

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Zdravotně sociální fakulta

Název práce: Stravovací návyky, kouření a konzumace alkoholu ve vztahu
k sebehodnocení dnešní mládeže

Disertační práce v oboru:

Prevence, náprava a terapie zdravotní a sociální problematiky dětí,
dospělých a seniorů

Autor: Mgr. Jaroslava Fendrychová

Školitel: Prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.

2009

Prohlašuji, že jsem disertační práci na téma Stravovací návyky, kouření a konzumace alkoholu ve vztahu k sebehodnocení dnešní mládeže vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příloženém seznamu literatury.

Dále prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích: 10.7.2009

Mgr. Jaroslava Fendrychová

Děkuji všem, kteří mi při zpracování mé disertační práce pomohli, zejména pak panu prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc. za cenné rady a panu prom. mat. Bohuslavu Slipkovi, CSc. za vydatnou pomoc při zpracování statistických dat, ředitelům a učitelům středním škol a gymnázií za možnost realizovat výzkumné šetření na jejich školách a v neposlední míře také všem respondentům za jejich ochotu a čas věnovaný vyplňování dotazníků.

ABSTRACT OF THE DISSERTATION THESIS

- Title of the work:** Eating habits, smoking and alcohol consumption in relation to self-esteem of present-day young people
- Author:** Mgr. Jaroslava Fendrychová
- School:** South Bohemian University in České Budějovice, Faculty of Health and Social Studies, Department of Nursing
- Programme:** Prevention, correction and therapy of health and social problems in children, adults and older people
- Supervisor:** prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.
- Number of pages:** 102
- Year:** 2009
- Key words:** young people – eating attitudes – eating habits – self-esteem – alcohol consumption – cigarette smoking – lifestyle

This dissertation investigates how self-esteem of present-day young adults relates to their attitudes towards their body image appearance, smoking and alcohol consumption. This research aims to categorize the physical characteristics (BMI), level of self-esteem and attitudes towards health among the observed group and analyses these data (categorized by the sex and education of the respondents) and contrasts them with the research of other authors with similar goals.

The research was conducted at three types of high schools and involved 1086 (100 %) respondents. This number included 655 (66 %) females and 431 (40 %) males. Respondents were given a questionnaire containing 52 questions, divided into six sections. The sections comprised (1) identification data, (2) a test of attitudes towards own physical appearance, (3) a self-assessment test, (4) attitudes towards food and eating habits, (5) attitudes towards smoking, and (6) attitudes towards alcohol consumption. The data were evaluated by statistical methods, and presented in graphs.

The results show a higher (statistically significant $p < 0,01$) self-esteem in females than males. Self-esteem is also higher among students at gymnasia than those at

other types of high schools. Physical characteristics exhibit anticipated differences: the males are quite content with their bodies and their BMI is higher. Females appeared to have more problems with their eating habits, especially at high schools leading to a diploma (middle-range high schools). Attitudes towards smoking seem very permissive among the subjects, and the alcohol consumption rates rather high. A comparison with the work of other authors shows good trends: a decrease in the incidence of eating disorders among females and a decrease of a number of males and females smoking cigarettes and consuming alcohol on a daily basis.

Obsah

Úvod	5
Teoretická část	8
1 Vymezení základní terminologie související s tématem	8
1.1 Mládež	8
1.2 Dospívání - adolescence	8
1.3 Sebepojetí – sebehodnocení - sebeúcta	10
1.4 Životní styl	13
1.5 Tělesné charakteristiky, vztah k vlastnímu tělu	15
1.6 Stravovací návyky – jídelní postoje a zvyklosti	19
1.7 Poruchy příjmu potravy	22
1.8 Postoje dnešní mládeže ke kouření a ke konzumaci alkoholu	25
Výzkumná část	30
2 Předmět výzkumu	30
2.1 Cíle práce a hypotézy	30
2.2 Popis zkoumaného souboru	31
2.3 Metodický přístup	34
2.4 Statistické zpracování dat	37
3 Výsledky	39
3.1 Testování hypotézy H_1	39
3.2 Testování hypotézy H_2	50
3.3 Testování hypotézy H_3	66
4 Diskuse	69
Závěr	74
Doporučení pro praxi	77
5 Seznam použitých zdrojů	81
6 Klíčová slova	87
7 Seznam zkratk	88
8 Seznam tabulek	89
9 Seznam grafů	91
10 Seznam příloh	92

Úvod

Dětství a dospívání jsou etapami lidského života, ve kterých prochází každý jedinec významným tělesným a duševním vývojem, získává sociální a zdravotní návyky, kterými se bude řídit celý život. V tomto období dochází k fixování žádoucích i nežádoucích návyků. Na jedné straně adolescenti usilují o nezávislost na dospělých, rodičích a autoritách, na druhé straně inklinují k psychické a fyzické závislosti na nikotinu, alkoholu a jiných drogách, negativně ovlivňujících jejich zdraví. Ze všech závislostí si děti a mladiství obvykle nejdříve osvojí kouření cigaret. Konzumace tabáku souvisí s užíváním alkoholu, který je dalším krokem v sekvenci tabák, alkohol, marihuana a tvrdé drogy (Kvasová, 2002). Má-li se ovlivnit chování dětí a adolescentů, je třeba, aby si mladí lidé vytvořili pozitivní postoje ke svému zdraví. Zdraví je termín, který používáme k vyjádření složitých dimenzí lidských prožitků. Základem tělesného i duševního zdraví je životní styl, který je založen na souhře voleb a možností, s výběrem jako nejdůležitější proměnnou. Rozhodnutí o kouření, pití alkoholu, podléhání různým dietám záleží především na jedinci, i když společenské normy, socioekonomické zdroje a skupinové tlaky hrají také velkou roli. Existující společenské podmínky a zkušenost se výrazným způsobem podílí na vytváření určitého konceptu o vlastní osobě. Tato představa ovlivňuje postoje a chování člověka, které pak zpětně odráží i jeho názor na sebe samého. Sebeúcta je významným integrujícím a motivujícím faktorem a podmínkou duševního zdraví jedince (Burns, 1979). Je mimořádně důležitá zejména v období dospívání, které je klíčové z hlediska rozvoje osobnosti a společenských vazeb (Krch, Drábková, 1999). Aktivní péče o zdraví se také odráží ve stravovacích návycích jedince. Výživa je jednou ze základních složek zdravého životního stylu. Významně se mění v závislosti na postojích a jídelním chování. Například mnoho českých dívek zaměňuje redukční dietu za normální jídelní režim. Ve snaze přiblížit se svým idolům, kterými pro ně jsou např. modelky, působí sobě mnohdy nevratné zdravotní postižení a nezřídká i smrt.

Zmiňovaná témata tvoří základ této disertační práce. K jejich výběru mne vedl stav dnešní mládeže, která se potýká na jedné straně se zvyšující se hmotností a na druhé straně s nezdravou vyhublostí, s narůstajícím kuřáctvím, konzumací alkoholu a

dalšími negativními jevy. Ve své práci jsem chtěla především zmapovat situaci dnešních středoškoláků, tzn. zjistit jejich tělesné charakteristiky (BMI), stupeň sebehodnocení, postoje k vlastnímu zdraví (incidenci možných narušených jídelních postojů, kuřáctví a konzumace alkoholu) a pokusit se najít vztahy mezi sebehodnocením a těmito postoji. Výsledky jsem porovnávala s jinými pracemi, které se zabývaly podobnou problematikou. Zároveň jsem se pokusila navrhnout jednoduché kroky v oblasti prevence především ze strany rodiny a školy, neboť mládež zde tráví v tomto věkovém období většinu času a je jejich prostřednictvím silně ovlivňována.

Teoretická část

1 Vymezení základní terminologie související s tématem

1.1 Mládež

Sociální kategorie jedinců, kteří zastávají relativně stejné sociální pozice. Jsou jí přiřazeny sociální role, jejichž hlavní náplní je příprava na relativně trvalé (první) povolání. Kategorie mládeže bývá různě interpretována a členěna. Není jednotně vymezeným pojmem, a to ani v oblasti věkové, ani v oblasti psychologické, biologické, sociální a profesní (Encyklopedie Diderot, s. 928, 1999).

1.2 Dospívání – adolescence

Věkové období mezi dětstvím a dospělostí, v sociologickém a pedagogickém pojetí mládež (Průcha, Walterová, Mareš, 2001), začíná přibližně v 11 letech a končí dosažením dospělosti ve 20 letech. První fáze dospívání je časově lokalizována přibližně mezi 11. a 15. rok, s určitou individuální variabilitou, danou v tomto případě především geneticky. Toto období je označováno jako pubescence. Období adolescence je druhou fází relativně dlouhého časového úseku dospívání. Trvá přibližně od 15 do 20 let, stejně jako u pubescence s určitou individuální variabilitou (Vágnerová, 2000).

Adolescent je mladý člověk ve věku adolescence. Jeho fyzický a psychický vývoj se blíží ke svému dokončení, sociálně i mravně bývá ještě nevyzrálý. Jeho vazba na rodiče se uvolňuje, dochází k preferenci styku s vrstevníky, rozvíjí se intenzivní emocionální (často i sexuální) život (Průcha, Walterová, Mareš, 2001).

Podrobné členění a vývojové změny celého období podávají Langmaier s Krejčířovou (1998) a zároveň uvádějí, že za posledních sto let se ve všech rozvinutých zemích nástup dospívání urychlil v průměru o 3 roky. Dochází tedy ke zkracování dětství a prodlužování dospělosti (Marková, 2007).

Dospívání je tradičně vnímáno jako období formování vlastní identity v kontextu existující sociální reality. Tyto procesy vymezování a definování vlastního „já“, změny

životní orientace, aktualizace nových potřeb a adaptace na každodenní život dospívajících mohou být analyzovány na různých úrovních, různým způsobem a v různém kontextu (Krch, Drábková, 1999).

Vymezení období adolescence se různí i v odborné sociologické literatuře. Macek (1999) doporučuje adolescenci označovat celé období dospívání, tedy přibližně období od 12 let. Kritéria pro konec tohoto období jsou podle něj spíše psychologická (dosažení osobní autonomie) a sociologická (zaujetí role dospělého). Toto široké vymezení respektuje zmiňované změny, ke kterým za poslední století došlo, a to zrychlení pohlavního dospívání a na druhé straně prodloužení doby přípravy na povolání. Macek dělí adolescenci na časnou, střední a pozdní, přičemž každé toto období charakterizuje především z pohledu sociálních změn. Časná adolescence je podle něj datována od 10. až 11. roku věku do 13 let. Dominujícím znakem je biologické pohlavní zrání. Z psychologického hlediska v rané adolescenci vystupují do popředí otázky sebepojetí a sebehodnocení zvláště fyzických změn, a dále emoční rozkolísanost a měnící se vztahy k rodičům.

Střední adolescence je vymezena obdobím 14 až 16 let. Děti v tomto životním úseku přestupují ze základní na střední školu, což pro ně znamená závažnou sociální změnu. Z tohoto důvodu je možné zmíněné období považovat za nejrizikovější. Také v něm může dojít k intenzivnímu nakučení vývojových biologických i sociálních změn, které mohou vyvolat prožívání silného stresu. Vnější znakem adolescenta tohoto období je snaha odlišit se, což se projevuje preferencí určitého stylu oblékání, účesu, poslechu hudby, apod. Tato touha po odlišnosti vytváří specifický životní styl mládeže. Dospívající má tendenci se hodnotit podle akceptace své osoby ze strany vrstevníků a rodičů. Necítí-li se být akceptován, prožívá odcizení. Nedospěje-li v této fázi k nezávislosti, zažívá pocit nezařazenosti.

Začátek pozdní adolescence je určen od 17 let a pokračuje až do období dospělosti. V tomto období jedinci ukončují své vzdělání a nacházejí svá uplatnění. V celém tomto období dochází k výraznému socializačnímu procesu, a to především v oblasti mezilidských vztahů. Jak poznamenává Macek (1999), právě v této oblasti dochází k největším konfliktům, protože mladý člověk si osvojuje nové sociální role,

což je často spojeno s pocity nejistoty, hledání a experimentování. Žádoucím cílem je osvojení si seberegulačních mechanismů chování na základě schopnosti sebereflexe. Výsledným pocitem je vědomí vlastní stability a zakotvenosti (Marková, 2007).

Všeobecně je období dospívání považováno za období přípravy a hledání, intenzivního prožívání, sebepoznávání, objevování vlastní jedinečnosti a hodnoty. Je to období mimořádně náročné nejen pro mladého člověka samotného, ale zároveň i pro jeho nejbližší okolí, tedy především pro rodiče a pedagogy, kteří si často kladou otázku jaký zvolit výchovný postup. Obecně je doporučováno pozitivní akceptování, protože pokud není jedinec pozitivně přijímán svým okolím, usiluje o dosažení seberealizace jiným způsobem, který může být méně vhodný nebo dokonce rizikový. Heider (2007) zdůrazňuje důležitost kladení hranic dospívajícímu, neboť jak tvrdí, k osvojení pravidel dojde pouze tehdy, pokud jsou jednou definované normy chování striktně vyžadovány. Varuje před nedůsledností při uplatňování dohodnutých sankcí za nedodržení stanovených pravidel. Podle něj musí být pravidla důsledně dodržována. Na druhé straně by měli rodiče nechat dítěti zakusit pocit vítězství ve vztahu k němu samotnému uznáním vlastní chyby, polevením v nárocích nebo zapomenutím na trest. Dospívající je schopen zvažovat morální hodnoty. Měl by tedy mít možnost dostat přiměřenou volnost v rozhodování (Marková, 2007).

1.3 Sebepojetí - sebehodnocení – sebeúcta

Sebepojetí je určitý koncept o vlastní osobě, na jehož vytváření se podílí existující společenské podmínky a zkušenost, které limitují jeho hranice a nabízí přirozené vzory a korektivní zpětnou vazbu. Určitá představa o sobě pak ovlivňuje vytváření a změnu základních rysů mezilidské odpovědi člověka, které pak zpětně odráží i jeho názor na sebe samého (Krch, Drábková, 1999).

Sebepojetí se může definovat jako představa sebe sama („Já“), která se v průběhu dospívání stále více formuluje jako celkový postoj a vztah k vlastní osobě.

Obsahuje prvky kognitivní (sebepoznání a sebedefinování), emocionální (sebecit, sebeúcta) a regulační (sebeprosazení, sebeuplatnění, sebekontrola a seburčení).

Obraz vlastního „Já“ vzniká a vyvíjí se v interakci jedince se světem, a to na základě zobecnění zkušeností, které sám se sebou učinil, ale i na základě sociálních reakcí a hodnocení okolních lidí. Tyto zkušenosti mohou být různého druhu. Veškeré informace člověk ukládá, rozumově zpracovává a hodnotí. V oblasti vlastního „Já“ lze podle Michalové (2007) ještě rozlišit tělesné (tělové, somatické) a psychické „Já“. To tělesné lze vyjádřit jako vědomí fyzické odlišnosti od vnějšího prostředí, psychické „Já“ je vědomí jedinečnosti a odlišnosti od ostatních (jsem jiný než ostatní) a časové kontinuity, resp. identity (jsem to stále já, i když se měním, rostu, stárnu).

K vlastnímu sebepojetí dítě dospívá přibližně mezi 2. – 3. rokem života. Zdrojem tohoto vědomí jsou sociální zkušenosti (je pojímáno sociálním okolím jako něco jedinečného a odlišného) a vnímání sebe sama jako jedinečné sociální bytosti s určitými vlastnostmi (Michalová, 2007).

Vágnerová (1997) charakterizuje vývoj sebepojetí podle Eriksona od kojeneckého věku po období mladé dospělosti. Z hlediska osvojování norem a případného vzniku poruch chování jsou pro člověka důležitá období od raného dětství po dospívání. V batolecím období rozvoj lokomoce a dalších senzomotorických aktivit umožňuje dítěti emancipaci v sociálních vazbách, decentraci v poznávání a sebepoznávání a rozšíření vlastních kompetencí. V předškolním věku je patrná vázanost na názory autority a vytváří se pocit viny, který je jedním z kritérií sebehodnocení. Ve školním věku je dítě nuceno přijmout roli školáka, ve které je hodnoceno za svůj výkon a konfrontováno s kategorií úspěch – neúspěch a porovnáváno s ostatními dětmi. Opakovaný neúspěch může vést k negativnímu sebehodnocení a k pocitům méněcennosti. V adolescenci se objevují tendence hledat nezpochybnitelnou pravdu, hodnoty a ideály a ztotožnit se s nimi. Zvyšuje se sebekritičnost ve vztahu k vlastnímu tělu, na důležitosti nabývá úprava zevnějšku, která vyjadřuje sociální identitu, danou příslušností k vrstevnické skupině (Vágnerová, 1997).

Sebepojetí se vyvíjí v souvislosti se socializací jedince. Rodinné prostředí ovlivňuje člověka nejdříve a nejvíce. Sebepojetí pomáhají utvářet zkušenosti

s nejbližšími lidmi, kteří často zaujímají k jedinci hodnotící postoj (pohled rodičů, sourozenců, vrstevníků, authority). Společenské stereotypy ovlivňují člověka a jeho chování podle toho, zač je pokládán, co je od něho očekáváno vzhledem k příslušnosti k pohlaví, národnosti, vrstvě, povolání, věku, zevnějšku. Nové zkušenosti přinášejí další informace o tom, jak člověka druzí vidí, a přestože obraz o sobě je značně stálý, může být na jejich základě určitá část sebepojetí pozměněna.

Sebehodnocení vychází v dospívání z vlastního „Já“. Hodnotit sebe znamená posuzovat se podle určitých kritérií, oceňovat své vlastnosti, projevy a výkony vzhledem k těmto kritériím. V průběhu zapojování se do společenských vztahů, přejímá a zobecňuje jedinec určité normy a zpracovává je ve svůj hodnotící systém. Sebehodnocení tedy odráží i objektivně existující vztahy a společensky uznávané hodnoty, ale tak, jak jsou přetvářeny a prožívány.

Do sebehodnocení se zařazují nejen konkrétní úspěchy a neúspěchy, jsou zvažovány i vlastní schopnosti, neoprávněnost různých požadavků a uplatnění v mimoškolních činnostech. I vlastní výkonnost není tedy posuzována jen podle aktuálních výsledků, ale i podle dalších okolností, které formují a ovlivňují sebehodnocení.

Právě v dospívání jsou pubescenti a mladší adolescenti nejcitlivější na dojem, jímž působí na druhé lidi. Zaznamenávají všechno, co se k jejich osobě nějak vztahuje, nejen verbálně vyjádřené hodnotící soudy, ale i neverbální projevy: je-li jim věnována pozornost, či jsou-li přehlíženi, soustředují-li na sebe pohledy obdivné, kritické, posměšné, jaká intonace hlasu v komunikaci s nimi převládá.

Sebehodnocení zahrnuje sebepoznání a dává obrazu „Já“ určitou hodnotu. Neznamená jen neustálé zvažování vlastní ceny, ale i uvědomování si svých možností a hledání vlastní společenské role. Se sebehodnocením úzce souvisí sebedůvěra (sebevědomí). Negativní sebepojetí a nízké sebevědomí bývají spojovány s rozvojem řady psychických potíží (Krch, Drábková, 1999).

Sebeúcta je významným integrujícím a motivujícím faktorem a podmínkou duševního zdraví člověka (Burns, 1979). Rosenberg (1979) definuje sebeúctu jako souhrn myšlenek a pocitů, které jedinec pociťuje ve vztahu k sobě samému. Zahrnuje to

sociální identitu, osobnostní sklony a tělesné charakteristiky. Sebeúcta je mimořádně důležitá zejména v období dospívání, které je klíčové z hlediska rozvoje osobnosti a společenských vazeb.

Krch a Drábková provedli v roce 1996 dotazníkové šetření u 1253 chlapců a dívek (studentů gymnázií, středních a učňovských škol) ve věku 15 – 19 let z Prahy a Českých Budějovic, a kromě jiného zjišťovali i vztah dotazované mládeže k vlastní osobě. K šetření použili Rosenbergovu Self-esteem stupnici, která obsahuje 5 položek zaměřených na pozitivní sebepojetí a 5 položek zaměřených na negativní sebepojetí. Chlapci v souboru vykazovali signifikantně vyšší sebeúctu/sebedůvěru a současně i méně pochybností o vlastní osobě než děvčata. Jejich sebevědomí bylo v průměru celkově vyšší než sebevědomí dívek (více si věřili, méně o sobě pochybovali). Autoři dále porovnávali výsledky šetření mezi pražskými a budějovickými studenty a nezjistili žádný statisticky významný rozdíl, pouze pražské dívky měly významně nižší sebekoncept než budějovické (vykazovaly méně pochybností o sobě). Chlapci studující gymnázium a střední školu měli nižší negativní sebehodnocení (méně o sobě pochybovali) než studenti učňovských škol. Dívky studující gymnázium se v průměru hodnotily lépe (vyšší sebehodnocení) než dívky studující střední nebo učňovskou školu. S vyšším a diferencovanějším typem studia u dívek rovněž ubývalo pochybností o vlastní osobě. Citované výsledky podle autorů svědčí pro měnící se vztah k vlastní osobě (sebeúcta) a úroveň sebehodnocení s ohledem na pohlaví a typ studia. Lze předpokládat, že sebehodnocení dívek je v průměru labilnější a diferencovanější. Celkové sebehodnocení dívek je nižší a citlivější. Pravděpodobně se snadněji cítí ohroženy, jsou citlivější na svoji osobu, ke které mají větší výhrady (Krch, Drábková, 1999).

1.4 Životní styl

Životní styl je definován jako soubor názorů, postojů, temperamentních vlastností a návyků, které mají trvalý ráz a jsou pro každého individuálně specifické – vystihují osobitost jeho chování (Kraus, Poláčková, 2001).

Životní styl je pojem, který vyjadřuje osobité chování jedince a může být pro dospívajícího zdrojem bio-psycho-sociální a spirituální pohody. Může být ale také zdrojem rizik, jež ho mohou nežádoucím způsobem poznamenat na celý život.

Charakter životního stylu jako komplexu aktivit každého jedince a tudíž i dospívajícího, je podmíněn mnoha faktory. Můžeme je členit na objektivní, vycházející z cílů, potřeb a stavu společnosti a na faktory subjektivní, které vycházejí z potřeb a záměrů jedince.

Objektivní společenské faktory jsou charakterizovány především ekonomickými a politickými poměry. Ekonomická situace vytváří předpoklady jak pro aktivity spojené s vlastní prací, tak pro aktivity ve volném čase. Například vysoká nezaměstnanost ovlivní výrazně životní styl kategorie obyvatel bez práce, stejně jako vysoké příjmy jiné kategorie obyvatel. Důležitou roli hrají také kulturní tradice dané společnosti, ale především tradice, zvyklosti a jednání v konkrétní rodině.

Výrazný vliv na utváření způsobu života má úroveň vědeckého a technického rozvoje, charakter bydlení, ale i další vývojové změny ve společnosti. Technický pokrok přináší někdy tak výrazné změny ve způsobu života, že přehluší i působení tradic a dalších původně vlivných faktorů. Například působení hromadných sdělovacích prostředků a informačních technologií, které sice na jedné straně umožňují rozšíření přístupu lidí ke kulturním hodnotám, ale zároveň vedou k pasivnímu příjmu obsahu estetických hodnot a informací, ke standardizaci a komercionalizaci kultury.

Mezi významné činitele, které utvářejí životní styl jedince, patří výchova. Klíčovou roli při výchově dětí hraje rodina jako primární sociální skupina se svými bohatými a intimními citovými vztahy. Právě v rodině jsou položeny základy celé osobnosti dítěte, včetně hodnot, postojů, zásad a vzorů, podle nichž si bude jedinec vytvářet svůj životní styl v budoucnu. Selhávání rodiny v jejich základních funkcích a náhradní rodinná péče v ústavním zařízení vystavuje děti situacím nad jejich adaptační možnosti a dítě i mladistvého hendikepuje. Následky ústavní deprivace jsou zřetelné i u potomků lidí, kteří ústavem v dětství prošli.

Na výchovné působení rodiny navazuje škola a další výchovná zařízení. Situaci zvýšené zranitelnosti je u dětí vystoupení ze standardní vzdělávací dráhy a u mladých

lidí s tím pak spojená nezaměstnanost. Také období přechodu od vzdělávání k zaměstnání je na adaptaci velmi náročné.

