

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a sociologie

Rizikové a protektivní faktory životního stylu adolescentů

Bakalářská práce

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

Zadání bakalářské práce

Autor: Šárka Chaloupková

Studium: P131114

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální patologie a prevence

Název bakalářské práce: Rizikové a protektivní faktory životního stylu adolescentů

Název bakalářské práce AJ: Risky and protective factors of adolescents lifestyle

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá rizikovými a protektivními faktory životního stylu adolescentů. Teoretická část je zaměřena na vývojové změny v období adolescence, životní styl a jeho utváření a zdravý životní styl. Důraz je položen na rizikové faktory životního stylu, se kterými se setkáváme v běžném životě jako je např. nevhodný způsob života, nedostatek pohybu, stres. Shodně s psychologií zdraví jsou akceptovány protektivní faktory životního stylu jako je resilience a schopnost zvládnání stresu, sociální opora, pohybová aktivita, životospráva. Praktická část je zaměřená na realizaci šetření zaměřené na rizikové a protektivní faktory životního stylu adolescentů. Výzkumná metoda: standardizovaný dotazník.

KEBZA, Vladimír. Psychosociální determinanty zdraví. Vyd. 1. Praha : Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Vyd. 3. Praha : Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4. ŠOLCOVÁ, Iva. Vývoj resilience v dětství a dospělosti. Vyd. 1. Praha : Grada, 2009. 102 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2947-3. JOSHI, Vinay. Stres a zdraví. Vyd. 1. Praha : Portál, 2007. 156 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-211-9.

Garantující pracoviště: Katedra sociální patologie a sociologie,
Pedagogická fakulta

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

Oponent: PhDr. Josef Kasal, MBA, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 12.2.2015

Prohlášení

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

V Hradci Králové dne 20. dubna 2016

Šárka Chaloupková

Poděkování

Děkuji svému vedoucímu práce PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D. za odborné vedení, věnovaný čas, ochotu, trpělivost a cenné rady během tvorby mé bakalářské práce.

Anotace

CHALOUPKOVÁ, Šárka. *Rizikové a protektivní faktory životního stylu adolescentů*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 56 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá rizikovými a protektivními faktory životního stylu adolescentů. Teoretická část je zaměřena na vývojové změny v období adolescence, životní styl a jeho utváření a zdravý životní styl. Důraz je položen na problematiku rizikového chování, včetně syndromu rizikového chování v dospívání. Věnuje se vybraným rizikovým faktorům, které se vyskytují u dospívajících nejčastěji. Shodně s psychologií zdraví jsou akceptovány protektivní faktory životního stylu, jako je resilience, sociální opora, pohybová aktivita a životospráva. Výzkumné šetření je zaměřené na screening rizikových a protektivních faktorů životního stylu adolescentů v Královehradeckém kraji. Za hlavní metodu kvantitativního šetření je zvolen standardizovaný dotazník a dotazník vlastní konstrukce.

Klíčová slova: adolescence, identita, rizikové chování, syndrom rizikového chování, životní styl, protektivní faktory životního stylu

Annotation

CHALOUPKOVÁ, Šárka. *Risky and protective factors of adolescents lifestyle*. Hradec Králové: Faculty of Education of the University of Hradec Králové, 2016. 56 pp. Bachelor Thesis.

The Bachelor thesis deals with risk and protective factors of adolescent lifestyle. The theoretical part is focused on development changes in adolescence and forming of healthy lifestyle. The work places emphasis on the issue of risk behavior including the syndrome of risk behavior in adolescence. It deals with the risk factors which are occurred in adolescence most frequently. Identically health psychology corresponds with protective lifestyle factors such as resilience, social support, physical activity and regimen. The research is focused on the screening of risk and protective factors in adolescent lifestyle in Hradec Králové region. The main method of quantitative research is standardized questionnaire and questionnaire of own construction.

Keywords: adolescence, identity, risk behavior syndrome of risk behavior, lifestyle, protective lifestyle factors

Obsah

Úvod	9
1 Rizikové chování v adolescenci	11
1.1 Vývojové změny v adolescenci.....	11
1.1.1 Identita v adolescenci	13
1.1.2 Problémové chování a rizikový vývoj v adolescenci	15
1.1.3 Syndrom rizikového chování v dospívání	16
1.1.4 Vybrané rizikové faktory.....	18
1.1.4.1 Návykové látky.....	18
1.1.4.2 Stres	21
1.1.4.3 Obezita.....	23
2 Protektivní faktory životního stylu.....	25
2.1 Chování vedoucí ke zdraví.....	25
2.1.1 Resilience	27
2.1.2 Sociální opora.....	28
2.1.3 Pohybová aktivita	30
2.1.4 Výživa.....	31
3 Analýza rizikového chování v adolescenci	33
3.1 Výzkumné cíle a hypotézy	33
3.2 Výzkumný soubor a procedura	34
3.3 Popis metod.....	35
3.4 Výsledky a vyhodnocení výzkumného šetření.....	38
3.4.1 Porovnání projevů syndromu rizikového chování u souboru adolescentů	38
3.4.2 Současný výskyt projevů SRCH-D	40
3.4.3 Role depresivního prožívání v etiologii SRCH-D.....	41
3.4.4 CSOC a adherence ke zdravému životnímu stylu u adolescentů	42

3.4.5	Vztahy mezi psychickou odolností a depresivním laděním u adolescentů	43
3.4.6	Sociální opora u adolescentů	44
3.5	Souhrn	49
	Závěr	51
	Seznam použitých zdrojů.....	53
	Seznam tabulek a grafů.....	56
	Přílohy	

Úvod

Dnešní společnost vytvořila pro adolescenty nelehký úkol, nejen porozumět tomu, co se má v jejich individuálním vývoji stát, ale i jak to vše úspěšně zvládnout. Adolescenti si vytváří vztah k sobě samému, touží po osamostatnění, odporují vůči direktivním výchovným přístupům a přísnému zasahování do jejich života ze stran rodičů a k tomu přebírají nevhodný životní styl. Není však divu, v tomto období chtějí být adolescenti součástí vrstevnických skupin, chovají se agresivněji, rádi riskují a experimentují s návykovými látkami, zejména proto, aby zapadli mezi své kamarády. Vůbec trendem současné doby je u dospívajících je pohodlnost, lenost, odkládání povinností na později a s tím i spojený nedostatek pohybu, špatný jídelníček a neochota ke změně životního stylu. To vše má za následek zvýšení obezity, stresu, deprese a dalších psychosociálních problémů. Závažnost projevů rizikového chování je v rámci multikauzální etiopatogeneze ovlivněna protektivními faktory životního stylu, které naopak oslabují působení rizikových faktorů. Klíčovými protektivními faktory jsou především pozitivní emoční vztahy v rodině a otevřená komunikace s rodiči, které však v současné době upadá. Dříve silné protektivní faktory představovaly pevné rodinné zázemí, silné morální zásady, avšak dnes zažívají velký pokles. Dospívající jsou k rizikovému chování náchylnější než v minulých letech, a také se snižuje věk výskytu rizikového chování. Z tohoto důvodu jsem si vybrala téma rizikové a protektivní faktory životního stylu adolescentů, jelikož je tato problematika velmi aktuální.

Teoretická část definuje a vymezuje období adolescence, přibližuje vývojové zvláštnosti související s utvářením identity, která je rozhodujícím faktorem do budoucnosti. S nárůstem problémového chování byl také přiblížen pojem syndrom rizikového chování v dospívání a s tím související vybrané vzorce rizikového chování, jako jsou návykové látky, stres a obezita, o kterých se v dnešní době často diskutuje. Kromě rizikových faktorů ohrožující zdraví jsou podrobně popsány i protektivní faktory, které mají na mladistvého ochranný vliv a které by se měli naopak posilovat. Jedná se například o resilienci, správnou životosprávu, fyzickou aktivitu a sociální oporu našich blízkých, kteří nám nejčastěji pomáhají v náročných životních situacích.

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat závažnost výskytu rizikového chování na vybraných školách Královéhradeckého kraje a ověřit základní vztahy mezi vybranými protektivními faktory a rizikovým chováním v adolescenci. V mé práci jsem

použila kvantitativní výzkumnou strategii. Jako výzkumný nástroj byly použity čtyři typy standardizovaných dotazníků a jeden dotazník vlastní konstrukce. Jednalo se o dotazníky mapující vybrané projevy rizikového chování, depresivitu, nezdolnost, sociální oporu a zjištění vlastní efektivity.

1 Rizikové chování v adolescenci

Adolescence představuje velmi důležitou etapu celoživotní utváření. Dospívající se mění v celé své biopsychosociální sféře velmi rychle. K tomuto rychlému vývoji přistupuje možnost samostatného jednání adolescenta, které často bývá neuvážené, nesprávné nebo rizikové. Jedinec se stává složitým a přitom v mnoho ohledech velmi zranitelným. Právě proto je dospívání považováno za jednu z neohroženějších populačních skupin (Machová, 2009).

1.1 Vývojové změny v adolescenci

Adolescence jako termín je odvozen z latinského „adolescere“ – dospívat, dorůstat, mohutnět. V psychologii se pojem adolescence často zaměňuje s pojmem dospívající, zatímco v sociologii či pedagogice se využívá označení mládež (Macek, 2003). „*Období dospívání je přechodnou dobou mezi dětstvím a dospělostí. Zahrnuje jednu dekádu života, od 10 do 20 let*“ (Vágnerová, 2005, s. 321). Hlavním vývojovým úkolem dospívajícího je především vytvoření vlastní identity, přijmout normy společnosti, získat autonomii, vytvořit si vědomí vlastní hodnoty, dosáhnout společensky zodpovědného chování a vytvářet heterosexuální vztahy (Binárová, 2010). Podle některých autorů mohou být tyto vývojové úkoly splněny prostřednictvím zdravého, sociálně přizpůsobeného chování, ale také pomocí rizikového chování.

Macek (2003) rozděluje adolescenci na tři stádia: časnou (10-13 let), střední (14-16 let) a pozdní (17-20 let). Zatímco Vágnerová (2005) vymezuje pouze dvě stádia vývoje v adolescenci a to ranou (11-15 let) a pozdní adolescenci (15-20 let). Následně jsou uvedena tři stádia podle Macka, abychom měli širší škálu v rozmezí věku.

Časná adolescence představuje období prvních biologických a fyzických změn. Dochází k pohlavnímu dozrání, psychickým i sociálním změnám, které jsou častým důsledkem pubertálních změn. Také se zvyšuje zájem o vrstevníky opačného pohlaví a vyvíjí se emocionální a kognitivní procesy. Podle Vágnerové (2005) je raná adolescence charakterizována jako pubescence, které zahrnuje prvních pět let dospívání a je významným mezníkem ukončení povinné školní docházky. **Střední adolescence** je dle Macka (2003) charakteristická kvalitativními změnami v oblasti blízkých vrstevnických vztahů a hledáním osobní identity. Adolescenti o sobě nejvíce uvažují a hodnotí se. Často se snaží odlišit se od svého okolí a mají svůj specifický životní styl,

který si sami regulují. **Pozdní adolescence** je fáze, kdy se jedinec přibližuje k dospělosti, dokončuje studium a vstupuje do pracovního procesu. Posiluje se sociální stránka identity, jelikož adolescent má potřebu někam patřit a podílet se na něčem. Také se zamýšlí nad svojí osobní perspektivou, uvažuje o cílech a plánech do budoucna (Macek, 2003).

V období adolescence jsou typické celkové změny osobnosti, které se týkají všech oblastí, mezi ně patří změny tělesné, psychické i sociální. Všechny tyto změny probíhají vzájemně, i když jsou nejprve podmíněny změnami tělesnými (Vágnerová, 2005).

Tělesný vývoj se projevuje se viditelnými i pocitovými důsledky. Dospívající směřuje k vyrovnání se výškou dospělým a získává dospělé proporce, chlapecká postava mužní a dívčí postava se zaobluje. Tělesná atraktivita posiluje sebevědomí adolescenta a ve skupině vrstevníků má vysokou hodnotu. Důležitou kompenzací je i fyzická síla, která potvrzuje soběstačnost a potlačuje nejistotu (Skorunková, 2013). Úprava zevnějšku a oblečení se stává častým prostředkem k vyjádření identity, kdy dospívající sděluje svému okolí, kým se cítí být (Vágnerová, 2005).

Kognitivní vývoj je vývojem poznávacích funkcí. Vágnerová (2005) i Macek (2003) se opírají o teorii kognitivního vývoje J. Piageta, který tyto změny hodnotí jako výsledek vzájemného působení mezi zráním jedince a jeho učením. Dospívající se snaží vidět svět tak, jak by ho chtěl vidět a ne tak, jaký skutečně je. Začíná tedy postupně uvažovat hypoteticky. Styl jeho myšlení se zdokonaluje a je schopen používat nové způsoby řešení, které se projevují nadšením, ale také zbrklostí a neopatrností. V střední adolescenci je adolescent schopen plánovat svoji budoucnost.

V období adolescence se velmi rozvíjí i sociální vazby. Mladiství se snaží být členem různých skupin a touží po nových, společenských zážitcích. Má potřebu partnerství a citové sounáležitosti, jelikož se stává citově nezávislý na vlastních rodičích (Binárová, 2010). Dospívající je často ke svým rodičům kritický, má potřebu jim neustále odporovat, a právě kritika rodičů je jeden ze způsobů hledání vlastní identity u adolescenta. Pro adolescenta jsou sociální vztahy k vrstevníkům velmi důležité, současně však patří k nejčastějším zdrojům stresu (Skorunková, 2013).

1.1.1 Identita v adolescenci

Nalezení vlastní identity je hlavním vývojovým úkolem adolescence. Bývá spojováno s otázkami typu: „Kdo jsem, co umím, kam mířím, jak mě vidí ostatní, s jakými rolami se ztotožňuji“. Adolescent zkouší hrát různé role v různých sociálních skupinách a získává tak zkušenosti v alternativních způsobech chování, aby našel správnou cestu. Dospívající si upevňuje ty způsoby jednání, se kterými byl úspěšný a které posílily jeho sebehodnocení (Binárová, 2010).

Z vývojového hlediska představuje upevnění identity dle Josselsonové (1980, in Vágnerová, 2005) proces individuace, který má čtyři fáze. **První fáze diferenciaci** začíná na počátku dospívání, v rozmezí 12-13 let. Pubescent si začíná uvědomovat svou psychickou i fyzickou odlišnost od ostatních lidí. Je zvýšeně kritický vůči okolí, zejména vůči rodičům. **Druhá fáze experimentace** probíhá v rané adolescenci, v 14-15 věku adolescenta. Dospívající získává pocit, že jediný sám ví, co je pro něho nejlepší. S rodiči často soupeří, odmítá od nich jakékoliv rady či varování, jelikož mu připadají hloupé a zbytečné. Je zaměřen na blízkou budoucnost a okamžité uspokojování potřeb. **Třetí fáze postupné stabilizace** probíhá v 15-16 letech, kdy se už obnovují vztahy s rodiči. Dospívající dosáhl určité samostatnosti, osvojil si dospělé způsoby chování, tudíž nemá potřebu odporovat. Na významu nabývají i přátelské a erotické vztahy. **Čtvrtá fáze psychického osamostatnění** probíhá na konci adolescence. Poslední fází individuace je úplné dosažení samostatnosti a vytvoření si vlastní identity. Formulují se pocit autonomie a jedinečnosti.

