématy, jakými jsou rizikové chování a potravy v adolescenci. V posledních letech bylo a je těmto tématům věnována značná pozornost, mnohé bylo napsáno v odborné literatuře a bylo provedeno mnoho empirických šetření. Ale i přesto o nich nevíme vše. Ráda bych poukázala na to, jak moc je důležité, abychom my dospělí, rodiče, vychovatelé, učitelé a vůbec všichni, kteří nějakým způsobem vychovávají dospívající, udělali vše pro to, aby z naší mládeže vyrostli zralí lidé, kteří jsou si vědomi své hodnoty i hodnoty těch druhých. Oni jsou budoucnost naší společnosti, tak je důležité jim věnovat dostatečnou pozornost, aby dokázali vytvářet pevné partnerské vztahy, aby uměli odolat negativnímu vlivu vrstevníků, aby se uměli zdravě pohybovat v současném virtuálním prostředí....

Důvodem pro zvolení tohoto tématu je můj zájem o tuto problematiku. Jsem matka 19leté dcery, která ve svých 16 letech řešila, při svých 50 kg na 165 cm výšky, nadváhu. Stále si myslela, že není dost atraktivní, že je obézní a rady od rodičů nepřijímala. Její nejlepší kamarádkou v té době byla její vrstevnice, která měla problém právě s mentální anorexií, a

dívky si vzájemně radily, jak být štíhlejší, předávaly si jídelníčky, aby ještě více zhubly, a půjčovaly si časopisy, které prezentovaly rychlé hubnutí doplněné fotkami vyhublých modelek.

Cílem této práce je v teoretické části charakterizovat rizikové chování v adolescenci a poruchy příjmu potravy a poukázat na souvislost, kdy se objevuje současně rizikové chování a PPP. Kdy například u bulimických pacientek se vyskytuje závislost na alkoholu nebo u anorektických pacientek sebevražedné chování, kdy pod vlivem návykových látek může docházet k agresivitě, kriminalitě či předčasnému rizikovému pohlavnímu styku. Na tuto část navazuje prevence mentální anorexie, mentální bulimie a obezity, u rizikového chování je také popsána prevence tohoto sociálně-patologického jevu. Cílem empirické části je zmapovat závažnost výskytu rizikového chování u výzkumné skupiny. Jádrem výzkumu pak ověřit vztahy mezi vybranými faktory a rizikovým chováním. Dílčími cíli výzkumného šetření je zjištění vztahu smyslu pro soudržnost a rizikového chování, vztah smyslu pro soudržnost a depresivity, vztah depresivity a závažnosti rizikového chování, ale také i vztahy mezi symptomy rizikového chování v adolescenci. Výzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím dotazníků. Cílovou skupinou tohoto výzkumu jsou studenti různých oborů střední křesťanské školy v Hradci Králové.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Syndrom rizikového chování v adolescenci

Skopal, Dolejš a Suchá definují adolescenci jako období lidského vývoje, které začíná pubertou (ve věku 10-12 let) a končí s psychologickou vyspělostí (přibližně v 19. roku), avšak přesné věkové rozpětí závisí od jedince. Během tohoto období se v rozdílném tempu dějí hlavně změny v sexuálních znacích, tělesné konstituci, sexuálních zájmech, sociálních rolích, intelektuálního vývoje a sebepojetí (Skopal, Dolejš a Suchá, 2014, s. 9).

Macek dělí adolescenci na tři období, na časnou adolescenci, kdy dominují pubertální změny a projevují se první biologické a fyzické změny. Dále na období střední adolescence, ve kterém dochází ke snaze o výrazné odlišení se, hledání vlastní jedinečnosti a autentičnosti. A neposlední řadě období pozdní adolescence, které nejvíce směřuje k dospělosti, uvažování o budoucnosti ve vztahu k profesi a osobnímu životu nebo taky s potřebou někam patřit (Macek, 2003, s. 35).

A rizikové chování Širůček, Širůčková a Macek charakterizují jako rozmanité formy chování, které nemusejí být nutně taxativně vymezeny. Jsou však identifikovány jako ty, které způsobují zdravotní, sociální nebo psychologické ohrožení jedince samotného anebo jeho sociální okolí, přičemž ohrožení může být reálné nebo předpokládané (Širůček, Širůčková, Macek, 2007, s. 477).

Za příčiny jsou považovány, podle Matouška, ty skutečnosti, které ovlivňují její existenci. Jde o jevy nebo také celé procesy, které do jisté míry vedou a napomáhají ke spáchání protiprávní činnosti. Rizikové chování je výsledkem vzájemně různě působících faktorů. Nelze však vždy určit všechny faktory. Rovněž je neskutné určit, který z nich má největší díl „viny“. I přesto bývá na prvním místě uváděná rodina, následuje vliv vrstevnické skupiny. Je uvedené pořadí oprávněné či nikoliv? Obě instituce mají značný vliv na vývoj jedince, zejména pak dospívajícího. Matoušek dále ve své knize uvádí, že když se dospívající dítě střetne se zákonem, je to podle obecně rozšířeného mínění vina jeho rodiny. Bylo špatně vychováno, řekne skoro každý, kdo bude chtít vynášet soudy (Matoušek, 1996, s. 38).

V dokumentu MŠMT Strategie primární prevence 2013-2018, dostupné na webových stránkách, rozdělují formy rizikového chování na:

- Interpersonální agresivní chování – agrese, šikana, kyberšikana a další rizikové formy komunikace prostřednictvím multimédií, násilí, intolerance, antisemitismus, extremismus, rasismus a xenofobie, homofobie;
- delikventní chování ve vztahu k hmotným statkům – vandalismus, krádeže, sprejerství a další trestné činy a přečiny;
- záškoláctví a neplnění školních povinností;
- závislostní chování – užívání všech návykových látek, netolismus, gambling;
- rizikové sportovní aktivity, prevence úrazů;
- rizikové chování v dopravě, prevence úrazů;
- spektrum poruch příjmu potravy;
- negativní působení sekt;
- sexuální rizikové chování (Dostupné na <http://www.msmt.cz/file/28077>).

1.1. Nadměrné užívání návykových látek

Nejčastější důvod prvního užití návykových látek u adolescentů podle Horta je ten, že je užívají jejich vrstevníci, nejčastěji v nějaké partě. Mladý člověk, aby mohl zapadnout do party, tak neodolá jejich naléhání a zkusí to. Bohužel u dospívajících mají návykové látky, v porovnání s dospělými, specifická rizika jako:

- Vyšší riziko těžkých otrav;
- rychleji se vytváří závislost;
- zaostávání v psychosociálním vývoji;
- vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky;
- návykové problémy se u dospívajících pojí s dalšími komplikacemi, jako selhávání v životních rolích, trestná činnost apod. (Hort, 2008, s. 285).

Kouření

Co se týče kouření dle Krause a Hroncové tabakismus, též nikotismus, patří rovněž k velmi rozšířenému a tolerovanému typu závislosti. Tabák se užívá nejčastěji formou kouření, dále šňupáním a žvýkáním. Kouření přináší řadu negativních účinků a je jednou z nejčastějších příčin onemocnění dýchacích cest (astma, chronický kašel, záněty a rakovina hrtanu, hltanu a plic), srdečních potíží (angína pectoris, infarkty, hypertenze), zažívacího

traktu (vředové choroby žaludku, dvanácterníku) a tím se podílí na vysoké a předčasné úmrtnosti kuřáků. Kouření u žen má navíc tyto účinky (rychlejší ateroskleróza, stárnutí pleti, předčasné porody a potraty).

Nejčastějším důvodem pro vyzkoušení první cigarety u mladistvých je právě touha být jako ti druzí v partě. Podle Krause cigareta dospívajícím dětem dodává sebevědomí a pocit dospělosti. Období, kdy se začíná běžně kouřit, se posunulo z hranice 16-18 let, která se uváděla před 15-20 lety, do intervalu 12-15 let. Jako důvody uvádějí mladiství nejčastěji, že kouření je prostředek k uklidnění, k větší soustředěnosti, ale také, že kouří z nudy (Kraus, Hroncová, 2010, s. 85-87).

Křivohlavý uvádí, že kouření přitahuje zvláště lidi nejisté, se zvýšenou mírou pocitu méněcennosti, syndromem HH (helplessness – bezmoci a hopelessness – beznaděje), lidi žijící v relativní sociální izolaci a ty, kteří snadno podléhají sugestivnímu působení druhých lidí a napodobování jejich chování (Křivohlavý, 2001, s. 192).

Alkoholismus

Alkohol patří podle Hroncové a Krause k nejstarším a nejrozšířenějším drogám po celém světě. Je to opojná látka vznikající kvašením převážně ovoce či obilovin. Jeho historie sahá hluboko přes náš letopočet (6-8 tisíc let). Jako takový plnil a plní řadu funkcí:

- fyziologická (používá se jako nápoj, ale i jako lék)
- psychologická (je euforikum, zlepšuje náladu, pomáhá k úniku z reality, zvyšuje sebevědomí)
- sociální (ve většině kultur je projevem pohostinnosti, napomáhá k lepší adaptaci, komunikaci)
- ekonomická (sloužil jako platidlo, daně z jeho výroby a prodeje jsou značným zdrojem příjmu pro stát)
- rituální (součást různých oslav, obřadů včetně náboženských).

Alkoholismus jako jev je nebezpečný jak z hlediska jedince, tak společnosti. Z hlediska jedince pití ve zvýšené míře škodí zdraví (především onemocnění jater, vysoký krevní tlak, trávicí ústrojí, nervový systém, psychická onemocnění aj.). Z hlediska společenského představuje značné riziko v souvislosti s vysokým podílem na výskytu trestné činnosti, častých úrazech, dopravních nehodách, ale také v souvislosti se soužitím především v rodině (častá příčina rozvodovosti), sousedství i na pracovišti. Zvláště nebezpečný je pro

dětský organismus, kde i malá dávka může vyvolat nebezpečné otravy (Kraus, Hroncová, 2010, s. 83).

Podle Krause rizikovou kategorií z hlediska konzumace alkoholu jsou nepochybně děti a mladiství. V tomto věku se objevují zárodky postupně vznikající závislosti na alkoholu. Také důsledky zdravotního postižení v tomto věku jsou větší. Uvádí, že čím mladší jedinci pijí alkohol, tím větší je riziko pozdějšího přechodu na jiné drogy. Poukazuje na výzkumy, které ukazují, že přes 60% školní mládeže přichází do styku s alkoholem, přičemž k prvním kontaktům dochází již často v období předškolním a nejfrekventovanějším prostředím, kde přichází dítě do styku s alkoholem, přičemž k prvním kontaktům dochází již často v období předškolním a nejfrekventovanějším prostředím, kde přichází dítě do styku s alkoholem, je rodina (rodinné oslavy). Uvádí to 46% respondentů.

„Podle našich výzkumů středoškoláků (N=929 respondentů) se ukazuje, že naprostá většina (94%) má zkušenost s alkoholem z doby docházky na ZŠ. Potvrzuje se také vysoká míra tolerance (polovina dotazovaných uvádí, že na pití alkoholu nevidí nic špatného). Jako důvod konzumace uvádějí především zlepšení nálady a jako součást jakékoliv oslavy“ (Kraus, Hroncová, 2010, s. 83 - 85).

Je všeobecně známo, že problematika závislosti na alkoholu může také souviset se sebevražedným chováním. Na jedné straně může alkohol zlepšit jedinci náladu, ovšem na straně druhé může vést k depresím. Alkohol v kombinaci s depresí může být velkým rizikovým faktorem, který může vést i k sebevražedným myšlenkám.

Nelegální drogy

Zatímco o kouření a o alkoholu mluvíme jako o legálních návykových látkách, tak o marihuaně, jedné z nejfrekventovanějších drog, mluvíme jako o droze nelegální. Presl uvádí, že při kouření marihuany dochází k euforii (ke zlepšení nálady), ke zvýšené sexuální aktivitě atd. Marihuana je ze známé rostliny konopí a má i léčivé účinky. Užívá se při léčbě např. Parkinsonovy choroby nebo při zhoubných nádorových onemocněních. Proto hodně lidí žádá o legalizaci této drogy. Ovšem dlouhodobé užívání marihuany může způsobovat např. poruchy vnímání, myšlení a koncentrace a má vliv i na krátkodobou paměť.

Problémy podle Presla spočívají v tom, že i u marihuany stejně jako u všech drog jsou účinky velmi individuální, dále marihuana má v kouři až o 50% více látek rakovinotvorných

než tabák a ve značné části případů je jakousi „vstupní stanicí“ k drogám ostatním (Presl, 1995, s. 31).

Pod vlivem drog jsou dle Hampla nejen dospělí, ale i děti a dospívající povolnější, nemají vůli k odporu, ztrácejí zábrany, schopnost přiměřeně reagovat, bránit se. Navíc si neuvědomují dostatečná rizika s tím spojená. Musíme počítat s tím, že i děti mohou být pomocí drog zneužívány k prostituci a dětské pornografii (Hampl, 2000, s. 144).

1.2. Situace užívání drog na školách v ČR (Espad 2003)

Smékal, Kolařík uvádějí, že je důležité pro jakékoliv preventivní působení znát aktuální situaci ohledně užívání drog studenty a žáky na škole. Zjistit informace není tak úplně jednoduchý úkol a v první fázi nám možná postačí seznámit se s reprezentativními školními dotazníkovými studii. Charvát, v následující tabulce, neuvádí podrobný výčet výsledků, ale jen uvádí některá fakta, která nám poslouží jako výchozí bod pro další úvahy o tom, jak k užívání drog u našich žáků a studentů přistupovat. Tabulka udává některé výsledky ze studie ESPAD 2003 u populace šestnáctiletých v %. Poskytuje informace o trendech v užívání drog (včetně alkoholu a tabáku) na školách v ČR (Csémy, Sovincová, Sadílek a Bejčková, 2006).

Druh návykové látky	Celoživotní užití (alespoň 1x za život)	Užití v posledních 12 měsících	Užití v posledních 30 dnech
Tabák	79,6	–	43
Alkohol	98,4	95	56,5
Konopné drogy (marihuana a hašiš)	43,6	35,7	19,2
Extáze	8,3	–	–
Opiáty (heroin, subutex, opium)	2,4	1,3	0,4
Amfetaminy (pervitin)	4,2	3,0	1,2
Těkavé látky (toluen)	9,0	4,3	1,3

Tabulka č. 1: ESPAD 2003, Zkušenost s užitím drogy u šestnáctiletých (Csémy, Sovincová, Sadílek a Bejčková, 2006)

Z tabulky je patrné, že užívání drog není na školách nijak zřídka jevem. Nemusíme se tedy bát drogy na škole odhalit! Pracovníci školy by se neměli stydět či zodpovídat za to, že ví, že někteří jejich žáci mají s drogami zkušenosti nebo je užívají. Protože v tabulce jsou souhrnná data za celou ČR, kdežto situace v regionech může být specifická, je žádoucí, abychom pamatovali na pravidelný monitoring užívání drog na škole, např. formou pozorování nebo, diskuzí s žáky o drogách a to jak individuálně, tak ve skupině, ovšem nejčastější metodou bývají dotazníky (Smekalová, Kolařík, 2007, s. 62-63).

1.3. Předčasný pohlavní život

Dnešní dospívající, jak uvádějí McDowell a Hosteler, čelí kultuře, která je zcela bez rozpaků posedlá sexem, sexuální přitažlivostí a sexuálním uspokojením. Televizní programy, filmy, trailery, reklamy v časopisech, billboardy a televizní reklama, ale i styl oblékání se často otevřeně snaží vyvolat v divákovi či příjemci sexuální vzrušení. Podle těchto autorů žijeme v době, kdy je sexuální nutkání nejintenzivnější a potřeba přijetí vrstevníky nejnaléhavější, adolescenti často podléhají tlaku prostředí, aby naplnili svou sexuální touhu prostřednictvím chůčce a skutečných sexuálních styků vyvolaných chůčcem (McDowell, Hostetler, 2013, s. 267).

Dolejš uvádí, že v souvislosti s psychosexuálním vývojem se u mladistvých mohou objevit různé formy rizikového chování, které mohou ovlivnit pozdější psychický i sociální vývoj. Situace, do kterých se může adolescent dostat a které mohou vyústit např. v sexuální styk před dovršením zákonné hranice 15 let, sexuální styk spojený s nechtěným těhotenstvím či potratem, nezvládnutelné vztahy a rozchody vedoucími k sebevražednému chování, prostituci, promiskuitnímu sexuálnímu chování, přenosu pohlavních chorob či sexuálně orientovaným agresivním činům (Dolejš, 2010, s. 59).

V období adolescence, kromě časného zahájení pohlavního života, je také rizikovým faktorem časté střídání partnerů a sexuální styk bez kondomu, což může vést k pohlavním nemocem jako je kapavka a syfilis, ale dochází i k riziku nákazy virem HIV a pozdějším rozvinutím se do AIDS. Tyto nemoci podléhají hlášení.