V období adolescence jsou unikátním a nezastupitelným výchovným činitelem díky své dynamice vrstevnické skupiny. Příslušnost k určité vrstevnické skupině, ať už existující v nějaké instituci nebo vznikající spontánně, může rozhodujícím způsobem určovat náplň volného času jedince. A z tohoto pohledu jsou mnohé vrstevnické party, které vede často nuda a čas trávený v hernách a na diskotékách k delikventnímu chování, pro dospívající rizikem.

Subjektivní osobnostní faktory, které představují zájmy a potřeby jedince, jsou dány osobností samotnou, jejími individuálními zvláštnostmi, mezi něž patří intelektová úroveň, temperamentové dispozice, pohlaví a zdravotní stav jedince. Vývojové a osobnostní vlastnosti v interakci s objektivními společenskými faktory, které zahrnují mimo jiné i výchovné působení rodiny, vliv školy a dalších výchovných institucí, ale i působení vrstevnických skupin a hromadných sdělovacích prostředků, včetně informačních technologií, se pak projevují v navyklém chování jedince, které není vždy v souladu s chováním očekávaným (Kraus, Poláčková, 2001; Pávková, Hájek, Hofbauer, Hrdličková, Pavlíková, 2002; Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005; Sak, Saková, 2004).

1.5 Tělesné charakteristiky, vztah k vlastnímu tělu

Zdravý životní styl zahrnuje především péči o tělo, které má i svůj sociální a psychologický význam. Fyzický vzhled je viditelným a srovnatelným znakem fyzického zdraví a sociálního statutu, je stále prestižnější estetickou a sociální hodnotou, a proto i důležitým kritériem sebereflexe a sebedůvěry. Rostoucí zájem o tělesné zdraví a krásu v měnících se ekonomických a společenských podmínkách současného světa vede k větší péči o vlastní tělo, které je zvýšeně důležité pro pocit sebe sama. Tento zájem je přirozeně spojen i s řadou otázek, na které mohou být různé odpovědi. Péče o tělo pak může nabývat různých, v některých případech extrémních nebo nebezpečných poloh.

To může být nebezpečné zejména v dospívání ať už proto, že dospívající je citlivější na okolní vlivy, kterým snadno podléhá, nevyhýbá se vyhroceným postojům, je schopen jednostranně vynaložit větší aktivitu, nebo jen proto, že si vytváří vzorce postojů a chování pro další život. V průběhu dospívání si začíná uvědomovat hranice, podmínky i největší nebezpečí svého tělesného zdraví. Své měnící se tělo vnímá nejen jako zdroj uspokojení, ale i frustrace, jako nástroj nezbytný k naplnění různých potřeb a citlivý předmět hodnocení okolí.

Mediálně prezentovaný vzor je velice blízký vzezření, které má dívka ještě před vstupem do puberty. „Kráska“ je hubená, nohatá, bez boků a stehen. Mediální produkce ruší hranici mezi iluzí a skutečností, mezi normou a extrémem. Modelky a herečky jsou vnímány jako představitelky normy, i když jsou pouze určitou populační krajností. Dívky, které se běžně stávají „Miss“, jsou 13 – 20 % pod váhou odpovídající standardu. Paradoxní je, že zatímco průměrné dívky jsou čím dál větší a víc váží, ideál krásy je čím dál štíhlejší. Proto je dnešní mediálně prezentovaný vzor krásy pro většinu dívek nedostupný. Přesto o něj dívky i ženy usilují, a to mnohdy i podvědomě. Současná norma totiž vymezuje krásu, respektive štíhlost jako úkol, který je třeba zvládnout. Navíc vztah k vlastnímu tělu jako součást identity se vytváří v období puberty. V této době je dnešní mládež jistě velmi náchylná k tomu, aby byla ovlivněna médii.

I muži podléhají mediálním tlakům, ale narozdíl od žen nechtějí být vyhublí, ale štíhlí a mít svalnatou postavu. Když se jim to nedaří, jsou se sebou mnohdy nespokojeni, což rozhodně nepřispívá ke zvýšení jejich sebevědomí. Na rozdíl od žen si muži většinou nepřejí zhubnout, ale naopak přibrat (na svalové hmotě) a být silnější (Filasová, 2007).

Pro současnou společnost je příznačný stále rostoucí strach z nadváhy, která je spojována nejen s estetickým, ale i sociálním a zdravotním handicapem. Tyto postoje jsou srozumitelné v kontextu většinou obecně platného přesvědčení, že i mírná nadváha znamená závažná zdravotní rizika a dieta vhodnou obranu proti nim. Významnou oporu nacházejí dospívající přitom nejenom v bohaté literatuře o dietách a zdravé výživě, ale i ve vulgarizaci některých odborných zjištění o morbiditě a mortalitě u obézních, přestože kategorické závěry o nebezpečnosti obezity mohou být jen selektivní interpretací

výsledků (Brownell, 1982; Ciliska, 1990). V moderní společnosti, kde maximální výkon a tělesné zdraví jsou dominantními hodnotami, pak tyto postoje snadno vyústí v předpojatost vůči nadváze a obézním. Nadváha je pak vnímána i jako psychické stigma a obézní jsou popisováni jako líní, hloupí, neúspěšní nebo nemocní lidé (Allon, 1975).

Prudký vzestup nadváhy u dětí a mladistvých a s ní související zvýšený výskyt civilizačních chorob byl zaznamenán v posledních letech ve všech regionech Evropy. Autoři mezinárodního projektu (Brettschneider, Naul, 2004), jehož zkrácená verze Young People's Lifestyles and Sedentarines (Životní styl mladých lidí a sedavý způsob života) je dostupná na www.wgi.de/media/Pdf, zkoumali komplex faktorů, které podle nich vedou k nadváze, nedostatku pohybu a k pasivnímu způsobu života. Zejména se jedná o nevhodné stravovací návyky, vrůstající „konzumaci“ médií a nedostatečnou tělesnou aktivitu. Vliv mají samozřejmě i genetické faktory. Nejhorší výsledky byly registrovány v jihoevropských zemích (BMI > 25), ve východoevropských a baltických státech jsou tyto hodnoty nejnižší (BMI < 15). Ve „starých“ evropských zemích vzrostl počet dětí s nadváhou za posledních 10 let o 8 – 10 %. Naproti tomu se tělesná zdatnost dospívajících za posledních 25 let snížila v průměru o 10 až 15 % (Brettschneider, Naul, 2004).

Již zmiňovaní autoři Krch a Drábková také testovali BMI u svého vzorku studentů (1253 studentů gymnázií, středních a učňovských škol) a zjistili, že tělesná hmotnost většiny sledovaných adolescentů (téměř 90 %) se pohybovala v rozmezí BMI 17,5 – 25. Pouze 6 % respondentů trpělo nadváhou. (Za nadváhu považujeme BMI nad 25. Ideální BMI pro dospělé populaci představuje rozmezí 19 – 25 BMI). Dívky byly v průměru významně štíhlejší než chlapci, častěji byly výrazně vyhublé (6,3 %) a jen 3,8 % z nich (versus 8,3 % chlapců) trpělo mírným nebo středním stupněm obezity (za střední obezitu se považuje BMI nad 30). BMI chlapců se pohyboval v intervalu 15,2 – 35,0, BMI dívek 15,6 – 39,1. Přestože dívky byly v průměru výrazně štíhlejší, přály si být ještě štíhlejší, zatímco chlapci chtěli být spíše silnější. Studenti dále odpovídali na dotazy, zda jsou či nejsou spokojeni se svým tělem a jaké strategie kontroly hmotnosti používají. Více než dvě třetiny sledovaných chlapců bylo spokojeno se svým tělem, ale

pouze 42,6 % děvčat. Přestože 95 % děvčat mělo průměrnou tělesnou hmotnost, téměř polovina všech sledovaných si přála zhubnout. Autoři z toho usoudili, že zřejmě velká část dospívajících dívek v České republice vlastně neví, jaká by měla být jejich normální tělesná hmotnost, a že jejich sebehodnocení je významně závislé na tělesné hmotnosti nebo na schopnosti zhubnout. Ke kontrole hmotnosti dívky nejvíce využívaly redukční diety (57,4 %), cvičily a užívaly projímadla. 6 % sledovaných dívek alespoň jednou měsíčně navozeně zvracelo. Chlapci se k navozenému zvracení přiznali ve 3,5 % (Krch, Drábková, 1999).

V jiné práci, nazvané „Vztah mezi tělesnou spokojeností a kvalitou života českých adolescentů“ se nyní již jen Krch (2000) zabýval problematikou vztahu mezi tělesnou spokojeností, sebevědomím a některými ukazateli psychického a tělesného zdraví. 34,3 % chlapců a 57,4 % děvčat uvedli, že nejsou spokojeni se svým tělem (z celkového počtu 1238 respondentů). Tělesná nespokojenost děvčat vzrůstala v závislosti na tělesné hmotnosti a pocitu nadváhy, nikoliv však u chlapců. Jak děvčata, tak v menší míře chlapci nespokojení se svým tělem si signifikantně častěji přáli zhubnout, častěji drželi diety a cvičili. Byla zjištěna korelace mezi tělesnou nespokojeností, růstem skóre EAT 26 (Eating Attitudes Test) a GHQ 28 (General Health Questionnaire score) a výsledky Self-Esteem Scale. S tělesnou nespokojeností klesala sebedůvěra, přibývalo pochyb o vlastní osobě, vzrůstala anxiety, skóre deprese, sociální dysfunkce a některé zdravotní obtíže. U děvčat (nikoliv u chlapců) byl markantní vztah mezi tělesnou nespokojeností a zhoršující se kvalitou společenského života.

Valášková s Ježkem (2002) se zabývali prožíváním a hodnocením tělesných změn v průběhu dospívání. Zjišťovali spokojenost se vzhledem těla, důležitost vzhledu těla, zážitek kritiky vzhledu, percepce vlastního těla jako dětského, dospívajícího a dospělého, pocity fyzické kondice a stravovací návyky u mládeže, kterou rozdělili do dvou skupin, a to 300 mladších respondentů ve věku cca 13,3 let a 300 starších respondentů ve věku cca 17,3 let. Výraznější rozdíly konstatovali z hlediska věku a pohlaví respondentů. Chlapci v obou věkových skupinách byli spokojenější se vzhledem svého těla, který byl pro ně méně důležitý než pro dívky a jejich tendence vzhled ovlivnit cvičením nebo příjmem potravy byl nižší než u dívek. Chlapci v mladší

věkové skupině se cítili ve výrazně lepší kondici než dívky ve stejném věku. Při srovnávání respondentů podle tempa vývoje a pohlaví autoři práce zjistili, že chlapci se zpomaleným tempem vývoje udávali častější zážitek kritiky vzhledu těla. Chlapci se zrychleným tempem vývoje se cítili být v lepší kondici než ostatní chlapci a také byli se vzhledem těla spokojenější. U dívek se zrychleným tempem vývoje byla patrná větší tendence ovlivnit svůj vzhled příjmem potravy nebo cvičením. Předpokládané rozdíly ve spokojenosti se vzhledem těla se v souvislosti s tempem vývoje u děvčat nepotvrdily (Valášková, Ježek, 2002).

Agentura INRES-SONES provedla v roce 2008 výzkum názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života. Reprezentativní sociologický výzkum byl určen Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že více než polovina populace ČR hodnotí své tělo jako přiměřené, ani hubené, ani tlusté. Asi 30 % ho považuje za spíše tlusté, zbývajících 16 % si myslí, že je spíše hubené. V porovnání s daty o skutečné hmotnosti populace platí, že občané ČR vlastní nadváhu často neakceptují a přes skutečnost, že nadměrnými kilogramy trpí, hodnotí své tělo jako přiměřené a nadváhu si nepřipouštějí, případně s ní nehodlají nic dělat. Se svým tělem jsou spokojenější muži (přes skutečnost, že nadváhou nebo obezitou trpí častěji než ženy). Muži častěji než ženy považují své tělo za spíše hubené nebo si více myslí, že je tak akorát. Ženy jsou kritičtější a častěji než muži označují své tělo za spíše tlusté. Jednoznačně se též prokázalo, že mladší věkové skupiny (do 34 let) považují častěji své tělo za spíše hubené, starší věkové skupiny (55 a více let) zase častěji uvádějí, že jejich tělo je spíše tlusté. Znamená to, že mínění o vlastním těle ovlivňuje nejen pohlaví, ale i věk respondenta (agentura INRES-SONES, 2008).

1.6 Stravovací návyky - jídelní postoje a zvyklosti

Aktivní péče o tělo a zdraví se nejlépe odráží ve stravovacích návycích a jídelních postojích člověka. Výživa je jednou ze základních otázek zdravého životního stylu. Kulturní, společenské a ekonomické změny významným způsobem ovlivňují

způsob, skladbu a kvalitu stravování. V moderní společnosti charakterizované nadbytkem se stává větším problémem výběr potravin než jejich nedostatek. Dospívající jsou ve svých jídelních návycích a zvyklostech často citlivější na různé kulturní vlivy. Jejich jídelníček a způsob stravování se přizpůsobuje měnícím se podmínkám života a životního stylu. Významně se mění i závislosti na postojích a jídelním chování vrstevníků. Například mnoho dívek zaměňuje redukční dietu za normální jídelní režim a ve svých jídelních postojích jsou významně ovlivňovány „obezitofobním“ klimatem ve společnosti.

Podobně jako u některých dospělých jedinců se můžeme u dospívajících dívek a chlapců setkat s chybnými stravovacími návyky. Ty mohou vést až k vážným zdravotním obtížím. Jedná se především o zdůrazňování až prosazování určitých zvyklostí, které nejsou podloženy skutečnými fyziologickými potřebami dospívajícího organismu. U dívek se výživové nedostatky projevují častěji než u chlapců, protože se o vzhled svého těla začínají zajímat mnohem dříve a často dodržují diety módního charakteru s redukčním zaměřením. Není výjimkou, že tato tendence nabývá až rozměrů choroby.

Stravovacím rizikem mládeže může být i jejich způsob života. Jde o problém zcela jednostranného stravování z důvodů ekonomických, chuťových nebo časově nejméně náročných. Pro zdravou výživu je důležité nejenom volit správnou skladbu jídelníčku, ale také jíst pravidelně, což většina mládeže nedělá.

Snídaně má být vydatná a má tvořit 20 – 25 % celkového denního příjmu energie. Nesmí se při ní zapomenout na doplnění tekutin po noční pauze. Jejich nedostatek přes den se může projevit únavou, bolestí hlavy a nepozorností (Tomešová, 2007). Publikace kolektivu autorů Zdravotního ústavu se sídlem v Brně však vypovídá o tom, že snídani pravidelně vynechává 50,6 % žáků základních škol. Pro nedostatek rychle využitelné energie jsou potom tyto děti ve škole roztěkané, nesoustředěné, unavené, ospalé a pracují pomaleji. Děti, které vynechávají snídani, ji konzumují většinou ještě doma (43 %). Cestou do školy nebo jinde snídá asi 14 % školáků. Podle autorů je zarážející, že 35 % dětí se místo snídaně pouze napije a 8 % školou povinných dětí nesnídá a ani nepije (Kolektiv autorů, 2006).

V jiné studii ve stejné publikaci, která vznikla na základě Projektu podpory zdraví „Stravování středoškoláků – závěry pro zdravotní politiku“ se hodnotily stravovací zvyklosti středoškoláků v Jihomoravském kraji. Zjistilo se, že pravidelně 5 či 6 jídel denně jí pouze 39 % studentů. 43 % chlapců a dívek vynechává snídani, protože nemají čas nebo ještě nejsou dostatečně hladoví. Vynechávání jídel je v dopoledních hodinách častější u chlapců, v odpoledních hodinách zase u dívek (Kolektiv autorů, 2006).

Hodnocením stravovacích zvyklostí u žáků plaveckých tříd ve věku 10 – 14 let se zabývali autoři Kinkorová a Moulis (2006), kteří chtěli výsledky své analýzy konfrontovat s obecnými pravidly a doporučeními (dopolední svačina by měla tvořit asi 15 % celkového denního příjmu energie. Oběd má být završením první poloviny dne a z celkového denního příjmu energie má tvořit 30 – 35 %. Odpolední svačina má tvořit jen 10 % energetického příjmu a večeře 15 – 20 %. Naposledy by se mělo jíst asi 3 hodiny před spaním. Pohybově aktivním dětem je možné podat menší porci jídla i po večeři). Autoři analýzy zjistili, že 12 % respondentů mělo příjem jídla rozděleno pouze do 3 dávek, 32 % do 4 dávek, 36 % respondentů přijímalo stravu v 5 dávkách a pouze 20 % respondentů jedlo více než 5x denně. Dále zjistili, že 76 % respondentů snídá, 88 % respondentů má dopolední svačinu, všichni (100 %) mají oběd, 72 % odpoledne svačí, 100 % večeří a 40 % respondentů má ještě i druhou večeři.

Obdobné výsledky výzkumného šetření uvádějí ve své práci „Stravovací návyky mládeže v Slovenskej republike“ také autoři Rovný a Morvicová z Úradu verejného zdravotníctva SR. Dotazníkového šetření, které proběhlo v roce 2005, se zúčastnilo 1148 studentů středních škol a učilišť ve věku 15 - 19 roků. Ve výsledcích výzkumu se ukázalo, že z hlediska stylu stravování se standardem stala 1 - 2 porce vařeného jídla denně (80 % děvčat, 89 % chlapců) a relativně velká část studentů je úplně bez jídla (10 % chlapců a 19 % děvčat). 1 % respondentů uvedlo, že vařené jídlo mají zřídka či nikdy. Co se týče příjmu tekutin, s věkem stoupá spotřeba kofeinových nápojů (22 % 15letých, 35 % 19letých). V závěru své práce autoři uvádějí, že stravovací návyky jsou ovlivněny více faktory sociálními, kulturními, biologickými, ekologickými a osobními (Rovný, Morvicová, 2007).

Krch a Drábková (1999) zjišťovali preference různých typů kuchyně (přípravy jídla) českých adolescentů. Zjistili, že většina sledovaných dospívajících dávala přednost tradiční kuchyni (73,7 % chlapců a 61,9 % dívek), která je pokládána za nejchutnější, ale současně i za nejvydatnější a nejméně zdravou. Jak u sledovaných skupin adolescentů stoupal zájem o racionální a vegetariánskou kuchyni, klesal zájem o kuchyni tradiční. Racionální stravě dávalo přednost téměř 16 % dívek, ale jen 5,1 % chlapců. Dívky rovněž častěji než chlapci dávaly přednost vegetariánské stravě.

Stejní autoři hodnotili také poruchy příjmu potravy u stejného vzorku mládeže a zjistili, že vyšší než kritické skóre (skóre 20) v Testu jídelních postojů (EAT-26), který může vypovídat o narušených jídelních postojích a chování ve smyslu poruch příjmu potravy mělo 11,4 % sledovaných dívek a 1,4 % chlapců. Protože EAT-26 může ještě rozdělit narušené jídelní postoje na sklon k dietám, sklon k záchvatovitému přejídání a sklon k vědomé kontrole příjmu potravy, bylo zjištěno, že dívky vykazovaly také vyšší průměrné hodnoty v těchto oblastech. 1,4 % dívek uvedlo, že v současné době (v době testování) pravidelně (4,6 % občas) zvrací ve snaze snížit svoji tělesnou hmotnost a 1,2 % užívá projímadla. 3,4 % dívek uvedlo, že v posledních třech měsících trpělo záchvaty přejídání (Krch, Drábková, 1999).

1.7 Poruchy příjmu potravy

Bulimie byla poprvé popsána v roce 1976 u vysokoškolských studentek. V roce 1979 anglický profesor Bernard Russel poprvé popsal bulimii jako zlověstnou formu anorexia nervosa. V roce 1980 se syndrom bulimie poprvé dostal do americké klasifikace nemocí (DSM-III) a v roce 1987 se objevuje i v evropské klasifikaci (MKN-9).

Anorexie má delší historii – první lékařský popis se přičítá Richardu Mortonovi v roce 1694. Popisuje dva případy odmítání jídla u dívky a chlapce. V 19. století William Gull a Charles Lasegue (1868 a 1888) upozornili lékařskou veřejnost na další

případy, které byly podobné těm předchozím i současným. Jednalo se vždy o extrémní vyhubnutí a nadměrnou aktivitu.

Ústředním rysem bulimie je pocit ztráty kontroly. První okamžiky přejídání mohou být příjemné, ale tento pocit je brzy vystřídán pocitem znechucení, studu a dysforie. Lidé, kteří se přejídají, mohou také cítit neklid, a aby nasýtili svou touhu po jídle mohou sníst, nebo dokonce ukrást, jídlo ostatním a jíst vyhozené zbytky. Sami považují to, co dělají, za ostudné, nechutné a degradující. Někteří jsou při přejídání jako v transu. Většina se snaží přejídání zatajit a mnohým se to léta daří.

Bulimia nervosa často navazuje na období anorexia nervosa, na období hladovění a dietního chování. Naše kultura zdůrazňující štíhlost je jevem, který nemoc bezpochyby udržuje. Do jaké míry je tlak na nereálnou štíhlost odpovědný za současný nárůst poruch příjmu potravy, včetně obezity, vědci stále zkoumají. Neexistuje jediná příčina, jde spíše o souhru více okolností, které dávají vznik onemocnění nebo ho udržují.

Móda je stále více zaměřená na štíhlost. Media stále častěji prezentují na kost vyhublé modelky, tanečnice a herečky s anorektickou váhou a chováním a dietu jako normu pro jídelní chování mladé dívky. Štíhlost je považována za výsledek úspěšné sebekontroly, bez ohledu na to, jak jí bylo dosaženo. Ve sdělovacích prostředcích často slyšíme, že „čím nižší váha, tím lepší zdraví“. Což je zavádějící informace. Některé rady o zdravé výživě vycházející z vědeckých poznatků podléhají módním vlnám. Uvádějí, která jídla jsou špatná, nezdravá a nebezpečná. Před 20 lety byly špatné cukry, uhlohydráty, dnes tuky. Proto nelze mluvit o jídle nezdravém, ale pouze o jídle nevyváženém.

Na vzniku bulimie se podílí i vliv rodiny. Často jde o vliv nesprávných nebo chaotických jídelních návyků. Někteří členové rodiny nedodrží jídelní řád s onemocněním cukrovkou, někteří se přejídají nebo drží více či méně úspěšné diety, nebo také prodělali poruchu příjmu potravy, ať už se pro ni léčili nebo neléčili. V rodinách bulimických pacientek se častěji vyskytují depresivní problémy a závislosti, například alkoholismus či různé zraňující zážitky z dětství nebo v období před vznikem onemocnění.

Také genetické riziko není zanedbatelné. Podle literatury tvoří genetický podíl 50 – 90 % při vzniku anorexie a 35 – 83 % u bulimie. U geneticky zranitelnějších lidí může rodinná dispozice spočívat v dědění některých povahových rysů (například úzkostných, citlivých na stres).

Poruchami příjmu potravy trpí lidé, kteří prožili tragické životní události, i ti, u kterých je bulimie či psychogenní přejídání jediným problémem. Jsou popisovány různé situace a důvody, které spouštějí hladovění a přejídání – hrozící rozvod rodičů, ztráta někoho blízkého, vážná nemoc sourozence, alkoholismus nebo jiná závislost rodičů, poznámka trenéra v tanečním či sportovním klubu o váze, předčasný odchod z domova, apod.

K nemoci přispívají také charakterové vlastnosti postiženého. Jsou to především perfekcionismus, úzkostnost, puritánství a asketismus, zranitelnost, závislost, sebekritičnost, nestálost a impulzivita.

Společným rysem pro mentální anorexii a bulimii je, že si dívky připadají tlusté, i když jsou velmi hubené. To je možná vysvětlení, proč je pro ně tak obtížné jíst, připadají si tak tlusté, že nemají potřebu ani právo jíst. Dívky se vyhýbají konfrontaci se svým předchozím vzhledem (podle fotografie), nedívají se do zrcadla, je pro ně těžké vidět se tak, jak je vidí druzí. Žít v těle, které nemám rád, je těžké. Mnoho lidí si myslí: kdybych byla štíhlejší, neměla tak velká stehna, břicho, tváře, přítel by mne neopustil, našla bych lepší práci, byla bych oblíbenější, měla bych úplně jiný život. Když někteří zažijí, že dieta skutečně splnila jejich přání, protože v té době našli přítele nebo dobrou práci, může to jejich celoživotní zaujetí dietou zvýšit. Negativní vnímání vlastního těla může přetrvávat, i když se jinak zlepší jídelní režim (Papežová, 2003).