Problémem hledání vlastní identity se zabýval E. Erikson (in Macek, 2003, s. 62), který popisoval dospívání jako „*konflikt mezi potřebou integrace sebe samotného a potřebou vyrovnat se s nejasnými požadavky společnosti tak, aby byl adolescent schopen najít svoje vlastní místo a hodnotu jako člen společnosti.*“

Získávání vlastní identity podle Atkinson (1995, in Binárová, 2010) je založeno na reakcích vzhledem k prostředí a životním situacím. Má čtyři statusy:

1. Dosažená identita - tento status mají jedinci, kteří si prošli krizí identity, měli možnost k přehodnocování názorů, kladením otázek a dospěli k určitému názoru z vlastního rozhodnutí. Zvolili si povolání a plánují si budoucnost.

2. Přejatá identita - lidé s tímto statutem si neprošli výrazně krizí identity, jelikož přejímali názory, hodnoty od ostatních. Nevyvinuli vlastní aktivitu k vlastnímu

rozhodnutí. Obávají se událostí, které by byly výzvou pro jejich neprověřená pravidla a postoje.

3. Moratorium (prodloužení) - objevuje se u mladých lidí, kteří se ocitají uprostřed krize identity. Aktivně hledají odpovědi, zaujímají názory, které následně zpochybňují. Mají nevyřešený konflikt mezi očekáváním rodičů a vlastními plány. Jsou nerozhodní, na stejný problém mají různá řešení, která opouštějí bez ohledu na vlastní zkušenost.

4. Difuze identity - jedinci s tímto statutem jsou nevyzrálí, infantilní, jeví se nerozhodně. Bývají cyničtí, povrchní a zmatení. Nejsou často schopni splnit vývojový úkol adolescence.

Jednotlivé statusy se mohou podle okolností u adolescenta ukázat jako všechny čtyři projevy identity. Nejsou však trvalými osobnostními rysy, ale momentálními reakcemi v dané situaci.

Adolescenti velmi rádi přijímají svobodu, ale o zodpovědnost nestojí. Dospělost pro ně není dodatečně atraktivní, protože je spojena s mnoha omezeními. Snaží se tuto dobu setrávat ve fázi adolescentního moratoria. Proto jsou dospívající imunní vůči různým rizikům, mají potřebu riskovat a všechno zkusit. Rádi preferují intenzivní prožitky, mají rádi hlučnou hudbu, rychlou jízdu a touží po nové zkušenosti, která může vést často k experimentaci s návykovými látkami (Vágnerová, 2003). Může se však stát, že adolescent při nalezení vlastní identity, zažívá úzkost, strach a pochybnosti, které mohou vyústit až do úzkostné poruchy.

Deprese adolescentů

Skrytým, ale o to závažnějším onemocněním vyskytující se často u dospívajících jsou poruchy nálad, které pramení buď z nějakého neúspěchu, nebo zklamání. Deprese se projevuje dlouhodobým smutkem, pocitem beznaděje, ztrátou zájmu o jakékoliv činnosti, podrážděním, zvýšenou citlivostí a netypickým chováním, jako například krádeže nebo šikanování druhých. Adolescent trpící depresí nezvládá běžné stresové situace, často je vystaven napětím, které se snaží překonat předstíráním, že „se nic neděje“. Pokud však dospívající onemocněl depresí a neví o ní, může se začít sám léčit alkoholem nebo jinými drogami. Výsledkem pak bývá závislost na návykových látkách, problémy ve škole a dokonce i konflikty se zákonem. Deprese nemusí souviset s jiným onemocněním, avšak bývá často spojena s psychickými problémy, jako jsou anorexie, psychóza, úzkostné poruchy apod. Nejčastějšími faktory, ovlivňující rozvoj deprese,

mohou být problémy ve škole, konflikty v rodině, domácí násilí, rozvod rodičů, drogy, alkohol, dlouhodobá nemoc či úraz. Depresi také mohou zapříčinit i vnitřní rizikové činitele, jako např. pesimistický typ osobnosti. U dospívajících je proto velmi klíčová prevence, která spočívá ve zdravé životosprávě, přijatelném množství spánku, dostatečném pohybu a dobrých vztazích v rodině, aby se měl dospívající na koho obrátit (Carr-Gregg, 2012).

1.1.2 Problémové chování a rizikový vývoj v adolescenci

Adolescence je velmi citlivé období pro rozvoj tzv. problémového - rizikového chování, které je v zásadě dvojího druhu. Buď se týká poškozování tělesného či duševního zdraví dospívajících, nebo je spjato s ohrožením společnosti, způsobené negativním vlivem a újmou druhých lidí (Macek, 2003).

Co se týče pojmu rizikového chování, existuje mnoho definic. Labáth (2001) vysvětluje pojem rizikovost jako náchylnost či větší ohrožení psychosociálního vývoje oproti normální populaci, která se může projevovat z osobnostního, somatického, zdravotnického, sociálního hlediska, ale také z hlediska schopností a chování. V souvislosti s rizikovostí považuje rizikovou mládež za *„dospívající, u kterých je následkem spolupůsobení více faktorů zvýšená pravděpodobnost selhání v sociální a psychické oblasti“* (Labáth, 2001, s. 11). Podle Jessora (1991, in Kabíček, 2014, s. 34) je rizikové chování současně chováním problémovým, které je charakteristické jako *„chování dospívajícího, které může ohrozit jeho vývoj, ať už si je sám adolescent vědom rizikovosti nebo není“*. Dle Foltové (2012) existují dva směry uvažování o rizikovém chování v období adolescence. Jednak je na tuto skutečnost nahlíženo jako určitá normativní součást vývojového období, která z velké části v dalším stádiu vymizí, a jednak upozorňuje na dlouhodobé následky rizikového chování, které není možno přehlížet a jen tak zpozvdálí sledovat.

Kabíček (2014) uvádí, že se zpočátku mluvilo o sociálně patologických jevech, ale tento pojem není ani podle sociologů správný, a proto se vžil název *„Syndrom rizikového chování v dospívání“*. Machová podotýká, že oba pojmy se týkají částečně stejné problematiky, ale *„koncepte syndromu rizikového chování v dospívání je ze zdravotnického hlediska vhodnější při průběžné práci s mládeží a je komplexnější. Zahrnuje jevy a chování před vývojem jasně patologie a v době, kdy jsou ještě snadněji ovlivnitelné. Postihuje tak příčiny a tím ukazuje směr prevence i řešení. Jde o určité*

hraniční území mezi mírnějšími odchylkami od normy a už vyvinutou patologií."
(Machová, 2009, s. 175).

Do oblasti rizikového chování dle Sobotkové (2014, s. 40-41) se nejčastěji zařazují:

- nezdravé stravovací návyky
- záškoláctví
- lhaní
- agresivita, agresivní chování
- šikana, kyberšikana, násilné chování
- vandalismus
- obecně kriminální jednání
- závislostní chování
- rizikové chování na internetu
- rizikové chování v dopravě
- rizikové sexuální chování
- extrémně rizikové sporty, hazardní aktivity
- užívání anabolik a steroidů
- extremismus
- xenofobie, rasismus, intolerance, antisemitismus.

Je zřejmé, že rizikové chování je velmi rozsáhlé a stává se tak znakem dnešních adolescentů. Prakticky každý, má s nějakým typem takového chování osobní zkušenosti. V samotné kapitole vybrané rizikové faktory se jimi budeme podrobněji věnovat.

1.1.3 Syndrom rizikového chování v dospívání

Za posledních desetiletí výrazně stoupl počet dospívajících, kteří se chovají rizikově ve smyslu problémového chování, a jeho výskyt se posunuje do nižšího věku, tudíž se mluví také o nové morbiditě (nemocnosti) mládeže. Světová zdravotnická organizace na začátku devadesátých let 20. století stanovila dospívající jako samostatnou rizikovou populační skupinu, pro niž je nutná samostatná a zvýšená preventivní péče. V souvislosti s touto problematikou adolescentů zavedl R. Jessor termín „syndrom rizikového chování v dospívání“ (SRCH-D), který je charakteristický jako soubor příznaků vznikající na stejném podkladě. SRCH-D je specifický právě pro období

dospívání a zastává určitou funkci v adolescentově psychosociálním vývoji (Kabíček, 2014).

K syndromu rizikového chování v dospívání podle Kabíčka (2014) patří tři hlavní oblasti:

- 1. abúzus návykových látek** – kouření, konzumace alkoholu a drogy,
- 2. negativní jevy v oblasti psychosociálního vývoje** - poruchy chování, delikvence, kriminalita, sebepoškozování, úrazy spojené s agresí a riskováním, rvačky, záškoláctví, tyranizování slabších, či ničení majetku,
- 3. projevy v reprodukční oblasti** – předčasný sex, předčasné a nechtěné rodičovství, časté střídání partnerů nebo pohlavně přenosné nemoci.

Výše zmíněné tři okruhy rizikového chování se vzájemně prolínají. Jeden z jevů může být spouštěčem řetězce dalších, např. alkohol může vést ke snížení sebekontroly ve střídání sexuálních partnerů, či ničení majetku. Špatné na tom je, že si mnohdy adolescent neuvědomuje, jaké nebezpečí mu rizikového chování může přinést, jelikož některé dopady jeho chování ho mohou provázet až po zbytek života.

Příčinou rizikového chování v dospívání je převaha rizikových faktorů nad ochrannými. Častým spouštěčem v dětství je zanedbávání či zneužívání dítěte, problémové chování, ztráta v rodině, zavržení svým rodičem nebo špatný školní prospěch. V dospívání může být rizikové chování zapříčiněno nízkou sebedůvěrou, handicapem, chronickou nemocí, předčasným těhotenstvím v období dospívání či malou vyhlídkou do budoucnosti. Společenskými faktory rizikového chování často bývá příslušnost k menšinám, oslabením rodiny, nezaměstnanost nebo příliš shovívavé zákony v oblasti zbraní, dopravy a drog. Oproti tomu protektivní faktory mají ochranný vliv a oslabují působení rizikových faktorů. Klíčovými protektivními faktory jsou vždy dobré vztahy v rodině, otevřená komunikace, normální vývoj v dětství, podpora dospívajícího, pozitivní perspektiva do budoucnosti, schopnost sebekontroly a pozitivní skupina vrstevníků (Machová, 2009).

Obecně nelze nahlížet na rizikové chování pouze negativně. Toto chování je vnímáno i pozitivně a je pro období adolescence naprosto nevyhnutelné. Podle Macka (2003) je v období dospívání typické hledání identity, kterou lze najít právě pomocí rizikového chování. Většina autorů zmiňuje pozitivum rizikového chování ve zvýšení sebevědomí

adolescenta, získání respektu a utváření vztahů mezi vrstevníky. Také pocit dospělosti či osamostatnění je pro adolescenty velmi důležitý, a je zapříčiněn rizikovým chováním.

1.1.4 Vybrané rizikové faktory

1.1.4.1 Návykové látky

Rizikové chování u adolescentů jen nejvíce zastoupeno užíváním návykových látek – kouřením cigaret, konzumací alkoholu a drogami, zejména s marihuanou. Toto chování je často spojeno s trávením volného času ve skupině vrstevníků nebo také v rodině (Sobotková, 2014).

Častým užíváním návykové látky může dojít až k závislosti, která se projevuje vysokým nutkáním drogu vyhledat a brát. V této souvislosti Kabíček (2014) uvádí čtyři stádia cesty do závislosti. První stádium začíná **experimentem**, který je u adolescentů motivován sociálně, avšak většina z experimentu má nepříjemný zážitek. Tento vztah se změní v druhé fázi – **užívání**, kdy mladiství začíná vyhledávat návykovou látku, má pro ně ho významný pozitivní vliv, např. z introverta se stává „bavičem“, dokáže se uvolnit a zbavit úzkosti. Další fází je **problémové užívání**, kdy s pozitivním vlivem se dostaví i první problémy ve škole, s policií, zvyšuje se absence ve škole a zhoršuje se prospěch. Pokud zneužívání návykové látky přetrvává, jedinec dříve či později přechází do posledního stádia **závislosti**.

Kouření

Kouření je považováno podle mnoha autorů za jedno z nejrizikovějších faktorů životního stylu, neboť je nejčastěji příčinou různých nemocí a předčasných úmrtí. Nešpor, Csémy (2002) uvádí, že v České republice způsobí tabák denně více než 60 předčasných úmrtí, kdy jedna cigareta stojí kuřáka v průměru pět až patnáct minut života.

Mezi základní škodlivé látky v tabákovém kouři je oxid uhelnatý, který omezuje schopnost přenášet kyslík a nikotin, na kterém vzniká závislost. Nikotin se vstřebává do krve a vyvolává pocit uvolnění a pohody. Při poklesu nikotinu v těle dochází k abstinčním příznakům, jako je např. nervozita, neschopnost se soustředit či podrážděnost (Diehl, 2009).

Nebezpečí kouření spočívá v tom, že většina kuřáků nezůstává jen u kouření tabáku, ale souběžně užívá alkohol nebo jiné návykové látky. Nejrizikovějším obdobím pro vznik

návyku je mezi 11. a 15. rokem, kdy hlavní motivací je snaha vypadat dospělejší, nezávislejší a napodobit chování obdivovaných vrstevníků. V tomto věku jim kouření pomáhá vytvářet úspěšné postavení, i přesto že jim kouření nezachutnalo (Machová, 2009). Podle Křivohlavého (2009) je začátek kouření jako „sociální nakažlivost“, tj. kdo nekouří je „srab“ a právě toto sociální ovlivnění považuje jako počátek rizikového chování.

Podle průzkumu ESPAD z roku 2011 bylo zjištěno, že u šestnáctiletých si denně zapálí cigaretu 27,2 % chlapců a 24,2 % dívek a nad 11 cigaret denně (silní kuřáci) vykouří 8 % šestnáctiletých. Studie prokázala, že s denním kouřením začala do 13 let věku celkem třetina kuřáků, chlapci významně začínali s kouřením v nižším věku a dříve se stali denními kuřáky oproti dívkám (Chomynová, 2014). Kabíček (2014) doplňuje, že závislosti na tabáku je velmi těžké se zbavit, proto je lepší, vůbec s ním nezačínat, než odvykat kouření. *„Jakýkoliv způsob ukončení návyku kouření dosahuje jen 20 % účinnosti v dlouhodobém pohledu“* (E. Lichtenstein a S. Cohen in Křivohlavý, 2009, s. 189).

Alkohol

Alkohol je psychotropní droga, která odbourává zábrany, pomáhá zahnat nudu a účinkuje jako hypnotikum. Účinek alkoholu závisí na vypitém množství, na fyzickém i psychickém stavu konzumenta, na náladě a dalších faktorech. Vypití většího množství alkoholu vede k opilosti, a při dlouhodobém užívání vyvolává závislost, tj. alkoholismus (Machová, 2009).

Pro mladistvé je alkohol mnohem rizikovější než pro dospělé z mnoha důvodů. Jejich játra neodbourávají alkohol v takové míře jako u dospělých. Navíc mají menší tělesnou hmotnost, která hraje významnou roli, proto se návyk u mladých lidí vyvolává velmi rychle (Nešpor, Csémy, 1994). Pod vlivem alkoholu jsou sníženy kognitivní schopnosti, zhoršuje se schopnost rychle reagovat, zvyšuje se agresivita a to je velmi často spojeno s rizikem úrazů a autonehod (Kabíček, 2014). Podle Nešpora a Csémy (2002) je alkohol příčinou každého čtvrtého úmrtí u mužů ve věku 15 – 29 let, jde o především o úrazy, dopravní nehody, otravy alkoholem, násilné jednání či sebevraždy.