Stále se ještě najdou jedinci, kteří se domnívají, že je hormonální antikoncepce ochrání nejen před nechtěným těhotenstvím, ale i před pohlavními chorobami.

Podle Hampla mladiství podceňují nejen možnost vzniku komplikace při nechráněném pohlavním styku, ale i následné stavy, ke kterým dojde. Nejlépe je to vidět u infekční hepatitidy typu B a C, kdy jsou poučeni již během hospitalizace na infekčním oddělení o možnosti přenosu nejen krví při injekčním užívání drog, ale i nechráněným pohlavním stykem. Vystavují pak zbytečně své partnery nebezpečí infekce.

Pod vlivem drog jsou nejen dospělí, ale i děti a dospívající povolnější, nemají vůli k odporu, ztrácejí zábrany, schopnost přiměřeně reagovat, bránit se. Navíc si neuvědomují dostatečná rizika s tím spojená. Musíme počítat s tím, že i děti mohou být pomocí drog zneužívány k prostituci a dětské pornografii (Hampl, 2000, s. 144).

1.4. Záměrné sebepoškozování, sebevražedné chování

Kriegelová ve své knize uvádí Favazzovu teorii, která uvádí, že sebepoškozující chování je heterogenní skupinou, zahrnující různé techniky poškození vlastního těla od kouření, požívání alkoholu, piercingu až po dokonalé suicidium. Favazza jednoznačně oddělil záměrné sebepoškozování a suicidální jednání: „...*záměrné sebepoškozování je odlišné od suicida. Základním poznáním je fakt, že jedinec, který se opravdu pokusí o sebevraždu, chce svůj život skončit, zatímco jedinec, který se záměrně poškodí, se snaží cítit se lépe*“ (Kriegelová, 2008, s. 21).

Vágnerová uvádí, že adolescenti se během dospívání mohou dostat do situace, kdy se cítí bezradní a nejsou schopni najít smysl vlastní existence. Často také bývají nespokojeni s mezilidskými vztahy a mají různé osobní problémy. V tomto věku bývá impulzem k sebevraždě nejčastěji zklamání, a pocit, že selhání je definitivní. Také se jim může zdát, že budoucnost nenabízí žádné přijatelné řešení. Obecně vzato u mladých lidí převažuje citové hodnocení situace nad racionalitou (Vágnerová, 2012, s. 503).

Rizikovými faktory dle Kriegelové mohou vést jak k záměrnému sebepoškozování, tak k suicidálnímu chování.

Těmito faktory jsou:

- historie fyzického nebo sexuálního zneužívání;
- depresivní epizoda;
- zneužívání návykových látek;

- neshody s rodiči nebo se sourozenci;
- pracovní nebo školní potíže;
- problémy v intimním vztahu;
- fyzické onemocnění;
- neshody s vrstevníky;
- šikana;
- nízká sebeúcta;
- sexuální problémy;
- recentní expozice k sebepoškozujícímu chování (KRIEGELOVÁ, 2008, s. 97).

1.5. Výživa a pohodový způsob života

Dnešní doba je spojená s rychlým tempem života a s tím je spojeno i stravování ve fast foodu. Spousta lidí, hlavně mladých lidí, se nechává ovlivňovat nádhernými plakáty z McDonaldu, skvělými danými nabídkami. Návštěva takového zařízení nevádí, pokud je to jednou za čas. Ovšem častý příjem živočišných tuků, které potraviny z fast foodu obsahují, může vést k ukládání zásob ve formě tělesného tuku.

Pohybová aktivita, podle Fraňkové a Dvořákové, zvyšuje potřebu živin a energie. Dovolit si více jíst či často hřešit proti zásadám zdravé výživy může spíše vrcholový sportovec než člověk sedící celý den u počítače. Paradoxně při větší pohybové aktivitě není čas ani chuť na jídlo, zatímco při sezení u TV, četbě, přípravě na zkoušku a podobných, energeticky náročných činnostech, je stále chuť na něco dobrého. Nedostatek pohybu může vést k nebezpečně zvýšenému příjmu energeticky bohatých potravin a tím pádem možnému tloustnutí (Fraňková, Dvořáková, 2003, s. 152).

Na druhou stranu na webových stránkách idnes je zveřejněn článek, který se zabývá výzkumem závislosti na cvičení z roku 2009. Tento výzkum dokazuje, že závislost na cvičení je podobná jako závislost na heroinu. Lidé závislí na cvičení trpí stejnými abstinenciemi příznaky (zimnice, třes, drkotání zubů, tiky očních víček) jako závislí na heroinu. Stejně jako u ostatních závislostí jsou postiženi v depresi, podráždění a trpí stavy úzkosti, pokud nemají svou drogu, kterou je v tomto případě cvičení. Proto také ignorují únavu a zranění či nemoc pro ně nejsou důvodem pro přerušování cvičení. Čím víc hodin stráví cvičením, čím těžší závaží

uzvednou a čím více kilometrů naběhají, tím jsou spokojenější. A stejně jako ostatní závislí často ani nejsou schopni na svou situaci nahlédnout objektivně a neustále sami sebe přesvědčují, že mají vše pod kontrolou. Dostupné z: http://ona.idnes.cz/zavislost-na-cviceni-0ry-/zdravi.aspx?c=A130211_152841_zdravi_pet

Dle Pastuchy, Malinčikové a Tiché spolu s výživou a sportem může souviset užívání anabolických steroidů mladými muži/chlapci. Dříve jsme se s tímto jevem setkali hlavně u sportovců, nyní se však k užívání steroidů uchylují i mladíci toužící po lepším těle. Anabolické steroidy podporují výkon a růst svalové hmoty. Bohužel dlouhodobé užívání nese svá rizika, mezi která patří například u mužů zmenšení varlat či snížení počtu spermií a u žen mohou způsobit vývoj charakteristických mužských rysů zhrubnutí hlasu nebo růst vousů (Pastucha, Malinčiková, Tichá, 2010, č. 4, s. 226).

1.6. Prevence rizikového chování

Podle Hamanové by preventivní programy měly vycházet z několika zásad:

- Zaměřovat se současně na zdravotní, ale i vývojové potřeby adolescentů;
- brát v úvahu prokázané souvislosti a vzájemnou provázanost jednotlivých oblastí rizikového chování – tj. oblastí návykových látek, poruch psychosociálních a předčasného pohlavního života a přistupovat proto k jejich problematice komplexně. Protože mají společný původ, i jejich řešení zahrnuje společné činitele. Programy namířené separátně proti jednotlivým negativním jevům (např. jen proti kouření, separátně proti drogám nebo promiskuitě), bez širšího sociálního kontextu, nejsou příliš úspěšné;
- respektovat rozdíl mezi výukou a výchovou, v dorostové praxi je evidentní, že osvojení si určitých vědomostí, ev. vědomí rizika nevede ještě ke změně chování (jak je to obvykle u dospělých). Enormně důležité pro dospívající jsou pozitivní vzory dospělých;
- klíčovou dobou pro primární prevenci je adolescence časná;
- je možno, ale i zapotřebí počítat s pozitivními vlastnostmi, jimiž je mládež odedávna obdařena: velkou energií, kreativitou, idealismem, altruismem, pružností. Velká část adolescentů náročné úkoly vítá, jsou-li pravdivé a

smysluplné. Je však třeba, aby poselství pro ně byla jasná a nedvojznačná (Hamanová, 2000, s. 22).

Podle Rozehnalové podmínkami úspěšné prevence jsou:

- Podpora vlády, bez vládní podpory, v neposlední řadě i finanční je velice těžké, aby i sebelepší program dosáhl širokého uplatnění a mohl tak ve svém důsledku pomoci co největšímu počtu mladistvých;
- meziresortní spolupráce;
- vzájemná spolupráce a pravidelné setkávání odborníků dotýkajících se ve své práci problematiky mládeže (dorostoví lékaři, psychologové, gynekologové, sexuologové...);
- vzájemná spolupráce a pravidelné setkávání odborníků a představitelů nevládních organizací pracujících v oblasti prevence rizikového chování dospívajících (zaměřených ovšem nikoli komerčně, ale na vedení dětí a dospívajících k vědomí hodnoty života, lásky a sexu, manželství a rodičovství);
- kvalitní výchova pedagogů: v rámci Pedagogické fakulty; v rámci systému DVPP (další vzdělávání pedagogických pracovníků), který by měl být garantován odborným a zodpovědným rozhodováním akreditační komise MŠMT;
- výchova rodičů: výchova budoucích rodičů, výchova stávajících rodičů, porozumět důležitosti interakce rodič – dítě od nejranějšího prenatálního období do dospělosti, porozumět individualitě dítěte, napravovat chyby minulosti ve vztahu a přístupu k dítěti, řešit problémové situace;
- nabídka kvalitních ucelených preventivních programů pro mládež (nevládní organizace, studenti vysokých škol, peer programy... (Rozehnalová, 2000, s. 35-36).

Podle Markové užitečným řešením v primární prevenci by se mohly stát výchovné programy pro rodiče i učitele zaměřené na výcvik výchovných dovedností, komunikaci s dospívajícími nebo vedení tříd. Vzdělávací instituce by mohly organizovat rodičovské kurzy zaměřené na vhodné způsoby komunikace s dospívajícími. Náplň těchto kurzů je možné zaměřit na pravidla účinné komunikace, podporu sebedůvěry, předcházení agresivitě, rozpoznání psychických problémů a psychopatologických stavů, jako jsou poruchy příjmu

potravy, deprese, toxikomanie, psychózy aj. Dále je důležité osvojování si zdravého životního stylu (např. správné výživy, tělesného pohybu, odmítání nikotinu a jiné). Poté například do osnov zdravotnických předmětů zařadit téma rizikového chování a jeho důsledků. Obsahové by mohlo být zaměřeno na abúzus návykových látek, pohlavně přenosných nemocí a jiných zdravotnických problémů. Také v sociálních předmětech je dobré věnovat prostor tématu rizikového chování (problematice násilí a kriminality mládeže, problémových vztahů v rodině, sociálně-právní ochraně dětí a mládeže, prevenci kriminality, sociálním službám apod. (Marková, 2008, s. 191).

2. Poruchy příjmu potravy

Jak uvádí Maloney a Kranzová, o poruše příjmu potravy mluvíme tehdy, jestliže člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů. V obtížné situaci se snaží ulevit svým pocitům pomocí jídla nebo diety. V jistém smyslu se u jídelních poruch jedná o závislost na jídle, podobnou jako závislost na alkoholu u alkoholiků nebo závislostech na drogách u toxikomanů. Pro člověka trpícího poruchou příjmu potravy přestává být jídlo jednou ze součástí života, ale stává se jeho hlavní náplní.

Někteří lidé trpící poruchou příjmu potravy konzumují obrovské množství jídla, i když právě nemají hlad. Dokonce jedí i takové jídlo, které jim nechutná, prostě proto, že mají pocit, že musí jíst. Tomu se říká záchvatové (nutkavé) přejídání.

Jednotlivé poruchy příjmu potravy se od sebe na první pohled velmi liší. Jednu věc však mají společnou. Trpíte-li některou z nich, neustále musíte myslet na jídlo, tělesnou hmotnost a na dietu a přátelé, rodina a školní povinnosti pro vás přestávají být důležité (Maloney, Kranzová, 1997, s. 7).

Na vznik PPP mají veliký vliv média. Díky nim se hlavně mladé dívky vzájemně podporují v různých dietách. Rády se přes facebook radí, jak se stát a být stále štíhlou, předávají si jídelníčky, chlubí se, kolik za den snědly jídla. Některé dívky se i fotí a své fotky zveřejňují na své profilové stránce. Předávají si vzájemně fotky jiných extrémně štíhlých dívek nebo modelek, které slouží jako jejich inspirace. Média ukazují vyhublé modelky a jiné celebrity. A dokonce ani debaty, které se v minulých letech objevovaly po úmrtí několika modelek, ničemu nepomohly. Některé časopisy určené mladým dívkám, jako je třeba Bravo nebo Girl, jsou plné návodů na rychlé zhubnutí. TV reklamy ukazují zázračné hubnoucí pilulky nebo nápoje plné proteinu.

Grogan poukazuje na výzkum Mariky Tiggemannové a Barbary Penningtonové (1990), které dokládají, že už devítileté dívky udávají nespokojenost s vlastním tělem. V jejich australské studii dospívající patnáctileté dívky i devítiletá děvčata spolehlivě preferovaly jako ideál siluetu postavy, která byla štíhlejší než skutečná postava respondentek. Tiggemannová a Penningtonová uvádějí, že nespokojenost s tělem patří k normálním zkušenostem dívek v západní kultuře od 9 let věku výše a mediální prezentace tloušťky a štíhlosti v televizi a dalších sdělovacích prostředcích velmi výrazně ovlivňuje názory dětí na správné a nesprávné proporce postavy (Grogan, 2000, s. 102-103).

2.1. Mentální bulimie

Mentální bulimie dle Krcha společně s anorexií patří mezi takzvané poruchy příjmu potravy. Přes zdánlivou odlišnost vyhublých anorektiček jsou si obě poruchy velmi podobné. Spojuje je strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží, a vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň nepřibrat. Zatímco anorektičkám se to většinou daří, bulimičky začnou po nějaké době jíst víc, než by chtěly. Samozřejmě, že jsou zklamané (přestože je to vlastně normální), cítí se provinile a hledají způsob, jak to „odčinit“. Většina dívek sáhne jen po delší dietě. Ty zoufalejší, odhodlanější nebo často jen ty, které mají smůlu, zkusí ještě drastičtější metodu. Vezmou si projímadla nebo se nutí do zvracení, což může jít snadno, když je jim špatně po jídle, které si dlouho odpíraly nebo ho snědly nezvyklé množství. Hladovky, zvracení a projímadla jen zvyšují riziko přejídání a dlouhodobě zhoršují problémy bulimiček. Asi jedna třetina mladých anorektiček se začne časem přejídat a více než polovina bulimiček uvádí období anorexie v minulosti (Krch, 2008, s. 21)

V rodinách bulimických pacientek podle Papežové často najdeme vliv nesprávných nebo chaotických jídelních návyků, někteří členové rodiny nedodrží jídelní řád spojený s onemocněním cukrovkou, někteří se přejídají nebo drží více či méně úspěšné diety anebo také prodělali poruchu příjmu potravy, ať už se při ní léčili či neléčili. V rodinách bulimických pacientek se častěji vyskytují depresivní problémy a závislosti, například alkoholismus i různé zraňující zážitky z dětství nebo v období před vznikem onemocnění (Papežová, 2003, s. 21).

Hort uvádí, že se často u bulimických dívek můžeme setkat s krádežemi jídla, případně peněz k opatření potravin, se zneužíváním drog, alkoholu či léků. Také v případě mentální bulimie dochází k poničení vztahů s blízkými osobami, hlavně s rodiči. V některých rodinách dokonce před nemocnými zamykají spíže a lednice, což ovšem konfliktní vztahy ještě vyhrocuje, zvláště když pacientka sní potravu i ostatním členům domácnosti. Mimo to je mentální bulimie také velmi náročná po finanční stránce (Hort, 2008, s. 273).

Přibližně pětina bulimiček se dle Coopera snaží kompenzovat přejídání užíváním projímadel. Věří, že projímadla sníží absorpci potravy. Ve skutečnosti tomu tak není, protože projímadla působí v dolní části zažívacího systému, a kalorie obsažené v potravě jsou absorbovány v jeho horní části.

„Začala jsem užívat projímadla, protože jsem měla strach, že rychle ztloustnu, když toho tolik sním. Myslela jsem si, že když budu brát projímadla, jídlo jenom projde tělem.“

Užívání laxativ jako způsobu kontroly hmotnosti je spojeno s celou řadou obtíží. Jedním z problému je, že tělo si časem zvykne na pravidelné užívání laxativ, a k dosažení žádaného účinku je třeba užívat stále vyšších dávek. Někteří lidé nakonec užívají značné dávky projímadel (až stonásobek normální dávky). Jinou komplikací je, že tělo reaguje na užívání laxativ zadržováním tekutin. To vede k edémům (zadržování vody), projevujícím se opuchnutím kolem očí a otoky vůbec, zejména kolem zápěstí a kotníků (Cooper 1995, s. 32).