Vzhledem k tomu, že v posledních letech je zaznamenán velký nárůst civilizačních chorob, nadváhy, obezity a také různých poruch výživy ve všech věkových kategoriích, včetně dětí a dospívajících, sílí apelace na změnu životního stylu, který mj. souvisí i s nevhodnými stravovacími návyky. Doposud byla výživa dospívajících v pozadí i přesto, že puberta a adolescence jsou z hlediska výživy dobou experimentování s alternativními formami stravování, redukčními dietami, ale i rizikovým obdobím pro rozvoj poruch příjmu potravy. Proto je nutné se zaměřit na

analýzu stravovacích zvyklostí dospívajících a zjistit v čem jsou specifické a odlišné od stravovacích zvyklostí jiných věkových skupin.

1.8 Postoje dnešní mládeže ke kouření a ke konzumaci alkoholu

Mezi významné znaky zdravého životního stylu patří nekouření, míra konzumace alkoholu a užívání (resp. neužívání) dalších psychoaktivních látek.

Bylo zjištěno, že děti a adolescenti, kteří byli již prenatálně vystaveni tabákovému kouří, vykazují větší výskyt poruch chování, jako například ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), než děti, které vystaveny nebyly (DiFranza, et al., 2004; Linet, et al., 2003; Weitzman, et al., 1992).

Také konzumace alkoholu v průběhu těhotenství může zanechat na dítěti trvalé následky. Nejzávažnější je fetální alkoholový syndrom (FAS - Fetal Alcohol Syndrome), u kterého děti vykazují známky abnormálnosti ve třech specifických oblastech: v růstu, funkci centrálního nervového systému a v charakteristikách obličeje. Dále jsou diagnostikovány účinky alkoholu na plod (Fetal Alcohol Effects - FAE), zahrnující méně vážné poruchy ve stejných oblastech. Studie 61 adolescentů a dospělých s FAS nebo FAE zjistila koeficienty IQ v rozpětí od 20 do 105, s průměrem 68. 55 procent těchto jedinců však mělo hodnotu IQ 70 nebo nižší. (Streissguth, 1991, 1994, 1996).

V 90. letech byla v ČR realizována celá řada průzkumů zaměřených na kouření, pití alkoholu a v neposlední řadě i užívání nelegálních drog. Od roku 1993 probíhá pravidelně každé tři roky Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace (ÚZIS), od roku 1997 probíhá studie Zdraví a škodlivé návyky (SZÚ). V roce 2002 byl realizován průzkum GENACIS zaměřený především na užívání alkoholu v dospělé populaci. Paralelně byly provedeny průzkumy na školách zaměřené na zdraví a životní styl. Na základních školách se jedná o mezinárodní studii Mládež a zdraví (HBSC), která proběhla v roce 2002 a na středních školách se realizovala ve čtyřech cyklech Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD - The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) v roce 2003 a 2007. V roce 2002 byla

provedena také studie GYTS (Global Youth Tobacco Survey) mapující rozsah kouření mezi mládeží.

Z průzkumů ESPAD (2003) vyplynulo, že mezi šestnáctiletými je 27 % denních kuřáků (29,2 % chlapců a 25,3 % dívek). Mezi silné kuřáky, kteří vykouří denně 11 a více cigaret patří téměř 8 % šestnáctiletých. Podle studie GYTS kouří denně alespoň 1 cigaretu 4 % třináctiletých, necelých 7 % čtrnáctiletých a téměř 14 % patnáctiletých.

Studie HBSC upozornila na trend nárůstu kuřáctví mezi žáky základních škol. Zatímco v roce 1994 kouřilo pravidelně (alespoň 1 x týdně nebo častěji) 16 % chlapců a 12 % dívek ve věku 15 let, v roce 2002 to bylo již 29 % chlapců a téměř 31 % dívek. Z analýzy věku při počátku pravidelného kouření vyplývá, že téměř ¾ dospělých kuřáků začaly s kouřením do 18 let věku.

Podle studie HBSC došlo k výraznému nárůstu pravidelné konzumace alkoholu mezi patnáctiletými, a to u piva, vína i destilátů. Opakovanou opilost v životě udává 38 % chlapců a 29 % dívek. Nárůst oblíbenosti alkoholu potvrzují i výsledky studie ESPAD (2003) mezi šestnáctiletými, a to především mezi dívkami. Výsledky naznačují, že zdravotně nežádoucí formy pití (opilost je udávána častěji než třikrát do měsíce a vyskytuje se časté pití nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní epizodě) jsou velmi rozšířené u chlapců a stávají se stále běžnějšími u dívek. Výskyt takto definovaného pití alkoholu lze v roce 2003 odhadnout na 17 až 23 % u populace chlapců a 8 až 13 % u populace dívek ve věku 16 let (Zaostřeno na drogy, 2005; Gryndlerová, 2006).

V roce 2007 přinesla školní studie ESPAD ještě otřesnější výsledky. České děti vyšly z průzkumu jako vítězové: jsou největšími uživateli omamných látek v Evropě. Celá čtvrtina českých mladistvých se přiznává k pravidelnému kouření. Pivo a víno konzumuje alespoň šestkrát do měsíce každý pátý český středoškolák. V alkoholu si libují obě pohlaví, dívky a chlapci se liší pouze v tom, po jaké lihovině sáhnou. Chlapci dávají přednost pivu a častěji se kloní k takzvanému tvrdému alkoholu, dívky dávají přednost vínu. Z celkových výsledků z posledních let však vyplynulo, že české děti sice méně kouří, zato ale více pijí alkohol a také mnohem častěji sahají po drogách (Škapíková, 2009).

Vývoj mládeže v oblasti kouření a konzumace alkoholu je za posledních deset let v České republice velmi nepříznivý a má celou řadu negativních důsledků. Jedná se o zdravotní stav populace, dopad na demografický vývoj a na kvalitu nově narozené populace, protože nelze vyloučit vliv drog, alkoholu a nikotinu na genetický potenciál české společnosti. Další dopady mají ekonomický charakter. Zdravotní důsledky se promítají do finančních nároků na zdravotnictví. Populace ohrožená alkoholem a drogami obtížněji získává a uplatňuje kompetence požadované na trhu práce. Drogově závislí jedinci či jedinci pod vlivem alkoholu ztrácejí sebekontrolu a jsou schopni páchat činy, jichž by se za normálního stavu nedopouštěli (Sak, Saková, 2004).

Ve světě však dochází v posledních letech k poklesu kuřáctví – z téměř 40 % v sedmdesátých letech na 22 % v roce 2003 (CDC, 2004). Přičítá se to preventivním programům ve školách, varujícím upozorněním na obalech cigaret, apod. Přesto adolescenti každým rokem vyprodukují milióny nových kuřáků. Podle Pierce a Gilpina (1996) chlapci v kouření vytrvají přibližně 20 let a dívky ještě o 10 let déle. Potom dochází k poklesu (Pierce, Giplin, 1996).

Již několikrát zmiňovaní autoři Krch a Drábková (1999) ve svém vzorku 1253 studentů gymnázií, středních a učňovských škol zjistili mezi chlapci a dívkami statisticky významný rozdíl v postoji ke kouření, nikoliv však v samotné frekvenci kouření, i když dívky v průměru častěji uváděly, že denně kouří. Ještě nikdy nekouřila téměř polovina dospívajících. 26,3 % chlapců a 31,4 % dívek uvedlo, že pravidelně kouří (téměř denně nebo alespoň jednou týdně). Negativní postoj ke kouření do jisté míry korespondoval i s nižší frekvencí kouření (chlapci častěji odsuzovali kouření a současně i v průměru méně kouřili). Ve frekvenci kouření však nebyl zjištěn v tomto směru statisticky významný rozdíl. Studenti gymnázia a středních škol kouřili méně než chlapci z odborných učilišť a častěji kouření odsuzovali. Studentky gymnázia kouřily méně (21,7 %) než studentky středních (29,6 %) a učňovských škol (40 %), které kouřily nejčastěji ze všech sledovaných škol (Krch, Drábková, 1999).

Zahraniční studie (Youth Risk Behaviour study - USA) také zjišťovala věk, ve kterém si děti zapálily svoji první cigaretu a zjistila, že 18 % dětí začalo kouřit před svým 13 rokem (CDC, 2003). Jackson a Henriksen (1997) popsali 10 % dětí ve věku 8

– 9 let a 21 % dětí ve věku 10 – 11 let. Breslau a Peterson (1996) zjistili, že 34 % dětí si zapálilo svoji první cigaretu ve věku 13 let a 43 % začalo kouřit ve 14 – 16 letech. V roce 1994 vypočítali Elders, Perry, Eriksen a Giovino jako průměrný věk začátku kouření na 14,5 roku.

Česká Republika patří mezi země s nejvyšší průměrnou konzumací alkoholu – v roce 1983 bylo vypito 20,8 litru alkoholu (piva, vína, destilátu) na jednoho obyvatele a v roce 1993 18,6 litru (Kubička a kol., 1995). Současně roste i počet závislých na alkoholu mezi mladistvými a ženami. Podle Kubičky (1995) vzrostl v letech 1987 až 1992 počet silných konzumentek alkoholu v Praze (denní konzumace více než 20 gramů alkoholu) ze 7,2 % na 14 %. Na vliv socio-ekonomických a politických změn po roce 1989 ukazuje skutečnost, že v citované studii vzrostla konzumace alkoholu zejména u ekonomicky aktivních žen, které vnímaly tyto změny pozitivně. Podle Kubičky klesá procento denních konzumentů alkoholu s rostoucím stupněm vzdělání. Se zvyšující se konzumací alkoholu může vzrůstat i společenská tolerance této závislosti (představa normy), která se může projevit jako výrazně rizikový faktor z hlediska rozvoje nových závislostí, tj. zejména u nižších věkových skupin (Kubička a kol., 1995).

Přestože konzumace alkoholu není v ČR do 18 let povolena, uvedlo 2,4 % dívek a 6,5 % chlapců pravidelnou (téměř denně) konzumaci alkoholu, píše Krch a Drábková (1999) ve své práci. Dospívající nejčastěji pili pivo (12,3 % chlapců téměř denně a 29,6 % alespoň jednou týdně). Skutečnost, že téměř o 6 % více chlapců uvedlo denní konzumaci piva než denní konzumaci alkoholických nápojů může svědčit pro jejich bagatelizující vztah k pivu – jako by tito chlapci pivo za alkohol vůbec nepovažovali. Na druhém místě po pivu následovala konzumace destilátů a vína. Pouze 12,2 % chlapců a 8,7 % dívek uvedlo, že ještě nepilo alkohol. Dívky oproti chlapcům uváděly významně nižší frekvenci konzumace alkoholu a piva. V konzumaci destilátů a vína nebyl mezi těmito skupinami statisticky významný rozdíl. Téměř 83 % dívek a 66 % chlapců odsuzovalo časté pití alkoholických nápojů ve větším množství. Přes tento v zásadě odmítavý postoj k závislosti na alkoholu vykazovali však chlapci i dívky poměrně častou konzumaci alkoholických nápojů. Autoři práce tedy došli k závěru, že z hlediska rozvoje možné závislosti dospívající podceňují nebezpečí časté konzumace

alkoholu a zejména piva. Konzumace alkoholu byla významně závislá na pohlaví respondentů, místě bydliště (více pili chlapci a dívky v Budějovicích než v Praze) a na vzdělání (studentky na gymnáziích pily méně tvrdý alkohol a uváděly méně problémů s alkoholem – nikoliv však chlapci). 35,5 % studentů gymnázia (chlapců), 40,5 % studentů středních škol a 37,2 % studentů odborných učilišť uvedlo, že téměř denně nebo alespoň jednou týdně pije alkoholické nápoje (Krch, Drábková, 1999).

V USA zemře každý rok asi 5 000 lidí do 21 let věku na následky požívání alkoholických nápojů (CDC, 2004; Smith, 1999; Levy, 1999). Průměrný věk adolescentů, ve kterém s konzumací alkoholických nápojů začínají byl v roce 2003 určen na 14 let, narozdíl od roku 1965, kdy to bylo 17,5 let (Newes-Adeyi, 2005). V evropském regionu tvoří úmrtí v důsledku požívání alkoholu u mužů ve věku 15 – 29 let čtvrtinu všech úmrtí (ve střední a východní části Evropy je to dokonce celá třetina úmrtí). České děti jsou alkoholem mimořádně ohrožované, protože jeho dostupnost je vysoká jak u prodejců, tak i v rodině, i když je to v rozporu se zákonem. Zdanění alkoholu, zejména piva, je naopak nepochopitelně nízké a nebere v úvahu ekonomické škody, které alkohol společnosti působí (násilná trestná činnost, vyšší nemocnost, nižší produktivita práce, poškození plodu, jestliže alkohol pijí těhotné ženy atd.). Na děti navíc působí masivní a téměř všudypřítomná reklama alkoholických nápojů. Podle šetření prováděného Csémym v roce 1998 bylo v životě opilých 2x nebo častěji 36,5 % patnáctiletých chlapců a 22,5 % stejně starých dívek (Csémy, 1999; Nešpor, Csémy, 1991; Nešpor, 2001).

Výzkumná část

2 Předmět výzkumu

Předmětem empirického výzkumu bylo hodnocení postojů dnešní mládeže k vlastnímu tělu, ke stravování, kouření cigaret a konzumaci alkoholu, tzn. postojů k vlastnímu zdraví a hledání vzájemných vztahů mezi těmito postoji.

Teoretickým východiskem byly práce několika autorů, které jsou zmiňovány v první části disertační práce. Autoři se zabývali životním stylem mládeže a pro svůj záměr využili celou škálu standardizovaných dotazníků.

Ve svém výzkumném šetření jsem se zaměřila na stejný okruh respondentů a na podobné oblasti. Šetření probíhalo na třech typech škol – středních školách s maturitou, středních školách s výučním listem a na gymnáziích. Cílem bylo získat nové informace ve sledovaných oblastech a porovnat je v jednotlivých skupinách respondentů podle pohlaví a typů škol a zjistit, zda došlo v průběhu let k nějakým změnám a v případě, že ano, tak k jakým.

2.1 Cíle výzkumu a hypotézy

Cíl č. 1

Zjistit tělesné charakteristiky (BMI) dnešní mládeže (studentů 3 typů středních škol), jejich postoje k vlastnímu tělu, stupeň sebeúcty/sebehodnocení, jídelní postoje a zvyklosti, postoje ke kouření cigaret a konzumaci alkoholu (postoje k vlastnímu zdraví) a porovnat tyto údaje mezi pohlavím respondentů – hypotéza H_1 a mezi typy škol – hypotéza H_2 .

H_1 : Mezi pohlavím existují rozdíly v BMI, v postojích k vlastnímu tělu, v sebeúctě/sebehodnocení, v jídelních postojích (v celkovém skóre, ve sklonech k dietám, k bulimii a orální kontrole), v postojích ke kouření cigaret spolužáků a

vlastnímu kouření a v postojích ke konzumaci alkoholu spolužáků, vlastní konzumaci a preferenci alkoholických nápojů.

H₂: Mezi respondenty různých typů škol existují rozdíly v BMI, v postojích k vlastnímu tělu, v sebeúctě/sebehodnocení, v jídelních postojích (v celkovém skóre, ve sklonech k dietám, k bulimii a orální kontrole), v postojích ke kouření cigaret spolužáků a vlastnímu kouření a v postojích ke konzumaci alkoholu spolužáků, vlastní konzumaci a preferenci alkoholických nápojů.

Cíl č. 2

Zjistit, zda existuje vztah mezi stupněm sebeúcty/sebehodnocení a postoji dnešní mládeže k vlastnímu zdraví.

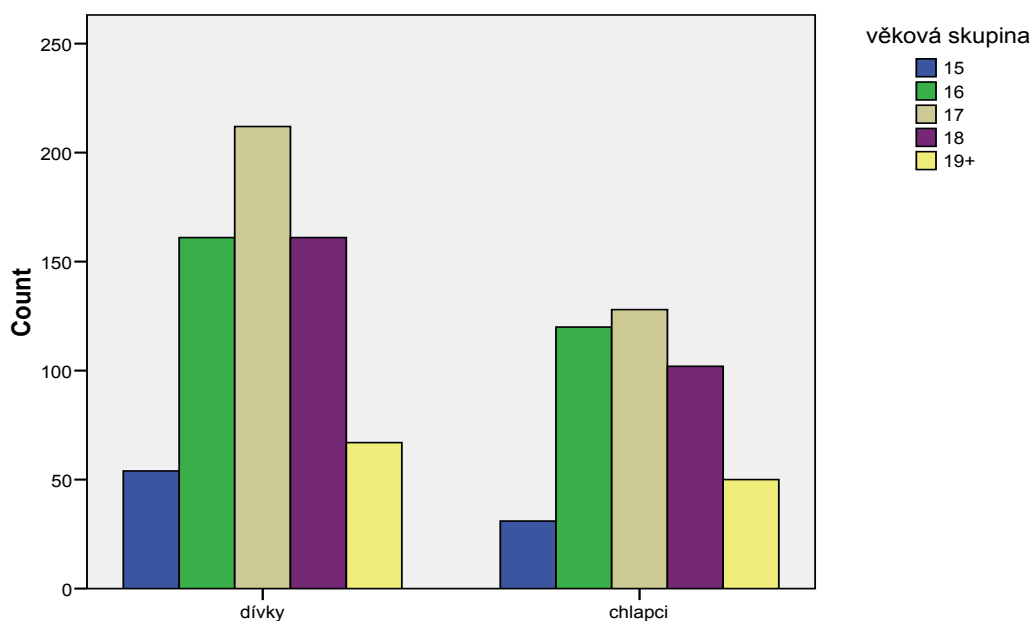
H₃: Mezi stupněm sebeúcty/sebehodnocení a postoji dnešní mládeže k vlastnímu zdraví (jídelní postoje, postoje ke kouření, k požívání alkoholických nápojů) existuje vztah.

2.2 Popis zkoumaného souboru

V souladu s vymezenými cíly se respondenty dotazníkového šetření stali studenti třech typů středních škol ve věkovém rozmezí 15 – 19 let. Vzhledem k tomu, že u některých studentů nebyla navštěvovaná škola jejich první po ukončení základní školy, dostali se do souboru v několika případech i studenti starší (viz tab. č. 1 a graf 1).

Tab. č. 1 Pohlaví * věková skupina

			věková skupina					Celkem
			15	16	17	18	19+	
pohlaví	dívky	Četnost	54	161	212	161	67	655
		Celková procenta	5,0%	14,8%	19,5%	14,8%	6,2%	60,3%
	chlapci	Četnost	31	120	128	102	50	431
		Celková procenta	2,9%	11,0%	11,8%	9,4%	4,6%	39,7%
Celkem		Četnost	85	281	340	263	117	1086
		Celková procenta	7,8%	25,9%	31,3%	24,2%	10,8%	100,0%



Graf 1 Pohlaví * věková skupina

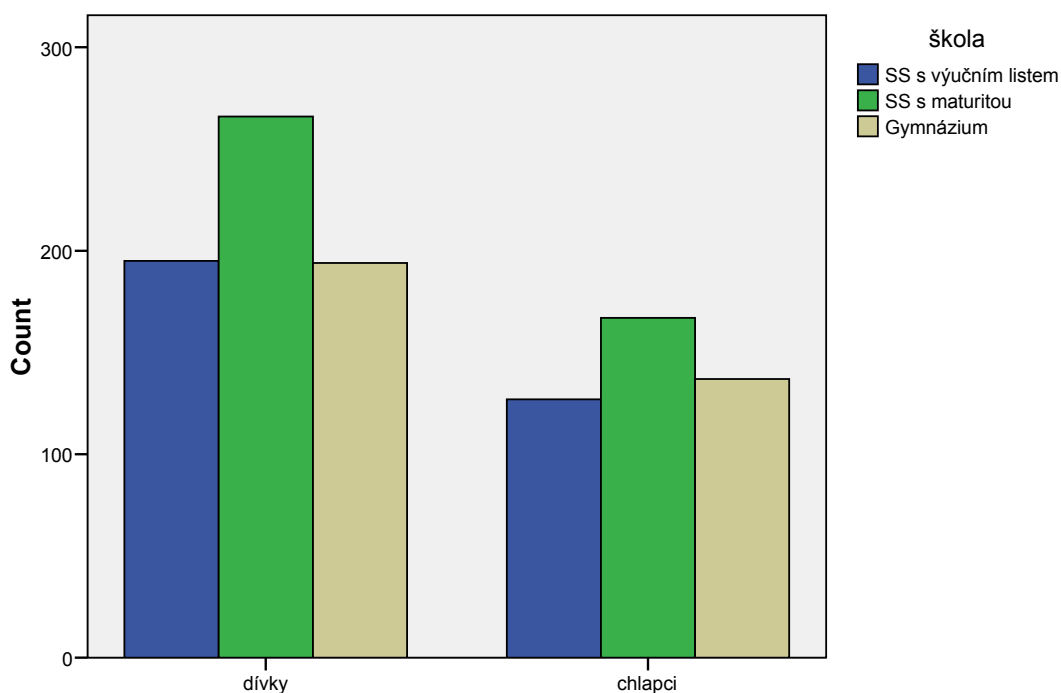
Do výzkumného šetření byly zapojeny střední školy s výučním listem (střední odborné učiliště – SOU a střední odborná škola – SOŠ Rosice, Blansko, Brno, Litomyšl), střední školy s maturitou (střední zdravotnická škola – SZŠ Rumburk, Znojmo, Kolín, Boskovice, Svitavy) a gymnázia (Jihlava, Šlapanice, Židlochovice, České Budějovice, Vysoké Mýto). Výběr škol byl záměrný, cílem bylo získat tři přibližně stejně početné skupiny pro porovnávání výsledků. Nejprve bylo obesláno 25 středních škol a gymnázií v České republice s žádostí o umožnění dotazníkového šetření - příloha č. 1. Odpověděla pouze dvě gymnázia, a to záporně. Poté bylo využito osobních kontaktů s pedagogy z dalších středních škol a na základě jejich aktivní spolupráce bylo možné šetření provést. Dotazníky byly do škol distribuovány osobně řešitelem šetření, kde byly po rozhovoru s ředitelem předány předem instruovaným třídním učitelům. Vzhledem k tomu, že vyplnění dotazníků trvalo přibližně 30 minut, bylo možné si je hned odnést ke zpracování. Z celkového počtu 1189 distribuovaných dotazníků jich bylo 46 vyřazeno. Zpracováno bylo 1086 dotazníků.

Celkový počet respondentů byl tedy 1086 (100 %), z toho 655 (60,3 %) dívek a 431 (39,7, %) chlapců – tab. č. 2 a graf 2. Počet studentů středních škol s výučním

listem činil celkem 322 respondentů, z toho bylo 195 (18,0 %) dívek a 127 (11,7 %) chlapců. Počet studentů středních škol s maturitou činil celkem 433 respondentů, z toho bylo 266 (24,5 %) dívek a 167 (15,4 %) chlapců. Počet studentů gymnázií činil celkem 331 respondentů, z toho bylo 194 (17,9 %) dívek a 137 (12,6 %) chlapců.

Tab. č. 2 Zastoupení respondentů podle pohlaví a typu škol

			škola			Celkem
			SS s výučním listem	SS s maturitou	Gymnázium	
pohlaví	dívky	Četnost	195	266	194	655
		Celková procenta	18,0%	24,5%	17,9%	60,3%
	chlapci	Četnost	127	167	137	431
		Celková procenta	11,7%	15,4%	12,6%	39,7%
Celkem		Četnost	322	433	331	1086
		Celková procenta	29,7%	39,9%	30,5%	100,0%



Graf 2 Zastoupení respondentů podle pohlaví a podle typu škol

2.3 Metodický přístup

Empirickou analýzou dostupných informačních pramenů byly identifikovány trendy v životním stylu dnešní mládeže a vybrány jeho oblasti - úroveň sebeúcty/sebehodnocení, postoje k vlastnímu tělu, jídelní postoje a zvyklosti, postoje ke kouření cigaret a konzumaci alkoholu. Hlavní výzkumnou metodou byl zvolen dotazník (příloha č. 2), který obsahoval 52 převážně uzavřených otázek a byl rozdělen do šesti samostatně hodnocených částí:

1. identifikační údaje,
2. test postojů k vlastnímu tělu,
3. test sebeúcty/sebehodnocení,
4. test jídelních postojů,
5. test postojů ke kouření cigaret a frekvence kouření,
6. test postojů ke konzumaci alkoholu a frekvence konzumace alkoholických nápojů.