Alkohol a tabák jsou nejnebezpečnější legálně prodávané drogy, které jsou u nás velmi rozšířené. Děti se od malička setkávají doma s pitím alkoholu, vidí své rodiče opilé, a tak podvědomě získají přesvědčení, že na alkoholu není nic špatného. Velký vliv má

nepochybně i reklama, která nás neustále ujišťuje, že pití alkoholu je normální a patří k životnímu stylu, jako třeba sport nebo zábava (Diehl, 2009). Proto také v současné době můžeme zaznamenat u dospívajících velkou oblibu pití alkopops, tj. limonád s obsahem alkoholu (Kabíček, 2014). Studie ESPAD prokázala nárůst pravidelného pití piva a destilátů u chlapců, u děvčat spíše nárůst vína a destilátů. Nadměrné dávky alkoholu více než třikrát v posledním měsíci konzumovalo 21 % šestnáctiletých studentů. Pití alkoholu u dospívajících zůstává dlouhodobě závažným problémem (Chomynová, 2014). Pro problémové užívání alkoholu či závislosti na alkoholu je v ČR registrováno přes 500 adolescentů ve věku 15-19 let (Kabíček, 2014).

Marihuana

Marihuana je třetí nejužívanější návykovou látkou mezi adolescenty. Slangově bývá označována u adolescentů jako tráva, hulení, gandža, špek, brčko, joint, zelí, skéro a mnoho dalších výrazů. Marihuana spolu s hašišem patří mezi konopné drogy a její hlavní účinnou látkou je THC, která je mnohem jedovatější než alkohol. Marihuana se nejčastěji kouří, ovšem drogy z konopí se také přidávají do cukrovinek nebo nápojů (Marihuana, 2016). Dospívající mají ze začátku s drogou dobrou zkušenost, jelikož navozuje pocit euforie, zažívají díky ní stav úlevy od stresu a také působí uklidňujícím způsobem. Při dlouhodobé aplikaci se zvyšují úzkostné stavy, zhoršuje se paměť, pozornost, schopnost učení, obratnost a odhad vzdálenosti (Nešpor, Csémy, 1994). Účinek marihuany shrnuje Nešpor a Csémy (1994, s. 61) následovně: „*Marihuana dělá z nadaných průměrné, z průměrných hloupé, z bojovníků poražené.*“

Na základě Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) z roku 2011 bylo zjištěno, že šestnáctiletí adolescenti mají nejvíce zkušenost právě s konopnými látkami (42,3 %), kde u chlapců je uváděna vyšší zkušenost ve srovnání s dívkami. Následujícími užívanými nelegálními drogami u mladistvých byly léky bez předpisů lékaře s nejčastěji sedativními účinky (10,1 %), čichání rozpouštědel (7,8 %), halucinogenní houby (6,9 %). Mezi další rozšířené drogy se uvádí LSD (5,1 %) a extáze (3,3 %). (Chomynová, 2014)

Nešpor a Csémy (1994) označují alkohol, tabák a marihuanu jako „průchozí drogy“, protože část dětí a adolescentů z nich přechází k ještě nebezpečnějším návykovým látkám. Pojmenování průchozí drogy neznamená, že by nebyly pro mladistvé nebezpečné, naopak představují velké riziko ohrožení jejich zdraví.

1.1.4.2 Stres

Období adolescence je naplněné celou řadou významných změn, které ve svých důsledcích mohou vyvolat u dospívajících pocity napětí, nejistoty či emoční nepohody. Mladiství se dostávají každodenně do situací, které jsou pro ně zátěžové či stresové (Urbanovská, 2010).

Pojem stres nemá v současné době jednotný obsah, často je používán pro označení rozsáhlého spektra skutečností. Odborná literatura nabízí širokou škálu definic stresu, kde převážně dominují fyziologické a psychologické aspekty. Křivohlavý (2009) hovoří o stresu tehdy, když se člověk dostává do zátěžové situace, tj. když na něho doléhá různý druh tlaku z okolních stran. V psychologii se v této souvislosti hovoří o běžných každodenních starostech, které člověku přerostou přes hlavu. Stres lze chápat jako „stav nadměrného zatížení či ohrožení“ (Vágnerová, 2008, s. 50). Kebza (2005) za stres označuje jakoukoliv zátěž, u které se mnohdy ani nerozlišuje, zda je prospěšná nebo škodlivá. Podle Urbanovské (2012) může být stres definován jako:

- silná frustrace, projevující se stavem napětí,
- extrémní zátěžová situace, jejíž hrozba vyvolá významnou změnu chování,
- odpověď organismu na určité podmínky, které narušují rovnovážný stav v organismu,
- citový prožitek v rovině somatické, duševní a behaviorální.

V běžné řeči se o stresu hovoří jako o události, která způsobí stres spojený s negativními pocity, který se nazývá „distres“. Někdy však vypjaté situace vedou k pocitu radostné nálady, tedy k dobrému stresu, který se označuje „eustres“ (Joshi, 2007).

Stres může být vyvolán nejrůznějšími vlivy, podmínkami, okolnostmi či faktory. Všechny tyto rušivé podmínky a okolnosti, které působí na člověka negativně a ohrožují tak tělesnou či duševní pohodu jedince se nazývají stresory (Urbanovská, 2012). Podle Křivohlavého (2009) mezi stresory patří: pracovní vytížení, časový stres, neúměrně velká zodpovědnost, nevyjasnění pravomocí, nedostatek spánku, nezaměstnanost, hluk, omezený prostor, dlouhodobé napětí, nesvoboda, kontakt s lidmi a negativní sociální jevy, jako například výše zmíněné návykové látky. Podle Skorunková (2013) jsou nejčastějšími stresovými situacemi u adolescentů: vrstevnické vztahy, stresy z nespokojenosti se sebou samým, partnerské vztahy, vztahy k rodině, studium,

komunikace s lidmi, konflikty v jednání s učiteli, stresy z tělesné nedostačivosti a zdravotních problémů, stresy z orientace ve světě a také obavy z budoucnosti.

Ve chvíli, kdy je jedinec vystaven působení stresoru a vnímá jej jako ohrožující, tak dochází k aktivaci organismu, kde cílem je obnovit či zajistit narušenou rovnováhu organismu. Stresová reakce můžeme zpravidla rozdělit do tří rovin: oblast fyziologická, psychická a behaviorální. V rovině **fyziologické** se jedinec nejčastěji vyrovnává s náročnými situacemi prostřednictvím útěku nebo boje, např. adolescent aby nebyl zkoušen, tak jde „za školu“, nebo se snaží uniknout pomocí alkoholu, drog či nemoci. Reakce boje bývá nejčastěji v podobě samotného napadení, pomluv nebo ironizování spolužáků. Spolu s reakcí boje či útěku dochází také k prohloubení dýchání, zvýšenému pocení a zvýšené citlivosti. V oblasti **behaviorální** se stresový stav projevuje změnou chování, buď zvýšením aktivity, kdy jedinec se chová zbrkle, mluví rychle. Nebo naopak jedinec reaguje útlumem, kdy není schopen se uvolnit, nezapojuje se. Charakteristickými **psychickými** projevy stresu je narušení poznávacích funkcí, poruchy paměti, změny myšlení nebo poruchy pozornosti. Vše je provázáno negativními emocemi, jako je např. úzkost, vztek, agrese či deprese (Urbanovská, 2012). Pokud ale jedinec zhodnotí stresovou situaci za náročnou a i přesto zvladatelnou, vyvolají se mu pozitivní emoční reakce v podobě veselé nálady.

Stres je jedním z faktorů, které mohou způsobit nemoc. Joshi (2007) uvádí, jak naše tělo reaguje na stres. Nehmatatelné životní situace, jako jsou psychické vlastnosti, citový neklid, společenské postavení a druh společnosti, ve které se člověk pohybuje, mohou ovlivnit hmatatelné projevy v našem těle, jako jsou vředy, cukrovka, bolesti, infarkty, mrtvice, růst dětí a dokonce i rakovina. Čeledová, Čevela (2010) tyto projevy spolu s obezitou označuje jako „civilizační choroby“, jež jsou důsledkem moderní společnosti. Neustálý spěch, vysoké nároky, nedostatek času na sebe samotného, rodinu a přátele, to vše nasvědčuje k vytváření stresových situací. Joshi (2007) dodává, že moderní nemoci jsou nejčastěji způsobeny extrémní emocionální zátěží.

Psychosomatické poruchy jsou tělesné poruchy, u kterých se předpokládá, že rozhodující úlohu hrají emoce, hovoří se o tzv. psychické zranitelnosti – diatéze. Ta může být získaná nebo může být dána geneticky. Jedinec, který má predispozice k určité nemoci, stačí, aby se dostal do styku s jen mírným podmětem, a objeví se u něho znovu nemoc (Čeledová, Čevela, 2010). Často se projevuje bolestí břicha, hlavy,

únava, ale také zažívacími potížemi, například když má být adolescent zkoušen ve škole.

Na druhou stranu občasný výskyt stresorů může mít na organismus prospěšný vliv, jelikož se posiluje fyziologická odolnost organismu. Nicméně stresu nejde uniknout, tudíž je dobré se s ním umět vypořádat. Kebza (2005) popisuje nejvhodnější rady ke zvládnutí stresu. Nejdříve bychom si stres měli uvědomit a rozpoznat ho, dále se mu umět vyhýbat (pokud se mu vyhnout lze), předvídat a hodnotit. Dále je důležité zvládat svůj hněv, mít osvojené zásady asertivity a využít změny pohledu na věc a případně využít sociální opory.

Zvládání stresu bývá označováno termínem coping. Mezi faktory, které ovlivňují zvládnání životních těžkostí, patří nezdolnost v pojetí resilience, koherence či hardiness. Kladný vliv má také sociální opora, tělesná aktivita, vyvážená strava, hudba, relaxace, nekuřáctví a celkově správná životospráva (Čeledová, Čevela, 2010). Vybranými faktory se budeme podrobně zabývat v kapitole o protektivních faktorech životního stylu.

1.1.4.3 Obezita

Nadváha i obezita jsou způsobeny nadměrným nahromaděním tukové vrstvy, projevující se vyšší tělesnou hmotností, než příslušní jedinci v daném věku. Obezita je definována jako stav, když jedinec váží o 20 procent více, než kolik je jeho ideální hmotnost. Pokud se však toto číslo pohybuje mezi 10 až 19 procenty, pak se hovoří o nadváze. Přiměřená váha je z biologického hlediska jednoznačně spjata se zdravím, a to fyziologickým, psychickým, ale i sociálním. Nadváha je také spojována s negativními charakteristikami, jako jsou lenost, nedostatek vůle a ztráta kontroly. Jedinci s nadváhou či obezitou jsou vnímáni jako fyzicky neatraktivní a často tak společensky odmítáni (Dieh, 2009).

Světová zdravotnická organizace považuje obezitu za závažné chronické onemocnění, které přispívá k mnoha dalším onemocněním. U obézních lidí se velmi často objevuje, zvýšený krevní tlak, cukrovka, zvýšená hladina cholesterolu, srdečné onemocnění, žlučové kameny, rakovina tlustého střeva a mnoho dalších. Obézní jedinci navíc trpí často záněty kostí a kloubů (Machová, 2009).

Obezita se vyskytuje už v dětském věku. Nejčastější příčinou obezity je nadměrné přijímání potravy s nízkou pohybovou aktivitou. Dítě, které je již obézní, se tělesnému cvičení obvykle vyhýbá. Důvodem je jeho neobratnost, která je častým zdrojem výsměchu ostatních spolužáků. Řada dětí, adolescentů nesnídá a prvním jídlem je oběd v jídelně. Někteří jedinci dávají přednost sušenkám z bufetu, energetickým nápojům a polotovarům před teplým jídlem. Na vzniku obezity se dále podílejí rodinné zvyklosti v podobě tradičních tučných a sladkých jídel, které přispívají k zvýšení obezity. Další příčinou může být i dědičnost, která se na vzniku obezity podílí až v 50 % (Machová, 2009). Nutno podotknout, že se dědí jenom pravděpodobnost, kterou může jedinec změnit. Z tohoto důvodu hraje významnou roli výchova dítěte ke sportu či jiných pohybovým aktivitám. Poté už je na samotném jedinci, zda zaujme kladný postoj k pohybovým aktivitám a změni své stravovací návyky.

Obezita velmi souvisí s životním stylem dnešní doby. S příchodem technického pokroku se stal život lehčím, příjemnějším a hlavně pohodlnějším. Moderní člověk začal vést převážně sedavý způsob života. Erich P. Eckholm trefně vyjádřil současnost (in Křivohlavý, 2009, s. 134): „*Poloha vsedě je už pomalu hlavním znakem naší civilizace. Zdá se, že před sebou máme jiný druh člověka zvaného homo sedentarius*“. Jedinec nejraději využívá cestou do školy či práce dopravní prostředek, ve škole či práci pak sedí, a místo využití schodů, tak raději použije výtah nebo eskalátory. Svůj volný čas tráví u počítače nebo u televize a na jakoukoliv fyzickou činnost si čas neudělá. Přestávají se dělat domácí práce, protože vše nahradila moderní technika, která nás zbavila i minimálního pohyb (Machová, 2009). Nedostatečný pohybový režim s sebou nese zvýšené riziko vadného držení těla, objevuje se psychická labilita a s tím spojená slabost a točení hlavy, které vedou až ke kolapsovým stavům. Obezita se v poslední době stala globálním zdravotním problémem lidstva, mnohými autory označovaná jako epidemie. Studie ukazují, že v populaci současných dospívajících má 15 % nadváhu a 7 % je obézních. Alarmující však je, že se tato čísla v posledních dvaceti letech zdvojnásobila (Kabíček, 2014).

2 Protektivní faktory životního stylu

Protektivní faktory představují faktory, které člověku napomáhají zvládnout nepříznivé události v průběhu života a přečkat je v psychické pohodě. Jedná se o schopnost jedince vyrovnávat se s náročnými životními situacemi s využitím pozitivních možností a s dostatečnou sebedůvěrou v možnost najít přijatelné řešení (Vágnerová, 2008). Protektivní faktory jsou definovány jako „*charakteristiky, které v interakci s nepřízní či protivenstvím redukuji nebo eliminují potenciální negativní účinek rizikových faktorů*“ (Šolcová, 2009, s. 14).

Mezi nejdůležitější protektivní faktory životního stylu patří resilience a sociální opora. Dále do protektivních faktorů řadíme faktory podporující zdraví jako je přiměřená pohybová aktivita, zdravá výživa, spánek a relaxace. Tyto faktory podporující zdraví jsou často označovány jako salutory, kterými se budeme podrobně zabývat v následující kapitole.

2.1 Chování vedoucí ke zdraví

Primárním prediktorem zdraví je bezpochyby životní styl. Životní styly jsou různorodé a rozmanité a volíme si je svobodně sami. Co se týče terminologie, tak se můžeme v této oblasti setkat s dvěma odlišnými termíny, životní styl a životní způsob. Pokud hovoříme o pojmu životní způsob, jedná se spíše o velký sociální celek, naproti tomu životní styl vyjadřuje spíše individuální charakter a pro každého jedince je specifický, jelikož vystihuje jeho osobitost. Nicméně oba termíny lze považovat za synonyma (Kraus, 2015).

Podle Tiché (2012) představuje životní styl systém významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí, které jsou charakteristické pro určitého jedince. Duffková (2008, s. 51) doplňuje, že životní styl je jako „*způsob, jakým lidé žijí - tedy jak bydlí, stravují se, vzdělávají se, chovají se v různých situacích, baví se, pracují, spotřebovávají, vzájemně komunikují, jednají, rozhodují se, cestují, vyznávají určité hodnoty...*“.