Priznat si problém s jídlem je podle Papežové důležité pro možnost léčby nejen pro postižené samotné, ale i pro celé rodiny. V posledních letech jsou častěji prvními lidmi, kteří upozorní na problém, zaměstnavatelé a učitelé. První známky onemocnění mohou být následující:

- Postižená může hubnout a skrývat se do volného oblečení.
- Vynechává jídla s rodinou i vrstevníky, protože má jiný rozvrh. Nebo jí příliš dlouho a nepřibírá.
- Když jí s ostatními, konzumuje většinou samou zeleninu, co nejméně cukrů, uhlohydrátů a tuků.
- Může být velmi aktivní, přehnaně rychle chodí, posiluje, běhá.
- Pije hodně kávy a dietních nápojů a drží různé diety.
- Mění se jí nálada, je plačtivá, podrážděná a netrpělivá.
- Je stažená, přestává chodit s přáteli.

Dále Papežová popisuje jednotlivá stádia léčby onemocnění. Uvádí tři stádia: úprava váhy alespoň tak, aby nehrozilo zdravotní ohrožení, boj s jídelními problémy a pochopení vlastní osobnosti, rysů a těžkostí. Léčba nemusí být zásadně v tomto pořadí. Je však třeba začít brzo. Rodiny s mladšími postiženými se musí více aktivně podílet na supervizi jídel, prevenci nutkavého jednání. Spojení se svépomocnou organizací, se školou, skupinou přátel pomáhá. Hospitalizace může přinést podporu a pomoc. Na oddělení má být více sester, protože práce je vyčerpávající, je nebezpečí, že by personál mohl „emočně vyhořet“ (Papežová, 2003, s. 88-89).

2.2. Mentální anorexie

Podle Horta je pro mentální anorexii charakteristické vědomé omezování příjmu potravy následné hubnutí. Toto hubnutí je spojené s podstatnými tělesnými změnami, které vyplývají z dlouhodobé malnutrice, případně zneužívání laxativ, diuretik, anorektik, někdy spojené se zvracením. Přítomny jsou rovněž psychické změny, depresivní syndrom, zvýšená dráždivost, porucha tělového schématu spojená s nereálným přesvědčením o tom, že pacientka má nadváhu.

Dalším spouštěčem může být nevhodná poznámka spolužáků (např. o širokých bocích). Jindy se mohou obtíže objevit během či po nějaké zátěžové situaci (rozvod rodičů, úmrtí blízké osoby). Dívky začnou pod záminkami zdravé výživy (oblíbené je vegetariánství či makrobiotika) omezovat nejprve sladké a později i další jídla. Během toho může nemocná snižovat váhu pomocí intenzivního cvičení či zneužívání laxativ a diuretik. Bohužel postupná redukce váhy může vést až k extrémní vyhublosti (Hort, 2008, s. 264-265).

Krch uvádí několik příkladů, které poukazují jak rozpoznat mentální anorexii:

- Mění se jídelníček, ze kterého mizí nejprve jídla, která jsou považována za energeticky příliš vydatná nebo „nezdravá“. Anorektičky nejprve vynechávají sladkosti a tučná jídla, jako je bílé pečivo, knedlíky, maso..., až nakonec zhubnou jen dietní „light“ potraviny.
- Mění se jídelní režim. Nemocní si důsledně neberou nic, co by bylo „navíc“, pod různými záminkami mizí i hlavní jídla.
- Jídelní změny jsou dodržovány se stále větší důsledností a obhajovány se stále větší rafinovaností. Na jídlo najednou není čas ani chuť, přibývá výmluv a podvodů kolem jídla. Anorektičky ráno uvádí, že nejsou zvyklé jíst, nebo že nemají čas a večer jsou většinou už po večeři.
- Při jídle se úzkostlivě srovnávají s ostatními, vyžadují, aby měly co nejméně. Často hodně žvýkají žvýkačky, uždibují a kouří.
- Mění se jejich jídelní tempo a chování. Jedí velmi pomalu a obřadně, v jídle se nimrají, dlouho si je prohlížejí, vybírají, co nesnědí, potraviny si dělí na miniaturní kousky, jídlo jim trvá tak dlouho, že se pak opravdu nestihnou najíst. Trvají na tom, že si musí jídlo „vychutnat“ nebo „jíst v klidu“, což znamená, že například ujídají malý jogurt miniaturní lžičkou 20 minut.

- Mění se jejich chuť, někdy hodně solí, pijí kávu a snadno se jim udělá po něčem špatně. Někdy hodně pijí (zapíjejí tak hlad), jindy nepijí vůbec, až jim hrozí dehydratace.
- Vyhýbají se jídlu ve společnosti, přecitlivěle reagují na to, když je někdo sleduje při jídle nebo například mlaská. Připravují si pro sebe jiné, méně vydatné jídlo. Když jedí, vypadají napjatě, strnule, vyděšeně. Snadno se cítí přejedené a mluví o tom, kolik toho snědly. Jablka jsou najednou obrovská a rohlík se nedá sníst, jak je vydatný.
- Příliš se zaobírají svojí postavou a tělesnou hmotností. Postávají před zrcadlem a neustále se váží nebo se naopak váže se strachem vyhýbají. Zahalují se do volných šatů nebo naopak nosí oblečení, které umožňuje předvádět jejich plochou a vyhublou postavu. Často mluví o jídle nebo se naopak této tématice přehnaně vyhýbají.
- Ze zdravotních důvodů se nejdříve objevuje zácpa, porucha menstruačního cyklu a zimomřivost. Vypadávají jim vlasy, kazí se jim pleť a po těle se jim objevují jemné chloupky.
- Začínají se vyhýbat přátelům i rodině, uzavírají se do sebe. Vzrůstá jejich přecitlivělost a podrážděnost, zhoršuje se jim nálada.
- Na tlak donutit je jíst reagují anorektičky většinou kategorickým odporem. Vyhrožují, emočně vydírají a na každý argument mají svoje protiargumenty. Dokážou hodiny mluvit o tom, jak se cítí nafouklé, probírat jídelníček a svoje pocity. Když jsou nuceny jíst, snaží se podvádět. Někdy podvádějí také proto, aby „uklidnily“ rodiče (Krch 2002, str. 27-28).

Diagnostická kritéria mentální anorexie lze podle Krcha shrnout do tří základních znaků:

- Aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod 15% normální tělesné váhy, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI,
- Strach z tloušťky trvajícím i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost;
- Amenorea u žen (porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky (Krch, 2003, s. 19).

Dále Krch popisuje, jakým způsobem lze posoudit tělesnou hmotnost. Nejjednodušším způsobem je využití některého z indexů, které vyjadřují poměr tělesné váhy a výšky

v různých mocninách. Nejčastěji se dnes užívá Queteletův index tělesné hmotnosti (body mass index – BMI), který lze vypočítat podle následujícího vzorce:

$$BMI = \frac{\text{hmotnost [kg]}}{(\text{výška [m]})^2}$$

Výška se uvádí v metrech, tj. měří-li se 172 cm, do vzorce se dosadí hodnota 1,72 (Krch, 2003, s. 61).

Kategorie	Rozsah BMI – kg/m ²	Základní BMI	Hmotnost osoby vysoké 180 cm	Zdravotní rizika
těžká podvýživa	≤ 16,5	méně než 0,6	méně než 53,5 kg	velmi vysoká
podváha	16,5 – 18,5	0,6 – 0,74	od 53,5 do 60 kg	vysoká
ideální váha	18,5 – 25	0,74 – 1	od 60 do 81 kg	minimální
nadváha	25 – 30	1 – 1,2	od 81 do 97 kg	nízká až lehce vyšší
mírná obezita	30 – 35	1,2 – 1,4	od 97 do 113 kg	zvýšená
střední obezita	35 – 40	1,4 – 1,6	od 113 do 130 kg	vysoká
morbidní obezita	> 40	nad 1,6	nad 130 kg	velmi vysoká

Tabulka č. 2: BMI index, dostupné z: <http://www.tlukotsrdce.cz/tinymce/uploaded/BMI.jpg>

Dle Papežové existují rizikové povahové rysy, které mohou mentální anorexii rozvinout. Patří mezi ně perfekcionismus (snaha být dokonalá a utiřit tak enormní sebekritičnost a nízké sebevědomí), zranitelnost (nejistota ohledně sebe sama vedoucí ke zvýšené snaze zalíbit se druhým), nestálost (kontrola nad jídlem zastupuje kontrolu nad nestabilními instinkty a radostmi), puritánství a asketismus (překonat vlastní potřeby, včetně jídla, je považováno za morální a očišťující) a sebetrestání (dívký věří, že jsou špatné, protože mají problém, se kterým se neumějí vyrovnat). Kdyby byly perfektní, neměly by problémy (Papežová, 2010, s. 15).

Také Kocourková charakterizuje osobnost pacientek s mentální anorexií jako svědomitou, snaživou, pečlivou, ukázněnou, ctižádostivou, výkonnou, zdvořilou, perfekcionistickou apod. Dále uvádí, že tyto pacientky bývají rigidní, mají snahu po dokonalosti toho, co dělají, obtížně zacházejí s agresivními popudy. Tato osobnost extrémně lpí na kontrole jídelního chování, a jakmile shledá tuto kontrolu porušenou, rozvíjí depresivní symptomatiku (Kocourková, 1997, s. 51).

Podle Maloney a Kranzová existují dívky, které si o sobě myslí, že ať udělají cokoli, nikdy se jim nepodaří mít „dokonalé“ tělo. Nebo ty, které vědí, že toho mohou dosáhnout jedině hladověním nebo nepřirozeným pročišťováním a úporným cvičením. Dle těchto autorů pro tyto dívky věc nestojí tak, že by měly snižovat hmotnost, ale měly by se naučit přijímat svoje tělo takové, jaké je, a naučit se je považovat za přitažlivé. Pokud se ale dívka příliš soustředí na vyhublý ideál štíhlosti a krásy, má možná strach, že když se začne léčit, vzdá se tím naděje na dosažení tohoto ideálu (Maloney, Krachová, 1997, s. 112-113).

Kocourková ve své knize uvádí empirický výzkum Caspera a Offea (1989), kteří zkoumali náhodně vybraný vzorek 497 adolescentů studentské populace a jejich postoje ve vztahu k váze a dietě v souvislosti s jejich psychologickým přizpůsobením. Zjistili, že dvě třetiny dívek byly zaujaty váhou a dietou ve srovnání s malým počtem chlapců (15%). Adolescentky tmavé pleti se méně zabývaly váhou a dietou než adolescentky bílé pleti. Vyrůstající zaměření na váhu a dietu bylo spojeno s větší nespokojeností s představou vlastního těla, s depresivní náladou a známkami emočního neuspokojení. Výsledky studie potvrdily, že dívky jsou k vlastnímu tělu a vzhledu kritičtější než chlapci, a mají tendenci k realizování diet jako prostředku změny (Kocourková, 1997, s. 59).

Pokud nemoc již propukla, mělo by se začít jednat. Vhodná je podpora celé rodiny a co nejdříve by se měl navštívit odborník. Kromě psychoterapie je velmi důležitá nutriční terapie. Dle Fraňkové a Dvořákové by tato léčba měla být dlouhodobá a je třeba pacientku naučit samostatnosti, uvědomování si vlastního já a hlavně je nutné ji naučit, že stravu je třeba považovat za normální biologickou funkci, nikoliv za něco zlého či nepřístupného (Fraňková, Dvořáková, 2003, s. 200).

2.3. Obezita

Jako obezita je dle Horta označována nadváha převyšující ideální váhu určenou podle výšky, věku a pohlaví na základě stanovených kritérií. Problematika obezity zasahuje více do medicínských oborů, zejména s ohledem na sekundární somatické komplikace, které nadváha vyvolává. Podle informací z posledních let lze soudit na to, že počet obézních jedinců hlavně v ekonomicky rozvinutých zemích stoupá.

Obezita bývá definována podle různých kritérií. Jedna definice hovoří o obezitě v případě, že nadváha přesáhne nejméně o 20% ideální váhu, vypočítanou podle výšky, věku a pohlaví. Ideální hmotnost bývá určována podle Queteletova indexu (BMI). Ideální hmotnost by měla činit 19-24,9 BMI. V této souvislosti je však nutné připomenout, že tyto hodnoty se týkají věku 18 let a výše, u dětí a dospívajících odpovídají ideální hmotnosti nižší hodnoty BMI. Jiná definice ideální váhy, tzv. Brockův index, se vypočítává jako výška v centimetrech minus 100. Tato hodnota se dnes jeví jako příliš vysoká, proto se u mužů odečítá 10% a u žen 5%. Další definice obezity bere jako hranici 85 percentil hmotnosti. Problém je, že uvedené definice nepostihují individuální rozdíly v konstrukci skeletu, v muskulatuře a rozdělení tělesného tuku. K posouzení obezity je pak vhodné změření kožní řasy na předloktí, které zhodnotí výšku nadbytečného podkožního tuku.

Dle informací z posledních let můžeme soudit, že počet obézních jedinců hlavně v ekonomicky rozvinutých zemích stoupá. Obezita se netýká pouze dospělých, ale také často dětí a adolescentů. Psychika se tak podílí na rozvoji obezity, např. kdy přejídání je reakcí na psychickou zátěž. Na druhé straně obezita sama o sobě přináší jedinci řadu zdravotních i sociálních potíží vedoucí k narušení psychické rovnováhy. Narušení rovnováhy pak může vést k přejídání, a tím je bludný kruh uzavřen (Hort 2008, str. 277).

Také Fraňková a Dvořáková upozorňují na to, že roste čím dál tím větší počet dětí s nadváhou/obezitou. Obézní děti trpí posměšky od spolužáků. Děvčata si uvědomují, že nejsou tolik atraktivní pro chlapce. Často tento „handicap“ kompenzují výbornými výsledky v předmětech, kde není potřeba tělesné aktivity. Jedinci obézní v dětském věku častěji trpí psychickými poruchami. Také spontánní hladovění při mentální anorexii nebo bulimii může být důsledkem nadváhy (Fraňková, Dvořáková, 2003, s. 233).

Příčinou obezity u dětí a mládeže podle Ruskové je nejčastěji nevyvážený poměr mezi příjmem a výdajem energie. Na jedné straně dospívající přijímají energeticky velice vydatnou stravu, bohatou na cukry, smažené a solené pokrmy, a na straně druhé tráví většinu dne sezením ve škole, nulovým pohybem a častým sledováním televize a hraním PC her (Rusková, 20011, s. 279).

Hort zmiňuje, že léčba obezity v dětském a adolescentním věku musí být multidimenzionální a musí zasahovat do mnoha sfér života. Je zřejmé, že pouhé držení diety a následné zhubnutí nebývají dlouhodobě úspěšné a často vedou k tzv. jojo-efektu, tedy k neustálému kolísání hmotnosti.

Dítě nebo dospívající by měl změnit jídelní návyky nejen v oblasti množství a druhu jídla, ale též techniky jedení. Je známo, že děti s nadváhou jí velmi hltavě a málo jídlo koušou a žvýkají. Konečně je účelné jíst pravidelně ve stejné době, na stejném místě, dodržovat kulturu stolování. Nevhodné jsou další činnosti při jídle, například časté sledování televize. Léčba musí být zaměřena v první fázi na snížení stávající nadváhy, ve druhé fázi na snížení stávající nadváhy (Hort 2008, s. 280).

Příjem potravy patří k základním životním úkolům. Otázkou dle Křivohlavého je nejen co přijímat, ale i jak to přijímat, kdy to přijímat (kdy a jak jíst a pít) apod., aby tento příjem potravy byl v dimenzích „zdravého způsobu výživy“. Přejídání na jedné straně a odmítání jídla na straně druhé se ukazují jako dva nežádoucí extrém. Obezita a bulimie i mentální anorexie jsou příkladem překračování mezi normálu uspokojování fyziologických a psychologických potřeb příjmu tekutin a potravy. Rovnováha mezi příjmem a výdejem energie ukazuje směr zdravému příjmu potravy. Psychologické poznatky o zdravém způsobu stravování, jídla a pití – doplňují tento základní poznatek.

Jídelní plán:

Jídelní plán by se měl stanovit v intervalu jedné až dvou hodin, jako např.:

7.00-8.30	snídaně
10.00-10.30	svačina
12.00-13.30	oběd
15.00-15.30	svačina
18.00-20.00	večeře (Křivohlavý, 2001, s. 220-221).

2.4. Prevence

Podle Papežové prevence nespočívá pouze v boji proti riziku zvyšujících se nároků či mediálních komerčních kampaní, ale také v tom, že bychom měli předávat pozitivní hodnoty mladé generaci. Naučit je pozitivnímu sebehodnocení a orientovat je na životní hodnoty, které nejsou založené pouze na zevnějšku a rychlé získanému bohatství. Je třeba děti naučit samostatně hodnotit, pomoci jim vytvořit hodnotový systém, který je bezpečný a zdravý. A také je naučit umět uhájit svůj názor a vytvářet za pomoci blízkých svou vlastní individualitu (Papežová, 2010, s. 24).