Ad. 1 - Identifikační údaje byly zaměřeny na věk respondenta (otázka č. 1), výšku (otázka č. 2) a hmotnost (otázka č. 3) respondenta pro výpočet BMI (Body Mass Index) – rozdělení do tříd je uvedeno v tab. č. 3, na pohlaví (otázka č. 4) a na typ navštěvované školy (otázka č. 5).

Tab. č. 3 Rozdělení do tříd - BMI

Počet bodů v testu	Rozdělení do tříd	Četnost	Celková procenta
26 +	nad normou	105	9,7
19 - 25	v normě	798	73,5
do 18	pod normou	183	16,9
Celkem		1086	100,0

Ad. 2 - Test postojů k vlastnímu tělu obsahoval 5 otázek (v dotazníku 6. – 10. otázka) a byl zkrácenou verzí testu „Jaký máte vztah ke svému tělu?“, který se skládá z 10 otázek a je dostupný na <http://mladazena.cz/scripts/detail.php?id=312812>, cit. 2.6.2007. Každá

otázka měla tři možné odpovědi, ke kterým byl přiřazen určitý počet bodů. Součet bodů umožnil zařadit respondenta do kategorie naprosté spokojenosti se svým tělem (5 – 15 bodů), na hranici spokojenosti (16 – 35 bodů) a nespokojenosti se svým tělem (36 – 50 bodů).

Ad. 3 - Jako test sebeúcty/sebehodnocení byla použita Rosenbergova (1965) Self-Esteem Scale (příloha č. 3), která obsahuje 5 položek zaměřených na pozitivní sebehodnocení a 5 položek zaměřených na negativní sebehodnocení. Otázky byly v dotazníku řazeny pod čísla 11 – 20. Každá otázka měla 4 možné odpovědi typu: *zcela souhlasím, souhlasím, nesouhlasím, zcela nesouhlasím*. Každá z odpovědí měla určenou hodnotu od 0 do 3 bodů. Položky zaměřené na pozitivní sebehodnocení měly nejvyšší hodnotu (3 body) za odpověď „*zcela souhlasím*“, položky zaměřené na negativní sebehodnocení měly nejvyšší hodnotu (3 body) za odpověď „*zcela nesouhlasím*“. Čím vyšší bylo skóre po součtu všech 10 otázek, tím vyšší byla sebeúcta/sebehodnocení respondenta (Rosenberg, 1965). Pro finální hodnocení byl získaný počet bodů rozdělen do 3 tříd: 0 - 14 bodů = *nízká sebeúcta*, 15 – 20 bodů = *střední sebeúcta*, 21 a více bodů = *vyšší sebeúcta* – tab. č. 4.

Tab. č. 4 Rozdělení do tříd - test sebeúcty

Počet bodů v testu	Rozdělení do tříd	Četnost	Celková procenta
0 - 14	nízká sebeúcta	163	15,0
15 - 20	střední sebeúcta	498	45,9
21+	vyšší sebeúcta	425	39,1
Celkem		1 086	100,0

Ad. 4 - K testování stravovacích návyků (jídelních postojů) dnešní mládeže byl použit Garnerův a Garfinkelův (1979) Eating Attitudes Test, zkráceně EAT 26 (příloha č. 4). Obsahoval 26 položek. Otázky byly v dotazníku řazeny pod čísla 21 – 46. Každá otázka měla 6 možných odpovědí: *vždy, obvykle, často, někdy, zřídka, nikdy*. Tyto odpovědi byly hodnoceny body 3, 2, 1, 0, 0, 0 ve stejném pořadí jako výše uvedené odpovědi.

Pouze u poslední otázky bylo pořadí bodů obráceně. V testu se nejprve hodnotilo celkové skóre, tj. počet bodů získaných součtem všech položek, a potom ještě 3 dílčí skóre:

- sklon k dietám – součet bodů položek č. 21, 26, 27, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 42, 43, 44 a 45.
- bulimie (sklon k záchvatovitému přejídání) – součet bodů položek č. 23, 24, 29, 38 a 41 a 46.
- orální kontrola (vědomá kontrola příjmu potravy) – součet bodů položek č. 22, 25, 28, 13, 35, 39 a 40.

Test sám o sobě (podle autorů) nemohl přesně určit diagnózu narušených jídelních postojů, ale pokud bylo celkové skóre 20 a vyšší, měl by respondent vyhledat lékaře specialistu pro poruchy výživy (Garner, Garfinkel, 1999). Pro finální hodnocení bylo použito rozdělení nad 20 a pod 20 bodů. U jednotlivých dílčích testů bylo rozdělení bodů následující: *mírný* sklon k dietám (počet bodů 0 – 1), *větší* sklon k dietám (počet bodů 2 – 4) a *vysoký* sklon k dietám (počet bodů 5 a více) – tab. č. 5. Sklon k bulimii měl následující rozdělení: *malé riziko* (počet bodů 0 – 1), *střední riziko* (počet bodů 2 – 3) a *vysoké riziko* (počet bodů 4 a více) – tab. č. 6. Sklon k orální kontrole: *nízký* (0 – 1 bod), *střední* (2 - 3 body) a *vysoký* (4 body a více) – tab. č. 7.

Tab. č. 5 Rozdělení do tříd – sklon k dietám

Počet bodů v testu	Rozdělení do tříd	Četnost	Celková procenta
0 - 1	mírný sklon k dietám	485	44,7
2 - 4	větší sklon k dietám	317	29,2
5+	vysoký sklon k dietám	284	26,2
Celkem		1 086	100,0

Tab. č. 6 Rozdělení do tříd – sklon k bulimii

Počet bodů v testu	Rozdělení do tříd	Četnost	Celková procenta
0 - 1	malé riziko	504	46,4
2 - 3	střední riziko	396	36,5
4+	vysoké riziko	186	17,1
Celkem		1 086	100,0

Tab. č. 7 Rozdělení do tříd – sklon k orální kontrole

Počet bodů v testu	Rozdělení do tříd	Četnost	Celková procenta
0 - 1	nízký	702	64,6
2 - 3	střední	199	18,3
4+	vysoký	185	17,0
Celkem		1 086	100,0

Ad. 5 - V testu postojů ke kouření cigaret byly využity stejné otázky jako v práci autorů Krch, Drábková (1999). Otázky neměly bodové hodnocení, ale pouze číselné označení. V otázce č. 47 byli respondenti dotazováni, zda kouření spolužáků odsuzují, neodsuzují nebo se nechtějí vyjádřit/neví. V otázce č. 48 měli odpovědět, zda sami kouří a jak často. Otázka č. 49 byla volná a zjišťovala věk respondentů (pokud uvedli, že jsou kuřáci), ve kterém s kouřením cigaret začali.

Ad. 6 – Test postojů ke konzumaci alkoholu a frekvence konzumace alkoholických nápojů kladl respondentům podobné otázky. V otázce č. 50 měli odpovědět, zda odsuzují konzumaci alkoholických nápojů u svých spolužáků, v otázce č. 51 se měli přiznat, zda a jak často sami alkoholické nápoje konzumují a v otázce č. 52 měli označit, kterým alkoholickým nápojům dávají přednost.

Každá z jednotlivých částí dotazníku byla výrazně označena a uvedena instrukcemi, jak ji vyplňovat. Celý dotazník byl upraven tak, aby se dal po vrácení snáze zpracovat. Dotazníky byly do škol distribuovány v roce 2007 - 2008 osobně a stejně byly získávány zpět. Respondenti byli v úvodu dotazníku ujištěni o jeho anonymitě a také o tom, že jim vyplnění dotazníku zabere přibližně 20 minut jejich času.

2.4 Statistické zpracování dat

Kvantitativní veličina je pouze BMI a i ta je kategorizovaná, stejně jako ostatní zkoumané proměnné (stupeň sebeúcty, postoje, preference), které jsou veličinami

kvalitativními. V souladu se stanovenými cíly byla při zpracování použita kontingenční tabulka. Umožňuje posoudit vztahy mezi kategoriálními proměnnými a je základem pro testování. Použitým testem je chí-kvadrát test o vzájemné nezávislosti. V kontingenčních tabulkách jsou uvedeny absolutní četnosti a procenta vypočítaná z celého rozsahu souboru – tedy celková procenta. Při zpracování byl použit systém SPSS Base 16.0. Statistické zpracování dat bylo průběžně konzultováno se statistikem ZSF JCU v Českých Budějovicích.

3 Výsledky

Do studie bylo zařazeno celkem 1086 (100 %) studentů 3 typů středních škol, z toho bylo 655 (60 %) dívek a 431 (40 %) chlapců. U každého respondenta byly zjištěny tyto položky: věk, výška a hmotnost pro výpočet BMI, postoj k vlastnímu tělu, stupeň sebeúcty/sebehodnocení, jídelní postoje (celkové skóre, sklon k dietám, bulimii, orální kontrole), postoj ke kouření spolužáků, k vlastnímu kouření, u kuřáků počátek kouření, postoj ke konzumaci alkoholických nápojů u spolužáků, vlastní požívání a preference jednotlivých druhů nápojů.

3.1 Testování hypotézy H_1

Mezi pohlavím existují rozdíly v BMI, v postojích k vlastnímu tělu, v sebeúctě/sebehodnocení, v jídelních postojích (v celkovém skóre, ve sklonech k dietám, k bulimii a orální kontrole), v postojích ke kouření cigaret spolužáků a vlastnímu kouření a v postojích ke konzumaci alkoholu spolužáků, vlastní konzumaci a preferenci alkoholických nápojů.

3.1.1 Závislost BMI na pohlaví

Testujeme nulovou hypotézu, že kategorie BMI není závislá na pohlaví. Normální hodnota BMI je udávána v rozmezí 19 – 25. Z výsledků v tab. č. 8 je patrné, že z celého souboru mělo 138 (12,7 %) dívek a 45 (4,1 %) chlapců BMI *pod normou*, tzn. nižší než 19. 464 (42,7 %) dívek a 334 (30,8 %) chlapců mělo BMI *v normě* a 53 (4,9 %) dívek a 52 (4,8 %) chlapců mělo BMI *nad normou*, tzn. vyšší jak 25. V kontingenční tabulce č. 8 jsou uvedeny četnosti jednotlivých kombinací. Pro testování nezávislosti byl použit Pearsonův test Chí-kvadrát. Signifikance je menší než zvolená hladina významnosti 0,01. Test vede k zamítnutí nulové hypotézy. Četnosti kombinací v tab. č. 8 ukazují, že na hladině významnosti 0,01 platí hypotéza alternativní, tzn. že kategorie BMI závisí na pohlaví. Mnohem více dívek než chlapců mělo BMI pod normou, i když zvýšenou hmotnost (BMI nad normou) měla obě pohlaví v téměř stejném zastoupení.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,236	2	0,000

Tab. č. 8 Pohlaví * kategorie BMI

			kategorie BMI			Celkem
			pod normou	v normě	nad normou	
pohlaví	dívky	Četnost	138	464	53	655
		Celková procenta	12,7%	42,7%	4,9%	60,3%
	chlapci	Četnost	45	334	52	431
		Celková procenta	4,1%	30,8%	4,8%	39,7%
Celkem		Četnost	183	798	105	1 086
		Celková procenta	16,9%	73,5%	9,7%	100,0%

3.1.2 Závislost postojů k vlastnímu tělu na pohlaví

Testujeme nulovou hypotézu, že postoje k vlastnímu tělu nejsou závislé na pohlaví. 291 (26,8 %) dívek a 298 (27,4 %) chlapců z celého souboru bylo se svým tělem *naprosto spokojeno*, 340 (31,3 %) dívek a 127 (11,7 %) chlapců bylo *spokojeno* a 24 (2,2 %) dívek a 6 (0,6 %) chlapců bylo se svým tělem *nespokojeno* – tab. č. 9. Rozdíly v postojích k vlastnímu tělu u chlapců a dívek byly vysoce statisticky významné. Proto nulovou hypotézu zamítáme a na hladině významnosti 0,01 platí hypotéza alternativní, že postoje k vlastnímu tělu jsou závislé na pohlaví. Mnohem více dívek bylo se svým tělem nespokojeno a více chlapců než dívek bylo se svým tělem naprosto spokojeno.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	64,578(a)	2	0,000

Tab. č. 9 Pohlaví * postoj k vlastnímu tělu

			postoj k vlastnímu tělu			Celkem
			naprostá spokojenost	spokojenost	nespokojenost	
pohlaví	dívky	Četnost	291	340	24	655
		Celková procenta	26,8%	31,3%	2,2%	60,3%
	chlapci	Četnost	298	127	6	431
		Celková procenta	27,4%	11,7%	0,6%	39,7%
Celkem		Četnost	589	467	30	1 086
		Celková procenta	54,2%	43,0%	2,8%	100,0%

3.1.3 Závislost sebeúcty/sebehodnocení na pohlaví

Testujeme nulovou hypotézu, že výška sebeúcty/sebehodnocení není závislá na pohlaví. Vysokou sebeúctou/sebehodnocení (počet bodů vyšší jak 21) mělo 230 (21,2 %) dívek a 195 (18,8 %) chlapců, nízkou sebeúctou/sebehodnocení (počet bodů 0 - 14) mělo 117 (10,8 %) dívek a 46 (4,2 %) chlapců. Ve středních hodnotách testu (počet bodů 15 – 20) se pohybovalo 308 (28,4 %) dívek a 190 (17,5 %) chlapců – tab. č. 10. Signifikance je menší než zvolená hladina významnosti 0,01, proto nulovou hypotézu zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní – výška sebeúcty je závislá na pohlaví. Mnohem více dívek než chlapců mělo nízký stupeň sebeúcty/sebehodnocení, ale i ve středním a vysokém stupni bylo větší zastoupení dívek.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,258(a)	2	0,000

Tab. č. 10 Pohlaví * test sebeúcty/sebehodnocení

			test sebeúcty			Celkem
			nízká	střední	vysoká	
pohlaví	dívky	Četnost	117	308	230	655
		Celková procenta	10,8%	28,4%	21,2%	60,3%
	chlapci	Četnost	46	190	195	431
		Celková procenta	4,2%	17,5%	18,0%	39,7%
Celkem		Četnost	163	498	425	1 086
		Celková procenta	15,0%	45,9%	39,1%	100,0%

3.1.4 Závislost jídelních postojů (celkového skóre) na pohlaví

Testujeme nulovou hypotézu, že celkové skóre jídelních postojů není závislé na pohlaví. Z celkového souboru respondentů mělo v testu jídelních postojů hodnotu 20 a vyšší celkem 34 (3,1 %) dívek a 11 (1,0 %) chlapců. Hodnotu nižší než 20 mělo 621 (57,2 %) dívek a 420 (38,7 %) chlapců – tab. č. 11. Nulovou hypotézu zamítáme pouze na hladině významnosti 0,05. Na hladině 0,01 ji zamítnout nemůžeme. Třikrát více dívek než chlapců (ve sledovaném souboru) mělo narušené jídelní postoje a tudíž by mělo vyhledat lékaře odborníka (podle autorů testu).

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,557	1	0,033

Tab. č. 11 Pohlaví * skóre jídelních postojů

			skóre jídelních postojů		Celkem
			nad 20	pod 20	
pohlaví	dívky	Četnost	34	621	655
		Celková procenta	3,1%	57,2%	60,3%
	chlapci	Četnost	11	420	431
		Celková procenta	1,0%	38,7%	39,7%
Celkem		Četnost	45	1 041	1 086
		Celková procenta	4,1%	95,9%	100,0%

3.1.5 Závislost sklonu k dietám na pohlaví

Testujeme nulovou hypotézu, že sklon k dietám není závislý na pohlaví. Z výsledků v tabulce č. 12 je patrné, že *mírný* sklon k dietám (počet bodů 0 – 1) mělo 237 (21,8 %) dívek a 248 (22,8 %) chlapců, *větší* sklon k dietám (počet bodů 2 – 4) mělo 184 (16,9 %) dívek a 133 (12,2 %) chlapců a *vysoký* sklon k dietám (počet bodů vyšší než 5) mělo 234 (21,5 %) dívek a 50 (4,6 %) chlapců (čím větší sklon, tím vyšší počet bodů po sečtení příslušných položek). Nulovou hypotézu musíme zamítnout na hladině významnosti 0,01 a přijmout hypotézu alternativní – sklon k dietám je závislý na pohlaví. Dívky ve sledovaném souboru měly mnohem vyšší sklon k dietám než chlapci.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	85,083(a)	2	0,000

Tab. č. 12 Pohlaví * sklon k dietám

			sklon k dietám			Celkem
			mírný	větší	vysoký	
pohlaví	dívky	Četnost	237	184	234	655
		Celková procenta	21,8%	16,9%	21,5%	60,3%
	chlapci	Četnost	248	133	50	431
		Celková procenta	22,8%	12,2%	4,6%	39,7%
Celkem		Četnost	485	317	284	1 086
		Celková procenta	44,7%	29,2%	26,2%	100,0%

3.1.6 Závislost sklonu k bulimii na pohlaví

Testujeme nulovou hypotézu, že sklon k bulimii není závislý na pohlaví. *Malé riziko* sklonu k bulimii (počet bodů 0 – 1) mělo 270 (24,9 %) dívek a 234 (21,5 %) chlapců. *Střední riziko* sklonu k bulimii (počet bodů 2 – 3) mělo 269 (24,8 %) dívek a 127 (11,7 %) chlapců. *Vysoké riziko* bulimie (počet bodů 4 a více) mělo 116 (10,7 %) dívek a 70 (6,4 %) chlapců – tab. č. 13. Nulovou hypotézu musíme zamítnout na hladině významnosti 0,01 a přijmout hypotézu alternativní – sklon k bulimii je závislý na pohlaví. Dívky měly mnohem větší sklon k záchvatovitému přejídání (bulimie) než chlapci.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,494(a)	2	0,000

Tab. č. 13 Pohlaví * sklon k bulimii

			sklon k bulimii			Celkem
			malé riziko	střední riziko	vysoké riziko	
pohlaví	dívky	Četnost	270	269	116	655
		Celková procenta	24,9%	24,8%	10,7%	60,3%
	chlapci	Četnost	234	127	70	431
		Celková procenta	21,5%	11,7%	6,4%	39,7%
Celkem		Četnost	504	396	186	1 086
		Celková procenta	46,4%	36,5%	17,1%	100,0%

3.1.7 Závislost sklonu k orální kontrole na pohlaví

Testujeme nulovou hypotézu, že sklon k orální kontrole není závislý na pohlaví. *Nízký sklon* (počet bodů 0 - 1) k orální kontrole mělo 428 (39,4 %) dívek a 274 (25,2 %) chlapců. *Střední sklon* (počet bodů 2 - 3) mělo 114 (10,5 %) dívek a 85 (7,8 %) chlapců a *vysoký sklon* (počet bodů 4 a více) mělo 113 (10,4 %) dívek a 72 (6,6 %) chlapců – tab. č. 14. Nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout ani na hladině významnosti 0,05, tzn. že sklon k orální kontrole není závislý na pohlaví.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	0,933(a)	2	0,627

Tab. č. 14 Pohlaví * sklon k orální kontrole

			sklon k orální kontrole			Celkem
			nízký	střední	vysoký	
pohlaví	dívky	Četnost	428	114	113	655
		Celková procenta	39,4%	10,5%	10,4%	60,3%
	chlapci	Četnost	274	85	72	431
		Celková procenta	25,2%	7,8%	6,6%	39,7%
Celkem		Četnost	702	199	185	1 086
		Celková procenta	64,6%	18,3%	17,0%	100,0%

3.1.8 Závislost postoje ke kouření spolužáků na pohlaví

Testujeme nulovou hypotézu, že kouření spolužáků není závislé na pohlaví. 459 (42,3 %) dívek a 278 (25,6 %) chlapců kouření svých spolužáků neodsuzovalo, 51 (4,7 %) dívek a 43 (4,0 %) chlapců se nevyjádřilo nebo nechtělo vyjádřit a 145 (13,4 %) dívek a 110 (10,1 %) chlapců kouření svých spolužáků odsuzovalo – tab. č. 15. Nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout ani na hladině významnosti 0,05, tzn., že kouření spolužáků není závislé na pohlaví.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,900	2	0,142

Tab. č. 15 Pohlaví * kouření spolužáků

			kouření spolužáků			Celkem
			bez názoru	neodsuzují	odsuzují	
pohlaví	dívky	Četnost	51	459	145	655
		Celková procenta	4,7%	42,3%	13,4%	60,3%
	chlapci	Četnost	43	278	110	431
		Celková procenta	4,0%	25,6%	10,1%	39,7%
Celkem		Četnost	94	737	255	1 086
		Celková procenta	8,7%	67,9%	23,5%	100,0%

3.1.9 Závislost vlastního kouření respondentů na pohlaví

Testujeme nulovou hypotézu, že vlastní kouření respondentů není závislé na pohlaví. 297 (27,3 %) dívek a 176 (16,2 %) chlapců ze sledovaného souboru nikdy nekouřilo. S kouřením pouze experimentovalo 116 (10,7 %) dívek a 90 (8,3 %) chlapců. Příležitostnými kuřáky bylo 66 (6,1 %) dívek a 35 (3,2 %) chlapců a silnými kuřáky bylo 176 (16,2 %) dívek a 130 (12,0 %) chlapců – tab. č. 16. Nulovou hypotézu proto nemůžeme zamítnout – kouření cigaret není závislé na pohlaví.

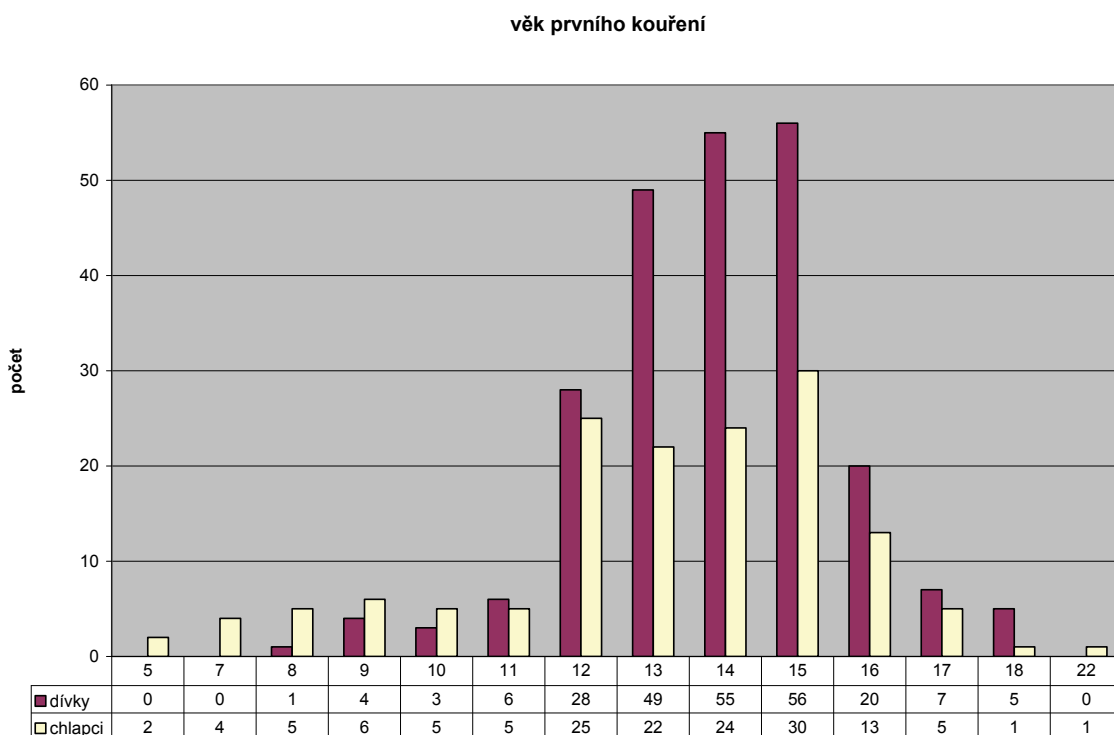
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,661	3	0,198

Tab. č. 16 Pohlaví * vlastní kouření

			vlastní kouření				Celkem
			nekuřák	experimentátor	příležitostný kuřák	kuřák	
pohlaví	dívky	Četnost	297	116	66	176	655
		Celková procenta	27,3%	10,7%	6,1%	16,2%	60,3%
	chlapci	Četnost	176	90	35	130	431
		Celková procenta	16,2%	8,3%	3,2%	12,0%	39,7%
Celkem		Četnost	473	206	101	306	1 086
		Celková procenta	43,6%	19,0%	9,3%	28,2%	100,0%

3.1.10 Věk začátku kouření

Z grafu 3 je patrné, že první cigaretu si zapálili 2 chlapci již v pěti letech, kdežto dívky (1 z celého souboru) začaly kouřit až o tři roky později, tedy v osmi letech. Největší nárůst prvních zkušeností s kouřením byl v rozmezí 12 – 15 let věku respondentů, a to zvláště u dívek. Potom nastává u obou pohlaví výrazný pokles. Na tuto otázku však odpovědělo pouze 234 (35,7 %) dívek z celkových 655 a 153 (35,5 %) chlapců z celkových 431.