Každý člověk má možnost rozhodnout se pro optimální životní styl podporující zdraví a odmítnout rizikový životní styl, který naopak ohrožuje a poškozují jeho zdraví. Rozhodování jedince o výběru životního stylu není zcela svobodné, neboť je závislé

na různých faktorech¹. Podle Macka (2003) je klíčovým faktorem nepochybně rodina adolescenta a její celkový životní styl. Rodiče ovlivňují chování svých dospívajících dětí v mnoha směrech, velký vliv má i jejich vzdělání a zaměstnání. Význam má také škola a v neposlední řadě i osobností charakteristiky samotného adolescenta.

V současné uspěchané době kvalitu i kvantitu života zhoršují už zmíněné civilizační choroby, které jsou důsledkem změny životního stylu, z něhož se vytrácí pohyb, přibývá přejídání a zhoršují se mezilidské vztahy. Řešením je uvědomění si své biopsychosociální podstaty a z toho vyplývající potřeby člověka, které povedou ke zdravému životnímu stylu (Čeledová, Čevela, 2010).

Zdravý životní styl představuje způsob života, který vede k podpoře zdraví a ochraně před vznikem nemocí. Podle Smékala (1997, in Kraus, 2015) pěstování zdravého životního stylu zahrnuje rozvíjení tělesné, psychické i duchovní složky osobnosti. Tělesná složka zahrnuje rozvíjení dovednostní a návyků osobní hygieny, správnou životosprávu, aktivní pohyb a vyhýbání se škodlivým látkám (drogy, alkohol, kouření). Psychická složka klade důraz na odpovědnost, uvážlivost, sebeovládání, sebereflexi a sociální zdatnost. Duchovní složka představuje rozvoj estetické, literární a realizační zájmy, dále také mravní vyspělost a citlivost svědomí. Podle Tiché (2010) by měl zdravý životní styl zahrnovat:

- jistou pravidelnost,
- dostatečný spánek,
- vyváženou stravu a dostatek tekutin,
- pravidelnou relaxaci,
- rovnováhu mezi povinnostmi a zábavou,
- střední míru zátěže,
- péči a zodpovědnost za své zdraví.

Duffková (2008) uvádí, že podstatou zdravého životního stylu je dodržování a respektování určitých pravidel a norem, které směřují k udržení a upevnění zdraví.

¹ Kraus (2015, s. 107-110) rozděluje determinanty ovlivňující životní styl na vnější (objektivní) a vnitřní (subjektivní) faktory. **Objektivní** společenské faktory jsou určovány ekonomickým a politickým stavem dané společnosti. Při formování životního stylu jsou klíčovým prvkem kulturní tradice, zvyky, hodnoty, technický pokrok a životní prostředí, ve kterém se jedinec nachází. Odlišné názory můžeme vidět ve srovnání životního stylu adolescentů a jejich rodičů. **Subjektivní** společenské faktory jsou dány samotným jedincem. Řadí se mezi ně intelekt, temperament, pohlaví, zdravotní stav, věk a vzdělání. Velký vliv má výchova v rodině, která zásadně ovlivňuje formování životního stylu jedince.

Proto je důležité v každém případě vycházet z konkrétních podmínek exogenních (okolní prostředí) a endogenních (organismus jedince).

Vztah adolescenta k vlastnímu zdraví se výrazně liší než v dětství nebo v dospělosti. Většinou dochází k zlehčování jejich obtíží. Obecně se dospívající za nedostatky ve svém zdravotním stavu stydí, a proto si je raději nepřipouští. Zdravý životní styl v adolescenci je často věcí volby pouze do určité míry, obvykle však dospívající dávají přesnost rizikovému životnímu stylu, jelikož pomáhá řešit jejich aktuální problémy (Machová, 2009).

V oblasti školství se můžeme setkat s programem - Škola podporující zdraví (Zdravá škola), která se orientuje na systematické včlenění podpory zdraví do všech aktivit, které škola vyvíjí. Hlavním cílem programu je podpora zdravého životního stylu u všech členů komunity (děti, rodiče, škola), vytvářet pozitivní prostředí a zdravé učení (Křivohlavý, 2009).

2.1.1 Resilience

Pojem resilience má mnoho definic. Nejčastější je resilience označována jako schopnost jedince zvládnout nepříznivé okolnosti a stres. Termín resilience znamená v překladu pružnost a lze ji také interpretovat jako nezdolnost, houževnatost či odolnost (Šolcová, 2009). Většina autorů zabývajících se resiliencí v dnešní době ji pojímá jako proces interakce mezi jedincem a prostředím, které ho obklopuje. Podle Luthera (2006, in Sobotková, 2014) resilience není pouze osobnostní rys či vlastnost jedince, je to spíš proces pozitivní adaptace na nepříznivé okolnosti. Podle Kumfera (1999, in Kebza, 2005) se při utváření resilience uplatňuje vliv vzájemně podmíněných vnitřních a vnějších faktorů, založených především v osobnosti a dotvářených interakčními vazbami s faktory prostředí. Under (2004, in Pelcák, 2015) v této souvislosti zdůrazňuje směřování jedince ke zdraví a jeho schopnosti získat zdroje a současně připravit rodiny, obce a kultury tyto zdroje poskytnout. Resilience zahrnuje sociálně, osobnostně a somaticky založené zdroje, jedná se sociální vztahy, životní styly, osobnostní charakteristiky, způsoby myšlení a také fyzickou zdatnost (Pelcák, 2015).

Šolcová (2009, s. 71) definuje resilienci jako „*souhrn výsledku dynamických procesů vzájemného působení mezi dítětem, rodinou a prostředím v průběhu času.*“. Mírou resilience je v mnohých případech úspěch v dosažení vývojových cílů. Je však podstatné

zmínit, že resilience je diferenciovaná, tedy resilience v jedné oblasti neznamená automaticky nezdolný postup i v jiných směrech.

Významným faktorem ovlivňující schopnost jedince odolávat stresu je rodinná resilience. Ta představuje dynamickou rovnováhu mezi udržením funkcí rodiny v zátěžových situacích a schopností členů rodiny mezi sebou komunikovat, podporovat se a vyrovnávat se s obtížnými situacemi. Rodina se stává sociální jednotkou, která utváří bezpečné zázemí při řešení obtíží (Šolcová, 2009).

Resilience se během našeho života vyvíjí, a proto je třeba ji posilovat. Winfieldové (1994, in Šolcová, 2009) se zabývá posilování a podporou resilience ve vývoji mládeže a podotýká, že proces posilování resilience u dospívajících je dlouhodobý. V rámci společenství a školství je zapotřebí měnit postoje, přístupy, systémy, přesvědčení u adolescenta tak, aby následně uspěl. Proto je v tomto procesu velmi důležité zdůrazňovat přednosti a potenciály jedince, nikoliv však jeho nedostatky.

Přístupy zaměřující na odolnost adolescentů vycházejí z předpokladu, že adolescence je období významných výzev, příležitostí ale i rizik. Podle studií se adolescentní resilience dá vyjádřit kombinací pozitivního sebehodnocení, zvládacích dovedností, spokojenosti, extraverte a otevřenosti nové zkušenosti (Davey, Eaker, Walters, 2003, in Kebza, 2005).

Kliewer (1999, in Křivohlavý, 2009) se zabýval resiliencí u dětí a dospívajících a prokázal, že resilience představuje spojení autonomie dítěte a jeho schopnost požádat o pomoc druhé lidi v náročných situacích. Tyto úspěšné děti charakterizovalo i to, že měly určitou zálibu, která jim dělala radost, že si osvojily dovednosti zvládnání problémů, že dobře komunikovaly s druhými a že věřily ve své schopnosti. Vyznačovaly se i vysokou mírou sebehodnocení a měly velice dobrou míru sociální opory. Důležitou roli zde měli také učitelé, kteří dětem důvěřovali a otevírali jim nové možnosti v životě.

2.1.2 Sociální opora

Sociální opora je jedním z nejdůležitějších pozitivních faktorů modifikujících nepříznivý vliv různých negativních životních situací na fyzický i psychický zdravotní stav člověka, na jeho pohodu (well-being) a na kvalitu jeho života (Křivohlavý, 2009). Sociální oporou se v širším slova smyslu rozumí pomoc, která je poskytována druhými

lidmi jedinci, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně můžeme říci, že jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje (Tichá, 2012).

Kebza (2005) uvádí pojem sociální zdroje, které jsou součástí systému sociální vztahů. Sociální opora může být poskytována jedinci prostřednictvím okolí a to, jak od rodiny, přátel, kamarádů, tak i od dalších osob. Tyto sociální vazby mají velice pozitivní vliv na jedince, nejen že ulehčují přežití a adaptaci na nepříznivé prostředí, ale mají i vliv na celkovou životní spokojenost. Podle Berkmana a Breslowa (1983, in Kebza, 2005) se lidé s rozvinutými sociálními vazbami obecně dožívají delšího věku a disponují celkově lepším fyzickým a psychickým zdravím než lidé s chudými sociálními vazbami. V případě vlivu negativních životních událostí je sociální opora nejvýznamnějším prediktorem vzniku deprese (Dean a Enselm, 1982, in Kebza, 2005).

Z výzkumu Kebzy (2005) vyplývá, že pozitivním prediktorem sociální opory je extroverze, která výrazně ovlivňuje formování sociálních vztahů. Dalšími faktory, které ovlivňují sociální zdroje, jsou odolnost ve smyslu hardiness, socioekonomický status a pohlaví. Studie zabývající se problematikou v oblasti genderových rozdílů prokázaly, že pro dívky je v adolescentním období vnímání kladných sociálních vztahů mnohem významnější než pro chlapce.

Křivohlavý (2009) rozděluje sociální oporu do tří úrovní. První oblastí se nazývá makroúroveň, která představuje celospolečenskou formu pomoci potřebným lidem, např. sociální a ekonomická pomoc při záplavách či zemětřesení. Druhou oblastí je meziúroveň, kde se snaží skupina lidí pomoci jednomu ze svých členů nebo i cizímu člověku, který se nachází v nouzi, např. pomoc spolužákovi ve škole. Třetí oblastí je mikroúroveň, která představuje pomoc a oporu danému člověku od nejbližší osoby, např. rodina nebo přátelé.

V psychologii zdraví se setkáváme s rozlišováním čtyř druhů sociální opory:

- 1. Instrumentální opora** – konkrétní forma pomoci, např. poskytnutím finanční výpomoci nebo zařízení neodkladných záležitostí, bývá označována jako asistence potřebným.
- 2. Informační opora** – jde přímo o poskytnutí informace, která může být nápomocna při orientaci a řešení situace.
- 3. Emocionální opora** – člověku, který se ocitl v tísní, je laskavým jednáním projevena náklonnost, emocionální blízkost a je mu dodána naděje.

4. Hodnotící opora – při jednání s daným jedincem s úctou či respektem, tak je posilováno jeho kladné sebehodnocení a sebevědomí (Tichá, 2012).

Podle teorie sociemočního výběru mají sociální vztahy dvě hlavní funkce – získávání informací a emoční opory. V mladším věku je převážně důraz kladen na získání informací, a s narůstajícím věkem nabývá větší význam emoční opora (Šolcová, 2009).

Bakala (1992, in Kebza, 2005) uvádí dva základní modely účinku sociální opory na lidské zdraví. Podle **nárazníkového modelu** („buffering“) je příznivý vliv sociální opory zejména tehdy, když je člověk vystaven stresu. U osob s vyšší mírou stresu a s nižší mírou sociální opory se předpokládá snažší vznik nemocí. Oproti tomu **model přímého účinku** se předpokládá, že sociální opora má protektivní účinek na zdravotní stav, bez ohledu na to, zda je konkrétní jedinec vystaven účinku stresu.

Někdy se však může stát, že poskytování sociální opory může za určitých podmínek znamenat pro daného jedince až mimořádnou zátěž. Příkladem může být nadměrná pomoc člověku v tísní, kdy jedinec nemá prostor se svobodně rozhodovat a dochází tak pocitům viny, strachu nebo až k závislosti. Nevhodnou formou sociální opory může být také nepochopení lidem v těžkých situacích, jelikož mají různé očekávání a představy, a to se následně projeví na jejich psychickém stavu. Příkladem mohou být dospívající, kteří nedostávají potřebnou míru přátelské náklonosti od rodičů a proto se obracejí k jiným osobám či gangům, které jim poskytují sociální oporu, po které touží (Křivohlavý, 2009).

2.1.3 Pohybová aktivita

Lidské tělo je vyvinuto k pohybu a k aktivitě. Pohyb je nejpřirozenějším a nezbytným předpokladem k zachování a k upevnění fyziologických funkcí organismu. Nejenže zvyšuje tělesnou zdatnost, posiluje srdce, snižuje hladinu cholesterolu a krevního tlaku, pomáhá proti bolestem v zádech, zpevňuje kosti, pomáhá dosáhnout ideální hmotnosti, ale také je prevencí proti civilizačním chorobám (Dieh, 2009). Křivohlavý (2009) doplňuje, že pohybová aktivita má velký vliv i na řadu psychických projevů. Příkladem může být pozitivní vliv cvičení na zvyšování kladného sebehodnocení, zlepšování depresí, snižování úrovně úzkosti a celkové posilování psychiky v boji se stresem, jelikož pohyb napomáhá lepšímu prokrvení a okysličení mozku. Pelcák (2015) uvádí, že kromě uvedených zdravotních zisků a vyšší produktivity práce jsou podstatné také vnitřní prožitky z pohybové aktivity, např. radost z vítězství ve hře, uspokojení

z pohybu. Převažující pocity blaženosti jsou důsledkem vyplavování endorfinů, které mají všeobecně blahodárné účinky na zdraví - snižují bolest a zlepšují aktuální psychický stav a náladu. Pohybová aktivita je také přirozeným zdrojem sociální opory, poskytuje příležitost k navazování a udržování sociální kontaktů a přátelských vztahů a také přispívají k upevnění skupinové soudržnosti.

Návyky chování podporující pohybovou aktivitu je třeba vytvářet již od neútlejšího věku. Ke každé fyzické pohybu a sportu je zapotřebí dostatečná motivace a proto už od raného dětství je důležitá podpora rodiny, výběr aktivního životního stylu a povzbuzující postoj vnějšího okolí. V tomto smyslu má velký vliv škola, která u dětí vytváří a formuje postoje k fyzickým aktivitám. Proto by měl být pohyb přenesen nejen do hodin tělesné výuky, ale i do celého chodu školy. Pozitivní je, že v souvislosti s rozvojem psychologie zdraví začala být školní tělesná výchova pojímána jako předmět podporující zdraví. Jejímž cílem je štěpovat jedinci kladný vztah k sportu, probouzet radost z pohybu a zajistit, aby se pohybová aktivita stala přirozenou a nezbytnou součástí životního stylu jedince (Machová, 2009).

Aby sportovní aktivita působila protektivně, tak by měla být prováděna alespoň třikrát týdně po dobu třiceti minut. Společně s tím je klíčové dodržovat vyváženou stravu, dostatek tekutin a v neposlední řadě dbát na odpočinek. Nejpříznivější vliv na naše zdraví má jízda na kole, plavání nebo rychlá chůze, která nezatěžuje tolik pohybový aparát (Dieh, 2009).

2.1.4 Výživa

Lidské tělo potřebuje energii k zajištění své činnosti na výstavbu tkání, orgánů a stavebních látek. To vše člověk získává potravou. Výživa zabezpečuje tělesný růst u dětí a adolescentů, a proto správná (racionální) výživa musí být vyvážená po stránce kvantitativní i kvalitativní. Z kvantitativního hlediska musí výživa zajišťovat příjem energie odpovídající jejímu výdeji. Pokud však energeticky bohatá strava neodpovídá energetickému výdeji organismu, tak se v těle ukládá tuk a vzniká nadváha až obezita. Z hlediska kvalitativního by měla být strava vyvážená a rozmanitá, aby organismus jedince dostal potřebný příjem živin (cukry, tuky, bílkoviny), vitamínů a minerálů společně s dostatečným příjmem vody. Nevyvážená nebo jednostranná výživa způsobuje oslabení imunity a větší náchylnost k nemocem (Machová, 2009).