Poruchy příjmu potravy jsou dle Krcha velmi citlivý problém a záleží na tom, jak se chová okolí nemocných. Mnoho bulimiček začalo držet dietu s kamarádkou nebo po nějaké nevhodné narážce týkající se jejich postavy nebo jídla. Většina z nich pak v průběhu terapie argumentuje tím, že nemohou začít chodit do jídelny nebo si rozbalit ve škole svačinu, protože to nikdo nedělá. Neustále se srovnávají s ostatními a velmi citlivě si všímají toho, jak kdo jí. Důležité je bavit se o něčem jiném, vyhnout se některým narážkám, nenaletět na každý dietní nesmysl, oceňovat na lidech i něco jiného než štíhlou postavu, pravidelně jíst a nestydět se za rohlík ke svačině. Vhodné je naopak šetřit na čokoládě, chipsech nebo alkoholu (Krch, 2003, s. 148-149).

Papežová ve své knize věnovala část pro učitele a uvádí preventivní příklady. Dle autorky učitel je v prvořadě pozici, kdy může zaznamenat, že se u žáčky rozvíjí známky anorexie. Především při hrách a při tělesné výchově můžeme zaznamenat, že dítě ztrácí váhu. Dítě dříve sociálně aktivní se začíná stranit ostatních a je posmutnělé. Nebo vynechávají školní jídla a jedí pouze zeleninu.

Škola může s rodinou stanovit pravidla, aby zabránila rozvoji anorektického chování. Postižené dívky by mělo být cvičení ve škole zakázáno. Týká se to jak pravidelného cvičení, tak zvláštních aktivit ve volném čase. Je jednoduché vysvětlit takové opatření, neboť cvičení při nízké váze je velkým zdravotním rizikem. Není možné očekávat, že na sebe škola vezme takové riziko.

Co se týče stravování, je třeba připravit plán dalšího postupu a kontrolovat ho. Je dobré mít několik možností a vybrat postup nejvhodnější pro danou situaci a měnit ho podle potřeby a průběhu nemoci.

Jako příklad Papežová uvádí tyto varianty:

- Jíst jako ostatní a s ostatními.
- Vybrat kamarádku, která bude s postiženou v jídelně sedět a ubezpečí se, že jídlo sní.
- Jíst s členem učitelského sboru.
- Jíst u stolu učitelského sboru.
- Jíst mimo jídelnu s kamarádkou, která dává pozor
- Jíst v oddělené místnosti (Papežová, 2000, s. 74-75).

2.5. Kontakty

Maloney a Kranzová uvádějí několik příkladů, kde hledat pomoc. Seznamují nás s organizacemi, které nabízejí široký rozsah služeb lidem trpícím poruchami příjmu potravy. Poskytují poradenskou péči lidem postiženým anorexií, bulimií a záchvatovitým přejídáním, a členům jejich rodin.

Kontaktní adresy:

- Jednotka specializované péče pro poruchy příjmu potravy;
Psychiatrická klinika VFN, Ke Karlovu 11; 128 21 Praha 2; tel. 24914120
- Dětská psychiatrická klinika 2. LF
V Úvalu 84; 150 00 Praha 5; tel. 24433400, aj.

Linky důvěry:

Praha

- Linka důvěry mládeže RIAPS – nonstop; tel. 02/296402
- Linka bezpečí (pro děti a mládež v krizi) – nonstop zdarma; tel. 0606-55555

Hradec Králové

- Linka důvěry dětí a mládeže, denně 14-22 hod.; tel. 049/622259; aj.

Krizová centra:

Praha

- Dětské krizové centrum; V Zápolí 12/1250, 141 00 Praha 4; tel. 02/61210612
- Most – Krizové centrum pro mládež, Čakovická 51, 190 00 Praha 9; aj.

Rodinné poradny:

- **Hradec Králové** – E. Beneše 1747; Hradec Králové 500 02; tel. 049/5265015
aj. (Maloney, Kranzová, 1997, s. 131-138).

II. EMPIRICKÁ ČÁST

3. Metodologie výzkumného šetření

Experimentování s jídelním chováním představuje jeden z mnoha symptomů rizikového chování v adolescenci. Hlavním cílem práce je zmapovat závažnost experimentů s jídelním chováním v rámci multikauzální etiologie syndromu rizikového chování v adolescenci. Dílčím cílem je zjistit vztah depresivity a závažnosti rizikového chování a vztah mezi symptomy rizikového chování v adolescenci.

3.1. Stanovené hypotézy

H1: U více jak 2% respondentů bude zjištěna podváha ($BMI < 17,5$)

H2: Experimentování s jídelním chováním souvisí s negativními emocemi

H3: Experimentování s jídelním chováním souvisí s negativním sebehodnocením

H4: Více jak 50% respondentů experimentuje i v jiných oblastech rizikového chování

3.2. Výzkumné metody

Pro kvantitativní výzkumné šetření byla zvolena metoda anonymních dotazníků provedená na studentech různých oborů střední církevní školy v Hradci Králové. Výhoda této metody spočívá v možnosti rychlého získávání informací od většího počtu respondentů. Výzkumné šetření bylo započato v září roku 2016 a jejich vyhodnocení se uskutečnilo v březnu roku 2017.

Dle Pelikána podstatou dotazníků je zjištění dat a informací o respondentovi, ale též jeho názorů a postojů k problémům, které dotazujícího zajímají. Dotazník jako každá výzkumná metoda má své výhody i nevýhody. Mezi nesporné výhody patří snadná administrace, možnost oslovit větší počet respondentů a příležitost získat takové informace, které nelze získat jinou technikou. Na druhou stranu musíme počítat s určitou subjektivitou výpovědí. Další značnou nevýhodou je, že respondent může přizpůsobit své odpovědi tak, jak si myslí, že by bylo vhodné odpovědět. Dotazník také striktně omezuje prostor pro

respondentovy odpovědi, přičemž někdy je respondent nucen zvolit takovou variantu, kterou by jinak nezvolil (Pelikán, 1998, s. 105).

Mezi respondenty bylo distribuováno 3 x 89 dotazníků. Dotazníky byly předány respondentům během hodiny etické výchovy. Studenti byli upozorněni, že šetření probíhá anonymně. Před vyplňováním jim byla nabídnuta možnost odmítnout a nezúčastnit se průzkumu. Této možnosti nikdo nevyužil. Vzhledem k tomu, že dotazníky byly předávány osobně, návratnost dotazníků byla 100%, tj. 89 dotazníků. Údaje získané z vyplněných dotazníků jsou zpracovány do grafů.

Dotazník EAT 26 je screeningová metoda, která umožňuje odhalit rizika poruch příjmu potravy. Pro zhodnocení rizika užívá 3 kritéria: skóre EAT, nízkou váhu s porovnáním s normou v dané věkové skupině a behaviorální projevy indikující možné symptomy PPP nebo výrazná ztráta hmotnosti (poslední část dotazníku). Skóre EAT je vypočítáváno z bodově ohodnocených odpovědí v rámci 26 otázek rozdělených do 3 subškál (dietní chování, bulimické chování a zabývání se jídlem a restriktivní chování) Vždy je potřeba zvolit jednu nejvíce vyhovující odpověď. Pokud je výsledné skóre vyšší než 20, měli by jedinci být vyšetřeni kvalifikovaným profesionálem pro vyloučení nebo potvrzení přítomnosti poruchy příjmu potravy. Behaviorální projevy indikující možné symptomy PPP se musí objevit v posledních 6 měsících a posuzuje se také jejich intenzita: nikdy, 1 za měsíc nebo méně, 2 až 3krát za měsíc, 1krát týdně, 2 až 6krát týdně, jednou denně a více, ztráta 10 kg. Pokyny k vyhodnocení dotazníku obsahují případy označených odpovědí, které již značí nutnost vyhledat pomoc profesionála.

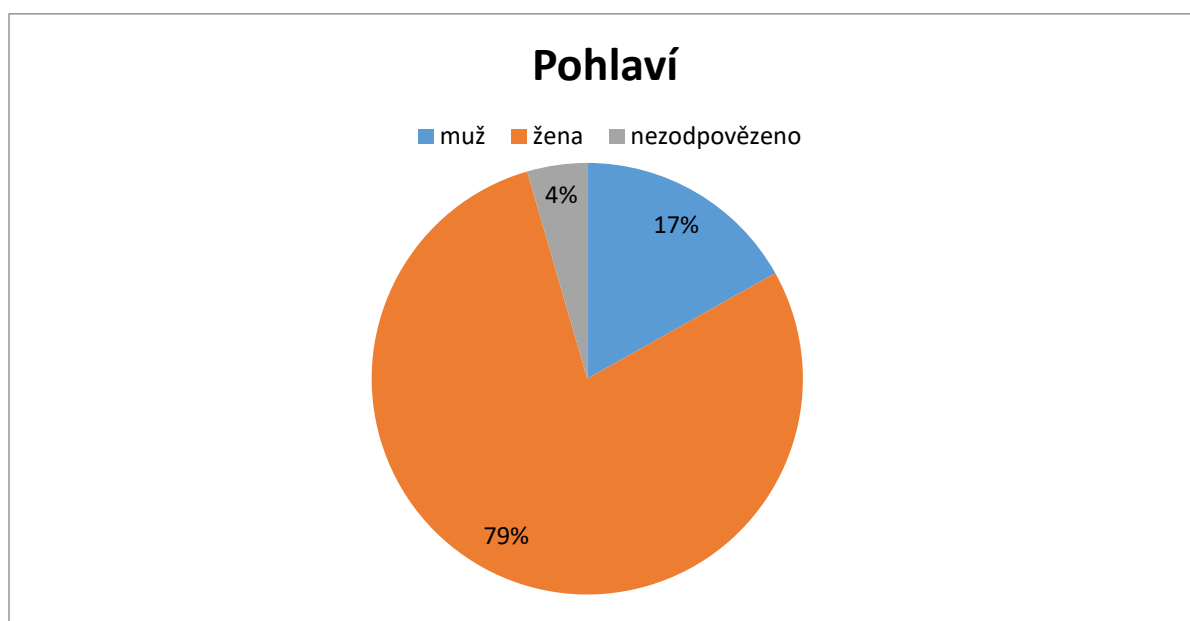
Dotazník CDI (Childrens Depression Inventory) zjišťuje míru depresivity u adolescentů. Autorem dotazníku je M. Kovacs. Autorem příručky v češtině je M. Preiss. CDI vznikla z Beckovy sebeposuzovací škály depresivity pro dospělé (Preiss, 1998). Dotazník obsahuje 27 položek a je rozdělen do 5 subškál, kdy první subškála (A) zjišťuje intenzitu špatné nálady, druhá (B) interpersonální problémy, třetí (C) nevykonnost, čtvrtá (D) anhedonii (otupělé emoce) a pátá (E) snížené sebehodnocení. Položky jsou hodnoceny na tříbodové škále – absence symptomů znamená skóre 0, mírné projevy skóre 1 a výrazné projevy symptomů skóre 2. Čím vyšší je výsledné celkové skóre, tím vyšší je i riziko problému.

Experimentální verze **Dotazníku chování v dospívání** (autorem dotazníku je Pelcák, 2015) vychází z všeobecně akceptovaného teoretického konstruktů resilience a v psychologii

a pediatrii standardně rozlišovaných projevů SRCH-D. Dotazník zjišťuje závažnost výskytu behaviorálních projevů, jež zastřešuje syndrom rizikového chování v adolescenci: záškoláctví, sexuální rizikové chování, experimentování s jídelním chováním a sebepoškozování, látkové a behaviorální závislosti, drobnou kriminalitu, agresivní chování, rizikové sporty a pohybové aktivity, rizikové chování na internetu. Dotazník zahrnuje také položky tzv. chování podporující zdraví. Odpovědi jsou zaznamenány na pětibodové škále (1 = nikdy, 5 = pravidelně), respondenti hodnotí období uplynulého kalendářního roku.

3.3. Charakteristika výzkumného vzorku

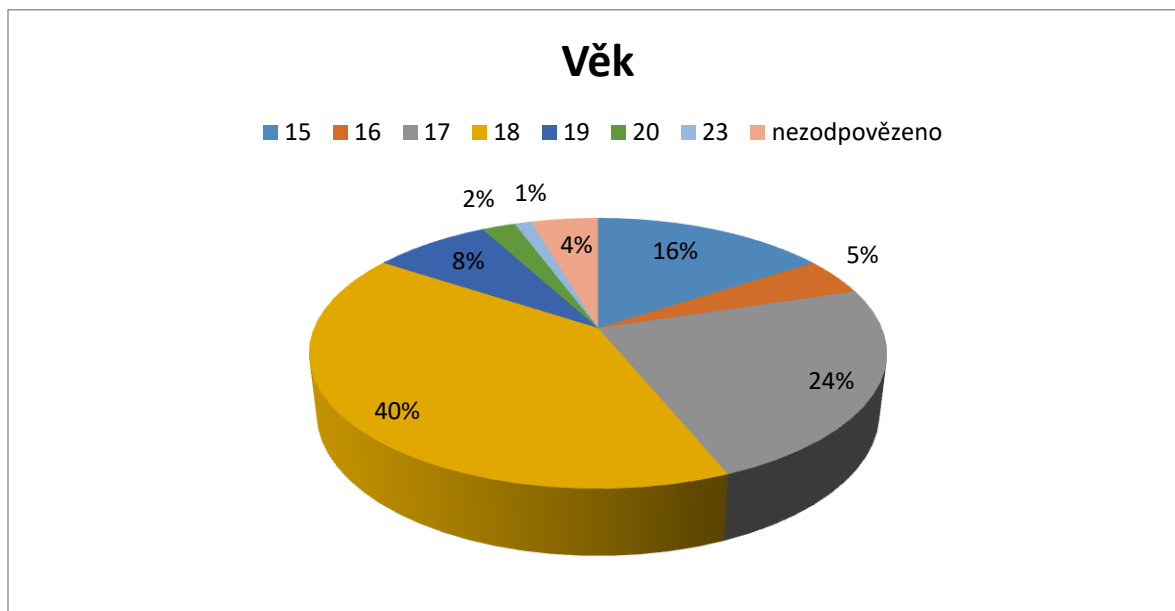
Respondenti byli studenty 1. – 4. ročníků různých oborů střední církevní školy v Hradci Králové. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 89 respondentů. Z tohoto počtu bylo 70 (79%) žen, 15 (17%) mužů a 4 (4%) respondenti pohlaví neuvědli. Tyto hodnoty vyjadřuje graf č. 1.



Graf č. 1 – Charakteristika respondentů dle pohlaví

Na této církevní škole, kde jsou obory pedagogicky zaměřené, studuje více dívek než chlapců. Tomu odpovídá i uvedený graf č. 1.

Dále byl zjišťován věk respondentů. Nejpočetnější skupinou byli studenti ve věku 18 let (40%), poté 17 let (24%), 15 let (16%), 19 let (8%), 16 let (5%), 20 let (2%) a nejmenší skupinu tvořili studenti 23 let (1%). Respondentů, kteří nevyplnili věk, bylo 4%. Tato fakta procentuálního poměru věkového zastoupení jsou zastoupena v grafu č. 2.

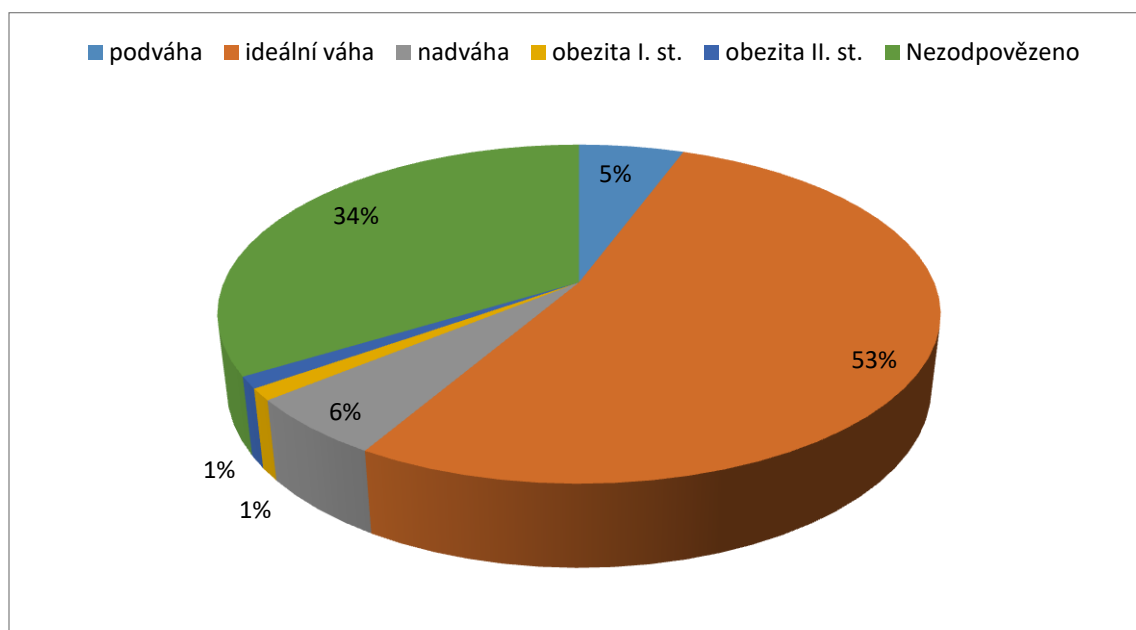


Graf č. 2: Věková struktura respondentů

3.4. Experiment s jídelním chováním a rizikové chování

3.4.1. Experiment s jídelním chováním

Za možný ukazatel experimentování v oblasti jídelního chování byl shodně s literaturou zvolen BMI. Při zjišťování BMI indexu byl využit Queteletův index tělesné hmotnosti, tj. $BMI = \frac{hmotnost [kg]}{(výška [m])^2}$, dále se při výpočtu postupovalo podle tabulky č. 2. U respondentů od 15 do 23 let bylo zjištěno zastoupení podváhy 5%, ideální váhy 53%, nadváhy 6%, obezita I. stupně 1% a obezita II. stupně také 1%. Na základě vyhodnocených dat lze konstatovat, že se téměř neliší míra osob s podváhou a nadváhou, obezitou I. a II. Výsledky se jeví téměř idylické, jelikož ideální váha dle respondentů je v normě. Je však nutno je přijímat s určitou skepsí, jelikož 34% respondentů na tuto otázku vůbec neodpovědělo (graf č. 3).