Graf 3 Pohlaví * věk prvního kouření

3.1.11 Závislost postojů k požívání alkoholických nápojů u spolužáků na pohlaví

Testujeme nulovou hypotézu, že postoje k požívání alkoholických nápojů u spolužáků nejsou závislé na pohlaví. 76 (7,0 %) dívek a 42 (3,9 %) chlapců z celého souboru nemělo (nebo nevyjádřilo) svůj názor na požívání alkoholických nápojů u spolužáků. 547 (50,4 %) dívek a 374 (34,4 %) chlapců požívání alkoholických nápojů u spolužáků neodsuzovalo a 32 (2,9 %) dívek a 15 (1,4 %) chlapců požívání

alkoholických nápojů odsuzovalo – tab. č. 17. Nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout ani na hladině významnosti 0,05.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,339(a)	2	0,311

Tab. č. 17 Pohlaví * alkohol u spolužáků

			alkohol u spolužáků			Celkem
			bez názoru	neodsuzují	odsuzují	
pohlaví	dívký	Četnost	76	547	32	655
		Celková procenta	7,0%	50,4%	2,9%	60,3%
	chlapci	Četnost	42	374	15	431
		Celková procenta	3,9%	34,4%	1,4%	39,7%
Celkem		Četnost	118	921	47	1 086
		Celková procenta	10,9%	84,8%	4,3%	100,0%

3.1.12 Závislost vlastního požívání alkoholických nápojů na pohlaví respondentů

Testujeme nulovou hypotézu, že vlastní požívání alkoholických nápojů není závislé na pohlaví. 33 (3,0 %) dívek a 12 (1,1 %) chlapců z celého souboru byli abstinenti. 230 (21,2 %) dívek a 82 (7,6 %) chlapců s alkoholem pouze experimentovalo, 383 (35,3 % dívek a 281 (25,9 %) chlapců již byli příležitostnými konzumenty a 9 (0,8 %) dívek a 56 (5,2 %) chlapců byli pravidelnými konzumenty alkoholických nápojů – tab. č. 18. Nulovou hypotézu musíme zamítnout na hladině významnosti 0,01 a můžeme přijmout hypotézu alternativní – vlastní požívání alkoholických nápojů je závislé na pohlaví. Mnohem více dívek se považovalo za abstinenty, také jich více s alkoholem pouze experimentovalo nebo bylo příležitostnými konzumenty. Počet pravidelných konzumentů – chlapců byl alarmující.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	87,164	3	0,000

Tab. č. 18 Pohlaví * vlastní požívání alkoholu

			vlastní požívání alkoholu				Celkem
			abstinent	experimentátor	příležitostný konzument	pravidelný konzument	
pohlaví	dívky	Četnost	33	230	383	9	655
		Celková procenta	3,0%	21,2%	35,3%	0,8%	60,3%
	chlapci	Četnost	12	82	281	56	431
		Celková procenta	1,1%	7,6%	25,9%	5,2%	39,7%
Celkem		Četnost	45	312	664	65	1 086
		Celková procenta	4,1%	28,7%	61,1%	6,0%	100,0%

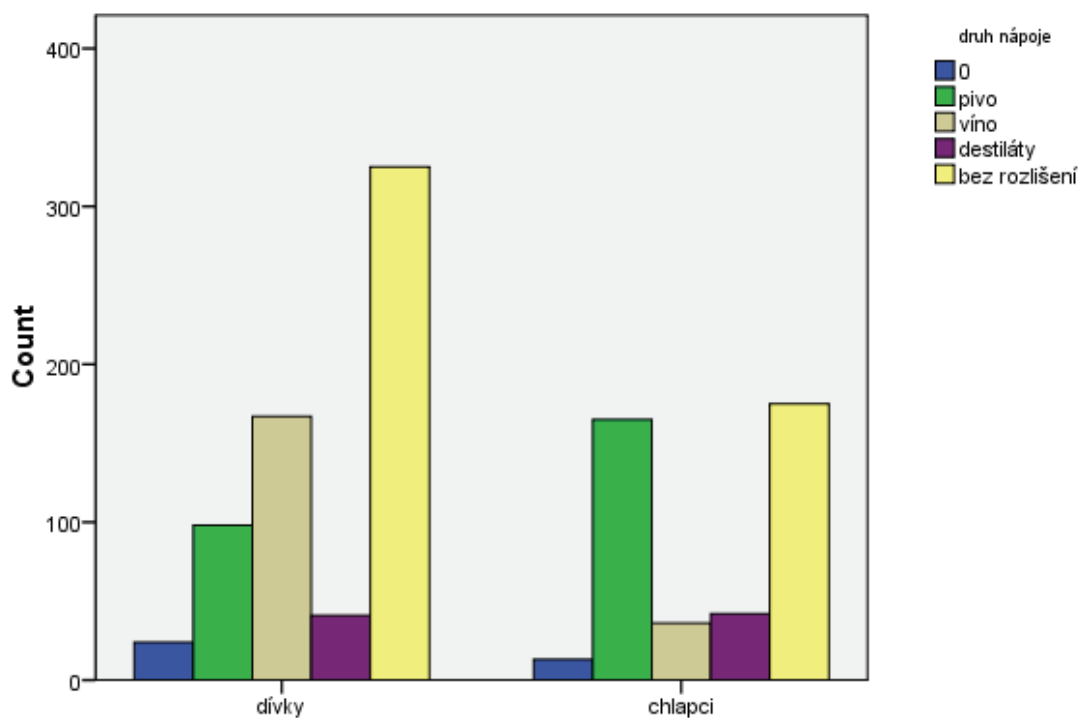
3.1.13 Závislost preference druhu alkoholického nápoje na pohlaví

Testujeme nulovou hypotézu, že preference alkoholických nápojů není závislá na pohlaví. 24 (2,2 %) dívek a 13 (1,2 %) chlapců se k preferencím alkoholických nápojů nevyjádřilo. 98 (9,0 %) dívek 165 (15,2 %) chlapců dávalo přednost pivu, 167 (15,4 %) dívek a 36 (3,3 %) chlapců preferovalo víno, 41 (3,8 %) dívek a 42 (3,9 %) chlapců dávalo přednost destilátům a 325 (29,9 %) dívek a 175 (16,1 %) chlapců konzumovalo alkoholické nápoje bez rozlišení – tab. č. 19 a graf 4. Nulovou hypotézu musíme zamítnout na hladině významnosti 0,01 a přijímáme hypotézu alternativní – preference alkoholických nápojů je závislá na pohlaví. Dívky dávaly přednost vínu, i když více alkoholické nápoje míchaly. Chlapci dávali přednost pivu. V tvrdých destilátech byla obě pohlaví zastoupena přibližně stejně.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	108,292	4	0,000

Tab. č. 19 Pohlaví * druh nápoje

			druh nápoje					Celkem
			bez názoru	pivo	víno	destiláty	bez rozlišení	
sex	dívky	Četnost	24	98	167	41	325	655
		Celková procenta	2,2%	9,0%	15,4%	3,8%	29,9%	60,3%
	chlapci	Četnost	13	165	36	42	175	431
		Celková procenta	1,2%	15,2%	3,3%	3,9%	16,1%	39,7%
Celkem		Četnost	37	263	203	83	500	1 086
		Celková procenta	3,4%	24,2%	18,7%	7,6%	46,0%	100,0%



Graf 4 Pohlaví * druh nápoje

Závěr k hypotéze H₁:

Závislost na pohlaví byla prokázána (na hladině významnosti 0,01) v kategoriích BMI, postoj k vlastnímu tělu, sebeúcta/sebehodnocení, sklon k dietám,

sklon k bulimii, vlastní požívání alkoholických nápojů a preference alkoholických nápojů. V celkovém skóre jídelních postojů byla závislost na pohlaví prokázána pouze na hladině významnosti 0,05.

Nezávislost nemůžeme zamítnout v kategoriích sklon k orální kontrole, postoj ke kouření spolužáků, vlastní kouření a postoj k požívání alkoholických nápojů u spolužáků.

3.2 Testování hypotézy H₂

Mezi respondenty různých typů škol existují rozdíly v BMI, v postojích k vlastnímu tělu, v sebeúctě/sebehodnocení, v jídelních postojích (v celkovém skóre, ve sklonech k dietám, k bulimii a orální kontrole), v postojích ke kouření cigaret spolužáků a vlastnímu kouření a v postojích ke konzumaci alkoholu spolužáků, vlastní konzumaci a preferenci alkoholických nápojů.

3.2.1 Závislost BMI na typu škol

Testujeme nulovou hypotézu, že kategorie BMI a typ školy jsou nezávislé. Z výsledků uvedených v tab. č. 20 je zřejmé, že na středních školách s výučním listem mělo 54 (5,0 %) respondentů BMI *pod normou* (< 19), 36 (3,3 %) respondentů *nad normou* (> 25) a 232 (21,4 %) respondentů mělo BMI *v normě*. Na středních školách s výučním listem mělo BMI *pod normou* 58 (5,3 %) respondentů, *nad normou* 44 (4,1 %) respondentů a *v normě* 331 (30,5 %) respondentů. Na gymnáziích mělo BMI *pod normou* 71 (6,5 %) respondentů, *nad normou* 25 (2,3 %) respondentů a *v normě* 235 (21,6 %) respondentů. Nulovou hypotézu tedy zamítáme pouze na hladině významnosti 0,05, na hladině významnosti 0,01 ji zamítnout nemůžeme. Nejvíce respondentů s BMI pod normou bylo na gymnáziích, nejvíce respondentů s BMI nad normou bylo na středních školách s maturitou.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,513	4	0,033

Tab. č. 20 Škola * kategorie BMI

			kategorie BMI			Celkem
			nad normou	v normě	pod normou	
škola	SS s výučním listem	Četnost	36	232	54	322
		Celková procenta	3,3%	21,4%	5,0%	29,7%
	SS s maturitou	Četnost	44	331	58	433
		Celková procenta	4,1%	30,5%	5,3%	39,9%
	Gymnázium	Četnost	25	235	71	331
		Celková procenta	2,3%	21,6%	6,5%	30,5%
Celkem		Četnost	105	798	183	1 086
		Celková procenta	9,7%	73,5%	16,9%	100,0%

3.2.2 Závislost postoje k vlastnímu tělu na typu škol

Testujeme nulovou hypotézu, že postoje k vlastnímu tělu nejsou závislé na typu škol. Na středních školách s výučním listem bylo 170 (15,7 %) respondentů *naprosto spokojeno* se svým tělem, 140 (12,9 %) respondentů bylo pouze *spokojeno* a 12 (1,1 %) respondentů bylo *nespokojeno*. Na středních školách s maturitou bylo *naprosto spokojeno* 231 (21,3 %) respondentů, *spokojeno* 193 (17,8 %) respondentů a *nespokojeno* 9 (0,8 %) respondentů. Na gymnáziích bylo *naprosto spokojeno* se svým tělem 188 (17,3 %) respondentů, *spokojeno* 134 (12,3 %) respondentů a *nespokojeno* 9 (0,8 %) respondentů – tab. č. 21. Mezi respondenty jednotlivých typů škol nebyl v postojích k vlastnímu tělu nalezen statisticky významný rozdíl. Nulovou hypotézu proto nemůžeme zamítnout.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,160	4	0,531

Tab. č. 21 Škola * postoj k vlastnímu tělu

			postoj k vlastnímu tělu			Celkem
			naprostá spokojenost	spokojenost	nespokojenost	
škola	SS s výučním listem	Četnost Celková procenta	170 15,7%	140 12,9%	12 1,1%	322 29,7%
	SS s maturitou	Četnost Celková procenta	231 21,3%	193 17,8%	9 0,8%	433 39,9%
	Gymnázium	Četnost Celková procenta	188 17,3%	134 12,3%	9 0,8%	331 30,5%
Celkem		Četnost	589	467	30	1 086
		Celková procenta	54,2%	43,0%	2,8%	100,0%

3.2.3 Závislost sebeúcty/sebehodnocení respondentů na typu škol

Testujeme nulovou hypotézu, že výška sebeúcty/sebehodnocení respondentů není závislá na typu škol. Z údajů v tab. č. 22 je patrné, že na středních školách s výučním listem bylo 61 (5,6 %) respondentů s *nízkým* stupněm sebeúcty/sebehodnocení, 159 (14,6 %) respondentů se *středním* stupněm sebeúcty/sebehodnocení a 102 (9,4 %) respondentů s *vysokou* sebeúctou/sebehodnocením. Na středních školách s maturitou bylo 69 (6,4 %) respondentů s *nízkou* sebeúctou, 204 (18,8 %) respondentů se *střední* sebeúctou a 160 (14,7 %) respondentů s *vysokým* stupněm sebeúcty/sebehodnocení. Na gymnáziích bylo 33 (3,0 %) respondentů s *nízkým* stupněm sebeúcty, 135 (12,4 %) respondentů se *středním* stupněm a 163 (15,0 %) respondentů s *vysokým* stupněm sebeúcty/sebehodnocení. Signifikance je menší než zvolená hladina významnosti 0,01, proto musíme nulovou hypotézu zamítnout a přijmout hypotézu alternativní – výška sebeúcty respondentů je závislá na typu škol. Nejvíce respondentů s *nejnižší* sebeúctou bylo na středních školách s maturitou, nejméně na gymnáziích. Nejvíce respondentů s *nejvyšším* stupněm sebeúcty bylo na gymnáziích a nejméně na středních školách s výučním listem.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,795(a)	4	0,000

Tab. č. 22 Škola * test sebeúcty

			test sebeúcty			
			nízká	střední	vysoká	Celkem
škola	SS s výučním listem	Četnost	61	159	102	322
		Celková procenta	5,6%	14,6%	9,4%	29,7%
	SS s maturitou	Četnost	69	204	160	433
		Celková procenta	6,4%	18,8%	14,7%	39,9%
	Gymnázium	Četnost	33	135	163	331
		Celková procenta	3,0%	12,4%	15,0%	30,5%
Celkem		Četnost	163	498	425	1 086
		Celková procenta	15,0%	45,9%	39,1%	100,0%

3.2.4 Závislost jídelních postojů (celkového skóre) na typu škol

Testujeme nulovou hypotézu, že kategorie jídelních postojů není závislá na typu škol. Na středních školách s výučním listem mělo narušené jídelní postoje (celkové skóre jídelních postojů nad hodnotou 20) celkem 13 (1,2 %) respondentů. Na středních školách s maturitou to bylo 18 (1,7 %) respondentů a na gymnáziích celkem 14 (1,3 %) respondentů – tab. č. 23. Výsledky nejsou statisticky významné, nulovou hypotézu proto nemůžeme zamítnout.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	0,016	2	0,992

Tab. č. 23 Škola * skóre jídelních postojů

			skóre jídelních postojů		Celkem
			nad 20	pod 20	
škola	SS s výučním listem	Četnost	13	309	322
		Celková procenta	1,2%	28,5%	29,7%
	SS s maturitou	Četnost	18	415	433
		Celková procenta	1,7%	38,2%	39,9%
	Gymnázium	Četnost	14	317	331
		Celková procenta	1,3%	29,2%	30,5%
Celkem		Četnost	45	1 041	1 086
		Celková procenta	4,1%	95,9%	100,0%

3.2.5 Závislost sklonu k dietám na typu škol

Testujeme nulovou hypotézu, že sklon respondentů k dietám není závislý na typu škol. Na středních školách s výučním listem bylo 135 (12,4 %) respondentů s *mírným* sklonem k dietám, 84 (7,7 %) respondentů s *větším* sklonem a 103 (9,5 %) respondentů s *vysokým* sklonem k dietám. Na středních školách s maturitou bylo 180 (16,6 %) respondentů s *mírným* sklonem k dietám, 131 (12,2 %) respondentů s *větším* sklonem a 122 (11,2 %) respondentů s *vysokým* sklonem k dietám. Na gymnáziích bylo 170 (15,7 %) respondentů s *mírným*, 102 (9,4 %) se *středním* a 59 (5,4 %) respondentů s *vysokým* sklonem k dietám – tab. č. 24. Signifikance je menší než zvolená hladina významnosti 0,01, proto musíme nulovou hypotézu zamítnout a přijmout hypotézu alternativní – sklon respondentů k dietám je závislý na typu škol. Největší sklon k dietám měli respondenti na středních školách s maturitou, na druhém místě byli respondenti středních škol s výučním listem a dietami se zabývali nejméně respondenti z gymnázií.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,969(a)	4	0,001

Tab. č. 24 Škola * sklon k dietám

			sklon k dietám			Celkem
			mírný	větší	vysoký	
škola	SS s výučním listem	Četnost	135	84	103	322
		Celková procenta	12,4%	7,7%	9,5%	29,7%
	SS s maturitou	Četnost	180	131	122	433
Celková procenta		16,6%	12,1%	11,2%	39,9%	
Gymnázium	Četnost	170	102	59	331	
	Celková procenta	15,7%	9,4%	5,4%	30,5%	
Celkem		Četnost	485	317	284	1 086
		Celková procenta	44,7%	29,2%	26,2%	100,0%

3.2.6 Závislost sklonu k bulimii na typu škol

Testujeme nulovou hypotézu, že sklon k bulimii není závislý na typu škol. Na středních školách s výučním listem mělo 130 (12,0 %) respondentů *malé riziko* sklonu k bulimii (záchvatovitému přejídání), 127 (11,7 %) *střední riziko* a 65 (6,0 %) respondentů *vysoké riziko* bulimie. Na středních školách s maturitou mělo 208 (19,2 %) respondentů *malé riziko*, 162 (14,8 %) respondentů *střední riziko* a 63 (5,8 %) respondentů mělo *vysoké riziko* záchvatovitého přejídání. Na gymnáziích mělo *vysoké riziko* sklonu k přejídání 58 (5,3 %) respondentů, *střední riziko* 107 (9,9 %) respondentů a *malé riziko* bulimie mělo 166 (15,3 %) respondentů – tab. č. 25. Signifikance je vyšší než zvolená hladina významnosti 0,01, proto nemůžeme nulovou hypotézu na této hladině významnosti zamítnout. Na hladině významnosti 0,05 ji však zamítnout můžeme a přijímáme hypotézu alternativní. Vysoké sklony k bulimii měli především respondenti ze středních škol s výučním listem, na druhém místě byli respondenti středních škol s maturitou a na třetím místě respondenti z gymnázií.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,687(a)	4	0,046

Tab. č. 25 Škola * sklon k bulimii

			sklon k bulimii			Celkem
			malé riziko	střední riziko	vysoké riziko	
škola	SS s výučním listem	Četnost	130	127	65	322
		Celková procenta	12,0%	11,7%	6,0%	29,7%
	SS s maturitou	Četnost	208	162	63	433
		Celková procenta	19,2%	14,9%	5,8%	39,9%
	Gymnázium	Četnost	166	107	58	331
		Celková procenta	15,3%	9,9%	5,3%	30,5%
Celkem		Četnost	504	396	186	1 086
		Celková procenta	46,4%	36,5%	17,1%	100,0%

3.2.7 Závislost sklonu k orální kontrole na typu škol

Testujeme nulovou hypotézu, že sklon k orální kontrole není závislý na typu škol. Na středních školách s výučním listem mělo 40 (3,7 %) respondentů *střední* sklon k orální kontrole a 61 (5,6 %) respondentů *vysoký* sklon. Na středních školách s maturitou mělo *střední* sklon k orální kontrole 95 (8,7 %) respondentů a *vysoký* sklon 63 (5,8 %) respondentů. Na gymnáziích bylo 64 (5,9 %) respondentů se *středním* sklonem a 61 (5,6 %) respondentů s *vysokým* sklonem k orální kontrole – tab. č. 26. Signifikance je stejná jako zvolená hladina významnosti 0,01, proto můžeme nulovou hypotézu zamítnout a přijmout hypotézu alternativní – sklon k orální kontrole je závislý na typu škol. Z výsledků v tabulce četností č. 26 můžeme snadno zjistit, že sklony k orální kontrole byly nejfrekventovanější na středních školách s maturitou. Respondenti z gymnázií a středních škol s výučním listem vykazovali nižší četnost ve všech třech třídách.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,207(a)	4	0,010

Tab. č. 26 Škola * sklon k orální kontrole

			sklon k orální kontrole			Celkem
			nízký	střední	vysoký	
škola	SS s výučním listem	Četnost	221	40	61	322
		Celková procenta	20,3%	3,7%	5,6%	29,7%
	SS s maturitou	Četnost	275	95	63	433
		Celková procenta	25,3%	8,7%	5,8%	39,9%
	Gymnázium	Četnost	206	64	61	331
		Celková procenta	19,0%	5,9%	5,6%	30,5%
Celkem		Četnost	702	199	185	1 086
		Celková procenta	64,6%	18,3%	17,0%	100,0%

3.2.8 Závislost postoje ke kouření spolužáků na typu škol

Testujeme nulovou hypotézu, že postoj ke kouření spolužáků není závislý na typu škol. Na středních školách s výučním listem kouření svých spolužáků neodsuzovalo 235 (21,6 %) respondentů a odsuzovalo 53 (4,9 %) respondentů. Na středních školách s maturitou kouření svých spolužáků neodsuzovalo 324 (29,8 %) respondentů a odsuzovalo 73 (6,7 %) respondentů. Na gymnáziích kouření neodsuzovalo 178 (16,4 %) respondentů a odsuzovalo 129 (11,9 %) respondentů – tab. č. 27. Nulovou hypotézu tedy nepřijímáme ani na hladině významnosti 0,01. Platí hypotéza alternativní – postoj respondentů ke kouření spolužáků je závislý na typu škol. Nejtolerantnější ke kouření svých spolužáků byli respondenti středních škol s maturitou, nejméně tolerantní byli respondenti z gymnázií.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	64,855	4	0,000

Tab. č. 27 Škola * kouření spolužáků

			kouření spolužáků			Celkem
			bez názoru	neodsuzují	odsuzují	
škola	SS s výučním listem	Četnost Celková procenta	34 3,1%	235 21,6%	53 4,9%	322 29,7%
	SS s maturitou	Četnost Celková procenta	36 3,3%	324 29,8%	73 6,7%	433 39,9%
	Gymnázium	Četnost Celková procenta	24 2,2%	178 16,4%	129 11,9%	331 30,5%
Celkem		Četnost Celková procenta	94 8,7%	737 67,9%	255 23,5%	1 086 100,0%