Zdravá výživa může fungovat jako protektivní faktor tehdy, když jedinec dodržuje zásady vyvážené a pestré stravy a společně s tím i principy zdravé výživy. Největší podíl ve stravě by měly tvořit obiloviny, zelenina a ovoce. Je třeba omezovat příjem nasycených tuků, soli, rafinovaného cukru a věnovat pozornost celkové energetické hodnotě potravy. Čeledová a Čevela (2010) uvádí obecné zásady a přístupy k výživě:

- střídmost v jídlu,
- jíst častěji a menší porce,
- jídlo si v průběhu dne vhodně rozdělit,
- jíst v klidu a v příjemném prostředí,
- preferovat bílkoviny a vitaminy před sacharidy,
- častý pobyt na čerstvém vzduchu,
- dostatek pohybu
- nekouřit a nepít větší množství alkoholu

Co se týče výživy u mladistvých, tak se značně blíží výživě dospělých. Výživa se dělí podle pohlaví a druhu fyzické či duševní zátěže a do této skupiny se řadí jedinci od 10 do 18 let. V tomto věkovém období je potřeba sledovat příjem bílkovin, vitamínu A, C a B komplexu. Podstatný je také dostatek pitného režimu a vlákniny. V období růstového skoku (děvčata 12-14 let, chlapci 14-16 let) jsou nejvyšší nároky na energii a živiny. Z důvodů růstu svalové hmoty spotřebují chlapci asi o pětinu stravy více než dívky. Nedostatečná výživa může vyvolat poruchy růstu, a u dívek může způsobit poruchy menstruace. V tomto období se utvářejí výživové návyky a není vhodné konzumovat další jídlo mimo pravidelná jídla. Rozložení stravy z energetického hlediska by mělo u mladistvých obsahovat – snídaně 25 %, svačina 5 %, oběd 35 %, svačina 15 % a večeře 20 % (Kuderová, 2005).

Zdraví je to nejcennější, co máme. Hodnotu zdraví si však uvědomíme až ve chvíli, kdy jsme nemocní či máme nějaký zdravotní problém, ať už psychický či fyzický. Zejména v mladém věku má většina jedinců tendence hazardovat se svým zdravím a také podceňovat prevenci. Je důležité mít na paměti, že prevence je mnohem jednodušší a levnější než následná léčba. Naštěstí si toto uvědomuje společnost, která nabízí bezplatné preventivní prohlídky u lékaře, které je důležité nezanedbávat. Dobře vypadat a dobře se cítit, tedy mít dobrý zdravotní stav a kondici, jsou klíčovou podmínkou spokojeného a plnohodnotného života v kterémkoli věku.

3 Analýza rizikového chování v adolescenci

3.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Syndrom rizikového chování v dospívání je velmi aktuální téma, jeho výskyt i souvislosti se stále mění, a proto jsem se rozhodla zabývat tímto tématem. Důležitou roli v etiologii syndromu rizikového chování hrají také protektivní faktory, které rizikovému chování zabraňují nebo ho alespoň zmírňují. Jako hlavní cíle výzkumného šetření jsem si stanovila:

- zmapovat závažnost výskytu rizikového chování v adolescenci na vybraných školách Královéhradeckého kraje
- ověřit základní vztahy mezi vybranými protektivními faktory a rizikovým chováním v adolescenci.

Shodně s prostudovanou literaturou a výzkumnými cíli byly stanoveny tyto hypotézy:

H1: Rizikové chování u adolescentů jen nejvíce zastoupeno rizikovým životním stylem

Sobotková (2014) v této souvislosti zdůrazňuje kombinaci kouření cigaret, konzumací alkoholu a drog.

H2: Symptomy rizikového chování v dospívání se vzájemně prolínají

Podle Kabíčka (2014) se projevy rizikového chování vzájemně prolínají, jeden z jevů může být spouštěčem řetězce dalších, např. alkohol může vést ke snížení sebekontroly ve střídání sexuálních parterů, či ničení majetku. Také Carr-Gregg (2012) uvádí, že pokud se adolescent dopustí jednoho typu rizikového chování, tak nezůstane jen u jednoho a s velkou pravděpodobností se dopustí dalších rizikového chování.

H3: Deprese zvyšuje závažnost projevů syndromu rizikového chování v adolescenci

Deprese představuje podstatný činitel, který ovlivňuje chování adolescenta. Jak jsme zmínili v teoretické části, Carr-Gregg (2012) uvádí, že deprese ovlivňuje sexuální rizikové chování, požívání alkoholu či kouření tabákových výrobků.

H4: Vyšší psychická odolnost CSOC souvisí s dodržováním zdravého životního stylu

Vysoké hodnoty CSOC (síly smyslu pro koherenci) obecně vyjadřují pomyslný pohyb jedince směrem k aktivnímu zdraví. Vysoké hodnoty psychické odolnosti snižují riziko vůči chronickým onemocněním a kardiovaskulárním onemocněním (Pelcák, 2013).

H5: Vyšší psychická odolnost souvisí s méně závažnými projevy deprese u adolescentů

Pelcák (2013) uvádí signifikantní (záporné) vztahy mezi celkovou psychickou odolností a depresivním prožíváním. Celkové skóre psychické odolnosti a jednotlivých dimenzí souvisí s efektivním zvládnutím životních situací.

H6: Nejvýznamnějším zdrojem sociální opory je vrstevnická skupina

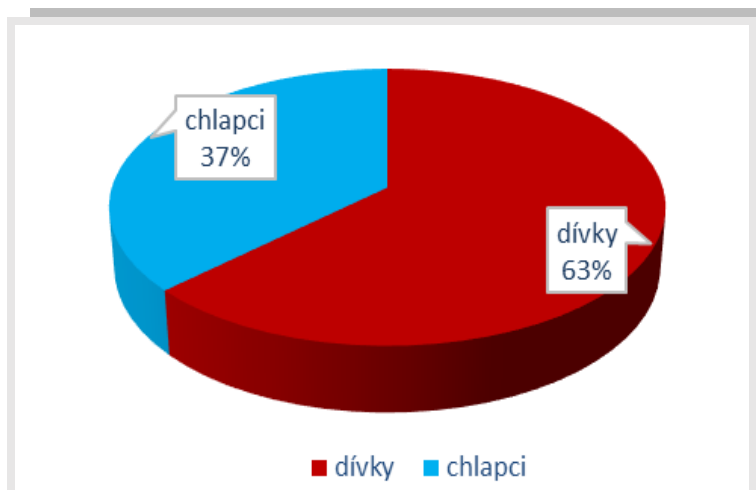
M. Vágnerová nahlíží na vrstevnické vztahy v dospívání jako na významný zdroj saturace základních psychologických potřeb. Emoční jistotu obvykle představuje přítel, který má podobné hodnoty a zájmy. Důležité jsou pro adolescenty také partnerské vztahy, jelikož dochází v tomto období k prvnímu sexuálnímu styku (Vágnerová, 2005).

3.2 Výzkumný soubor a procedura

Výzkumné šetření proběhlo v podzimním období (říjen, listopad) roku 2015. Po domluvě s vybranými školami v Královéhradeckém kraji byla administrována testová baterie se soubory dotazníků. Výchovní poradci byli seznámeni s účelem šetření. Respondenti byli požádáni o samostatnost ve vyplňování, především kvůli citlivosti údajů (z tohoto důvodu byla dodržena anonymita). Ve třídách byl se studenty jejich vyučující.

Výzkumný soubor tvořili adolescenti ve věku 14 – 20 let z osmi různých škol. Podílela se ZŠ Hořice, ZŠ Kopidlno, SOU a VOŠ Hořice, SPŠ Jičín, SŠ zahradnická Kopidlno, SOU HK, SUPŠ HK a Gymnázium v Jičíně. Celkem bylo rozdáno 239 souborů dotazníků, přičemž každý tvořil 5 částí dotazníků. Z celkového počtu se navrátilo 208 vyplněných souborů dotazníků (87 %), ale 8 z nich (83,6 %) bylo vyřazeno pro neúplnost či chybné vyplnění. Z výsledného počtu 200 adolescentů bylo v našem průzkumu 126 dívek a 74 chlapců. Průměrný věk respondentů byl 16,3 let. V tabulce č. 1 můžeme vidět složení výzkumného vzorku dle jednotlivých škol.

Graf 1 Pohlaví respondentů



Tabulka 1 Složení souboru respondentů

<i>škola</i>	<i>počet adolescentů</i>	<i>počet dívek</i>	<i>počet chlapců</i>	<i>průměrný věk</i>
ZŠ Kopidlno	16	13	3	14,3
ZŠ Hořice	15	8	7	14,1
SUPŠ HK	11	1	10	15,6
SOU HK	32	30	2	17,6
SŠ zahradnická Kopidlno	30	23	7	18,2
SPŠ Jičín	30	8	22	17,0
SOU, VOŠ Hořice	29	18	11	16,2
Gymnázium Jičín	37	25	12	17,5
celkem	200	126	74	16,3

3.3 Popis metod

Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní metodu pomocí dotazníků, protože jsem chtěla oslovit dostatečně široký počet respondentů. Tímto způsobem se mi podařilo zajistit rozsáhlé množství potřebných informací. Jako výzkumný nástroj byly použity čtyři typy standardizovaných dotazníků a jeden dotazník vlastní konstrukce. Jednalo se o dotazníky mapující vybrané projevy rizikového chování, depresivitu, nezdolnost, sociální oporu a zjištění vlastní efektivity. Z dotazníků byl vytvořen sešit pro každého osloveného respondenta obsahující všech pět částí. U každého dotazníku byly uvedeny základní informace o respondentovi – pohlaví, věk, třída, výška, hmotnost a v každém dotazníku bylo popsáno, jak se vyplňuje. Vyhodnoceny byly pomocí šablon ke standardizovaným dotazníkům.

Dotazník chování ovlivňující zdraví

Dotazník vlastní konstrukce mapuje hlavní projevy chování ovlivňující zdraví v adolescenci. Dotazník tvoří 11 oblastí, které by mohly spadat do syndromu rizikového chování v dospívání (SRCH-D) včetně protektivního chování. Do rizikového chování jsem zařadila tyto oblasti: **Záškoláctví** - neodůvodněná absence ve škole, záměrné vyhýbání se zkoušení, pozdní příchod do školy, předčasný odchod ze školy; **Rizikový životní styl** - kouření cigaret, užívání léků bez lékařského předpisu, pití alkoholu, pití nápojů bohatých na kofein a tein, užívání chemických látek při sportu; **Rizikové chování na internetu** - hraní PC a z toho plynoucí neplnění povinností, posílání „vtipných“ SMS zpráv spolužákům a urážky na sociálních sítích, trávení volného času na sociálních sítích v takové míře, že to neumožňuje věnovat se jiným aktivitám; **Poruchy příjmu potravy a sebepoškozování** - experimentování s jídelním chováním, sebepoškozování, zdobení těla bez mechanického poškození, přejídání se, konzumace sladkostí a slaných pochutin, tetování, piercingy; **Sázení** - sázení na výherních automatech, sázení prostřednictvím internetu; **Sexuální chování** - pohlavní styk, střídání sexuálních partnerů, sexuální styk bez kondomu; **Agresivní chování** - nadávky, posměšky a ironické poznámky, ponižování a zesměšňování druhých, agresivní chování vůči členům rodiny, týrání zvířat, otevřené projevy nepřátelství, agrese k lidem jiného etnika či národnosti; **Drobná kriminalita** - rušení nočního klidu po 22. hodině, ničení a poškozování věci či majetku, dopouštění se drobných krádeží; **Rizikové sporty** - pohybové aktivity ohrožující zdraví a život; **Lhaní** – lhaní a podvody. Dále do dotazníku byla vložena protektivní oblast: **Chování podporující zdraví**, která zahrnovala položky zaměřené na zdravou stravu, pravidelný spánek, relaxační aktivity a trávení volného času fyzickou aktivitou nebo sportem. Celkem tento dotazník tvořil 39 položek, které byly různě přeházeny. Respondenti hodnotili jednotlivé otázky na stupnici od 1 do 5, tedy jak často se u nich dané chování vyskytovalo v uplynulém roce (1 = nikdy, 5 = pravidelně). Celkové skóre bylo zjištěno součtem hodnot a vydělením počtem jednotlivých položek, takto byl zjištěn i koeficient rizika.

CDI Sebeuposuzovací škála depresivity

Pro zjištění depresivity u adolescentů byl použit dotazník CDI (Childens's depression Inventory), který je považován za první standardizovanou sebeuposuzovací škálu depresivity u dětí. Autorem je M. Kovacs a tvůrcem příručky M. Preiss. CDI vznikla z Beckovy sebeuposuzovací škály depresivity pro dospělé (Preiss, 1998). Dotazník

depresivity měří aktuální stav jedince nebo jeho změny. Kromě celkového výsledku depresivity umožňuje také posoudit náladu podle 5 subškál (A - špatná nálada, B - interpersonální potíže, C - nevykonnost, D - anhedonie a E - snížené sebehodnocení). CDI obsahuje 27 položek. V každé položce respondenti odpovídali volbou mezi třemi možnostmi. Nula znamená absenci symptomu, jednička značí mírné projevy symptomu a číslo dvě ukazuje výrazné projevy depresivního chování. U vyhodnocení se sčítají body k jednotlivým subškálám pomocí šablony. Výrazně vysoké skóre v tomto dotazníku znamená i zvýšené riziko problému.

Dotazník CSOC

Dotazník CSOC (The Children Sense of Coherence scale) zkoumá nezdolnost či odolnost. V roce 1994 byl zkonstruován a ověřen profesorkou M. Margalitovou. Český překlad následně provedl profesor J. Křivohlavý. Dotazník se dělí do tří oblastí. První představuje **srozumitelnost** neboli vnímání a chápání podmětů z okolí, do které spadá 5 položek. Druhá kategorie se týká **zvládnutelnosti**, která obsahuje 7 položek. Vysoké skóre v této části značí, že adolescent má zdravý pocit kontroly a sebejistoty, a případné překážky zvládne vyřešit. Třetí částí je **smysluplnost**, která obsahuje 4 položky a zjišťuje u respondenta motivaci a zájem o činnosti. Z celkového počtu složek ještě 3 zbývají, ale ty mají pouze rozptylující funkce. Respondenti u každé položky měli na výběr ze čtyř možností na škále četnosti (1 = nikdy, 4 = vždy). Při vyhodnocení je důležité brát na zřetel, že některé položky mají obrácenou hodnotu, proto před vyhodnocením musíme převrátit hodnotu, kterou zvolil respondent. Následně se sečtou hodnoty daných položek a celkový součet pak udává celkovou nezdolnost. Čím vyšší skóre, tím vyšší nezdolnost vůči zátěži.

Dotazník sociální opory SSQ6

Tento dotazník je zkrácenou verzí dotazníků sociální opory SSQ (Social Support Questionnaire), jehož autorem je I. G. Sarason s kolektivem. Autory zkrácené verze SSQ6 jsou B. Koukola a E. Ondřejová. Zkrácená verze obsahuje šest otázek, kde se zjišťuje, na koho se adolescent v případě nouze může obrátit. V dotazníku mohli respondenti uvést jednu osobu a pak ji následně ohodnotit od 1 - 6 (1 = velmi nespokojen, 6 = velmi spokojen).