Graf č. 3: Distribuce hmotnosti respondentů dle BMI

H1: U více jak 2% respondentů bude zjištěna podváha (BMI<17,5) se tedy potvrdila.

Uvedený výsledek může souviset s restriktivním jídelním chováním, hodnoty BMI 17,5 a méně lze považovat shodně s Koutkem (2008, s. 264) za příznaky mentální anorexie, což je dle Kouta jedno z diagnostických kritérií této nemoci. Dále poukazuje na experimentování s jídlem. Kout zdůrazňuje, že si pacient snížení váhy způsobuje sám tím, že

se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo více z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokované defekce, užívání anorektik a diuretik, nadměrné cvičení. Další diagnostické kritérium mentální anorexie je přítomnost specifické psychopatologie, přičemž stále přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá, ovládací myšlenka, a pacient si sám sobě ukládá za povinnost mít nízkou váhu. (Kout, 2008, s. 264)

Řada autorů poukazuje na významnou roli negativních emocí a negativního sebehodnocení v etiologii poruch příjmu potravy. Pro objektivizaci negativního prožívání a nízkého sebehodnocení byl použit standardizovaný dotazník CDI. Tímto způsobem bude potvrzena nebo vyvrácena hypotéza 3 a 4.

H2: Experimentování s jídelním chováním souvisí s negativními emocemi

H3: Experimentování s jídelním chováním souvisí s negativním sebehodnocením

	A	B	C	D	E	DCH	BCH
CDI A	1						
CDI B	0,50	1					
CDI C	0,43	0,35	1				
CDI D	0,60	0,54	0,35	1			
CDI E	0,59	0,38	0,51	0,55	1		
Dietní chování	0,27	0,14	0,05	0,28	0,39	1	
Bulimické chování	0,37	0,26	0,16	0,31	0,49	0,61	1

Tab. č. 3: Vztah depresivního prožívání a experimentování s jídelním chováním

Vysvětlivky: CDI A – špatná nálada, CDI B – interpersonální potíže, CDI C – nevykonnost, CDI D – anhedonie (neschopnost prožívat kladné emoce a city), CDI E – negativní sebehodnocení. Pro zjišťování vztahů mezi depresí a experimentováním s jídelním chováním byl použit párový Pearsonův korelační koeficient *r*. Vyjadřuje společné kolísání dvou proměnných. Jedná se o součin směrodatných odchylek obou proměnných. Ideální korelace je 1. Korelační koeficient může dosahovat hodnot od -1 do 1.

Tabulka č. 3 ukazuje statisticky významné vztahy mezi dietním chováním a špatnou náladou ($r=0,27$), dietním chováním a anhedonií ($r=0,28$), dietním chováním a negativním sebehodnocením ($r=0,39$). V případě interpersonálních potíží a nevykonnosti nebyl statisticky významný vztah potvrzen. Tabulka dále ukazuje statisticky významné vztahy mezi bulimickým chováním a špatnou náladou ($r=0,37$), bulimickým chováním a interpersonálními

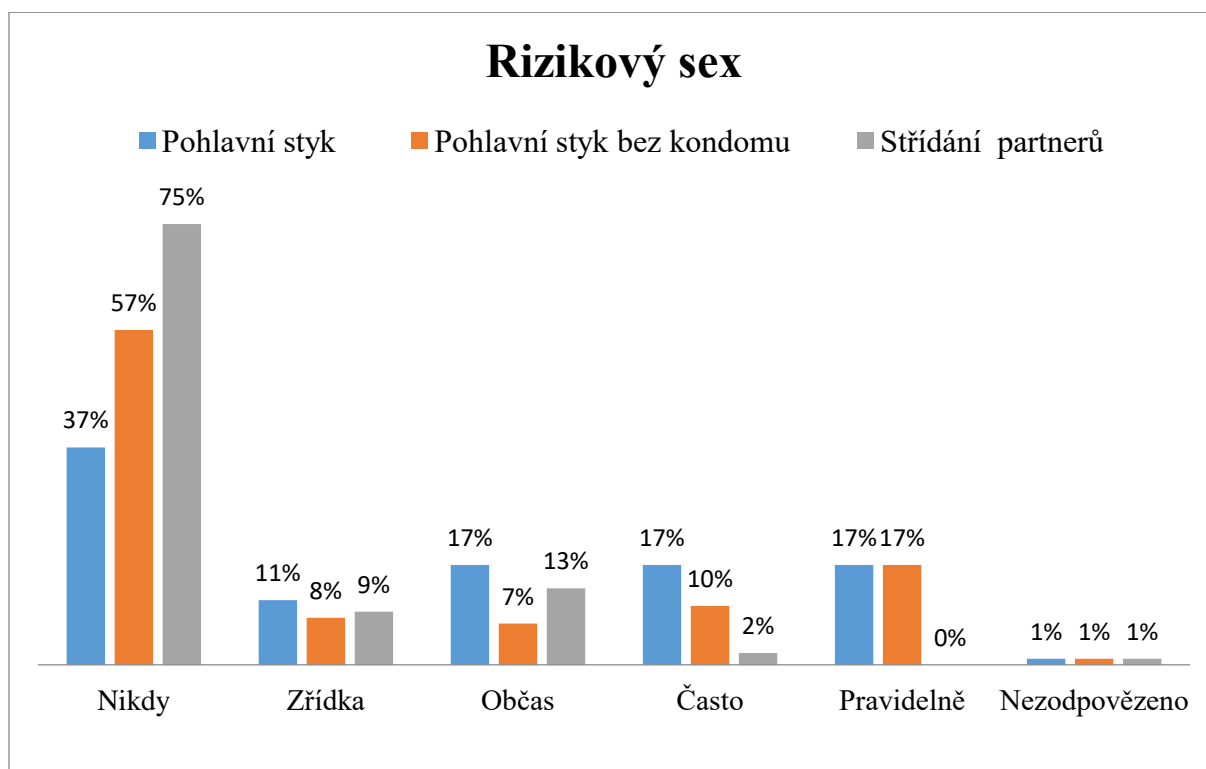
potížemi ($r=0,26$), bulimickým chováním a anhedonií ($r = 0,31$), bulimickým chováním a negativním sebehodnocením ($r = 0,49$). **H2 a H3 byly potvrzeny.**

3.4.2. Výskyt rizikového chování v dalších oblastech

Vyhodnocení dotazníku SRCH-D

V této kapitole jsou vyhodnoceny výsledky dotazníkového šetření, které se zabývají konkrétními položkami vztahujícím se k problematice rizikového chování adolescentů. Experimentování i v jiných oblastech rizikového chování je vyjádřeno v následujících grafech v procentech a tímto směrem bude vyvrácena či potvrzena hypotéza č. 4.

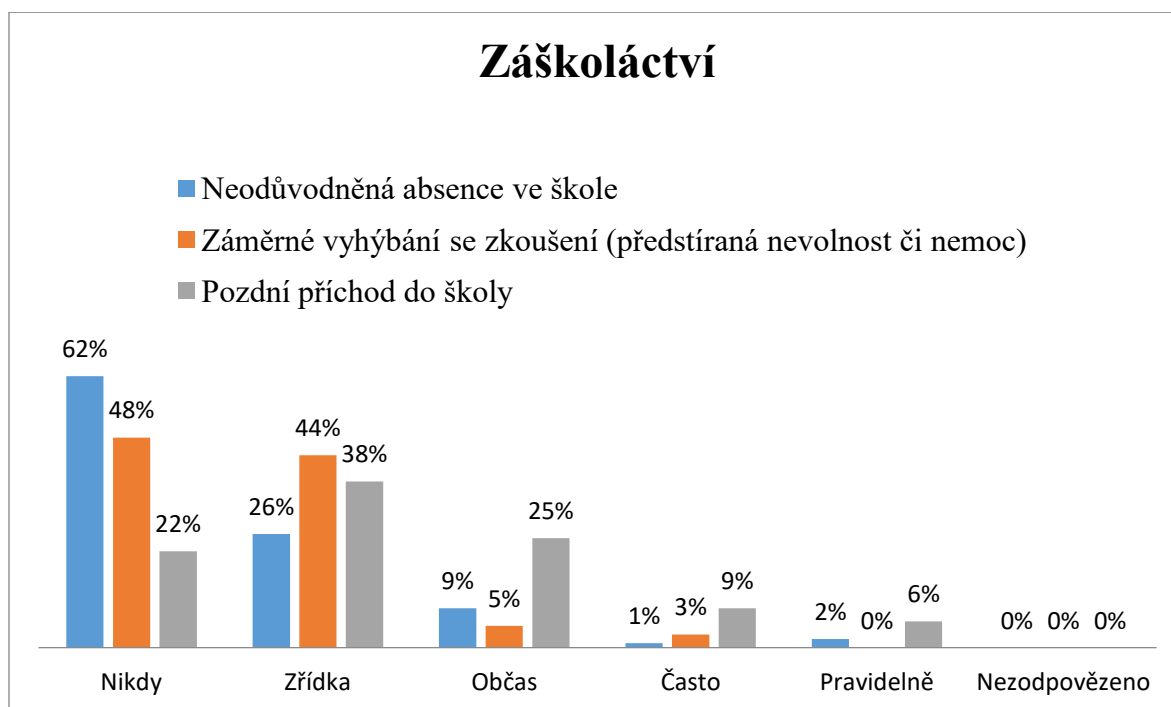
H4: Více jak 50% respondentů experimentuje i v jiných oblastech rizikového chování



Graf č. 4: Rizikový sex (pohlavní styk, pohlavní styk bez kondomu, střídání partnerů)

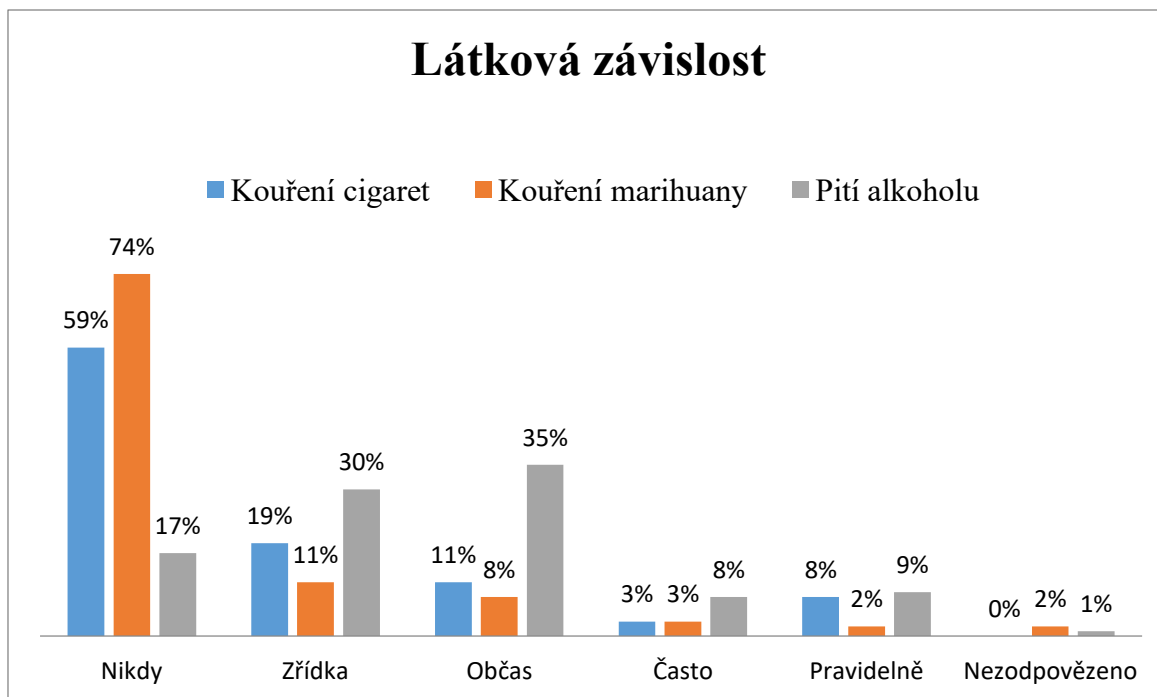
Z grafu číslo 4 lze vyčíst, že z 89 respondentů pohlavní styk nikdy nemělo pouze 37%. Naopak 62% respondentů uvedlo, že již pohlavní styk v období adolescence mělo. Zřídka mělo pohlavní styk 11% respondentů, občas 17%, často 17%, pravidelně také 17%, pouze 1% na tuto otázku vůbec neodpovědělo. K pohlavnímu styku kondom nikdy nepoužívá 57% tázaných respondentů, 8 % používá kondom zřídka, občas 7%, často 10% a pravidelně jen

17% tázaných a 1% na tuto otázku neodpovědělo. Nikdy nestřídá partnery 75% respondentů, zřídka střídá partnery 9% respondentů, občas 13%, často 2% a neodpovědělo 1% respondentů. Hypotézu č. 4 lze potvrdit u pohlavního styku a pohlavního styku bez kondomu, u střídání partnerů se hypotéza nepotvrdila.



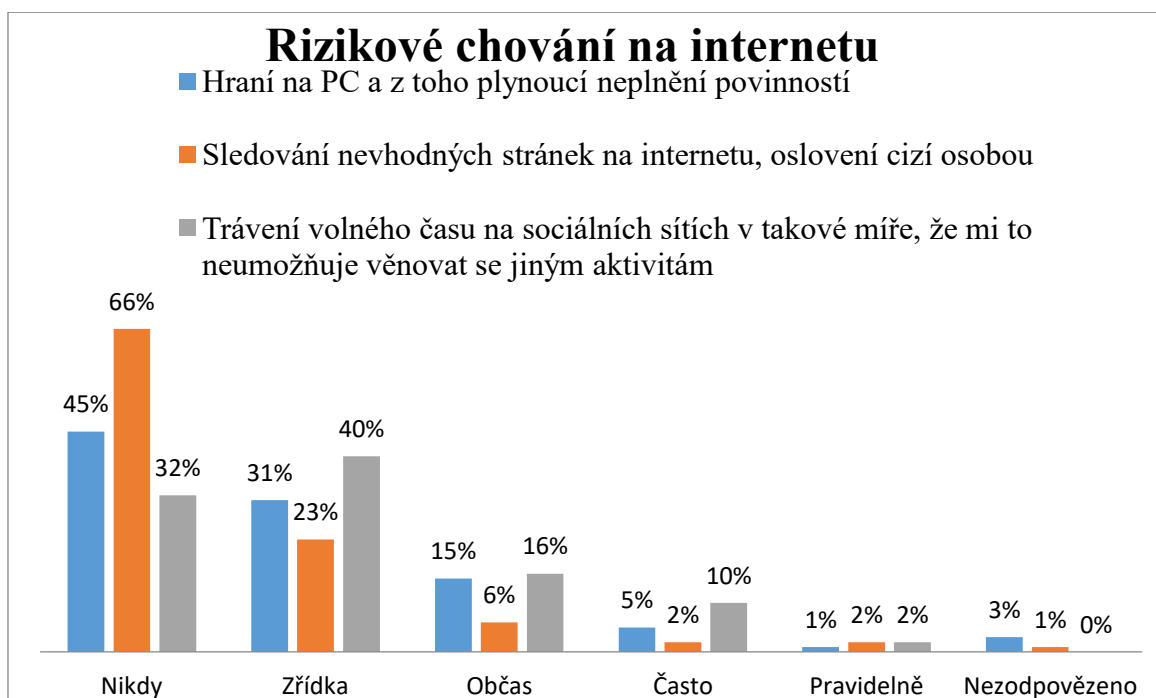
Graf č. 5: Záškoláctví (neodůvodněná absence ve škole, záměrné vyhýbání se zkoušení – předstíraná nevolnost či nemoc, pozdní příchod do školy)

Graf č. 5 znázorňuje postoj 89 respondentů k záškoláctví. Neodůvodněnou absenci nikdy nemělo 62% respondentů, 26% dotazovaných uvedlo neodůvodněnou absenci zřídka, občas 9%, často 1% a pravidelně 2%. Celkem 48% respondentů uvedlo, že se nikdy záměrně nevyhýbali zkoušení. Oproti tomu 52% tázaných přiznalo předstírání nevolnosti či nemoci za účelem záměrného vyhýbání se zkoušení, z toho 44% uvedlo tento jev jen zřídka, občas 5%, často pouze 3% dotazovaných. Nikdy nemělo zapotřebí vyhýbat se zkoušení 48% studentů. K pozdnímu příchodu se doznalo 78% respondentů. Z toho 38% zřídka, občas 25%, často 9% a pravidelně 6%. Nikdy nepřišlo pozdě do školy 22% dotazovaných studentů. Z toho vyplývá, že hypotéza č. 4 se potvrdila u záměrného vyhýbání se zkoušení a u pozdního příchodu do školy. Nepotvrdila se pouze u neodůvodněné absence.