3.2.9 Závislost vlastního kouření respondentů na typu škol

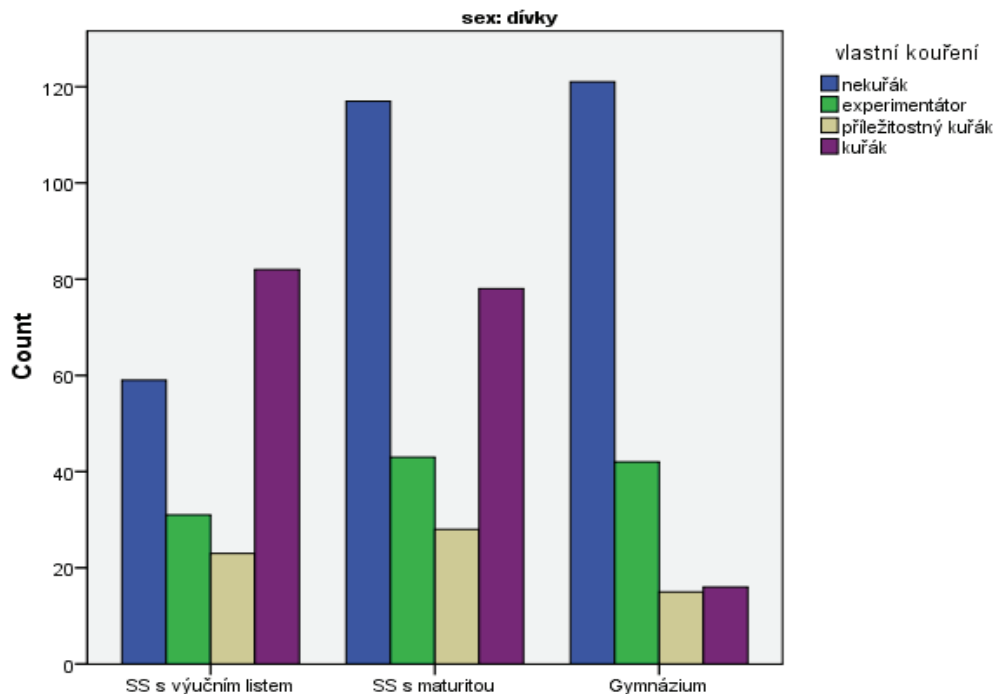
Testujeme nulovou hypotézu, že vlastní kouření respondentů není závislé na typu škol. Na středních školách s výučním listem bylo 132 (12,2 %) pravidelných kuřáků, 34 (3,1 %) příležitostných kuřáků, 55 (5,1 %) experimentátorů a 101 (9,3 %) nekuřáků. Na středních školách s maturitou bylo 145 (13,4 %) pravidelných kuřáků, 39 (3,6 %) příležitostných kuřáků, 75 (6,9 %) respondentů s kouřením pouze experimentovalo a 174 (16,0 %) nekouřilo vůbec. Na gymnáziích bylo jenom 29 (2,7 %) pravidelných kuřáků, 28 (2,6 %) příležitostných kuřáků, 76 (7,0 %) experimentátorů a 198 (18,2 %) nekuřáků – tab. č. 28. Signifikance je nižší než zvolená hladina významnosti 0,01, proto nulovou hypotézu můžeme zamítnout a přijmout hypotézu alternativní – vlastní kouření respondentů je závislé na typu škol. Nejméně kuřáků pravidelných i příležitostných bylo na gymnáziích, nejvíce jich bylo na středních školách s maturitou.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	104,450	6	0,000

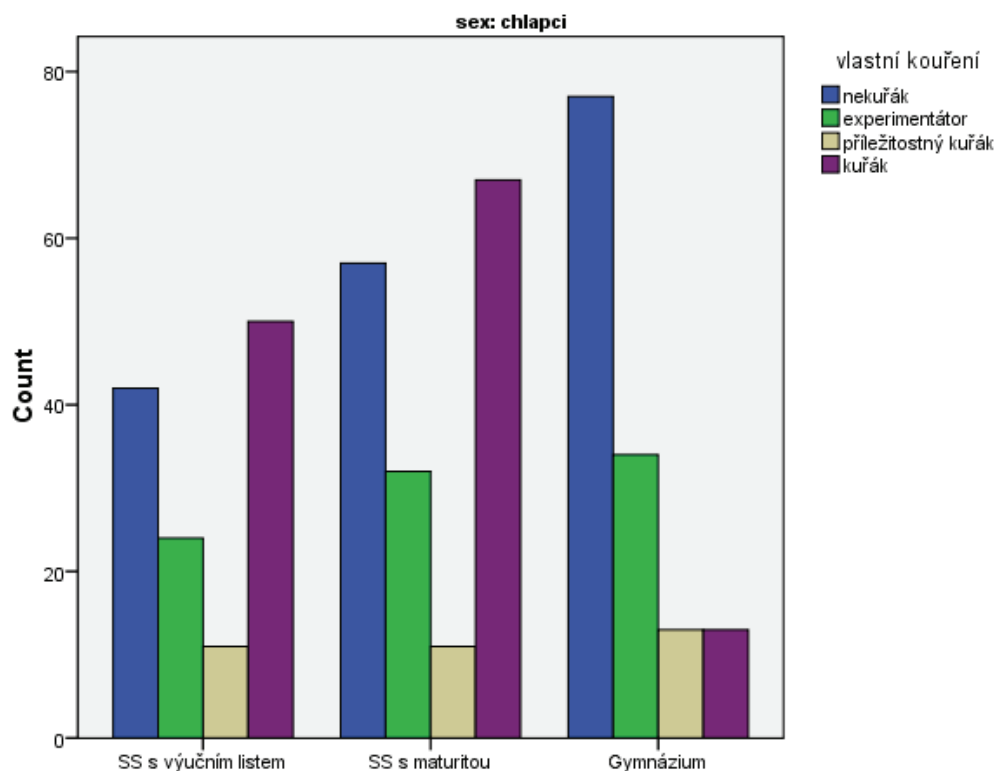
Tab. č. 28 Škola * vlastní kouření

			vlastní kouření				Celkem
			nekuřák	experimentátor	příležitostný kuřák	kuřák	
škola	SS s výučním listem	Četnost Celková procenta	101 9,3%	55 5,1%	34 3,1%	132 12,2%	322 29,7%
	SS s maturitou	Četnost Celková procenta	174 16,0%	75 6,9%	39 3,6%	145 13,4%	433 39,9%
	Gymnázium	Četnost Celková procenta	198 18,2%	76 7,0%	28 2,6%	29 2,7%	331 30,5%
Celkem		Četnost Celková procenta	473 43,6%	206 19,0%	101 9,3%	306 28,2%	1 086 100%

V následujících dvou grafech jsou ještě znázorněny rozdíly ve vlastním kouření podle pohlaví i podle typu škol. Počet nekuřaček (dívek) převládá na středních školách s maturitou a na gymnáziích – graf 5. Počet nekuřáků (chlapců) převládá pouze na gymnáziích – graf 6.



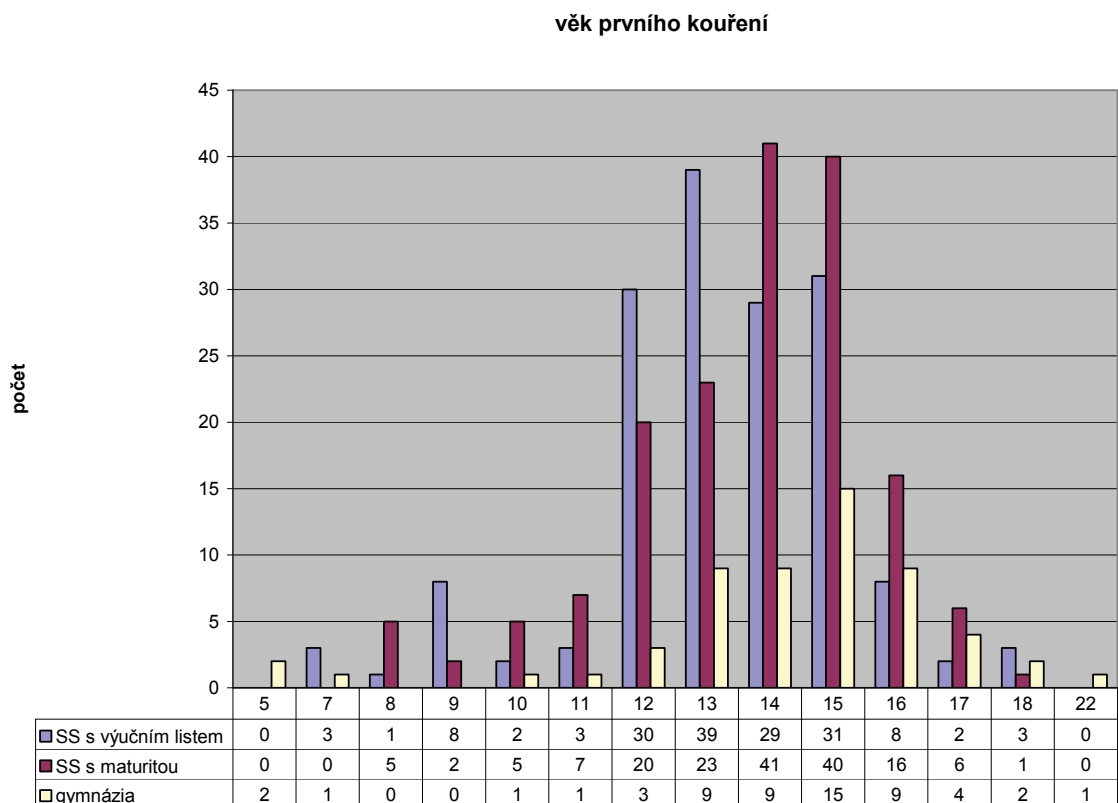
Graf 5 Škola * dívky * vlastní kouření



Graf 6 Škola * chlapci * vlastní kouření

3.2.10 Začátek kouření podle typu škol

Z grafu č. 7 je patrné, že nejdříve (v 5 letech) začali kouřit dva respondenti z gymnázií, poté se přidali (v 7 letech) 3 respondenti středních škol s výučním listem. Respondenti ze středních škol s maturitou si svoji první cigaretu zapálili „až“ v 8 letech věku. Nejvíce prvních cigaret si zapálili respondenti středních škol s výučním listem ve 13 letech, respondenti středních škol s maturitou ve 14 – 15 letech a respondenti z gymnázií v 15 letech. Potom již počet prvních zkušeností s cigaretou rapidně klesl.



Graf 7 Škola * věk prvního kouření

3.2.11 Závislost postoje k požívání alkoholických nápojů u spolužáků na typu škol

Testujeme nulovou hypotézu, že postoje respondentů k požívání alkoholických nápojů u spolužáků nejsou závislé na typu škol. 262 (24,1 %) respondentů středních škol s výučním listem požívání alkoholických nápojů u spolužáků neodsuzovalo, 13 (1,2 %) respondentů odsuzovalo a 47 (4,3 %) respondentů se nevyjádřilo. Na středních školách s maturitou požívání alkoholických nápojů neodsuzovalo 375 (34,5 %) respondentů, odsuzovalo 20 (1,8 %) respondentů a k problematice se nevyjádřilo 38 (3,5 %) respondentů. Na gymnáziích požívání alkoholických nápojů u spolužáků neodsuzovalo 284 (26,2 %) respondentů, odsuzovalo 14 (1,3 %) respondentů a nevyjádřilo se nebo nemělo vlastní názor 33 (3,0 %) respondentů – tab. č. 29. Signifikance je vyšší než zvolená hladina významnosti 0,01, proto nulovou hypotézu

nemůžeme zamítnout. Všichni respondenti byli velice tolerantní k požívání alkoholických nápojů, nejvíce pak na středních školách s maturitou. Na těchto školách však také respondenti požívání alkoholu nejvíce odsuzovali, i když v poměrně malé relativní četnosti.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,917(a)	4	0,140

Tab. č. 29 Škola * alkohol u spolužáků

			alkohol u spolužáků			Celkem
			bez názoru	neodsuzují	odsuzují	
škola	SS s výučním listem	Četnost	47	262	13	322
		Celková procenta	4,3%	24,1%	1,2%	29,7%
	SS s maturitou	Četnost	38	375	20	433
		Celková procenta	3,5%	34,5%	1,8%	39,9%
	Gymnázium	Četnost	33	284	14	331
		Celková procenta	3,0%	26,2%	1,3%	30,5%
Celkem		Četnost	118	921	47	1 086
		Celková procenta	10,9%	84,8%	4,3%	100,0%

3.2.12 Závislost vlastního požívání alkoholických nápojů na typu škol

Testujeme nulovou hypotézu, že vlastní požívání alkoholických nápojů není závislé na typu škol. Z výsledků v tabulce č. 30 je patrné, že na středních školách s výučním listem bylo 24 (2,2 %) pravidelných konzumentů alkoholu a 203 (18,7 %) příležitostných konzumentů. 82 (7,6 %) respondentů s alkoholickými nápoji experimentovalo a 13 (1,2 %) respondentů abstinovalo. Na středních školách s maturitou bylo pravidelnými konzumenty 18 (1,7 %) respondentů, příležitostnými konzumenty 265 (24,4 %) respondentů, 133 (12,2 %) experimentátorů a 17 (1,6 %) abstinentů. Na gymnáziích bylo 23 (2,1 %) pravidelných konzumentů alkoholických nápojů, 196 (18,0 %) příležitostných konzumentů, 97 (8,9 %) experimentátorů a 15

(1,4 %) abstinentů – tab. č. 30. Signifikance je vyšší než zvolená hladina významnosti 0,01, proto nemůžeme nulovou hypotézu zamítnout. Nejvíce pravidelných konzumentů alkoholických nápojů bylo na středních školách s výučním listem, ale respondenti z ostatních typů škol za nimi nijak významně nezaostávali. Nejvíce abstinentů bylo na středních školách s maturitou, ale relativní počet těchto respondentů rovněž nebyl velký.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,488(a)	6	0,371

Tab. č. 30 Škola * vlastní požívání alkoholu

			vlastní požívání alkoholu				Celkem
			abstinent	experimentátor	příležitostný konzument	pravidelný konzument	
škola	SS s výučním listem	Četnost Celková procenta	13 1,2%	82 7,6%	203 18,7%	24 2,2%	322 29,7%
	SS s maturitou	Četnost Celková procenta	17 1,6%	133 12,2%	265 24,4%	18 1,7%	433 39,9%
	Gymnázium	Četnost Celková procenta	15 1,4%	97 8,9%	196 18,0%	23 2,1%	331 30,5%
Celkem		Četnost Celková procenta	45 4,1%	312 28,7%	664 61,1%	65 6,0%	1 086 100,0%

3.2.13 Závislost preference alkoholických nápojů na typu škol

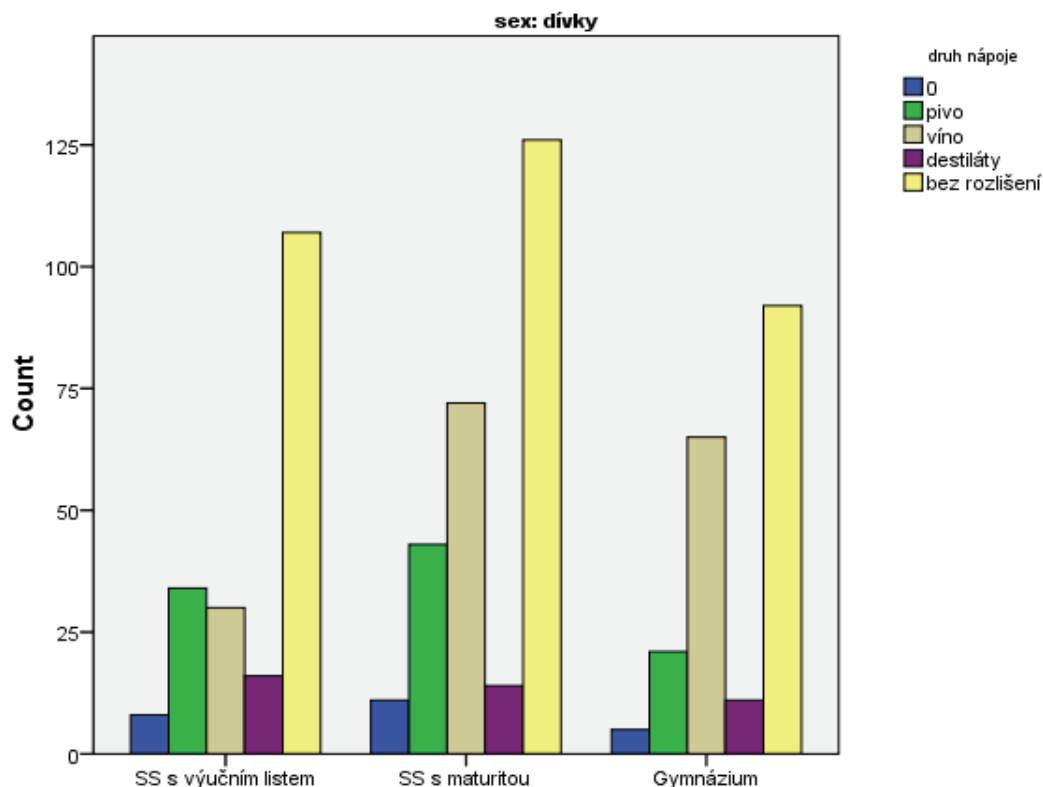
Testujeme nulovou hypotézu, že preference alkoholických nápojů není závislá na typu škol. Na středních školách s výučním listem 163 (15,0 %) konzumentů alkoholických nápojů mezi jednotlivými druhy nerozlišovalo, 35 (3,2 %) respondentů dávalo přednost destilátům, 34 (3,1 %) respondenti preferovali víno, 81 (7,5 %) pivo a 9 (0,8 %) respondentů se k preferencím nevyjádřilo. Na středních školách s výučním listem alkoholické nápoje nerozlišovalo 194 (17,9 %) respondentů, 27 (2,5 %) jich dávalo přednost destilátům, 86 (7,9 %) vínu, 110 (10,1 %) pivu a 16 (1,5 %) respondentů se nevyjádřilo. Na gymnáziích konzumovalo 143 (13,2 %) respondentů

alkoholické nápoje bez rozlišení, 21 (1,9 %) jich dávalo přednost destilátům, 83 (7,6 %) vínu, 72 (6,6 %) pivu a 12 (1,1 %) respondentů se nevyjádřilo – tab. č. 31 a graf 8. Signifikance je nižší než zvolená hladina významnosti 0,01, proto můžeme nulovou hypotézu zamítnout a přijmout hypotézu alternativní – preference alkoholických nápojů je závislá na typu škol. Studenti na středních školách s výučním listem i na středních školách s maturitou dávali spíše přednost pivu, kdežto na gymnáziích více preferovali víno. Na všech středních školách však respondenti v nejvyšším početném zastoupení konzumovali alkoholické nápoje bez rozlišení.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,061(a)	8	0,000

Tab. č. 31 Škola * druh nápoje

			druh nápoje					Celkem
			bez názoru	pivo	víno	destiláty	bez rozlišení	
škola	SS s výučním listem	Četnost Celková procenta	9 0,8%	81 7,5%	34 3,1%	35 3,2%	163 15,0%	322 29,7%
	SS s maturitou	Četnost Celková procenta	16 1,5%	110 10,1%	86 7,9%	27 2,5%	194 17,9%	433 39,9%
	Gymnázium	Četnost Celková procenta	12 1,1%	72 6,6%	83 7,6%	21 1,9%	143 13,2%	331 30,5%
Celkem		Četnost Celková procenta	37 3,4%	263 24,2%	203 18,7%	83 7,6%	500 46,0%	1 086 100%



Graf 8 Škola * druh nápoje

Závěr k hypotéze H₂:

Závislost na typu škol byla prokázána (na hladině významnosti 0,01) v kategoriích sebeúcta/sebehodnocení, sklon k dietám, sklon k orální kontrole, postoj ke kouření spolužáků, vlastní kouření a preference alkoholických nápojů. Ve sklonu k bulimii a BMI byla závislost prokázána pouze na hladině významnosti 0,05.

Nezávislost na typu škol nemůžeme zamítnout v kategoriích postoj k vlastnímu tělu, celkové skóre jídelních postojů, postoj k požívání alkoholických nápojů a vlastní požívání alkoholických nápojů.

3.3 Testování hypotézy H₃

Mezi stupněm sebeúcty/sebehodnocení a postoji dnešní mládeže k vlastnímu zdraví (postoj k vlastnímu tělu, postoje ke kouření, k požívání alkoholických nápojů) existuje vztah.

3.3.1 Závislost sebeúcty/sebehodnocení respondentů na postojích k vlastnímu tělu

Testujeme nulovou hypotézu, že stupeň sebeúcty nezávisí na postojích k vlastnímu tělu. Z výsledků uvedených v tabulce č. 32 je patrné, že 284 (26,2 %) respondentů, kteří byli *naprosto spokojeni* se svým tělem, mělo také *nejvyšší stupeň* sebeúcty/sebehodnocení (počet bodů 20 a vyšší). Z respondentů *nespokojených* se svým tělem tohoto *nejvyššího stupně* nedosáhl ani jeden. 16 (1,5 %) *nespokojených* respondentů dosáhlo pouze *středního stupně* sebeúcty. Nulovou hypotézu proto můžeme zamítnout na hladině významnosti 0,01 a přijmout hypotézu alternativní - stupeň sebeúcty a postoje k vlastnímu tělu na sobě závisí.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	80,235(a)	4	0,000

Tab. č. 32 Test sebeúcty * postoj k vlastnímu tělu

			postoj k vlastnímu tělu			Celkem
			naprostá spokojenost	spokojenost	nespokojenost	
test sebeúcty	nízká (0 – 14 bodů)	Četnost	53	96	14	163
		Celková procenta	4,9%	8,8 %	1,3%	15,0%
	střední (15 – 20 bodů)	Četnost	252	230	16	498
		Celková procenta	23,2%	21,2%	1,5%	45,9%
	vysoká (21+ bodů)	Četnost	284	141	0	425
		Celková procenta	26,2%	13,0%	0,0%	39,1%
Celkem		Četnost	589	467	30	1 086
		Celková procenta	54,2%	43,0%	2,8%	100,0%

3.3.2 Závislost sebeúcty/sebehodnocení respondentů na vlastním kouření

Testujeme nulovou hypotézu, že vlastní kouření respondentů není závislé na stupni sebeúcty/sebehodnocení. 185 (17,0 %) respondentů s vysokou sebeúctou bylo nekuřáky a 97 (8,9 %) respondentů s vysokou sebeúctou bylo pravidelnými kuřáky. 50 (4,6 %) respondentů s nízkou sebeúctou bylo kuřáky a 76 (7,0 %) respondentů s nízkou sebeúctou bylo nekuřáky. Největší početné zastoupení kuřáků (159) i nekuřáků (212) bylo u respondentů, kteří vykazovali střední stupeň sebeúcty – tab. č. 33. Na hladině významnosti 0,05 nemůžeme nulovou hypotézu, že vlastní kouření respondentů není závislé na stupni sebeúcty/sebehodnocení, přijmout.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,312(a)	6	0,012

Tab. č. 33 Test sebeúcty * vlastní kouření

			vlastní kouření				Celkem
			nekuřák	experimentátor	příležitostný kuřák	kuřák	
test sebeúcty	nízká	Četnost	76	25	12	50	163
		Celková procenta	7,0%	2,3%	1,1%	4,6%	15,0%
	střední	Četnost	212	81	46	159	498
		Celková procenta	19,5%	7,5%	4,2%	14,6%	45,9%
	vysoká	Četnost	185	100	43	97	425
		Celková procenta	17,0%	9,2%	4,0%	8,9%	39,1%
Celkem		Četnost	473	206	101	306	1 086
		Celková procenta	43,5%	19%	9,3%	28,1%	100,0%

3.3.3 Závislost sebeúcty/sebehodnocení respondentů na konzumaci alkoholických nápojů

Testujeme nulovou hypotézu, že vlastní požívání alkoholických nápojů není závislé na stupni sebeúcty/sebehodnocení. Nejvíce abstinentů - 22 (2,0 %), ale i nejvíce pravidelných konzumentů alkoholických nápojů – 40 (3,7 %) bylo v kategorii respondentů s vysokým stupněm sebeúcty. Nejvíce příležitostných konzumentů – 305

(28,1 %) i experimentátorů – 151 (13,9 %) bylo v kategorii *středního stupně* sebeúcty – tab. č. 34. I v tomto případě musíme nulovou hypotézu zamítnout a přijmout hypotézu alternativní – vlastní požívání alkoholických nápojů je závislé na stupni sebeúcty/sebehodnocení.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,310(a)	6	0,000

Tab. č. 34 Test sebeúcty * vlastní požívání alkoholu

			vlastní požívání alkoholu				Celkem
			abstinent	experimentátor	příležitostný konzument	pravidelný konzument	
test sebeúcty	nízká	Četnost Celková procenta	5 0,5%	58 5,3%	99 9,1%	1 0,1%	163 15,0%
	střední	Četnost Celková procenta	18 1,7%	151 13,9%	305 28,1%	24 2,2%	498 45,9%
	vysoká	Četnost Celková procenta	22 2,0%	103 9,5%	260 23,9%	40 3,7%	425 39,1%
Celkem		Četnost Celková procenta	45 4,1%	312 28,7%	664 61,1%	65 6,0%	1 086 100,0%

Závěr k hypotéze H₃:

Mezi stupněm sebeúcty/sebehodnocení a postoji dnešní mládeže k vlastnímu tělu a k požívání alkoholických nápojů existuje vztah na hladině významnosti 0,01. Mezi stupněm sebeúcty/sebehodnocení a postojem ke kouření existuje vztah na hladině významnosti 0,05.