Dotazník self-efficacy

Dotazník obecné vlastní efektivity zjišťuje optimistické sebepojetí, účinnosti vlastního působení a vnímání schopnosti zvládat problémy, jehož autory jsou R. Schwarzer a M. Jerusalem. Respondenti odpovídali na 10 výroků vztahující se k obecné vnímané osobní účinnosti a mohli zaškrtnout číslo podle toho, zda s výrokem silně nesouhlasí (1), nesouhlasí (2), mírně souhlasí (3), a silně souhlasí (4). Při vyhodnocení se sečtou položky, kdy celkové skóre se pohybuje v rozmezí 10 až 40.

3.4 Výsledky a vyhodnocení výzkumného šetření

3.4.1 Porovnání projevů syndromu rizikového chování u souboru adolescentů

Tabulka 2 Indexy projevů rizikového chování (n=200)

<i>Symptom</i>	<i>Index rizika</i>	<i>Pořadí</i>
Záškoláctví	1,60	6
Rizikový životní styl	1,92	3
Rizikové chování na internetu	1,99	2
PPP a sebepoškozování	1,52	9
Sázení	1,14	10
Rizikový sex	2,03	1
Agresivní chování	1,59	7
Drobná kriminalita	1,55	8
Rizikové sporty	1,72	5
Lhaní	1,82	4
Chování podporující zdraví	3,49	

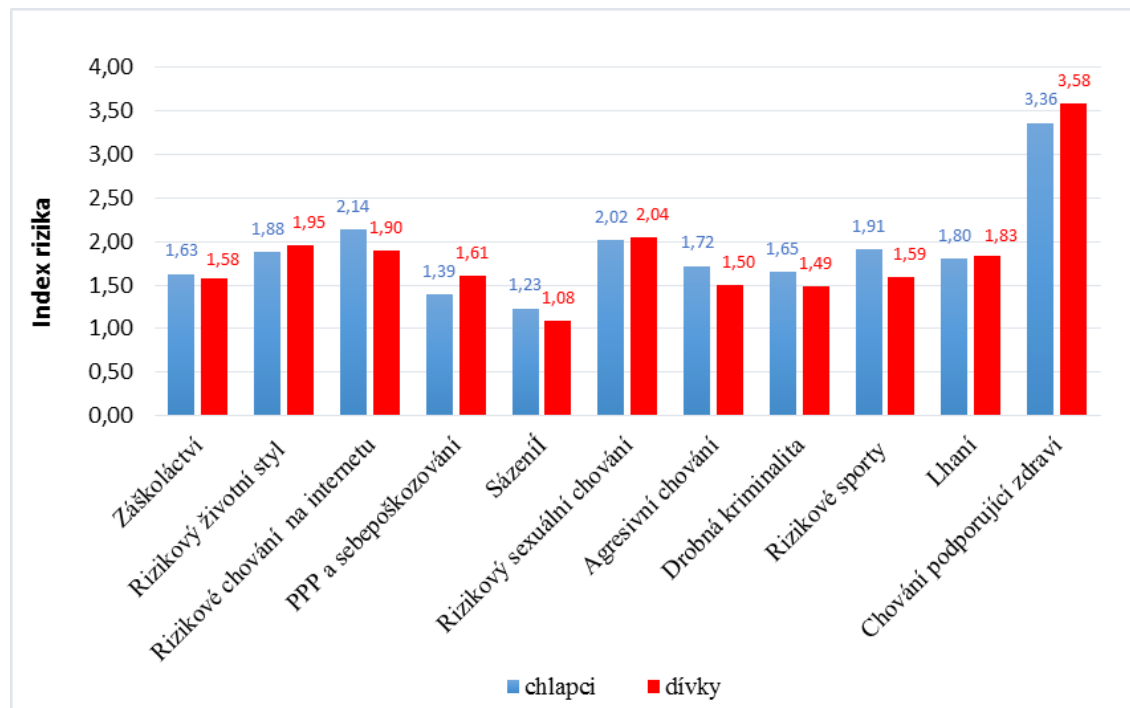
Tabulka 2 a graf 2 ukazují výskyt projevů SRCH-D u souboru adolescentů Královéhradeckého kraje. Je zřejmé, že čím větší index, tím větší výskyt jevů mezi respondenty. V tabulce 2 je ukázáno, že nejvyšší index rizika představuje rizikový sex (2,03). Dále pak rizikové chování na internetu (1,99), rizikový životní styl (1,92), lhaní (1,82), rizikové sporty (1,72), záškoláctví (1,60), agresivní chování (1,59), drobná kriminalita (1,55), poruchy příjmu potravy a sebepoškozování (1,52) a sázení (1,14). Příznivá je hodnota chování podporující zdraví s indexem 3,49.

Nejvyšší index zaujímá sexuální rizikové chování. Toto chování je považováno za rizikové především z důvodů, jež může přispívat k šíření pohlavních chorob kvůli nechráněnému sexu, nechtěným těhotenstvím, ale také k častému střídání partnerů. Většina respondentů je ve věku, kdy už je pohlavní styk povolen zákonem a spousta z nich je v pozdní adolescenci, kde už je předpoklad, že pohlavní styk adolescenti mají. Je ale zřejmé, že jedinci začínají se sexuálním životem velmi brzy, a že ho někteří vedou hlavně proto, aby se vyrovnali vrstevníkům a zapadli mezi ně.

Na druhém místě je rizikové chování na internetu. Tento výsledek je záležitostí dnešní doby. Svědčí o tom i fakt, že většina adolescentů má u sebe neustále chytrý telefon spolu s internetem, a tak mohou kdykoliv něco natočit a rovnou to sdílet na internetu. Existuje také čím dál více kaváren, restaurací, dopravních prostředků, obchodních center, které nabízí zákazníkům volně dostupnou Wi-Fi. A tak adolescenti tráví veškerý svůj volný čas na sociálních sítích nebo hraním na PC.

Třetí místo obsadil rizikový životní styl. Není však divu, kouření cigaret a užívání alkoholu je u dospívajících velmi rozsáhlé a neustále se snižuje věk výskytu. Častým užíváním jsou u dospívajících také léky bez lékařského předpisu, pití nápojů bohatých na kofein a tein.

Graf 2 Porovnání projevů rizikového chování u chlapců a dívek



V grafu 2 jsou výsledky rozdělené dle pohlaví na chlapce a dívky, kde můžeme pozorovat, že například sázení vykazuje u dívek (1,08) i chlapců (1,23) nejnižší koeficient rizika. Nízký výskyt rizika u chlapců můžeme zaznamenat u poruch příjmu potravy a sebepoškozování (1,39), ale u dívek je tento index poměrně vyšší (1,61). Nejvyšší koeficient byl u chlapců ve skupině rizikového chování na internetu (2,14) a u dívek rizikový sex (2,04). Na druhém místě se u chlapců umístil rizikový sex (2,02), rizikové sporty (1,91) u kterých je značný rozdíl oproti dívkám. Dále rizikový životní styl (1,88), lhaní (1,80), agresivní chování (1,72), drobná kriminalita (1,65), záškoláctví (1,63). U dívek rizikový životní styl ukazuje jako druhé nejrizikovější (1,95), dalším jsou rizikové chování na internetu (1,90), lhaní (1,83), poruchy příjmu potravy a sebepoškozování (1,61), rizikové sporty (1,59), záškoláctví (1,58). O něco menší koeficient vykazuje u dívek agresivní chování (1,50) a drobná kriminalita (1,49). Chování podporující zdraví jsou u obou pohlaví téměř shodné, odchylka není nijak vysoká, ale vyšší hodnoty preventivního chování mají dívky.

3.4.2 Současný výskyt projevů SRCH-D

Tabulka 3 Korelace mezi projevy SRCH-D u souboru adolescentů

	ZÁŠ	RŽS	RINT	PPP+S	Sázení	RSEX	AGR	KR	RIZSP	Lhaní
ZÁŠ	1									
RŽS	0,42**	1								
RINT	0,35**	0,31**	1							
PPP+S	0,07	0,24*	0,16	1						
Sázení	0,19*	0,12	0,25**	-0,08	1					
RSEX	0,34**	0,48**	0,16	0,19*	0,10	1				
AGR	0,33**	0,34**	0,50**	0,26**	0,26**	0,32**	1			
KR	0,15	0,16	0,16	0,05	0,20*	0,19*	0,33**	1		
RIZSP	0,13	0,17	0,22*	0,15	0,12	0,14	0,21*	0,12	1	
Lhaní	0,26**	0,26**	0,31**	0,01	0,16	0,09	0,32**	0,03	0,10	1

Vysvětlivky: ZÁŠ = záškoláctví, RŽS = rizikový životní styl, RINT = rizikové chování na internetu, PPP+S = poruchy příjmu potravy a sebepoškozování, RSEX = rizikové sexuální chování, AGR = agresivita, KR = drobná kriminalita, RIZSP = rizikové sporty, * korelace průkazné na hladině 0,05, ** korelace průkazné na hladině 0,01.

Podle tabulky 3 byly zjištěny důležité vztahy mezi projevy syndromu rizikového chování, konkrétně u záškoláctví a: sexuální rizikové chování ($r = 0,42^{**}$), rizikové chování na internetu ($r = 0,35^{**}$), sázení ($r = 0,19^*$), rizikové sexuální chování

($r=0,34^{**}$), agresivita ($r = 0,33^{**}$), lhaní ($r = 0,26^{**}$); rizikový životní styl a: rizikové chování na internetu ($r = 0,31^{**}$), poruchy příjmu potravy a sebepoškozování ($r = 0,24^*$), rizikové sexuální chování ($r = 0,48^{**}$), agresivita ($r = 0,34^{**}$), lhaní ($r = 0,26^{**}$); rizikové chování na internetu a: sázení ($r = 0,25^{**}$), agresivita ($r = 0,50^{**}$), rizikové sporty ($r = 0,22^*$), lhaní ($r = 0,31^{**}$); poruchy příjmu potravy a sebepoškozování a: rizikové sexuální chování ($r = 0,19^*$), agresivita ($r=0,26^{**}$); sázení a: agresivita ($r = 0,26^{**}$), drobná kriminalita ($r = 0,19^*$); rizikové sexuální chování a: agresivita ($r= 0,32^{**}$), drobná kriminalita ($r = 0,19^*$); agresivita a: drobná kriminalita ($r= 0,33^{**}$), rizikové sporty ($r = 0,21^*$), lhaní ($r= 0,32^{**}$).

Statisticky nejvýznamnější je vztah rizikového chování na internetu a agresivity ($r = 0,50^{**}$), avšak nutno zmínit vztah rizikového životního stylu a rizikového sexuálního chování ($r = 0,48^{**}$).

3.4.3 Role depresivního prožívání v etiologii SRCH-D

Tabulka 4 Korelace mezi projevy depresivního ladění a rizikovým chováním u adolescentů

	A	B	C	D	E	CDI
A špatná nálada	1					
B interpersonální potíže	0,56**	1				
C nevykonnost	0,41**	0,28**	1			
D anhedonie	0,56**	0,50**	0,33**	1		
E snížené sebehodnocení	0,47**	0,36**	0,41**	0,43**	1	
CDI celkem	0,82**	0,68**	0,64**	0,81**	0,72**	1
Záškoláctví	0,13	0,23*	0,11	0,01	-0,05	0,09
Rizikový životní styl	0,25**	0,20*	0,12	0,07	0,05	0,18
Rizikové chování – internet	0,35**	0,40**	0,28**	0,24*	0,14	0,36**
PPP a sebepoškozování	0,24*	0,16	0,13	0,26**	0,22*	0,28**
Sázení	0,03	0,02	0,02	-0,03	-0,08	-0,01
Rizikový sex	0,05	0,11	-0,01	-0,01	-0,12	0,00
Agresivní chování	0,21*	0,30**	0,20*	0,18	0,16	0,27**
Drobná kriminalita	0,13	0,22*	-0,01	0,08	-0,02	0,10
Rizikové sporty	0,09	0,09	-0,03	-0,15	-0,06	-0,04
Lhaní	0,20*	0,10	0,12	0,14	-0,02	0,15
Chování podporující zdraví	-0,28**	-0,31**	-0,24*	-0,22*	-0,20*	-0,33**

Vysvětlivky: CDI = celková deprese, PPP a sebepoškozování = poruchy příjmu potravy a sebepoškozování, * korelace průkazné na hladině 0,05, ** korelace průkazné na hladině 0,01.

Tabulka 4 ukazuje statisticky významné vztahy mezi depresivními příznaky a rizikovým chováním. Se špatnou náladou pozitivně koreluje rizikový životní styl ($r = 0,25^{**}$), rizikové chování na internetu ($r = 0,35^{**}$), poruchy příjmu potravy a sebepoškozování ($r = 0,24^*$), agresivní chování ($r = 0,21^*$), lhaní ($r = 0,20^*$). S interpersonálními potížemi pozitivně koreluje rizikový životní styl ($r = 0,20^*$), rizikové chování na internetu ($r = 0,40^{**}$), agresivní chování ($r = 0,30^{**}$), drobná kriminalita ($r = 0,22^*$). Nevýkonnost pozitivně koreluje s rizikovým chováním na internetu ($r = 0,28^{**}$), agresivním chováním ($r = 0,20^*$). Anhedonie pozitivně koreluje s rizikovým chováním na internetu ($r = 0,24^*$), poruchami příjmu potravy a sebepoškozováním ($r = 0,26^{**}$). Snížené sebehodnocení pozitivně koreluje s poruchami příjmu potravy a sebepoškozováním ($r = 0,22^*$). Celková depresivita kladně koreluje s rizikovým chováním na internetu ($r = 0,36^{**}$), s poruchami příjmu potravy a sebepoškozováním ($r = 0,28^{**}$) a agresivním chováním ($r = 0,27^{**}$) a negativně koreluje s chováním podporující zdraví ($r = -0,33^{**}$).

Souhrnně můžeme uvést, že podle tabulky 4 má největší statistický vztah rizikové chování na internetu s depresivitou, kladně koreluje všemi subšákaly depresivních příznaků, až na snížené sebehodnocení. Největší statistický vztah můžeme vidět u rizikového chování na internetu s interpersonálními potížemi.

3.4.4 CSOC a adherence ke zdravému životnímu stylu u adolescentů

Tabulka 5 Korelace mezi CSOC a preventivním chováním u adolescentů

	CSOC	SROZ	ZVL	SM	SE	BMI	CHPZ
CSOC	1						
Srozumitelnost	0,67 ^{**}	1					
Zvládnutelnost	0,83 ^{**}	0,33 ^{**}	1				
Smysluplnost	0,71 ^{**}	0,26 ^{**}	0,37 ^{**}	1			
Self-efficacy	0,40 ^{**}	0,30 ^{**}	0,32 ^{**}	0,28 ^{**}	1		
BMI	0,02	-0,06	0,02	0,06	0,04	1	
Chování podp. zdraví	0,42 ^{**}	0,22 [*]	0,32 ^{**}	0,38 ^{**}	0,26 ^{**}	-0,09	1

Vysvětlivky: CSOC = psychická odolnost, BMI = index tělesné hmotnosti, CHPZ = chování podporující zdraví, * korelace průkazné na hladině 0,05, ** korelace průkazné na hladině 0,01.