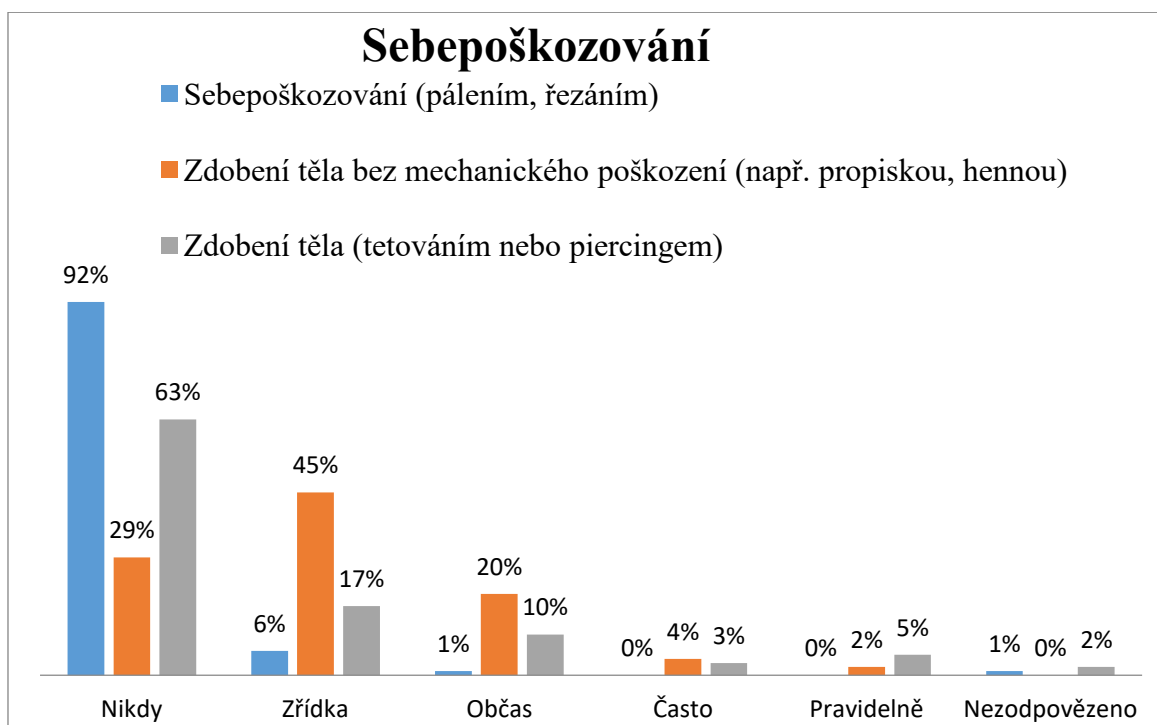
Graf č. 6 – Látková závislost (kouření cigaret, kouření marihuany, pití alkoholu)

Graf č. 6 prezentuje současný vztah 89 adolescentů k návykovým látkám. 59% respondentů uvádí, že nikdy nekouřilo, 19% zřídka, 11% občas, často 3%, pravidelně kouří pouze 2%. Marihuanu nikdy nevyzkoušelo 74% respondentů, zřídka 11%, občas 8%, často kouří marihuanu 3% tázaných studentů a 2% uvádí, že dokonce pravidelně. Pouze 2% studentů na tuto otázku neodpovědělo. S alkoholem experimentovalo 82% dotazovaných studentů, z toho 30% zřídka, občas 35%, často 8%, pravidelně 9%, pouze 1% respondentů na tuto otázku neodpovědělo a 17% studentů uvádí, že nemají žádnou zkušenost s pitím alkoholu. Při zjišťování látkové závislosti se potvrdila hypotéza č. 4 pouze u pití alkoholu. U kouření cigaret a marihuany se nepotvrdila.



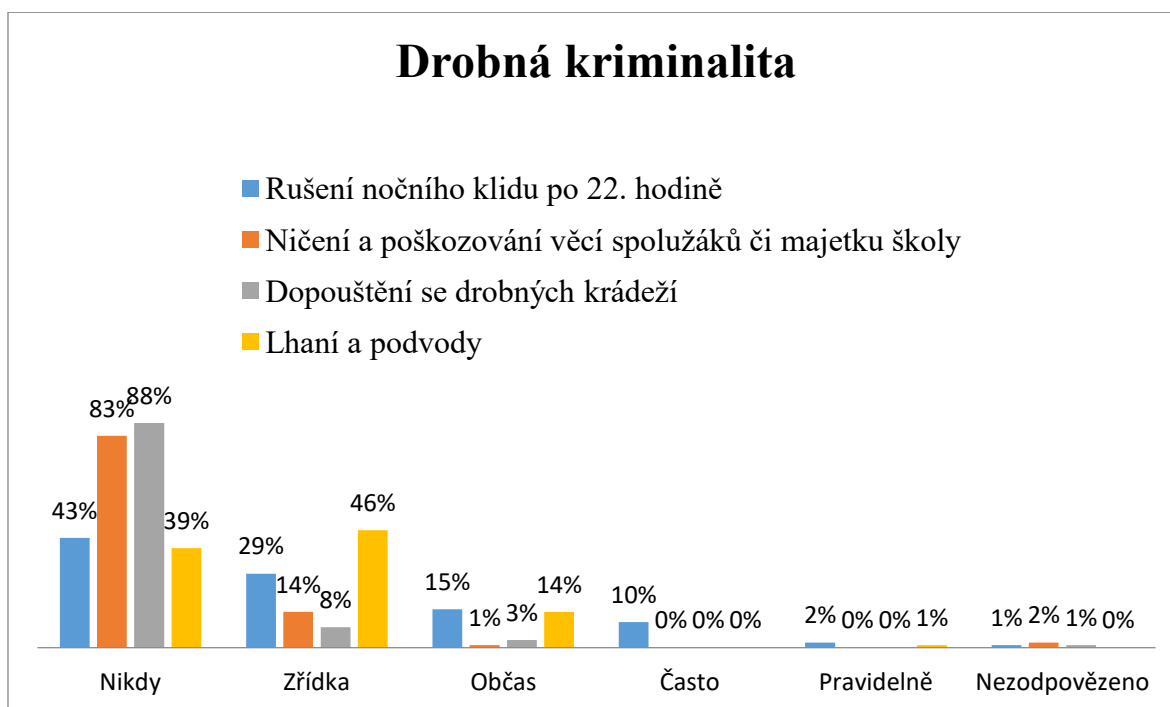
Graf č. 7: Rizikové chování na internetu (hraní na PC a z toho plynoucí neplnění povinností, sledování nevhodných stránek na internetu, oslovení cizí osobou, trávení volného času na sociálních sítích v takové míře, že mi to neumožňuje věnovat se jiným aktivitám)

V grafu č. 7 je znázorněno rizikové chování adolescentů na internetu. Z 89 respondentů 55% uvedlo, že hrají hry na PC v takové míře, že z toho plyne neplnění povinností. Z toho 31% zřídka, 15% občas, 5% často, pravidelně 1% a 3% dotazovaných na tuto otázku neodpovědělo. Nikdy nesleduje nevhodné stránky na internetu 66% dotazovaných, zřídka sleduje 23%, občas 6%, často 2%, pravidelně 2% a taktéž jeden respondent na tuto otázku neodpověděl. Na otázku týkající se trávení volného času na sociálních sítích v takové míře, že jim to neumožňuje věnovat se jiným aktivitám, odpovědělo pouze 32% respondentů, že s tím problémem nemají a v tomto směru je sociální síť neomezuje. Naopak 68% studentů uvádí pravý opak. Z toho 40% pouze zřídka, 16%, občas, 10% často a 2% respondentů uvádí, že pravidelně tráví čas na sociálních sítích. Při zjišťování rizikového chování na internetu se hypotéza č. 4 potvrdila u otázky týkající se hraní her na PC a u trávení volného času na sociálních sítích. Při sledování nevhodných stránek se hypotéza č. 4 nepotvrdila.



Graf č. 8: Sebepoškozování (sebepoškozování pálením, řezáním, zdobení těla bez mechanického poškození např. propiskou, hennou, zdobení těla tetováním, piercingem)

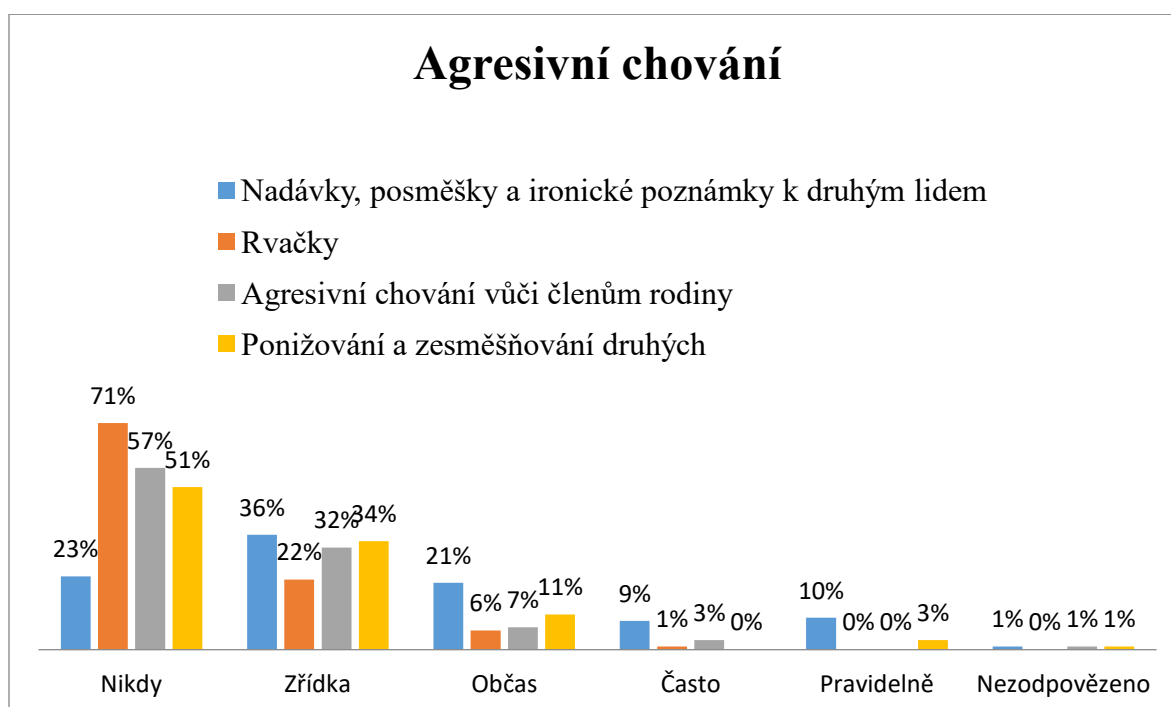
Graf č. 8 charakterizuje postoj 89 studentů k problematice sebepoškozování. 92% respondentů se nikdy nepoškozují např. pálením nebo řezáním. 6% uvedlo zřídka, občas 1% a neodpovědělo na tuto otázku 1% respondentů. Zdobení těla bez mechanického poškození uvádí 71% respondentů, z toho 45% jen zřídka, občas 20%, často 4% a 2% studentů se tímto způsobem zdobí pravidelně a nikdy se nezdobilo 29% dotazovaných. Piercingem a tetováním se nikdy nezdobilo 63% respondentů, zřídka 17%, občas 10%, často 3%, pravidelně 5% a 2% tázaných na tuto otázku neodpovědělo. Z výsledku výzkumného šetření vyplývá, že hypotéza č. 4 se potvrdila pouze u zdobení těla bez mechanického poškození. Zdobení těla piercingem a tetováním a sebepoškozování řezáním nebo pálením, zde se hypotéza nepotvrdila.



Graf č. 9: Drobná kriminalita (rušení nočního klidu po 22. hod, ničení a poškození věcí spolužáků či majetku školy, dopouštění se drobných krádeží, lhaní a podvody)

Graf č. 9 znázorňuje výsledky šetření 89 respondentů, kteří odpovídali na otázky týkající se problematiky drobné kriminality. 56% dotazovaných uvedlo, že rušení klidu po 22. hodině porušují. Z toho 29% zřídka, 15% občas, často 10%, pravidelně 2% a nezodpovědělo tuto otázku pouze 1% respondentů. 43% respondentů uvádí, že nikdy rušení klidu neporušují. Pozitivně dopadla otázka týkající se ničení a poškození věcí spolužáků či majetku školy. Zde 83% respondentů uvádí, že nikdy se takovýchto akcí neúčastní, 14% zřídka, občas 1% a 2% dotazovaných na tuto otázku neodpovědělo. Velmi pěkně si respondenti vedli u otázky, kde odpovídali, zda se dopustili nebo dopouští někdy drobných krádeží. 88% dotazovaných studentů uvádí nikdy, 8% zřídka, občas 3% a 1% dotazovaných studentů na tuto otázku neodpovědělo. Oproti tomu ke lhaní a podvodům se doznává 61% respondentů. Z toho zřídka podvádí nebo lže 46%, 14% občas, pravidelně 1% a nikdy 39%. Z výsledků šetření drobné kriminality lze usoudit, že hypotéza se potvrdila u rušení klidu po 22. hodině a u lhaní a podvádění. Hypotéza se nepotvrdila u ničení a poškození věcí spolužáků či majetku školy a u drobných krádeží.