4 Diskuse

Šetření přineslo v řadě případů předpokládané výsledky, které již byly známé z prací citovaných v teoretické části, některé však byly nové a dokonce i překvapující.

V kategorii BMI byla prokázána závislost na pohlaví (na hladině významnosti 0,01) i na typu škol (na hladině významnosti 0,05). BMI nad normou (> 25) mělo celkem 53 (4,9 %) dívek a 52 (4,8 %) chlapců, což je 9,7 % z celého souboru. V práci Krcha a Drábkové bylo popsáno 6 % respondentů s BMI nad normou. Z šetření tedy vyplynulo, že s postupem času (od roku 1996, kdy Krch a Drábková provedli svá výzkumná šetření) mládež trochu přibrala na hmotnosti. Nejvíce respondentů (bez rozlišení pohlaví) s BMI > 25 bylo v našem souboru na středních školách s maturitou (4,1 %) a nejvíce respondentů s BMI < 19 bylo na gymnáziích (6,5 %), což zaznamenali i Krch a Drábková (1999).

V postoji k vlastnímu tělu byla opět prokázána závislost na pohlaví. Závislost na typu škol však prokázána nebyla. Chlapců, kteří vykazovali naprostou spokojenost se svým tělem, bylo sice o trochu více než dívek (27,4 % versus 26,8 %), ale pouze 0,6 % chlapců bylo se svým tělem nespokojeno, narozdíl od 2,2 % nespokojených dívek. Podle typů škol bylo nejvíce nespokojených respondentů na středních školách s výučním listem (1,1 %) a naprosto spokojených respondentů bylo nejvíce na středních školách s maturitou (21,3 %). Rozdíly však nebyly statisticky významné. Porovnáme-li tento výsledek s prací tentokrát pouze Krcha (2000), který udává 34,3 % chlapců a 57,4 % dívek nespokojených se svým tělem (z celkového počtu 1 238 respondentů), vychází nám, že se v průběhu 8 let (od roku 2000 – 2008) nazírání adolescentů na vzhled vlastního těla podstatně zlepšilo. V práci Krcha (2000) však není popsána metoda, jakou postoj mládeže ke svému tělu zjišťoval. Valášková s Ježkem (2002) se také zabývali prožíváním a hodnocením tělesných změn v průběhu dospívání a zjistili, že chlapci v jejich dvou souborech (300 respondentů ve věku cca 13,3 let a 300 respondentů ve věku cca 17,3 let) byli spokojenější se vzhledem svého těla, který byl pro ně méně důležitý než pro dívky. Také agentura INRES-SONES (2008) zjistila, že mínění o vlastním těle ovlivňuje nejen pohlaví, ale i věk respondenta. Muži častěji než

ženy považují své tělo za spíše hubené, ženy zase za spíše tlusté. Mladší věkové skupiny (do 34 let) častěji považují své tělo za spíše hubené, starší věkové skupiny (55 let a více) zase za spíše tlusté.

K hodnocení sebeúcty/sebehodnocení dnešní mládeže byla použita Rosenbergova Self-Esteem Scale, stejně jako u Krcha a Drábkové (1999). Výsledky byly opačné. Zatímco v jejich souboru vykazovali vyšší stupeň sebeúcty/sebehodnocení chlapci, v našem souboru to byly dívky, a to v poměru 21,2 % (dívky) : 18,0 % (chlapci). Podle typu škol bylo nejvíce respondentů s nejvyšším stupněm sebeúcty/sebehodnocení na gymnáziích a nejméně jich bylo na středních školách s výučním listem. Nejvíce respondentů s nejnižším stupněm sebeúcty/sebehodnocení bylo na středních školách s maturitou. Šetřením byla prokázána závislost sebeúcty/sebehodnocení jak na pohlaví, tak na typu škol. V našem souboru však bylo provedeno pouze celkové zhodnocení Self-Esteem stupnicí, tzn. součet všech položek. Nerozlišovaly se dílčí položky, tedy zvlášť pozitivní a zvlášť negativní sebehodnocení, jak činili Krch a Drábková (1999).

K hodnocení jídelních postojů dnešní mládeže byl použit Eating Attitudes Test (EAT 26). Hodnotilo se nejprve celkové skóre, tzn. součet všech bodů. Hodnota 20 a vyšší měla upozornit na možnost narušených jídelních postojů (podle autorů testu). Závislost na pohlaví v tomto testu byla prokázána na hladině významnosti 0,05. Dívek s možnými narušenými jídelními postoji (s hodnotou 20 a vyšší) bylo 3,1 %, chlapců „pouze“ 1,0 %. Ve výzkumném šetření Krcha a Drábkové (1999) bylo zjištěno 11,4 % dívek a 1,4 % chlapců s hodnotou, která by mohla vypovídat o narušených jídelních postojích. Porovnáním výsledků obou šetření snadno zjistíme, že počet dívek se v průběhu let rapidně snížil, kdežto počet chlapců nepatrně vzrostl. Největší počet respondentů s možnými narušenými jídelními postoji byl v našem souboru na středních školách s maturitou, a to celkem 18 (1,7 %). Protože střední školy s maturitou byly vesměs zdravotnické (SZŠ), dá se usuzovat, že budoucí zdravotničtí asistenti mají zřejmě problémy se svými jídelními postoji, nebo se touto problematikou ve zvýšené míře zabývají. Na středních školách s výučním listem bylo 13 (1,2 %) respondentů

s možnými narušenými jídelními postoji a na gymnáziích jich bylo celkem 14 (1,3 %). Výsledek šetření nebyl statisticky významný a závislost na typu škol prokázána nebyla.

Druhým (dílčím) hodnocením testu EAT 26 se u respondentů zjišťoval **sklon k dietám**. Šetřením byla prokázána jeho závislost na pohlaví i na typu škol. Dívky ve sledovaném souboru měly mnohem vyšší sklon k dietám než chlapci (21,5 % vs. 4,6 %) a podle typu škol měli největší sklon k dietám respondenti na středních školách s maturitou. Na druhém místě byli respondenti ze středních škol s výučním listem a dietami se nejméně zabývali respondenti z gymnázií.

Třetí (dílčí) test EAT 26 hodnotil **sklon k záchvatovitému přejídání (bulimii)**. Mnohem méně chlapců než dívek ve sledovaném souboru mělo vysoké riziko bulimie (6,4 % vs. 10,7 %) a také středním rizikem trpělo více dívek než chlapců. Závislost sklonu k bulimii na pohlaví byla prokázána na hladině významnosti 0,01. Rozdíly mezi jednotlivými školami však byly statisticky významné až na hladině významnosti 0,05. Vysoké sklony k bulimii měli především respondenti ze středních škol s výučním listem, potom ze středních škol s maturitou a na posledním místě byli respondenti z gymnázií.

Čtvrtý (dílčí) test EAT 26 zjišťoval **vědomou kontrolu příjmu potravy (orální kontrolu)** respondentů. Rozdíly mezi pohlavím nebyly statisticky významné, mezi jednotlivými školami však ano, a to na hladině významnosti 0,01. Sklony k orální kontrole byly nejfrekventovanější na středních školách s maturitou, na druhém místě byla gymnázia a na třetím místě střední školy s výučním listem. Budoucí zdravotničtí asistenti (studenti středních škol s maturitou) se dietami i orální kontrolou zabývali ve zvýšené míře a zajímavé by bylo zjistit, zda je tento zájem na SZŠ přivedl, nebo v nich teprve studium na této škole zájem o diety a orální kontrolu probudilo.

V kategorii **postojů dnešní mládeže ke kouření cigaret spolužáků** nebyla prokázána závislost na pohlaví, ale na typu škol ano, a to na hladině významnosti 0,01. Nejtolerantnější ke kouření spolužáků byli respondenti středních škol s maturitou (29,8 %). Když opět přihlédneme k tomu, že se jednalo o studenty SZŠ, tak se jejich tolerance ke kouření nezdá být zrovna chvályhodná. Nejméně tolerantní byli respondenti z gymnázií (11,9 %).

Závislost vlastního kouření respondentů na pohlaví také nebyla prokázána, ale závislost vlastního kouření respondentů na typu škol prokázána byla (na hladině významnosti 0,01). Nejvíce pravidelných (13,4 %) i příležitostných (3,6 %) kuřáků bylo na středních školách s maturitou. Nejméně pak na gymnáziích (2,7 % a 2,6 %). Nejvíce nekuřáků bylo opět na gymnáziích (18,2 %), ale respondenti ze středních škol s maturitou se umístili hned na druhém místě (16,0 %). Celkem bylo ve sledovaném souboru 28,2 % pravidelných kuřáků, z toho 12,0 % chlapců a 16,2 % dívek. V souboru Krcha a Drábkové (1999) téměř denně kouřilo 26,3 % chlapců a 31,4 % dívek. Z toho by se dalo soudit, že počty mladistvých kuřáků se snižují. Tomu by odpovídalo i šetření CDC, které říká, že ve světě dochází v posledních letech k poklesu kuřáctví – z téměř 40 % v sedmdesátých letech na 22 % v roce 2003 (CDC, 2004). Porovnáním našich výsledků s výsledky průzkumu ESPAD (z roku 2003), ze kterých vyplynulo, že mezi šestnáctiletými bylo v době šetření 27 % denních kuřáků, zase nabudeme dojmu, že se počty adolescentů, kteří denně kouří, zvyšují. V souboru Krcha a Drábkové (1999) ještě nikdy nekouřila téměř polovina dospívajících, v našem souboru bylo procentuální zastoupení nekuřáků nižší (43,6 %), což opět vede k domněnce o zvyšujícím se počtu mladistvých kuřáků.

Dále byl zjišťován **věk respondentů (kuřáků)**, ve kterém s kouřením cigaret začali. První zkušenost s kouřením cigaret měli 2 (1,3 %) chlapci z gymnázií již v 5 letech. V 7 letech si poprvé zapálili další 4 (2,6 %) chlapci (3 ze středních škol s výučním listem, 1 z gymnázia). Děvčata začala s kouřením až o rok později. Největší nárůst prvních zkušeností s kouřením byl u dívek mezi 14 – 15 rokem, u chlapců mezi 12 – 15 rokem. Na středních školách s výučním listem byl největší výskyt prvních kuřáků ve 13 letech, na středních školách s maturitou ve 14 letech a na gymnáziích až v 15 letech. Většina respondentů – kuřáků (93,8 %) - měla své první zkušenosti s cigaretou absolvované do 16 let věku. Před 13 rokem mělo první zkušenost s kouřením 24,3 % respondentů a před 8 rokem to bylo 1,5 % respondentů (viz graf 3 a 7). Když porovnáme naše výsledky se zahraniční studií Youth Risk Behaviour study – USA (CDC, 2003), která uvádí 18 % dětí s první zkušeností s kouřením před svým 13 rokem, snadno zjistíme, že v našem souboru bylo v této věkové kategorii větší

procentuální zastoupení. Porovnáme-li však stejný výsledek s prací Breslaua a Petersona (1996), kteří zjistili, že 34 % dětí si zapálilo svoji první cigaretu ve věku 13 let, potom je náš počet adolescentů zase nižší.

Test postojů ke konzumaci alkoholu se skládal ze tří částí. Opět se hodnotila závislost na pohlaví a na typu škol. Nejprve bylo zjišťováno, zda respondenti odsuzují nebo neodsuzují konzumaci alkoholických nápojů u svých spolužáků. V tomto případě nebyla závislost na pohlaví ani na typu škol prokázána. Dívky sice alkohol u spolužáků odsuzovaly více než chlapci, ale pouze v malém procentuálním zastoupení (2,9 % vs. 1,4 %) a výsledek nebyl statisticky významný. V daleko větší míře dívky i chlapci alkohol u svých spolužáků tolerovali (50,4 % vs. 34,4 %). Nejtolerantnější ke konzumaci alkoholu u spolužáků byli respondenti na středních školách s maturitou (34,5 %). V práci Krcha a Drábkové (1999) byly výsledky mnohem lepší - 82,8 % dívek a 66,0 % chlapců odsuzovalo časté pití alkoholických nápojů.

Dále byla zjišťována **frekvence konzumace alkoholických nápojů**. Pravidelně konzumovalo alkoholické nápoje více chlapců než dívek (5,2 % vs. 0,8 %), s alkoholem pouze experimentovalo více dívek než chlapců (21,2 % vs. 7,6 %). Nikdy nepilo 3,0 % dívek a 1,1 % chlapců. Porovnáme-li tyto výsledky s prací Kubičky a kol. (1995), vyjde nám, že počet silných konzumentek alkoholu (denní pití) výrazně poklesl ze 14 % žen v roce 1992 na 0,8 % v roce 2007 – 2008 (v našem souboru). Kubička ale sledoval konzumaci alkoholu pouze v Praze a nikoliv pouze u mládeže. Krch a Drábková (1999) ve svém souboru uvedli 6,5 % chlapců a 2,4 % dívek jako každodenních konzumentů alkoholu. Nikdy nepilo alkohol 12,2 % chlapců a 8,7 % dívek. V takovém případě jsou rozdíly v obou souborech porovnatelnější, protože Krch a Drábková měli přibližně stejný vzorek respondentů s téměř totožným věkovým zastoupením. Potom je ovšem výsledek šetření velmi příznivý. Počet denních konzumentů alkoholu poklesl jak u dívek, tak u chlapců. Celkově ale klesl i počet chlapců a dívek, kteří alkohol nikdy nepili. Závislost frekvence konzumace alkoholických nápojů na pohlaví byla prokázána na hladině významnosti 0,01. Závislost na typu škol však prokázána nebyla.

Statisticky významný rozdíl mezi pohlavím a typem škol byl prokázán u **preferencí konzumovaných nápojů**. Chlapci v našem souboru dávali více přednost

pivu (15,2 %), dívky vínu (15,4 %). Dívky alkoholické nápoje častěji střídaly (29,9 % vs. 16,1 %). Stejný výsledek měli i Krch a Drábková (1999) a školní studie ESPAD (Škapíková, 2009), podle které pivo a víno konzumuje alespoň šestkrát do měsíce každý pátý český středoškolák. V alkoholu si libují obě pohlaví, dívky a chlapci se liší pouze v tom, po jaké lihovině sáhnou. Podle typu škol (v našem souboru) dávali respondenti středních škol s výučním listem a středních škol s maturitou spíše přednost pivu, kdežto respondenti z gymnázií preferovali víno. Na všech středních školách však respondenti nejvíce konzumovali alkoholické nápoje bez rozlišení.

V poslední části výzkumného šetření byla zjišťována **závislost mezi stupněm sebeúcty/sebehodnocení a postoji dnešní mládeže k vlastnímu tělu, ke kouření cigaret a k požívání alkoholických nápojů**. Ve dvou případech byla závislost prokázána na hladině významnosti 0,01, v jednom na hladině závislosti 0,05. Čím vyšší sebeúctu/sebehodnocení respondenti měli, tím více byli spokojeni se svým tělem a tím méně nespokojeni (hladina významnosti 0,01). Nejvíce abstinentů, ale i nejvíce pravidelných konzumentů alkoholických nápojů bylo mezi respondenty s vysokou sebeúctou/sebehodnocením (hladina významnosti 0,01). Nejvíce nekuřáků však bylo ve skupině se středním stupněm sebeúcty/sebehodnocení, stejně tak nejvíce pravidelných kuřáků (hladina významnosti 0,05). Respondenti s nízkým stupněm sebeúcty/sebehodnocení vykazovali nejmenší zastoupení ve všech sledovaných skupinách.

Závěr

Cílem práce č. 1 bylo zjistit a zdokumentovat tělesné charakteristiky (BMI) dnešní mládeže (studentů 3 typů středních škol), jejich postoje k vlastnímu tělu, stupeň sebeúcty/sebehodnocení, jídelní postoje a zvyklosti, postoje ke kouření cigaret a konzumaci alkoholu a porovnat tyto údaje podle pohlaví respondentů (hypotéza H_1) a podle typu škol (hypotéza H_2).

Z šetření vyplynulo, že mládež v průběhu let trochu přibrala na hmotnosti (BMI >25) a nejvíce na středních školách s maturitou. Více chlapců než dívek vykazovalo naprostou spokojenost se svým tělem a mnohem méně než dívek jich bylo se svým tělem nespokojeno. Nejvíce nespokojených respondentů bylo na středních školách s výučním listem a nejvíce spokojených na středních školách s maturitou. Porovnáním výsledků šetření s jinými pracemi bylo zjištěno podstatné zlepšení v nazírání adolescentů na vzhled vlastního těla.

Dívky ve sledovaném souboru vykazovaly také vyšší stupeň sebeúcty/sebehodnocení než chlapci a nejlépe na tom byli respondenti z gymnázií. Nejnižší sebeúctu měli respondenti na středních školách s maturitou. V této oblasti došlo pouze k výměně pohlaví – v dřívějších studiích to byli chlapci, kdo měl vyšší sebeúctu/sebehodnocení.

Možné narušené jídelní postoje mělo více dívek než chlapců a největší počet respondentů s narušenými jídelními postoji byl na středních školách s maturitou. Dívky měly také větší sklony k dietám a k záchvatovitým přejídání.

Nejtolerantnější ke kouření spolužáků byli respondenti ze středních škol s maturitou, pohlaví na to vliv nemělo. Počet pravidelných kuřáků se porovnáním s jedním souborem z roku 1996 snížil, ale porovnáním s jiným souborem z roku 2003 zase mírně zvýšil. Také bylo zjištěno menší procentuální zastoupení nekuřáků v našem souboru a snížil se věk první zkušenosti respondentů s kouřením cigaret.

Zvýšila se také tolerance ke konzumaci alkoholu u svých spolužáků, ale počet denních konzumentů poklesl. Preference alkoholických nápojů zůstaly stejné.

Cíl byl splněn a hypotéza H_1 , že mezi pohlavím existují rozdíly, byla potvrzena (na hladině významnosti 0,01) v kategoriích BMI, postoje k vlastnímu tělu, sebeúcta/sebehodnocení, sklon k dietám, sklon k bulimii, vlastní požívání alkoholických nápojů a preference alkoholických nápojů. V celkovém skóre jídelních postojů byla závislost na pohlaví prokázána pouze na hladině významnosti 0,05.

V kategoriích sklon k orální kontrole, postoj ke kouření spolužáků, vlastní kouření a postoje k požívání alkoholických nápojů u spolužáků však hypotéza H_1 potvrzena nebyla.

Hypotéza H_2 , že mezi jednotlivými typy škol existují rozdíly, byla potvrzena (na hladině významnosti 0,01) v kategoriích sebeúcta/sebehodnocení, sklon k dietám, sklon k orální kontrole, postoj ke kouření spolužáků, vlastní kouření a preference alkoholických nápojů. Ve sklonu k bulimii a BMI byla závislost prokázána pouze na hladině významnosti 0,05.

V kategoriích postoj k vlastnímu tělu, celkové skóre jídelních postojů, postoj k požívání alkoholických nápojů a vlastní požívání alkoholických nápojů však hypotéza H_2 potvrzena nebyla.

Cílem č. 2 bylo zjistit, zda existuje vztah mezi stupněm sebeúcty/sebehodnocení a postoji dnešní mládeže k vlastnímu tělu, ke kouření cigaret a k požívání alkoholických nápojů. Ve dvou případech byla závislost prokázána na hladině významnosti 0,01, v jednom na hladině významnosti 0,05. Cíl práce byl splněn, hypotéza H_3 byla potvrzena.

Doporučení pro praxi

Vzhledem k nepříliš příznivým výsledkům dnešní mládeže v postojích ke svému zdraví nezbyvá než posílit prevenci ve všech rizikových oblastech, zejména v postojích ke kouření cigaret a konzumaci alkoholu. Nebezpečí, která s sebou kouření cigaret a požívání alkoholu přináší, jsou velmi dobře známá. Kromě zdravotních důsledků jsou to i důsledky sociální (Klingeman, 2001), jež se projevují zejména v oblasti pracovních a rodinných vztahů (WHO, 2002). U mladých lidí byla prokázána souvislost mezi rizikovým pitím alkoholu a násilným nebo kriminálním chováním (WHO, 2001). Problémy spojené s užíváním alkoholu a tabáku jsou v České republice stále podceňovány, i přes existující důkazy o jejich rizicích (Zaostřeno na drogy, 2005). Už i v denním tisku se píše, že prudce přibývá astmatických dětí (MF Dnes, 21.6.2008). „Astma ztratilo díky moderní léčbě příznak závažné choroby. Když je lékaři zjisti včas, žijí pacienti díky kvalitním lékům jako zdraví lidé“, píše v alarmujícím článku Lenka Petrášová (2008). Na vzniku astmatu se podílejí různé složky, jednou z nich je i kouření v domácnosti. Spousta lidí podceňuje, jak škodlivý je vliv pasivního kouření (Zvěřinová, Petrášová, 2008). Navíc děti, které v takovém prostředí vyrůstají, se samy nakonec stanou aktivními kuřáky, protože ve svém počínání neshledávají nic nevhodného. „Primární prevence musí začít především u dětí a mládeže. Přirozené základy chování a způsobu života se vytvářejí v dětství a posilují v průběhu dospívání“, vyzývají autorky článku „Prevence kouření ve škole“, který byl publikován v časopisu Onkologická péče. V principech programu prevence kladou důraz na to, aby cílená primární prevence kouření začínala už v předškolním věku v mateřských školách a plynule pokračovala na dalších stupních základních i středních škol. Dobře koncipované programy pro jednotlivé věkové kategorie podle autorek článku obvykle redukuje počet kuřáků, posouvají začátky kouření do vyšších věkových skupin, až posléze kouření přestane být atraktivní symbolikou a stane se nezajímavým atributem nezralého chování (Žaloudíková, Hrubá, 2008).

Negativní vliv kouření a pití alkoholu je také popisován v materiálu Zdraví pro všechny v 21. století (Zdraví 21) i Akčním plánu zdraví a životního prostředí.

V jednotlivých materiálech byly stanoveny priority a cíle, kterých by v oblasti kouření a pití alkoholu mělo být dosaženo. Ve snaze tuto problematiku zviditelnit a upozornit na mezinárodní aktivity v dané oblasti se Česká republika připojila k Evropskému akčnímu plánu o alkoholu a Rámcové úmluvě o kontrole tabáku. Cílem č. 12 v materiálu Zdraví 21 je snížit škody působené alkoholem, drogami a tabákem, respektive výrazně snížit nepříznivé důsledky užívání návykových látek (MZ, 2002). Specifické cíle konkrétně stanoví, že by do roku 2015 mezi osobami staršími 15 let mělo být 80 % nekuřáků a mezi mladšími 15 let by nekuřáci měli představovat téměř 100 %. Spotřeba alkoholu na osobu by neměla přesáhnout 6 litrů za rok a u osob mladších 15 let by měla být nulová. Aktivity navrhované k dosažení těchto cílů zahrnují legislativní i daňová opatření, zákaz reklamy, preventivní programy ve školách a médiích, zajištění dostatečné sítě léčebných zařízení a vznik koordinačního, monitorovacího a výzkumného střediska pro alkohol a tabák. Cíle stanovené ve zmiňovaném dokumentu však podle autorů článku „Zaostřeno na drogy“ nejsou naplňovány, a to především proto, že neexistuje politická a společenská vůle se problematikou alkoholu a tabáku seriózně zabývat, což patrně pramení z již zmíněného podceňování problému (Zaostřeno na drogy, 2005). Proto je tak důležitá výchova v rodině, a to od nejtělejšího mládí.