V tabulce 5 můžeme vidět staticky významné vztahy mezi psychickou odolností a chováním podporující zdraví. Chování podporující zdraví kladně koreluje s celkovou psychickou odolností ($r = 0,42^{**}$), se srozumitelností ($r = 0,32^{**}$), smysluplností

($r = 0,38^{**}$) a self-efficacy ($r = 0,26^{**}$). Vyšší hodnoty self-efficacy souvisejí s vyšší mírou psychické odolnosti ($r = 0,40^{**}$), srozumitelnosti ($r = 0,30^{**}$), zvládnutelnosti ($r = 0,32^{**}$) a smysluplnosti ($r = 0,40^{**}$). Můžeme tedy říci, že vyšší hodnoty psychické odolnosti souvisejí s dodržováním zdraví podporujících návyků. Zdravý životní styl především spočívá ve zdravé životosprávě, přijatelném množství spánku, dostatečném pohybu, psychické pohodě a dobrých vztazích v rodině.

3.4.5 Vztahy mezi psychickou odolností a depresivním laděním u adolescentů

Tabulka 6 Korelace mezi CSOC a projevy depresivního ladění u souboru adolescentů

	CSOC	SROZ	ZVL	SM	SE	CDI	A	B	C	D	E
CSOC	1										
SROZ	,67**	1									
ZVL	,83**	,33**	1								
SM	,71**	,26**	,37**	1							
SE	,40**	,30**	,32**	,28**	1						
CDI	-,59**	-,44**	-,51**	-,36**	-,34**	1					
A	-,47**	-,32**	-,42**	-,28**	-,17	,82**	1				
B	-,49**	-,38**	-,38**	-,34**	-,20*	,68**	,56**	1			
C	-,38**	-,29**	-,30**	-,25*	-,36**	,64**	,41**	,28**	1		
D	-,49**	-,33**	-,41**	-,34**	-,23**	,81**	,56**	,50**	,33**	1	
E	-,39**	-,35**	-,37**	-,13	-,29**	,72**	,47**	,36**	,41**	,43**	1

Vysvětlivky: CSOC = psychická odolnost, SROZ = srozumitelnost, ZVL = zvládnutelnost, SM = smysluplnost, SE = self-efficacy, CDI = celková deprese, A = špatná nálada, B = interpersonální potíže, C = nevykonnost, D = anhedonie, E = snížené sebehodnocení, * korelace průkazné na hladině 0,05, ** korelace průkazné na hladině 0,01.

Podle tabulky 5 byly zjištěny statisticky velmi důležité vztahy mezi projevy depresivního ladění a psychickou odolností. S psychickou odolností záporně koreluje celková míra depresivity ($r = -0,59^{**}$), špatná nálada ($r = -0,47^{**}$), interpersonální potíže ($r = -0,49^{**}$), nevykonnost ($r = -0,38^{**}$), anhedonie ($r = -0,49^{**}$) a snížené sebehodnocení ($r = -0,39^{**}$). Statisticky významné vztahy ukazuje celková mírou depresivity, která záporně koreluje se srozumitelností ($r = -0,44^{**}$), zvládnutelností ($r = -0,51^{**}$), smysluplností ($r = -0,38^{**}$) a self-efficacy ($r = -0,34^{**}$). Můžeme tedy říci, že s vyšší hodnotou psychické odolnosti adolescent lépe vnímá zvládnání problémů, je přesvědčen o možnostech sebeuplatnění, sebeúčinnosti, zdatnosti, soběstačnosti, dále má pozitivní sebehodnocení a jasné cíle.

3.4.6 Sociální opora u adolescentů

Pro posouzení sociální opory v adolescenci byl aplikován dotazník sociální opory, který obsahoval šest otázek. Výčet všech zdrojů sociální opory respondentů u jednotlivých otázek je uveden v tabulce 7 - 12. Následně v grafu 3 můžeme vidět nejčastější zdroje sociální opory ze všech otázek. Výsledky průzkumu ukázaly, že zdroje sociální opory u adolescentů jsou různorodé a každý respondent je vnímá rozdílně. Zdrojem může být kdokoliv z okolí. Zajímavé je, že někteří uváděli zvíře, Boha, ale i nikoho. Oranžově jsou vyznačeni nejčastější poskytovatelé sociální opory.

Tabulka 7 S kým můžeš počítat, že o Tebe bude pečovat, ať se ti stane cokoli?

Otázka 1: S kým můžeš počítat, že o Tebe bude pečovat, ať se ti stane cokoli?		
	<i>Počet</i>	<i>%</i>
Matka	122	61,0
Otec	10	5,0
Rodina	34	17,0
Kamarád/ka	7	3,5
Partner/ka	12	6,0
Sourozenec	5	2,5
Děda	1	0,5
Bůh	1	0,5
Nikdo	8	4,0
Celkem	200	100

Z tabulky 7 je patrné, že největší jistotou pro adolescenty je matka (61 %), a pak rodina (17 %). Dá se tedy říci, že pocit jistoty získávají adolescenti především od svých rodičů už od svého dětství.

Tabulka 8 S kým můžeš počítat, že tě uklidní, když Tě něco vyvede z míry?

Otázka 2: S kým můžeš počítat, že tě uklidní, když Tě něco vyvede z míry?		
	<i>Počet</i>	<i>%</i>
Matka	30	15,0
Otec	8	4,0

Rodina	10	5,0
Kamarád/ka	83	41,5
Partner/ka	32	16,0
Sourozenec	9	4,5
Babička	3	1,5
Děda	1	0,5
Sestřenice/bratranec	2	1,0
Zvíře	2	1,0
Nikdo	20	10,0
Celkem	200	100

Z tabulky 8 je jasné, že první místo zaujímá kamarád/ka (41,5 %). Nezanedbatelné místo v tabulce má partner/ka (16 %) a matka (15 %). Dále můžeme vidět, že poměrně vysoké číslo se objevuje u položky „nikdo“ (10 %). Je zřejmé, že adolescenti se chtějí osamostatnit od rodiny a tak více času tráví se svými vrstevníky, mezi kterými si prohlubují vztahy.

Tabulka 9 S kým můžeš počítat, že Ti opravdu pomůže, když by ses cítil zcela zničen(a)?

Otázka 3: S kým můžeš počítat, že Ti opravdu pomůže, když by ses cítil zcela zničen(a)?		
	<i>Počet</i>	<i>%</i>
Matka	50	25,0
Otec	7	3,5
Rodina	17	8,5
Kamarád/ka	65	32,5
Partner/ka	25	12,5
Sourozenec	10	5,0
Babička	1	0,5
Děda	1	0,5
Sestřenice/bratranec	1	0,5
Bůh	2	1,0
Nikdo	21	10,5
Celkem	200	100

Tabulka 9 ukazuje, že opět dominují kamarádi tedy vrstevnická skupina (32,5 %), avšak v těsném závěsu se objevuje v tabulce matka (25 %). Na třetí pozici je partner (12,5 %). Opět se vyskytla ve velké míře odpověď „nikdo“ (10,5 %), zajímavá je i odpověď Boha (1 %).

Tabulka 10 Kdo Tě přijímá úplně takový, jaký jsi, nejen to, co je na tobě kladného, ale včetně tvých záporných stránek?

Otázka 4: Kdo Tě přijímá úplně takový, jaký jsi, nejen to, co je na tobě kladného, ale včetně tvých záporných stránek?		
	<i>Počet</i>	<i>%</i>
Matka	30	15,0
Otec	10	5,0
Rodina	31	15,5
Kamarád/ka	59	29,5
Partner/ka	40	20,0
Sourozenec	7	3,5
Babička	5	2,5
Děda	2	1,0
Sestřenice/bratranec	3	1,5
Pedagog	1	0,5
Zvíře	1	0,5
Bůh	1	0,5
Nikdo	10	5,0
Celkem	200	100

V tabulce 10 zaujímá první místo kamarád/ka (29,5 %), druhé místo partner/ka, kterou volilo 20 % adolescentů a třetí místo obsadila matka (15 %). Počet respondentů s odpovědí nikdo se snížil oproti předchozím tabulkám (5 %). Je pozitivní, že byla také zmíněna odpověď pedagoga (0,5 %). Důležité je, že mnoho adolescentů má rodinu (včetně sourozenců, babiček, dědečků, sestřenic, bratranců), která je přijímá i s jejich zápornými stránkami a nedostatky.

Tabulka 11 S kým můžeš počítat, že rozptýlí Tvé obavy a úzkosti, když cítíš, že jsi ve stresu?

Otázka 5: S kým můžeš počítat, že rozptýlí Tvé obavy a úzkosti, když cítíš, že jsi ve stresu?		
	<i>Počet</i>	<i>%</i>
Matka	21	10,5
Otec	11	5,5
Rodina	12	6,0
Kamarád/ka	81	40,5
Partner/ka	27	13,5
Sourozenec	12	6,0
Babička	3	1,5
Strýc/teta	1	0,5
Sestřenice/bratranec	2	1,0
Vychovatelka	1	0,5
Pedagog	1	0,5
Zvíře	3	1,5
Nikdo	25	12,5
Celkem	200	100

Tabulka 11 uvádí, že v případě obavy či úzkosti se 40,5 % našich adolescentů obrací na kamaráda a dále pak na přítele (13,5 %). Na třetím místě je položka „nikdo“, která má vysoké číslo (12,5 %). Velmi pozitivní je položka pedagoga (0,5 %) a vychovatele (0,5 %). Považuji za důležité, aby studenti měli pozitivní vztah ke škole a ke svým učitelům, aby se na ně mohli obrátit, kdykoliv bude potřeba.

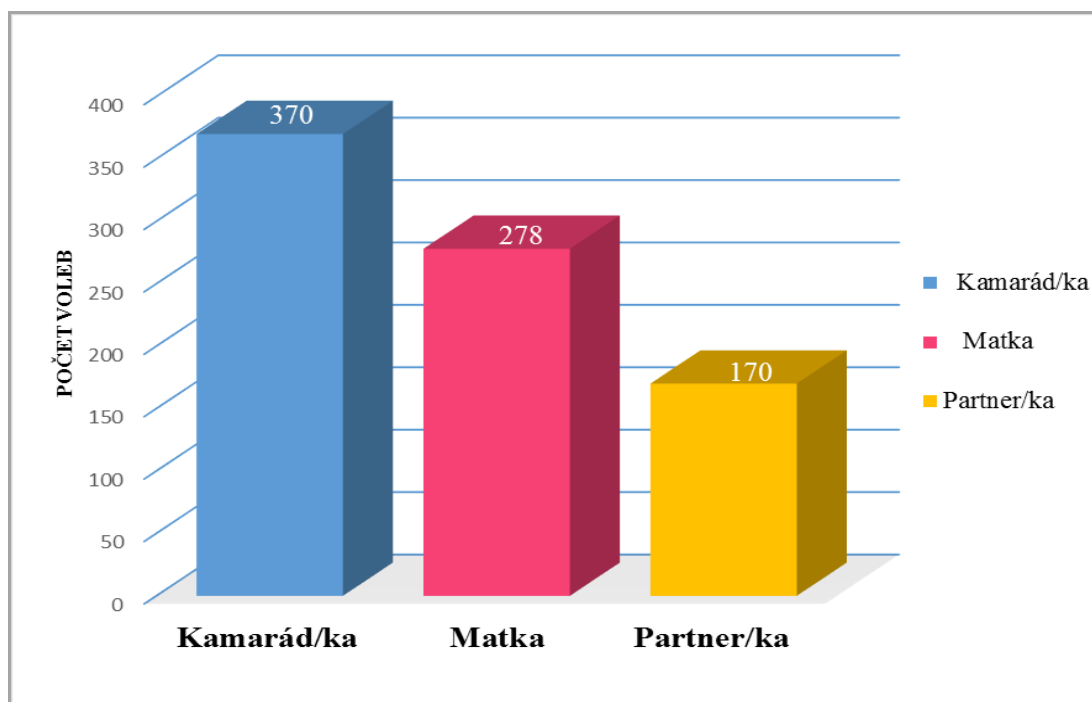
Tabulka 12 S kým můžeš počítat, že Ti pomůže, když jsi v napětí, aby ses cítil uvolněn a uklidněn?

Otázka: 6 S kým můžeš počítat, že Ti pomůže, když jsi v napětí, aby ses cítil uvolněn a uklidněn?		
	<i>Počet</i>	<i>%</i>
Matka	25	12,5
Otec	8	4,0
Rodina	15	7,5
Kamarád/ka	75	37,5

Partner/ka	34	17,0
Sourozenec	14	7,0
Babička	1	0,5
Děda	1	0,5
Vychovatelka	1	0,5
Pedagog	1	0,5
Zvíře	2	1,0
Bůh	1	0,5
Nikdo	22	11,0
Celkem	200	100

Poslední tabulka sociální opory (tabulka 12) má stejné obsazení vrchní příčky. Dospívající uvádějí, že největší oporu při napětí jim poskytne kamarád/ka (37,5 %), dále pak partner/ka (17 %) a matka (12,5 %). Vysoké číslo má opět odpověď nikdo.

Graf 3 Nejčastější zdroje sociální opory



Graf 3 ukazuje nejčastější zdroje sociální opory, kteří volili adolescenti Královehradeckého kraje. S velkou převahou první příčku tabulky obsadili kamarádi s počtem 370. Můžeme zde vidět, jak důležitou roli má u dospívajících matka, která obsadila druhou pozici s počtem 278. Také velký význam mají u adolescentů vztahy k opačnému pohlaví, tedy partneři, kteří obsadili třetí místo v celkové tabulce s počtem 170.

3.5 Souhrn

H1: Rizikové chování u adolescentů jen nejvíce zastoupeno rizikovým životním stylem

Z tabulky 3 je zřejmé, že rizikový životní styl zaujímá v četnosti vysoké skóre, ale nejzávažnějším jevem rizikového chování vyskytující se u dospívající je rizikový chování na internetu.

V současnosti nám nové technologie a media nabízejí velkou řadu možností. Nutno podotknout, že v souvislosti se zneužíváním nových médií, především internetu, vzrůstají i v posledních letech sociálně patologické jevy. Velkou hrozbou je např. kyberšikana. Podle Kabíčka (2014) je to právě internet, který vystavuje adolescentům pokušením, různým vlivům a nebezpečným myšlenkám. Jedním z trendů dnešní doby je natáčení sebe samých v různých nebezpečných situacích a umisťovat to na internet. Příkladem online aktivit jsou nahrávání rvaček, požívání alkoholu, užívání drog, sexting, sebepoškozování, kaskadérské chování, a mnoho dalších, které dospívající aktivně sledují a sdílí na sociálních sítích.

Hypotéza je vyvrácena.

H2: Symptomy rizikového chování v dospívání se vzájemně prolínají

Korelace mezi koeficienty rizikového chování v tabulce 3 potvrzuje, že symptomy rizikového chování se nevyskytují izolovaně, ale že se vzájemně prolínají. Jeden druh rizikového chování na sebe váže další a tak můžeme hovořit o tzv. syndromu rizikového chování v dospívání, kterým se zabývá například Kabíček (2014) či Machová (2009).

Hypotéza je potvrzena.

H3: Deprese zvyšuje závažnost projevů syndromu rizikového chování v adolescenci

Z tabulky 4 je zřejmé, že byly zjištěny statisticky významné vztahy mezi projevy syndromu rizikového chování a depresivitou. Můžeme říci, že deprese zvyšuje rizika syndromu rizikového chování v adolescenci. Na základě průzkumu bylo zjištěno, že celková míra depresivity nejvíce souvisí s rizikovým chováním na internetu, agresivním chováním a s poruchy příjmu potravy a sebepoškozováním.

Hypotéza je potvrzena.

H4: Vyšší psychická odolnost CSOC souvisí s dodržováním zdravého životního stylu.

V tabulce 5 je jasně ukázáno, že vyšší hodnoty psychické odolnosti souvisejí s dodržováním zdravého životního stylu.