Agresivní chování



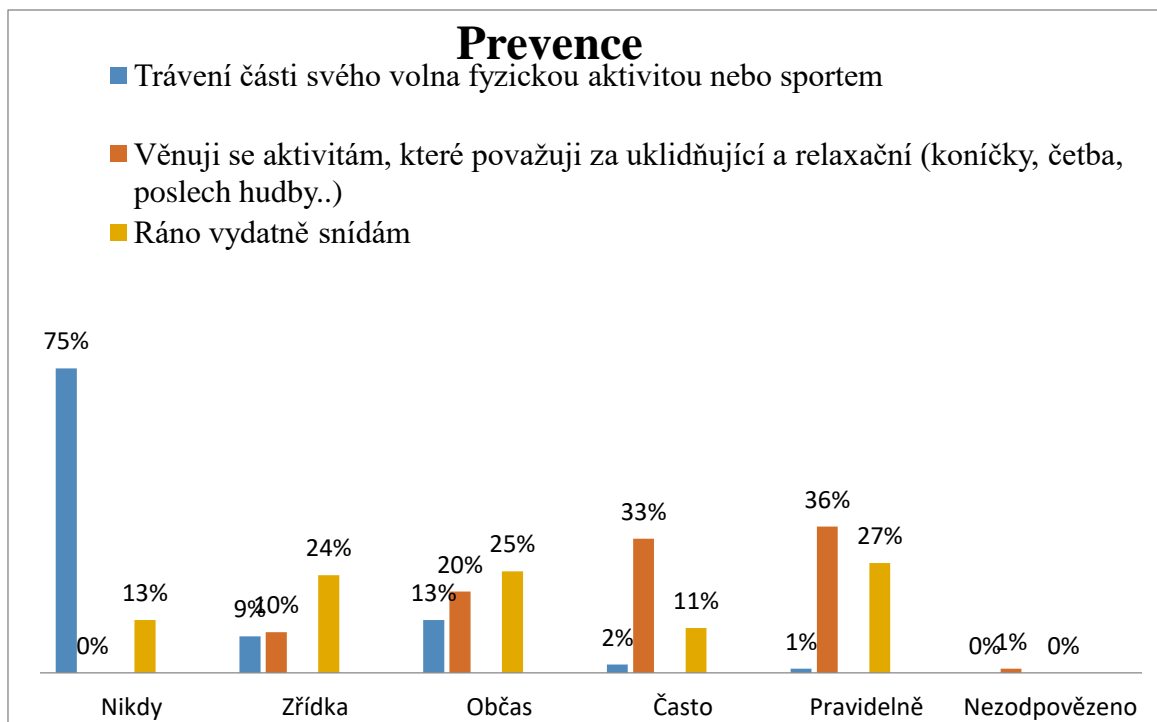
Graf č. 10: Agresivní chování (nadávky, posměšky a ironické poznámky k druhým lidem, rvačky, agresivní chování vůči členům rodiny, ponižování a zesměšňování druhých)

Graf č. 10 znázorňuje problematiku agresivního chování. Na otázky týkající se tohoto patologického jevu odpovídalo 89 respondentů. 76% studentů uvádí, že nadávky, posměšky a ironické poznámky k druhým používá. Zřídka pouze 36%, občas 21%, často 9%, pravidelně 10%, nikdy 23%, na tuto otázku neodpovědělo pouze 1% z dotazovaných studentů. Rvačky se nikdy neúčastní 71% respondentů, zřídka 22%, občas 6% a často pouze 1%. Agresivní chování vůči členům rodiny nikdy neprovozuje 57%, zřídka 32%, občas 7%, často 3% a 1% studentů na tuto otázku neodpovědělo. Dále 51% respondentů uvádí, že nikdy neponižují a nezesměšňují druhé, oproti tomu 34% respondentů uvádí zřídka, občas 11%, pravidelně 3% a pouze 1% respondentů na tuto otázku neodpovědělo. Z výzkumného šetření agresivního chování respondentů vyplývá, že více jak 50% studentů užívá nadávky, posměšky a ironické poznámky k druhým lidem, zde se hypotéza potvrdila. U ostatních otázek se nepotvrdila.



Graf č. 11: Rizikové sporty (pohybové aktivity ohrožující zdraví a život (např. parkour, lezení na sloupy vysokého napětí, jízda na bruslích, lezení bez jištění...))

Z grafu č. 11 se dá vyčíst, zda respondenti svůj život a zdraví ohrožují nebezpečnými sporty. Z 89 respondentů 64% uvádí, že nikdy se svým zdravím nehazardují. Pouze 20% dotazovaných studentů zřídka experimentuje, 8% občas a pravidelně 3%. V této oblasti rizikového chování se hypotéza č. 4 nepotvrdila.



Graf. č. 12: Prevence rizikového chování (trávení části svého volna fyzickou aktivitou nebo sportem, věnuji se aktivitám, které považuji za uklidňující a relaxační, ráno vydatně snídám)

Graf č. 12 uvádí prevenci rizikového chování. Z výzkumného šetření lze zjistit malý výskyt trávení svého volna fyzickou aktivitou nebo sportem. Z 89 respondentů 75% nikdy netráví čas sportem. Zřídka sportuje 9% respondentů, občas 13% respondentů, často 2% a pravidelně pouze 1%. Relaxační aktivity využívá 99% z dotazovaných studentů, z toho zřídka 10%, občas 20%, 2% často, 1% pravidelně a jeden z respondentů na tuto otázku neodpověděl. Snídání by nevynechalo 77 dotazovaných studentů, tj. 87% respondentů, což je velmi pozitivní výsledek týkající postojů studentů k racionální výživě. Pouze 12 respondentů, tj. 13% uvedlo, že nikdy nesnídají.

Souhrnné zhodnocení výskytu rizikového chování v dalších oblastech

Záškoláctví	Záměrné vyhýbání se zkoušení (předstíraná nevolnost či nemoc) – 52% Pozdní příchod do školy, předčasný odchod ze školy – 78%
Látková závislost	Pití alkoholu – 82%
Rizikové chování na internetu	Hraní na PC a z toho plynoucí neplnění povinností – 55% Trávení času na sociálních sítích v takové míře, že jim to neumožňuje věnovat se jiným aktivitám – 68%
Sebepoškození	Zdobení těla bez mechanického poškození, např. propiskou, hennou – 71%
Drobná kriminalita	Rušení nočního klidu po 22. hodině – 56% Lhaní a podvody – 61%
Agresivní chování	Nadávký, posměšky a ironické poznámky k druhým lidem – 76%
Rizikový sex	Pohlavní styk – 62% Pohlavní styk bez kondomu – 57%

Tab. č. 4: Oblasti rizikového chování, ve kterých bylo zjištěno experimentování u více jak 50% respondentů

Z tabulky č. 4 lze vyčíst, ve kterých oblastech adolescenti církevní střední školy nejvíce experimentují. Výsledky empirického šetření poukazují na závažnost pití alkoholu. V tomto šetření 82% z 89 respondentů ve věku 15-23 let uvádí zkušenost s pitím alkoholu. Tento výsledek se téměř shoduje s výsledky studie ESPAD 2003 uvedeným v tabulce č. 1, kde je výsledek 98,4%.

Oproti tomu při porovnání výsledků ESPAD 2003 a církevní školy v oblasti kouření tabáku bylo zjištěno, že z 89 studentů církevní školy někdy kouřilo jen 37 respondentů, tj. 41%. ESPAD ve svém šetření uvádí, že 79,6% adolescentů vykouřilo alespoň jednu cigaretu za život. V tomto empirickém šetření respondenti církevní školy měli velmi pozitivní výsledky.

3.4.3. Vyhodnocení hypotéz

H1: U více jak 2% respondentů bude zjištěna podváha (BMI<17,5)

Z 89 respondentů od 15 do 23 let neodpovědělo na otázku zjišťující váhu 30 dotazovaných, tj. 34%. Výsledky výzkumného šetření uvádí podváhu u 5% dotazovaných studentů, kteří svou hmotnost uvedli. Tato hypotéza se potvrdila.

H2: Experimentování s jídelním chováním souvisí s negativními emocemi

H3: Experimentování s jídelním chováním souvisí s negativním sebehodnocením

Hypotéza 2 a 3 spolu souvisí. Zjišťoval se vztah mezi depresí a experimentováním s jídelním chováním. Použitím párového Pearsonova korelačního koeficientu bylo vyjádřeno kolísání dvou proměnných. Ideální korelace je 1. Výsledky ukazují statisticky významné vztahy mezi dietním chováním a špatnou náladou ($r=0,27$), dietním chováním a anhedonií ($r=0,28$), dietním chováním a negativním sebehodnocením ($r=0,39$). V případě interpersonálních potíží a nevykonnosti nebyl statisticky významný vztah potvrzen. Tabulka dále ukazuje statisticky významné vztahy mezi bulimickým chováním a špatnou náladou ($r=0,37$), bulimickým chováním a interpersonálními potížemi ($r=0,26$), bulimickým chováním a anhedonií ($r = 0,31$), bulimickým chováním a negativním sebehodnocením ($r = 0,49$). Tyto hypotézy se potvrdily.

H4: Více jak 50% respondentů experimentuje i v jiných oblastech rizikového chování

Z výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že více jak 50% respondentů experimentuje i v jiných oblastech rizikového chování. Výsledky šetření jsou uvedeny v tabulce č. 4. Hypotéza se potvrdila.

3.4.4. Závěrečné zhodnocení výzkumného šetření

Hlavním cílem empirické části bylo zmapovat závažnost experimentů s jídelním chováním v rámci multikauzální etiologie syndromu rizikového chování v adolescenci. Dílčími cíli výzkumného šetření bylo zjištění vztahu smyslu pro soudržnost a rizikového chování, vztah smyslu pro soudržnost a depresivitu, vztah depresivity a závažnosti rizikového chování, ale také vztahy mezi symptomy rizikového chování v adolescenci.

V rámci výzkumného šetření byly zjišťovány základní informace zahrnující zkušenosti, postoje a názory respondentů týkající se poruch příjmu potravy, syndromu rizikového chování, strachu, deprese..., např.:

poruchy příjmu potravy:

- zda respondenti drží nějakou dietu,
- zda experimentují s jídlem a jakým způsobem (vyvolávání zvracení, hladovění),
- zda pijí nápoje bohaté na kofein (káva, čaj, energetické nápoje),

rizikové chování:

- jestli střídají sexuálních partnery,
- zda zdobí své tělo např. piercingem,
- jestli jsou závislí na návykových látkách (kouření cigaret, kouření marihuany),
- kolik času tráví denně u počítače na úkor školy a jiných aktivit,

deprese:

- jak moc nenávidí sami sebe,
- jak často se cítí špatně,
- zda mají strach, že se jim stane něco špatného,

prevence poruch příjmu potravy a rizikového chování:

- zda ráno vydatně snídají,
- jak často jedí vyváženou a rozmanitou stravu,
- jestli spí aspoň 7-8 hod. denně,
- zda se věnují aktivitám, které považují za uklidňující (četba, poslech hudby...).

Z výzkumného šetření vyplynulo několik zajímavých zkušeností. Jednou z nich je, že u respondentů církevní školy je poměrně vysoké zastoupení látkové závislosti v pití alkoholu, oproti tomu velmi nízké zastoupení je v kouření cigaret (tabulka č. 4). Překvapující je zkušenost respondentů v problematice rizikového sexu. 62% respondentů uvádí, že mají

zkušenost s intimním životem, 57% dokonce při sexu nepoužívá ochranu. Což může, ale nemusí souviset s pitím alkoholu. Adolescenti, kteří konzumují alkohol na diskotékách, ztrácejí kontrolu nad sebou a nepřemýšlí o tom, jaké mohou být následky pohlavního styku bez použití kondomu (nechtěné těhotenství, přenášení pohlavních chorob, nezvládnutelné vztahy vedoucí k sebevražednému chování či k sexuálně orientovaným agresivním činům). Předpokládala jsem, že v takovém prostředí jako je škola, která je založena na pozitivních hodnotách vycházejících z křesťanství, se takto vysoké výsledky týkající se rizikového sexu neobjeví. Domnívám se, že výsledky souvisí s tím, že ve škole studují i studenti bez jakéhokoliv náboženského vyznání.

Překvapil mě výsledek týkající se drobné kriminality. Výsledky postojů studentů k ničení a poškozování věcí spolužáků či majetku školy jsou velmi pozitivní. Z 89 respondentů 83% uvedlo, že by nikdy nic podobného neudělalo.

Značná část respondentů vyjádřila negativní postoj k rizikovým sportům. 64% respondentů nepreferuje pohybové aktivity ohrožující zdraví a život (např. parkour). Je alarmující, že až 75% respondentů nevyhledává trávení volného času fyzickou aktivitou. Oproti tomu 99% z 89 dotazovaných věnuje svůj čas aktivitám, které považují za uklidňující a relaxační (koníčky, četba, poslech hudby...). Velmi pozitivní výsledek vyšel z výzkumného šetření zabývající se racionální výživou. Z 89 respondentů vydatně snídá 77 respondentů, tj. 87%. Velmi pozitivně vyšli také výsledky týkající se BMI, kde z 89 respondentů 47, tj. 53% má ideální váhu.

Z výzkumného šetření taktéž vplynuly významné vztahy mezi bulimickým chováním a špatnou náladou ($r=0,37$), bulimickým chováním a interpersonálními potížemi ($r=0,26$), bulimickým chováním a anhedonií ($r=0,31$) a např. bulimickým chováním a negativním sebehodnocením ($r=0,49$), viz tabulka č. 3.

ZÁVĚR

Experimentování s jídelním chováním a syndrom rizikového chování je velmi složitý, komplexně podmíněný jev s řadou aspektů a nelze vše vystihnout v rámci jedné bakalářské práce. Mou snahou bylo v teoretické a praktické části vystihnout a poukázat na závažnost těchto dvou jevů a zdůraznit fakt, že se věkové hranice téměř ve všech směrech neustále snižují. Adolescenti začínají s návykovými látkami a sexuálním životem čím dál tím dříve, a to i v prostředí, kde se to neočekává (církvní škola).

Hlavním cílem empirické části bakalářské práce bylo zrealizovat kvantitativní výzkumné šetření, které zmapovalo závažnost experimentů s jídelním chováním v rámci multikauzální etiologie syndromu rizikového chování v adolescenci. V rámci šetření byly zjišťovány též postoje, názory či zkušenosti adolescentů s těmito sociálně patologickými jevy. Výzkumné šetření bylo provedeno za pomoci anonymních dotazníků, viz příloha, byli osloveni pouze adolescenti ve věku od 15 do 23 let. Pro toto šetření byly stanoveny celkem čtyři hypotézy a všechny byly potvrzeny, což dokazuje závažnost této problematiky.

Z výsledků lze usoudit, že bychom měli věnovat pozornost především primární prevenci. Zastávám názor, že je lepší se věnovat prevenci v co největší možné míře, než řešit následky jejího nedostatku. Na prevenci by se v první řadě měla podílet rodina. Výchova je velmi důležitá, děti pozorují své rodiče, sledují, jak se v jaké situaci chovají, jak se stravují, jsou pro ně vzorem. Důležitá je komunikace s dětmi, ta v dnešní počítačové době kolikrát chybí. Dítě žijící v dysfunkční rodině nemá možnost vyrůstat v harmonickém prostředí, což může vést k různým formám rizikového chování. Dále by se školy měly ve větší míře zapojit do preventivních programů. Školy by se podle mého názoru měly zaměřit např. na třídnické hodiny. Jsou školy, kde mají třídnickou hodinu jednou či dvakrát do měsíce a řeší se zde pouze organizační věci. Na druhou stranu existují alternativní školy, které dávají na třídnické hodiny větší důraz a využívají je k aktivitám pro podporu dobrých vztahů mezi žáky nebo se formou her a diskuzí snaží posilovat pozitivní životní hodnoty a postoje žáků.

Na závěr bych chtěla dodat, že i když hypotézy byly potvrzeny, některé výsledky šetření mě velmi potěšily. Např. na otázku týkající se střídání partnerů 75% respondentů odpovědělo, že partnery nestřídá, a u drobné kriminality 88% z 89 respondentů uvedlo, že se nikdy nedopustili drobných krádeží.

Seznam literatury a dalších zdrojů

COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: Bulimia Nervosa and Binge-Eating: A Guide to Recovery*. Přeložila Jana Krchová. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-97-2.

DOLEJŠ, Martin. *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. s. 59. ISBN 978-80-244-2642-6.

FRANĀKOVÁ, Slávka a Věra DVOŘÁKOVÁ-JANŮ. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2003, 256 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0548-1.

GROGAN, Sarah. *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada, 2000, 184 s. Psyché. ISBN 80-7169-907-1. In TIGEMANN, Marika and PENNINGTON, Barbara (1990). *The development of gender differences in body-size dissatisfaction*, Australian Psychologist, 25, 306-13.

HAMANOVÁ, Jana. *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 1. odborný seminář, 5.-7. září 2000, SZÚ Praha*. Praha: Free Teens Press, 2000. ISBN 80-902898-0-0.

HAMPL, Karel. *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 1. odborný seminář, 5.-7. září 2000, SZÚ Praha*. Praha: Free Teens Press, 2000. ISBN 80-902898-0-0.

HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 492 s. ISBN 978-80-7367-404-5.

JEDLIČKA, Richard. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Praha: Grada, 2015, 544 s. Psyché. ISBN 978-80-247-5447-5.

KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-080-1.

KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010., s. 83-85, ISBN 978-80-7435-080-1. In KRAUS, Blahoslav a i.: *Jak žije středoškolská mládež na počátku XXI. století*. Hradec Králové 2004, s. 98.

KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2003, 170 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0527-3.

KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.

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

KOCOURKOVÁ, Jana. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, c1997, 156 s. Folia practica. ISBN 80-85824-51-5.

KOCOURKOVÁ, Jana. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén, c1997, 156 s. Folia practica. ISBN 80-85824-51-5. In CASPER, R. C, OFFER, D.: *Weight and dieting concerns in adolescents, fadion or symptom?* Pediatrics, 86, 1990, č. 3, s. 384-390.

KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2333-4. In FAVAZZA, A. R. (1998): The coming of age of self-mutilation. Journal of Nervous and Mental Disease, vol. 186, no. 5, p. 259-268.

KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2333-4. In HAWTON, K. (Ed.) (2005): Prevention and treatment of suicidal behaviour: From science to practice. Oxford, New York: Oxford University Press.

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

MCDOWELL, Josh a Bob HOSTETLER. *Poradenství dospívajícím: snadno srozumitelný a moderní zdroj pomoci k padesáti hlavním problémům, jimž v současnosti čelí mladí lidé*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, c2013. ISBN 978-80-7255-282-5.

MALONEY, Michael a Rachel KRANZ. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny, 1997, 153 s. Linka důvěry. ISBN 80-7106-248-0.

MARKOVÁ, M. Vliv sociálních faktorů na problémové chování adolescentů. *Pediatric pro praxi*, 2008, č. 3, s. 191.

MATOUŠEK, O. Práce s rizikovou mládeží. Praha: Portál, 1996, s. 38. In SKOPALOVÁ, Jitka. *Záblesky bezpečí dítěte*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2567-2.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, 76 s.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, 109 s. ISBN 80-85121-81-6.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.

PASTUCHA, Dalibor, MALINČIKOVÁ, J, TICHÁ, R. Rizika sportovní aktivity v dětském věku. *Pediatric pro praxi*, 2010, č. 4, s. 226.

PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 1998, 270 s. ISBN 80-7184-569-8.

PRESL, Jiří. *Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-25-X.

RUSKOVÁ, Jitka. Specifika výživy dospívajících. *Pediatric pro praxi*, 2011, č. 4, s. 277 – 280. ISSN 1803-5264.

ROZEHNALOVÁ, Marcela. *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 1. odborný seminář, 5.-7. září 2000, SZÚ Praha*. Praha: Free Teens Press, 2000. ISBN 80-902898-0-0.

SKOPAL, Ondřej, Martin DOLEJŠ a Jaroslava SUCHÁ. *Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014, s. 9. ISBN 978-80-244-4223-5. In VANDEN, Bos, G. R., ed.(2007). *APA Dictionary of Psychology*. Washington: American Psychological Association.

SMÉKALOVÁ, Eleonora a Marek KOLAŘÍK. *Studijní texty pro metodiky prevence sociálně patologických jevů*. Vyd. 1. Olomouc: V nakl. Albert vydala katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-7326-118-4. In Csémy,L., Sovincová, H., Sadílek, P. a Bejčková, P.: *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)*. Úřad vlády ČR, Praha, 2006.

ŠIRŮČEK, J., ŠIRŮČKOVÁ, M., MACEK, P.: Sociální opora rodičů a vrstevníků a její význam pro rozvoj rizikového chování v adolescenci. *Československá psychologie*, 2007, vol. 51, no. 5, s. 477.

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

Internetové zdroje:

ONADNES.CZ. *Když vás sport zabije aneb závislost na cvičení je jako droga* [online] Ona dnes.cz [cit. 20. 2. 2013]. Dostupné z: <http://ona.idnes.cz/zavislost-na-cviceni-0ry-zdravi.aspx?c=A130211_152841_zdravi_pet>

TLUKOTSRDCE.CZ. *BMI index* [online]. [cit. 2017-04-26]. Dostupné z: <<http://www.tlukotsrdce.cz/tinymce/uploaded/BMI.jpg>>

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Tabulka č. 1: ESPAD 2003, zkušenost s užitím drogy u šestnáctiletých

Tabulka č. 2: BMI index

Tabulka č. 3: Vztah depresivního prožívání a experimentování s jídelním chováním

Tabulka č. 4: Oblasti rizikového chování, kde bylo zjištěno experimentování u více jak 50% respondentů

Graf č. 1: Charakteristika respondentů dle pohlaví

Graf č. 2: Věková struktura respondentů

Graf č. 3: Distribuce hmotnosti respondentů dle BMI

Graf č. 4: Rizikový sex

Graf č. 5: Záškoláctví

Graf č. 6: Látková závislost

Graf č. 7: Rizikové chování na internetu

Graf č. 8: Sebepoškozování

Graf č. 9: Drobná kriminalita

Graf č. 10: Agresivní chování

Graf č. 11: Rizikové sporty

Graf č. 12: Prevence

Seznam příloh

Příloha A

Kazuistika – PPP – Bulimie

Kazuistika - Mentální bulimie – sebepoškozování – experimentování s návykovými látkami, problémy doma a ve škole, promiskuitní chování, nezvládnutá krizová situace

Příloha B

Dotazník A - SRCH-D

Dotazník F - SRCH-D

Dotazník CDI

Příloha A

Kazuistika č. 1

PPP - Bulimie

Papežová uvádí výňatek z dopisu Olgy.

Snědla jsem zdravý oběd a nevydržela jsem chuť na nezdravou buchtu. Ihned jsem začala mít hrozné výčitky, že to vlastně je příšerně nezdravé jídlo a já ho mám v sobě. Cítila jsem se strašně špinavá. Napadlo mě, že se té buchtu musím zbavit. Bohužel, zvracení mi šlo hned napoprvé. Ještě nyní si dokáži vybavit ty strašné pocity, strach, údiv a zhnusení nad tím, co jsem to vlastně provedla. Připadalo mi to příšerně zvrácené, styděla jsem se a přísahala si, že to bylo poprvé a naposled, že se to nesmí nikdy nikdo dozvědět. Ani nikdy potomkem zvracení nepovažovala za prostředek na hubnutí. Hrozné bylo, že se od té doby stále začínaly opakovat situace, kdy jsem nemohla přestat jíst. Vrhala jsem se na všechna nezdravá jídla a jedla je v neuvěřitelných množstvích. Zvracení mi přineslo chvilkovou úlevu, která byla vzápětí vystřídána šílenými pocity viny, zhnusení sama sebou, ale především strach, co se to vlastně vůbec děje, že to nemůžu ovládnout. Připadala jsem si jako zvíře. A najednou jsem začala přibývat na váze. To už jsem kladla na váhu velký důraz, ztratila jsem na sebe objektivní pohled a viděla jsem se stále tlustá, protože se mě lidé v mém okolí ptali, jestli nejsem náhodou vážně nemocná. Když se mi tedy nedařilo ovládnout přejídání a zvracení, zvýšila jsem dávky sportu (Papežová, 2003, s. 20).

Kazuistika č. 2

Mentální bulimie – sebepoškozování – experimentování s návykovými látkami, problémy doma a ve škole, promiskuitní chování, nezvládnutá krizová situace

Richard Jedlička uvádí příklad 17 leté Michaely, jejíž rodiče chtěli, aby byla lékařkou, a tak šla kvůli nim na gymnázium. Studium ji nebavilo, prospěch měla slabý. Doma předstírala, že se učí, většinu času ale četla časopisy o módě, pouštěla si hudbu nebo telefonovala. Když ji hrozilo na gymnáziu propadnutí, otec zařídil přestup na zdravotnickou školu. Rodiče dávali Míše najevo, jak je její neúspěchy mrzí. Nejdřív se snažila nějak se omluvit, ale po čase ji otcovy výtky i matčiny ustarané povzdechy už otravovaly. Líbilo se jí poslouchat muziku a tančit, ale styděla se za to, že je „uhrovitá a tlustá“.

Kamarádka jí na diskotéce nabídla nějaké prášky, po kterých se uvolnila, dokázala se báječně bavit, celý večer byla čilá, a přitom ani neměla chuť na nic k jídlu. Na diskotéky

začala chodit pravidelně. Po čase zjistila, že „braní prášků a pití“ jí přináší nejen „hezkou náladu a spoustu kamarádů, ale taky díky tomu hubne“. Občas si „dala trávu“. Pak měla pocit, že hudbu, pohyb, ale i celé své tělo prožívá mnohem intenzivněji. Pořádila si tetování a piercing, jako ostatní holky, s kterými chodila tančit. Začala se i výrazně líčit, s čímž měla problémy jak ve škole, tak doma. Podařilo se jí zbavit se strachu z odmítnutí a začít si užívat v oblasti sexu. To, že má najednou dost kluků a může je i střídat, jí pozvedlo sebevědomí. V partě jí bylo fajn, doma byla většinou nuda a hloupý řeči rodičů.

Někdy mívala ráno nevysvětlitelné pocity úzkosti a zoufalství. Od kamarádek se dozvěděla, že na „depku“ je dobré vzít si „pár tabletek diáků“. Postupně zkusila také injekční aplikaci. Začala chodit za školu, padělala si omluvenky. Doma lhala, že odpadla výuka. Když se při náhodném setkání s otcem ředitel školy zeptal, jak se dceři daří a kdy už bude zdravá, všechno se provalilo. Otec „udělal dusno“. Křičel na ní, že dělá rodině ostudu, a když mu řekla, ať tak nevyšiluje“, dal Michaela facku. Pak začal obviňovat matku, že to všechno je důsledek rozmazlování. Míša se rozplakala a utekla ke známým. Když se vrátila, byla stažená do sebe, mlčela, na matčiny dotazy odpovídala jednoslovně. S otcem nekomunikovala.

Rodiče nastěhovali Michaelu po domluvě s tetou k ní, aby se zbavila špatné party a v Praze dochodila zdravotnickou školu. Po několika dnech ukradla Míša tetě šperky a jak se později ukázalo, prodala je, „aby měla na dávku“. Řekla jen, že si venku musí něco vyřídit. Když se neteř do půlnoci neobjevila, teta zatelefonovala rodičům.

Otec dojednal léčbu na psychiatrické klinice. Po vstupním vyšetření byla Michaela hospitalizována na uzavřeném oddělení. Nejprve byla neklidná, napjatá, kontrolovala se, zda je dobře oblečená a upravená – tvrdila, že se pro ni otec každou chvilku vrátí. Zhruba po čtyřech hodinách od příjmu měla nepřítomný výraz a nekomunikovala. Její chování začalo být dezorganizované. Ošetřující lékař jí nechal aplikovat neklidovou injekci, po které usnula. V prvních dvou dnech po přijetí byla skleslá, trpěla nevolností, nechutenstvím, svalovými křečemi a třesem. Posléze se již jevila jako klidná, podrobná. Byla zařazena do skupinové terapie, účastnila se relaxačních cvičení, na vyzvání pomáhala ošetřujícímu personálu s péčí o starší spolupacientky. Po třech týdnech Michaela získala propustku na odpolední vycházku v doprovodu někoho z rodiny. S otcem a matkou byla na obědě a pak na procházce po městě. V rozhovoru s ošetřujícím lékařem si rodiče pochvalovali viditelné zlepšení.

Po dalším léčebném pobytu měla pacientka povolenou samostatnou vycházku. V době propustky Michaela zemřela po intravenózní aplikaci velké dávky diazepam. Není jasné, zda šlo o bezděčné předávkování drogou, nebo o plánovanou sebevraždu (Jedlička, 2015, s. 217).

Příloha B

Dotazník A

CHOVÁNÍ OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVÍ V DOSPÍVÁNÍ

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

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

CHOVÁNÍ, AKTIVITA	1	2	3	4	5
Neodůvodněná absence ve škole	1	2	3	4	5
Kouření cigaret	1	2	3	4	5
Hraní na PC a z toho plynoucí neplnění povinností	1	2	3	4	5
Experiment s jídelním chováním (držení diet, vyvolávání zvracení, hladovění)	1	2	3	4	5
Záměrné vykybání se zkoušením (předstíraná nevolnost či nemoc)	1	2	3	4	5
Užívání léků bez lékařského předpisu (léky proti bolesti, na spaní aj.)	1	2	3	4	5
Pití alkoholu	1	2	3	4	5
Kouření marihuany	1	2	3	4	5
Pohlavní styk	1	2	3	4	5
Sledování nevhodných stránek na internetu, oslovení cizí osobou,	1	2	3	4	5

VZOR

Ponižování a zesměšňování druhých	1	2	3	4	5
Jím vyváženou a rozmanitou stravu (ovoce, zeleninu, mléčné výrobky, ryby, maso, drůbež)	1	2	3	4	5
Zdobení těla bez mechanického poškození (např. malování propiskou, hennou)	1	2	3	4	5
Užívání chemických látek při sportu (např. efedrin, steroidy)	1	2	3	4	5
Dopouštění se drobných krádeží	1	2	3	4	5
Agresivní chování vůči členovi/členům rodiny	1	2	3	4	5
Střídání sexuálních partnerů	1	2	3	4	5
Trávení části svého volna fyzickou aktivitou nebo sportem	1	2	3	4	5
Přejídání se, konzumace sladkostí a slaných pochutin (oříšky, chipsy)	1	2	3	4	5
Zdobení těla (tetování, piercing, ozdobné jizvy)	1	2	3	4	5
Sázení prostřednictvím internetu, hraní placených her	1	2	3	4	5
Pozdní příchod do školy, předčasný odchod ze školy	1	2	3	4	5
Týrání zvířat	1	2	3	4	5
Pohybové aktivity ohrožující zdraví a život (např. parkour, lezení na sloupy vysokého napětí, jízda na bruslích/skatu za autobusem, lezení bez jištění aj.)	1	2	3	4	5
Spím 7 - 8 hodin denně	1	2	3	4	5
Otevřené projevy nepřátelství a agrese k lidem jiného etnika či národnosti	1	2	3	4	5
Pohlavní styk bez kondomu	1	2	3	4	5
Rvačky	1	2	3	4	5
Lhaní, podvody	1	2	3	4	5

Dotazník F

E. Instrukce: Nyní **zhodnot**, nakolik **uvedené charakteristiky vystihují Tvoji třídu**. Využij číselné hodnocení podle vzoru: 1 = silně nesouhlasím, 2 = nesouhlasím, 3 = mírně souhlasím, 4 = silně souhlasím

26. V naší třídě mám několik důvěrných přátel	1	2	3	4
27. Když jsem v nesnázích, vím, že mi třída pomůže	1	2	3	4
28. V naší třídě se dovede většina žáků radovat ze školního úspěchu jednoho z nás	1	2	3	4
29. Záleží mi na tom, aby ostatní ve třídě měli o mně co nejlepší mínění	1	2	3	4
30. S většinou třídy je příjemné se sejit i mimo školu na společné akci	1	2	3	4
31. V naší třídě se dovedeme při písemce či zkoušení vzájemně povzbuzovat, fandit	1	2	3	4

VZOR

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

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

Dotazník CDI

T-94 Testový sešit

CDI		Hodnocení
jméno a příjmení: <input type="text"/>	dnešní datum: <input type="text"/>	A
věk: <input type="text"/>		...
1	Málokdy jsem smutný. Často jsem smutný. Pořád jsem smutný.	...
2	Nic se mi nedaří. Nějsem si jistý, jestli se mi daří. Všechno se mi daří.	...
3	Skoro všechno dělám dobře. Hodně věcí dělám špatně. Všechno dělám špatně.	B
4	Mnoho věcí mně baví. Baví mně jenom něco. Nic mně nebaví.	...
5	Pořád je mi zle. Často se cítím špatně. Málokdy se cítím špatně.	C
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.	D
	Nenávídím se. Nemám se rád. Mám se rád.	E
	Za všechno špatné můžu já. Můžu za mnoho špatného. Za špatné věci obvykle nemůžu.	...
	Nemyslím na to, že bych se zabil. Přemýšlím o tom, že bych se zabil, ale neudělal bych to. Chci se zabit.	...
	Každý den je mi do pláče. Často je mi do pláče. Málokdy je mi do pláče.	...
	Všechno mě nudí. Často mě něco nudí. Jenom málokdy mě něco nudí.	...
	sem rád mezi lidmi. Často nechci být mezi lidmi. Vůbec nechci být mezi lidmi.	...
	Vůbec se nedokážu soustředit. Je těžké se soustředit. Snadno se mohu soustředit.	...

VZOR

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

		Podnočení
14	Vypadám dobře. Nevypadám zrovna nejlépe. Vypadám hrozně.	B
15	Musím se pořádně nudit, abych ve škole pracoval. Často se musím nudit, abych ve škole pracoval. Pracovat ve škole mi nedělá žádné potíže.	C
16	Každou noc špatně spím. Často spím špatně. Spím dobře.	D
17	Málokdy jsem unavený. Často jsem unavený. Pořád jsem unavený.	E
18	Většinou nemám chuť k jídlu. Často nemám chuť k jídlu. Mám chuť k jídlu.	
19	Nestarám se o své starosti a bolesti. Často mě trápí různé starosti a bolesti. Pořád mě trápí různé starosti a bolesti.	
20	Necítím se sám. Často se cítím sám. Pořád se cítím sám.	
	e nemám nikdy legraci. ly mám ve škole legraci. nám ve škole legraci.	
	odně kamarádů. školik kamarádů, ale chtěl bych jich mít víc. žádné kamarády.	
	e se mi daří. e se mi daří hůře než dřív. mí už ani předměty, ve kterých jsem vynikal.	
	ebudu tak dobrý, jako ostatní děti. ici, můžu být stejně dobrý jako ostatní děti. jině dobrý, jako ostatní děti.	
	ě nemá doopravdy rád. estli mě má někdo doopravdy rád. ně má určitě rád.	
	udělám, co se po mě chce. neudělám, co se po mě chce. udělám, co se po mě chce.	
	ycházím s lidmi. s někým hádám nebo peru. s někým hádám nebo peru.	

VZOR