Hypotéza je potvrzena.

H5: Vyšší psychická odolnost souvisí s méně závažnými projevy deprese u adolescentů

V tabulce 6 je zřejmé, že vyšší hodnoty psychické odolnosti souvisejí s méně závažnými projevy deprese u adolescentů.

Hypotéza je potvrzena.

H6: Nejvýznamnějším zdrojem sociální opory je vrstevnická skupina

Graf 3 potvrzuje, že nejčastějším zdrojem sociální opory u adolescentů jsou právě kamarádi, s počtem 370 voleb. Na druhém místě následuje matka a na třetím partner či partnerka.

Hypotéza je potvrzena.

Závěr

Práce se snaží přiblížit problematiku adolescentů z pohledu rizikových a protektivních faktorů jejich životního stylu. Období adolescence jsem si vybrala záměrně a to z mnoho důvodů. V tomto období nastává mnoho změn ve všech oblastech života, dospívající jsou tak mnohem náchylnější podlehnout rizikovému chování. Dnešní společnost tomu také velice přispívá, nabízí mnoho příležitostí, aktivit a nástrah, které mohou ohrozit jejich vývoj, ať už si jsou sami adolescenti vědomi rizikovitosti či nikoliv. Světová zdravotnická organizace stanovila adolescenty jako samostatnou rizikovou skupinu, hovoří se o tzv. nové morbiditě mládeže, pro niž je nutná samostatná a zvýšená preventivní péče.

Teoretická část je rozdělena do dvou kapitol. První z nich je kapitola rizikové chování v adolescenci, která je v první řadě věnována hlavním změnám v období adolescence, které jistým způsobem mohou vysvětlovat rizikové chování v tomto vývojovém období. Dále je zde charakterizováno samotné rizikové chování, včetně syndromu rizikového chování. Velká pozornost je věnována vybraným rizikovým faktorům, které se vyskytují u dospívajících nejčastěji. Druhá kapitola se zabývá protektivními faktory životního stylu u adolescentů. V této části je rozebírána oblast životního stylu, jeho utváření a kroky, které vedou k zdravému životnímu stylu. Následují vybraná chování vedoucí ke zdraví, kam řadíme resilienci, sociální oporu, pohybovou aktivitu a správnou životosprávu.

Cílem práce bylo zmapovat závažnost výskytu rizikového chování na vybraných školách Královéhradeckého kraje a ověřit základní vztahy mezi vybranými protektivními faktory a rizikovým chováním.

Průzkum se zaměřil na adolescenty v Královéhradeckém kraji, který proběhl na osmi různých školách. V mé bakalářské práci byla aplikována kvantitativní výzkumná strategie, a jako výzkumný nástroj byly použity čtyři typy standardizovaných dotazníků a jeden dotazník vlastní konstrukce. Zjišťovali jsme výskyt vybraného rizikového chování. Také pomocí korelace jsme ověřovali, zda se jednotlivé symptomy prolínají a jestli deprese zvyšuje výskyt rizikového chování. Prošetřovali jsme souvislost psychické odolnosti s dodržováním zdravého životního stylu a s méně závažnými projevy deprese a na závěr jsme zjišťovali, jaké jsou nejčastější zdroje sociální opory

u adolescentů. Výsledky výzkumného šetření jsou zpracovány pomocí tabulek a grafů. Pět ze šesti hypotéz byly potvrzeny. První nepotvrzená hypotéza vyvrátila tvrzení, že rizikové chování u adolescentů je nejvíce zastoupeno rizikovým životním stylem.

Zadané cíle jsem splnila zmapováním jednotlivých oblastí rizikového chování u adolescentů v Královehradeckém kraji. Následně jsem si také za pomoci korelačních analýz ověřila důležité vztahy mezi protektivními faktory a již zmíněným rizikovým chováním v adolescenci, z čehož vyplynulo, že protektivní faktory hrají nezastupitelnou roli při prevenci rizik v období dospívání.

Myslím si, že důležité informace v teoretické části a výsledky šetření mohou využít výchovní poradci na základních i středních školách. Rozšíří se jim tak obzory v oblasti, které pozitivně i negativně ovlivňují chování v dospívání.

Seznam použitých zdrojů

Knižní zdroje

BINÁROVÁ, I. Období adolescence. In ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 3. upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. s. 125-130. ISBN 978-80-244-2433-0.

CARR-GREGG, M. *Psychické problémy v dospívání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. 142 s. ISBN 978-80-262-0062-8.

ČELEDOVÁ, L. a R. ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

DIEHL, H., LUDINGTON, A., PRIBIŠ P. *Síla zdraví*. 2. vyd. Praha: Advent-Orion, 2009. 349 s. ISBN 978-80-7172-093-5.

DUFFKOVÁ, J., URBAN L., DUBSKÝ L. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. 237 s. ISBN 978-80-7380-123-6.

FOLTOVÁ, L. *Souvislost psychických potíží a rizikového chování adolescentů*. Česká a slovenská psychiatrie, 2012, roč. 108, č. 2, s. 72-79. ISSN 1212-0383.

JOSHI, V. *Stres a zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 156 s. ISBN 978-80-7367-211-9.

KABÍČEK, P., CSÉMY L., HAMANOVÁ J. a kol. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014. 343 s. ISBN 978-80-7387-793-4.

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

KRAUS, B. *Životní styl současné české rodiny*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 246 s. ISBN 978-80-7435-544-8.

KUDEROVÁ, L. *Nauka o výživě: pro střední hotelové školy a veřejnost*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2005. 184 s. ISBN 80-7168-926-2.

LABÁTH, V. a kol. *Riziková mládež: možnosti potenciálních zmien*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. 157 s. ISBN 80-85850-66-4.

MACEK, P. *Adolescence*. 2. upr. vyd. Praha: Portál, 2003. 144 s. ISBN 80-7178-747-7.

- MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. a kol. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. s. 171-180. ISBN 978-80-247-2715-8.
- NEŠPOR, K. a L. CSÉMY. *Průchozí drogy: co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2002. 28 s. ISBN 80-7071-198-1.
- NEŠPOR, K. a L. CSÉMY. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je včas zvládnout*. 2. rozš. vyd. Praha: Sportpropag, 1994. 159 s.
- PELCÁK, S. *Stres a syndrom vyhoření*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 75 s. ISBN 978-80-7435-576-9.
- PELCÁK, S. *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 206 s. ISBN 978-80-7435-342-0.
- PREISS, M. *CDI Sebeuposuzovací škála depresivity pro děti*. Příručka. Brno: Psychodiagnostika s. r. o., 1998.
- SOBOTKOVÁ, V. a kol. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 147 s. ISBN 978-80-247-4042-3.
- SKORUNKOVÁ, R. *Základy vývojové psychologie*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 159 s. ISBN 978-80-7435-253-9.
- ŠOLCOVÁ, I. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 102 s. ISBN 978-80-247-2947-3.
- TICHÁ, I. *Psychologie zdraví 2*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 63 s. ISBN 978-80-244-3367-7.
- URBANOVSÁ, E. *Škola, stres a adolescenti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 159 s. ISBN 978-80-244-2561-0.
- URBANOVSÁ, E. *Psychologie zdraví 1*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 65 s. ISBN 978-80-244-3366-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha. Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

Elektronické zdroje

CHOMYNOVÁ, P., CSÉMY, L., GROLMUSOVÁ, L., SADÍLEK, P. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) Výsledky průzkumu v České republice v roce 2011* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014. [cit. 2016-03-23].

Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1662/358/Evropsk%C3%A1_%C5%A1koln%C3%AD_studie_ESPAD_web.pdf

NávykovéLátky.cz. Informační portál o drogách a návykových látkách. *Marihuana* [online]. 2016. [cit. 2016-03-23]. Dostupné z: <http://navykovelatky.cz/halucinogenni-latky/marihuana/>

Seznam tabulek a grafů

Tabulky

Tabulka 1 Složení souboru respondentů

Tabulka 2 Indexy projevů rizikového chování

Tabulka 3 Korelace mezi projevy SRCH-D u souboru adolescentů

Tabulka 4 Korelace mezi projevy depresivního ladění a rizikovým chováním u adolescentů

Tabulka 5 Korelace mezi CSOC a preventivním chováním u adolescentů

Tabulka 6 Korelace mezi CSOC a projevy depresivního ladění u souboru adolescentů

Tabulka 7 S kým můžeš počítat, že o Tebe bude pečovat, ať se ti stane cokoliv

Tabulka 8 S kým můžeš počítat, že tě uklidní, když Tě něco vyvede z míry?

Tabulka 9 S kým můžeš počítat, že Ti opravdu pomůže, když by ses cítil zcela zničen(a)?

Tabulka 10 Kdo Tě přijímá úplně takový, jaký jsi, nejen to, co je na tobě kladného, ale včetně tvých záporných stránek?

Tabulka 11 S kým můžeš počítat, že rozptýlí Tvé obavy a úzkosti, když cítíš, že jsi ve stresu?

Tabulka 12 S kým můžeš počítat, že Ti pomůže, když jsi v napětí, aby ses cítil uvolněn a uklidněn?

Grafy

Graf 1 Pohlaví respondentů

Graf 2 Porovnání projevů rizikového chování u chlapců a dívek

Graf 3 Nejčastější zdroje sociální opory

Přílohy

Příklady dotazníku

Poznámka: Z etických důvodů, jsou po dohodě s vedoucím práce, v přílohách uvedeny pouze části použitých dotazníkových metod.

Dotazník chování ovlivňující zdraví

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

chování	1	2	3	4	5
Návštěva lékaře, výmluva na zdravotní stav					
Kouření cigaret					
Hraní na PC a z toho plynoucí neplnění povinností					
Experiment s jídelním chováním - držení diet, vyvolávání zvracení...					
20-30 minut trvající intenzivní tělesné cvičení, alespoň 3x týdně (aerobik, běh, plavání, cyklistika...)					
Užívání léků bez lékařského předpisu (ibalgin, paralen, lexaurin, léky na spaní aj.)					
Pití alkoholu					
Kouření marihuany					
Předčasné zahájení pohlavního života					
Posílání "vtipných" dopisů/zpráv, urážky na sociálních sítích					
Vyhýbání se zkoušení nebo písemné práci					
Agresivní chování ve škole					
Pravidelné trávení času na sociálních sítích v takové míře, že mi to neumožňuje plnit mé povinnosti					
Sebepoškozování (řezání, pálení)					
Věnuji se aktivitám, které považuji za uklidňující a relaxační (koníčky, četba, poslech hudby...)					
Pravidelné pití nápojů bohatých na kofein a tein (káva, čaj, energetické nápoje)					
Opakované hraní na výherních automatech					
Každý den zahajují vydatnou snídání					

Dotazník CSOC

Instrukce: Pozorně si přečti věty v textu a potom křížkem označ svoji odpověď do některého sloupce. Příklad: Když si po přečtení otázky č. 1 myslíš, že to, co každý den děláš, děláš **vždy** rád (a) dává Ti to radost, udělej křížek do sloupce číslo **4**, nebo když si myslíš, že to neděláš rád (a) a nedává Ti to **nikdy** radost, udělej křížek do sloupce číslo **1**. Pokud se rozhodneš, můžeš také zvolit sloupec číslo 2 **někdy** nebo 3 **často**.

OTÁZKY /VÝROKY	nikdy	někdy	často	vždy
1. To, co každý den dělám, dělám rád a dává mi to radost				
3. Rád se dívám na televizi				
6. Kamarádi (kamarádky), s nimiž jsem se přátelil/a/, mě zklamali/y/				
7. Cítím, že se se mnou nejedná, jak by se mělo, tzn. slušně a upřímně				
8. Mám rád zmrzlinu				
9. I když je to někdy obtížné, jsem si jistý/á/, že vše nakonec dobře dopadne				
11. Když se mě kamarádi na něco zeptají, rozumím jim a chápu, co chtějí				
13. Zajímá mě mnoho věcí				
14. Dá mi to hodně práce, abych udělal, co udělat mám				
15. Jsem rád, když mi dá doktor nebo doktorka injekci				
18. Cítím, že dost dobře nevím, co mám ve třídě dělat				
19. Když něco chci, pak jsem si jistý/á/, že to dostanu				

Dotazník sociální opory SSQ6

C. Instrukce: V další části textu si přečti otázky a u každé napiš, kdo je Ti největší oporou. Můžeš uvést kohokoliv, vždy však pouze jednu osobu (např. matka, otec, babička, dědeček, sourozenec, kamarád, strýc, pedagog). U každé otázky může, ale nemusí, být stejná osoba. Pokud nemáš nikoho, kdo by Ti byl oporou, napiš „nikdo“. **Zakroužkováním číslice vyjádří svoji spokojenost s oporou u vybrané osoby** následovně: 1 = velmi nespokojen(a), 2 = dosti nespokojen(a), 3 = poněkud nespokojen(a), 4 = trochu spokojen (a), 5 = dost spokojen(a), 6 = velmi spokojen(a). Pokud se spleteš, nebo chceš svoji odpověď změnit, přeškrtni, co neplatí a znovu zakroužkuj novou odpověď.

	Kdo je Ti oporou? Napiš ↓	Tvoje spokojenost s oporou					
		1	2	3	4	5	6
20. S kým můžeš počítat, že o Tebe bude pečovat, ať se ti stane cokoliv?							
21. S kým můžeš počítat, že Tě uklidní, když Tě něco vyvede z míry?							
22. S kým můžeš počítat, že Ti opravdu pomůže, když by ses cítil(a) zcela zničen(á)?							
23. Kdo Tě přijímá úplně, takového (takovou) jaký(á) jsi; nejen to, co je na Tobě kladného, ale včetně Tvých záporných stránek?							
24. S kým můžeš počítat, že rozptýlí Tvé obavy a úzkosti, když cítíš, že jsi ve stresu?							
25. S kým můžeš počítat, že Ti pomůže, když jsi v napětí, aby ses cítil(a) uvolněně a uklidněně?							

CDI Sebeposuzovací škála depresivity

CDI		Hodnocení
Jméno a příjmení: <input style="width: 100%;" type="text"/>		A
věk: <input style="width: 50px;" type="text"/> dnešní datum: <input style="width: 100px;" type="text"/>		...
1	Málokdy jsem smutný. Často jsem smutný. Pořád jsem smutný.	...
2	Nic se mi nedaří. Nejsem si jistý, jestli se mi daří. Všechno se mi daří.	...
3	Skoro všechno dělám dobře. Hodně věcí dělám špatně. Všechno dělám špatně.	...
4	Mnoho věcí mně baví. Baví mně jenom něco. Nic mně nebaví.	...
5	Pořád je mi zle. Často se cítím špatně. Málokdy se cítím špatně.	...
6	Málokdy přemýšlím o špatných věcech, které se mohou stát. Mám strach, že se mi může stát něco špatného. Vím určitě, že se mi něco špatného stane.	...
7	Nenávídím se. Nemám se rád. Mám se rád.	...
8	Za všechno špatné můžu já. Můžu za mnoho špatného. Za špatné věci obvykle nemůžu.	...
9	Nemyslím na to, že bych se zabil. Přemýšlím o tom, že bych se zabil, ale neudělal bych to. Chci se zabit.	...
10	Každý den je mi do pláče. Často je mi do pláče. Málokdy je mi do pláče.	...
11	Všechno mě nudí. Často mě něco nudí. Jenom málokdy mě něco nudí.	...
12	Jsem rád mezi lidmi. Často nechci být mezi lidmi. Vůbec nechci být mezi lidmi.	...
13	Vůbec se nedokážu soustředit. Je těžké se soustředit. Snadno se mohu soustředit.	...

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