Také problematika zvyšující se hmotnosti dnešní mládeže a možných narušených jídelních postojů vyžaduje trochu více osvěty. Mládež si sice přeje být štíhlá (více děvčata než chlapci), ale dosáhnout toho chtějí především dietami a ne zdravým životním stylem. Základ problémů s výživou je už v rodině. Nedodržuje se rytmus společného stolování, každý člen rodiny se stravuje zvlášť, na jídelníčku se méně objevují klasická jídla a nedochází k vytvoření správných stravovacích návyků. Tím se vytváří podmínky pro vznik nadváhy a obezity. Do změn ve stravování a výživě se tak musí pustit celá rodina společně. Kostrou všeho je jídelní režim. Rodiče by měli s dětmi snídat, nebo jim snídani alespoň připravit a dohlédnout na to, aby ji děti snědly. Také by měli připravovat pro školáky svačiny, aby si je děti nemusely kupovat v automatech nebo fast-foodech. Tam se totiž zdravá výživa neprodává. Pokud se mládež naučí vhodnému stravování již v dětství, nese si tento základ dál do života. Pokud tomu tak není, dostává se do problémů nejen fyzických, ale i psychických. Dnešní společnost

klade velký důraz na fyzický vzhled a má přímou vazbu na společenskou oblíbenost. Nadváha a obezita je spojována s nenasytostí, lenivostí nebo obojím. Obézní lidé jsou proto často diskriminováni, což vede k jejich depresím. Začnou držet diety, aby se obezity zbavili, a pokud nedojde v krátké době k výraznějšímu poklesu hmotnosti, jejich deprese se ještě více prohloubí. Navíc hubnutí působí proti přirozené tendenci dospívání.

Na zvyšující se hmotnost dnešní mládeže má kromě nevhodného stravování také vliv sedavý způsob života. Doporučení o prospěšnosti pohybu, cvičení a sportování se mnohdy nesetkává ani s minimálním objemem fyzické aktivity. Zvyšuje se objem času stráveného v dopravních zácpách při současném snižování času věnovaného přípravě domácích jídel. Vyšší konzumace polotovarů, růst spotřeby cukru a tuku přináší nadváhu dětí i dospělých. Roste kalorický přísun ve struktuře stravovacích zvyklostí při současném sedavém způsobu života. Nižší nároky na fyzický pracovní výkon nejsou zdaleka kompenzovány přiměřeným nárůstem sportovních aktivit. Stres pracovního psychického vypětí a psychické nároky na dopravu do školy nebo do práce vyúsťují mnohdy v relaxaci před počítačem nebo televizní obrazovkou. Bludný kruh sedavého způsobu života – ve škole, zaměstnání, dopravě a doma - je uzavřen. Sedavý způsob života se postupně stává jedním z nejméně zdravích faktorů příslušníků soudobé moderní společnosti (Sekot, 2008).

Výzkumné závěry konce devadesátých let opakovaně upozorňovaly, že zapojení do všech forem sportovních aktivit v české společnosti s věkem klesá, a ve volném čase pravidelně sportuje stále méně dětí. Dochází přitom k jistému paradoxu: relativně stále více dětí je motivováno a přitahováno k výkonnostnímu sportu slibujícímu skvělou kariéru, zároveň roste zastoupení trvale pohybově neaktivních (Sekot, 2008).

Logicky nastolená otázka, proč lidé investují většinou tak málo času do sportu, který má sílu činit je subjektivně mnohem šťastnějšími a spokojenějšími, má zcela prozaické vysvětlení: sledování televize je mnohem snadnější a organizačně jednodušší než např. příprava na odbíjenou nebo cesta do plaveckého bazénu. Neschopnost či spíše neochota investovat počáteční energii pak rozmělní či dokonce zcela rozptýlí naději na pozitivní prožitky předpokládající právě osobní úsilí a jistý fyzický výkon. Přitom se správně připomíná, že důležitým motivačním činitelem pro sportování ve volném čase

zejména mezi mládeží, je prožitek. Ten je umocňován postupným rozvojem pohybových dovedností posilujících pozitivní vztah ke sportu. Naopak překážkou provozování sportovních aktivit ve volném čase může být subjektivní přesvědčení o pohybové nekompetentnosti, nešikovnosti, nedostatku fyzických předpokladů. V nenávratnu se tak postupně ocitá dobře míněná výzva: „Nejlepší strategií pro potěšení ze života je rozvinout jakékoliv dovednosti a plně je užívat, když je to možné“, píše ve svém článku Aleš Sekot (2008).

5 Seznam použitých zdrojů

1. KYASOVÁ, M. *Hodnocení postojů a chování adolescentů k ochraně a podpoře zdraví*. Brno, 2002. 36 s. Autoreferát disertační práce na Lékařské fakultě MU. Vedoucí disertační práce prof. MUDr. Drahoslava Hrubá, CSc.
2. BURNS, R. B. *The self concept in theory, measurement, development and behavior*. New York: Longman, 1979. 341 p. ISBN 05-8248-951-2.
3. KRCH, F. D. - DRÁBKOVÁ, H. *Současné změny životního stylu a duševní zdraví české mládeže* [Electronic Publishing Program]. Budapest: Open Society Institute, 1999. 50 s. [cit. 2008-04-22]. Dostupné z: <http://www.osi.hu/ep>.
4. ENCYKLOPEDIE DIDEROT: *Velký slovník naučný*. 1. vyd. Praha: Diderot, 1999. 1679 s. ISBN 80-902723-1-2.
5. PRŮCHA, J. - WALTEROVÁ, E. - MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 3. vyd. Praha: Portál, 2001. 328 s. ISBN 80-7178-579-2.
6. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.
7. LANGMAJER, J. - KREJČÍŘOVÁ, D. Období dospívání. In *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. s. 138 – 159. ISBN 80-7169-195-X.
8. MARKOVÁ, M. *Vliv socioekonomických a demografických faktorů na problémové chování a kvalitu života mládeže*. České Budějovice, 2007. 101 s. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě JU v Českých Budějovicích. Vedoucí diplomové práce prof. MUDr. Jozef Novotný, CSc.
9. MACEK, P. *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál, 1999. 208 s. ISBN 80-7178-348-X.
10. HEIDER, D. *Význam hranic v dospívání* [online]. [cit. 2007-01-15]. Dostupné z: www.portal.cz.
11. MICHALOVÁ, Z. *Sebepojetí. Metodický portál. Vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami* [online]. 2007. [cit. 2008-04-22]. Dostupné z: www.rvp.cz.
12. VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Universita Karlova, 1979.
13. ROSENBERG, M. *Conceiving the self*. New York: Basic Books, 1979.

14. KRAUS, B. - POLÁČKOVÁ, V. a kol. *Člověk – prostředí - výchova. K otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. 199 s. ISBN 80-7315-004-2.
15. PÁVKOVÁ, J. - HÁJEK, B. - HOFBAUER, V. - HRDLIČKOVÁ, V. - PAVLÍKOVÁ, A. *Pedagogika volného času. Teorie, praxe a perspektivy výchovy mimo vyučování a zařízení volného času*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. 231 s. ISBN 80-7178-711-6.
16. MATOUŠEK, O. - KOLÁČKOVÁ, J. - KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
17. SAK, P. - SAKOVÁ, K. *Mládež na křižovatce. Sociologická analýza postavení mládeže ve společnosti a její úlohy v procesech evropeizace a informatizace*. 1. vyd. Praha: Svoboda Servis, 2004. 240 s. ISBN 80-86320-33-2.
18. FILASOVÁ, K. *Vztah k vlastnímu tělu* [online]. [cit. 2008-04-22]. Dostupné z: www.dokonalezeny.cz.
19. BROWNELL, K. D. Understanding and treating a serious, prevalent and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1982, no. 6, pp. 820 – 840. ISSN 0022-006X.
20. CILISKA, D. *Beyond dieting*. New York: Brunel/Mazel, 1990.
21. ALLON, N. The stigma of obesity in everyday life. In BRAY, G. *Obesity in perspective*. Washington: Government Printing Office, 1975.
22. BRETTSCHEIDER, W. D. - NAUL, R. *Study on young people's lifestyles and sedentariness and the role of sport in the context of education and as a means of restoring the balance. Final report* [online]. Essen: Paderborn, October 2004. [cit. 2008-04-23]. Dostupné z: <http://www.ec.europa.eu>.
23. KRCH, F. D. Vztah mezi tělesnou spokojeností a kvalitou života českých adolescentů. *Psychiatrie* [online]. 2000, 4. [cit. 2008-05-05]. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH400/03krch.htm>.
24. VALÁŠKOVÁ, M. - JEŽEK, S. Vztah k vlastnímu tělu a jeho proměnám v období adolescence. *Psychologické dny: Kořeny a vykořenění* [online]. 2002. [cit. 2008-04-22]. Dostupné z: <http://centrum.fss.muni.cz>.

25. Agentura INRES – SONES: *Výzkum názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života*. Reprezentativní sociologický výzkum. Část: Názory občanů ČR na některé otázky zdraví a prevence. Praha: Agentura INRES – SONES, prosinec 2008.
26. TOMEŠOVÁ, J. *Snídaně a svačiny dětí – doporučení versus skutečnost*. *Fórum zdravé výživy* [online]. [cit. 2007-06-12]. Dostupné z: <http://www.fzv.cz>.
27. *Životní podmínky a jejich vliv na zdraví obyvatel Jihomoravského kraje*. 1. vyd. Brno: Zdravotní ústav, 2006. ISBN 80-239-8219-2.
28. KINKOROVÁ, I. - MOULIS, J. *Hodnocení stravovacích zvyklostí u žáků plaveckých tříd ve věku 10 – 14 let*. Praha: FTVS UK, Biomedicínská laboratoř, 2006.
29. ROVNÝ, I. - MORVICOVÁ, E. *Stravovacie návyky mládeže v Slovenskej republike* [online]. [cit. 2007-12-07]. Dostupné z: <http://www.szu.sk/ine/verejnezdravotnictvo/2007/2007-2-3/rovny.htm>.
30. PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6.
31. DIFRANZA, J. R. – ALIGNÉ, C. A. – WEITZMAN, M. Prenatal and postnatal child environmental tobacco smoke exposure and children's health. *Pediatrics*, 2004, vol. 113, no. 4, pp. 1007 – 1115.
32. LINNET, K. – DALSGAARD, S. – OBEL, C., et al. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associate behaviours: review of the current evidence. *Am J Psychiatry*, 2003, vol. 60, no. 6, pp. 1028 – 1040.
33. WEITZMAN, M. – GORTMAKER, S. – SOBOL, A. Maternal smoking and behaviour problems in children. *Pediatrics* 1992, vol. 90, no. 3, pp. 342 – 349.
34. STREISSGUTH, A. P. – AASE, J. M. – CLARREN, S. K., et al. Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 1991, vol. 265, no. 15, pp. 1961 – 1967.
35. STREISSGUTH, A. P. A long-term perspective of FAS. *Alcohol Health & Research World* 1994, vol. 18, no. 1, pp. 74 - 81.

36. STREISSGUTH, A. P. – BARR, H. M. – KOGAN, J. – BOOKSTEIN, F. L. *Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE)*. Final Report to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), August 1996. Seattle: University of Washington, Fetal Alcohol & Drug Unit, Tech. Rep. No. 96-06.
37. Legální drogy v České republice. Od užívání alkoholu a tabáku k možnostem prevence a léčby. *Zaostřeno na drogy*, 2005, roč. 3, č. 1. s. 1 – 6. ISSN 1214-1089.
38. GRYNDLEROVÁ, Z. *Poznání rizik u dospívajících v současné společnosti a možnosti využití získaných poznatků ve výuce sociálních a zdravotních předmětů na středních odborných školách*. Olomouc, 2006. 129 s. Diplomová práce na Pedagogické fakultě UP v Olomouci, katedře antropologie a zdravotní vědy. Vedoucí diplomové práce Mgr. Ivana Knausová, Ph.D.
39. ŠKAPÍKOVÁ, Š. *České děti vedou evropský žebříček v pití, kouření a braní drog*. [online]. 2009 [cit. 2009-03-26]. Dostupné z: http://www.denik.cz/z_domova/ceske_deti_drogy_alkohol_koureni2009326.html
40. CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette Smoking among high school students – United States, 1991 – 2003. *MMWR Highlights*, June 18th, vol. 53, no 23.
41. PIERCE, J. P. – GILPIN, E. How long will today's new adolescent smoker be addicted to cigarettes? *American Journal of Public Health*, 1996, vol. 86, no. 2, pp. 253 – 256.
42. CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behaviour Survey. Retrieved September 15, 2004.
43. JACKSON, C. – HENRIKSEN, L. Do as I say: Parent smoking, antismoking socialization and smoking onset among children. *Addictive Behaviours*, 1997, vol. 22, no. 1, pp. 107 – 114.
44. BRESLAU, N. – PETERSON, E. L. Smoking cessation in young adults: Age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *American Journal of Public Health*, 1996, vol. 86, no. 2, pp. 214 – 220.

45. ELDERS, M. J. – PERRY, C. L. – ERIKSEN, L. P. – GIOVINO, G. A. The report of the Surgeon General: Preventing tobacco use among young people. *American Journal of Public Health*, 1994, vol. 84, no. 4, pp. 543 – 547.
46. SMITH, G. S. – BRANAS, S. S. – MILLER, T. R. Fatal nontraffic injuries involving alcohol: A meta analysis. *Annals of Emergency Medicine*, 1999, vol. 33, pp. 659 – 668.
47. LEVY, D. T. – MILLER, T. R. – COX, K. C. *Costs of underage drinking*. Whashington DC: U.S. Dept. of Justice, Office of Justice Programs, 1999.
48. NEWES-ADEYI, G. – CHEN, C. M. – WILLIAMS, G. D. - FADEN, V. B. *NIAAA Surveillance Reprot No. 74: Trends in underage drinking in the United States, 1991 – 2003*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse and Alcoholism [online]. 2005 [cit. 2009-05-15]. Dostupné z: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA67/AA67.htm>.
49. NEŠPOR, K. - CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat, jak je zvládat*. 4. rozš. vyd. Praha: BESIP, 1997. 129 s.
50. NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001, s. 160. ISBN 80-7178-515-6.
51. CSÉMY, L. a kol. *Zneužívání alkoholu a jiných návykových látek adolescenty: analýza rizikových faktorů. Závěrečná zpráva výzkumného úkolu IGA MZ ČR 2886 - 4*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1999.
52. KUBIČKA, L. - CSÉMY, L. - KOŽENÝ, J. Prague women's drinking before and after the „velvet revolution“ of 1989: a longitudinal study. *Addiction*, 1995, no. 90, s. 1471 – 1478. ISSN 0965-2140.
53. ROSENBERG, M. *Self-Esteem Scale* [online]. 1965 [cit. 2007-05-22]. Dostupné z: www.zorku.ca/rokada/pszctest/ .
54. *Jaký máte vztah ke svému tělu?* [online]. [cit. 2007-06-02] Dostupné z: <http://mladazena.cz/scripts/detail.php?id=312812>.
55. GARNER, D. M. - GARFINKEL, P. E. The eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 1979, no. 9, p. 273 - 279. ISSN 0033-2917.

56. GARNER, D. M. - GARFINKEL, P. E., et al. *Eating Attitudes Test – Eating Disorder* [online]. 1982 [cit. 2007-04-12]. Dostupné z: <http://www.ace-network.com/eatdis/EATtest.htm>.
57. KLINGEMANN, H. *Alcohol and its Social Consequences: the Forgotten Dimension*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Keynote paper for the WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol, Stockholm, 19 – 21, February 2001.
58. WHO. *The European Health Report 2002*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002.
59. WHO. *Declaration on Young People and Alcohol*. WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol. Stockholm, 19 – 21, February 2001.
60. ZVĚŘINOVÁ, A. - PETRÁŠOVÁ, L. Prudce přibývá astmatických dětí. *Mladá fronta DNES*, 2008, roč. 19, č. 145, s. A1 – A3. ISSN 1210-1168.
61. ŽALOUDÍKOVÁ, I. - HRUBÁ, D. Prevence kouření ve škole. *Onkologická péče*, 2008, roč. 12, č. 1, s. 5 – 7. ISSN 1214 – 5602.
62. *ZDRAVÍ 21: Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2003. ISBN 80-85047-99-3.
63. SEKOT, A. *Obezita versus aktivita*. [online]. 2008. [cit. 2008-06-24]. Dostupné z: <http://universitas.muni.cz/200704/OvP.htm>.

6 Klíčová slova

Mládež

Jídelní postoje

Stravovací návyky

Sebeúcta/sebehodnocení

Konzumace alkoholu

Kouření cigaret

Životní styl

7 Seznam zkratk

ADHD	-	Attention Deficit and Hyperactivity Disorder
BMI	-	Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
CDC	-	Centers for Disease Control and Prevention
ČR	-	Česká republika
DSM-III	-	Americká klasifikace nemocí
EAT 26	-	Eating Attitude Tets (test jídelních postojů)
ESPAD	-	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách)
FAE	-	Fetal Alcohol Efect
FAS	-	Fetal Alcohol Syndrome
GENACIS	-	Gender, Alcohol and Culture an International Study (celopopulační průzkum zaměřený na rozsah užívání návykových látek)
GHQ 28	-	General Health Questionare score (dotazník všeobecného zdraví)
GYTS	-	Global Youth Tobacco Survey (globální přehled o kouření mezi mládeží)
HBSC	-	Health Behaviour in School-aged Children (zdravotní chování dětí školního věku)
IQ	-	intelligenční kvocient
MKN-9	-	Evropská klasifikace nemocí
SOŠ	-	Střední odborná škola
SOU	-	Střední odborné učiliště
SR	-	Slovenská republika
SZŠ	-	Střední zdravotnická škola
SZÚ	-	Státní zdravotní ústav
ÚZIS	-	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	-	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

8 Seznam tabulek

- č. 1 Pohlaví * věková skupina
- č. 2 Zastoupení respondentů podle pohlaví a typu škol
- č. 3 Rozdělení do tříd – BMI
- č. 4 Rozdělení do tříd – test sebeúcty
- č. 5 Rozdělení do tříd – sklon k dietám
- č. 6 Rozdělení do tříd – sklon k bulimii
- č. 7 Rozdělení do tří – sklon k orální kontrole
- č. 8 Pohlaví * kategorie BMI
- č. 9 Pohlaví * postoj k vlastnímu tělu
- č. 10 Pohlaví * test sebeúcty/sebehodnocení
- č. 11 Pohlaví * skóre jídelních postojů
- č. 12 Pohlaví * sklon k dietám
- č. 13 Pohlaví * sklon k bulimii
- č. 14 Pohlaví * sklon k orální kontrole
- č. 15 Pohlaví * kouření spolužáků
- č. 16 Pohlaví * vlastní kouření
- č. 17 Pohlaví * alkohol u spolužáků
- č. 18 Pohlaví * vlastní požívání alkoholu
- č. 19 Pohlaví * druh nápoje
- č. 20 Škola * kategorie BMI
- č. 21 Škola * postoj k vlastnímu tělu
- č. 22 Škola * test sebeúcty
- č. 23 Škola * skóre jídelních postojů
- č. 24 Škola * sklon k dietám
- č. 25 Škola * sklon k bulimii
- č. 26 Škola * sklon k orální kontrole
- č. 27 Škola * kouření spolužáků
- č. 28 Škola * vlastní kouření
- č. 29 Škola * alkohol u spolužáků

- č. 30 Škola * vlastní požívání alkoholu
- č. 31 Škola * druh nápoje
- č. 32 Test sebeúcty * postoj k vlastnímu tělu
- č. 33 Test sebeúcty * vlastní kouření
- č. 34 Test sebeúcty * vlastní požívání alkoholu

9 Seznam grafů

1 Pohlaví * věková skupina

2 Zastoupení respondentů podle pohlaví a podle typu škol

3 Pohlaví * věk prvního kouření

4 Pohlaví * druh nápoje

5 Škola * dívky * vlastní kouření

6 Škola * chlapci * vlastní kouření

7 Škola * věk prvního kouření

8 Škola * druh nápoje

10 Seznam příloh

- Příloha č. 1 Žádost o umožnění dotazníkového šetření
- Příloha č. 2 Dotazník
- Příloha č. 3 Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965)
- Příloha č. 4 Eating Attitudes Test (Garner, Garfinkel, 1979)

Příloha č. 1

V Brně dne 5.10.2007

Vážená paní ředitelko, vážený pane řediteli,

dovoluji si Vás požádat o umožnění anonymního dotazníkového šetření ve Vaší škole pro potřeby disertační práce, kterou zakončím doktorské studium na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dotazník se zabývá vlivem sebeúcty/sebehodnocení na postoje dnešní mládeže k vlastnímu zdraví. Časově není náročný, jeho vyplnění trvá cca 10 - 15 minut.

V případě Vašeho kladného vyjádření mi prosím sdělte jméno kontaktní osoby, se kterou bych se mohla domluvit na počtu dotazníků a jejich distribuci.

Předem Vám velice děkuji za odpověď.

S pozdravem

Mgr. Jaroslava Fendrychová
Bakalovo nábřeží č. 1
639 00 Brno
fendrychova@nconzo.cz
tel. 543 559 520

Příloha č. 2

Dotazník

Vážený studente, vážená studentko,
v rámci výzkumu na téma životní styl dnešní mládeže Ti předkládám anonymní dotazník zabývající se vlivem sebeúcty/sebehodnocení na postoje k vlastnímu zdraví a prosím o jeho vyplnění. Každá část dotazníku je uvedena pokyny, proto než jej začneš vyplňovat, přečti si jejich zadání. Dotazník se zdá být rozsáhlý, ale jeho vyplňování je jednoduché a nevyžaduje dlouhé přemýšlení.

Děkuji Ti za spolupráci a za čas, který mu věnuješ.

Mgr. Jaroslava Fendrychová
ZSF JCU v Českých Budějovicích

1. Tvůj věk (při posledních narozeninách):

Test postojů k vlastnímu tělu

Pokyny: dopiš chybějící za dvojtečkou a do čtverce vpravo od otázky napiš číselnou hodnotu tvé další odpovědi.

2. Tvoje výška v cm:

3. Tvoje hmotnost v kg:

4. Pohlaví:

1 dívka

2 chlapec

5. Jsi studentem

1 střední školy s výučním listem

2 střední školy s maturitou

3 gymnázia

6. Myslíš si o svém těle

1 je hezké, nejsem ani tlustý/á, ani vychrtlý/á

10 potřeboval/a bych fakt zhubnout

5 pár kilo navíc mi neublíží

7. Jak často se vážíš

1 maximálně jednou týdně

10 ráno a večer, občas i častěji

5 skoro každý den

8. Když zjistíš, že máš nějaké kilo navíc

1 neřešíš to

10 zhorší se Ti nálada, máš depresi

5 pokusíš se s tím něco udělat

9. Když se na sebe podíváš do zrcadla

- 1 připadáš si normální
10 chce se Ti ze sebe brečet
5 víš, co bys potřeboval/a zlepšit

10. Co bys na svém těle chtěl/a změnit?

- 1 jen drobnosti, které nejsou podstatné
10 potřeboval/a bys jiné tělo, protože to Tvoje je děsivé
5 něco shodit, něco posílit

Test sebeúcty/sebehodnocení

Pokyny: na následujících řádcích jsou položky, obsahující tvé možné pocity. Číslo správné odpovědi vepiš do čtverce vpravo od otázky.

11. Vcelku jsem sám se sebou spokojený

- 3 zcela souhlasím 1 spíše nesouhlasím
2 spíše souhlasím 0 zcela nesouhlasím

12. Myslím, že mám spoustu dobrých vlastností

- 3 zcela souhlasím 1 spíše nesouhlasím
2 spíše souhlasím 0 zcela nesouhlasím

13. Dokážu dělat věci stejně dobře jako většina ostatních

- 3 zcela souhlasím 1 spíše nesouhlasím
2 spíše souhlasím 0 zcela nesouhlasím

14. Smýšlím o sobě pozitivně/mám k sobě kladný postoj

- 3 zcela souhlasím 1 spíše nesouhlasím
2 spíše souhlasím 0 zcela nesouhlasím

15. Myslím, že jako člověk mám určitou cenu, přinejmenším stejnou jako ostatní

- 3 zcela souhlasím 1 spíše nesouhlasím
2 spíše souhlasím 0 zcela nesouhlasím

16. *Myslím, že není mnoho věcí, na které mohu být pyšný

- 0 zcela souhlasím 2 spíše nesouhlasím
1 spíše souhlasím 3 zcela nesouhlasím

17. *Občas se cítím zbytečný/neužitečný

- 0 zcela souhlasím 2 spíše nesouhlasím
1 spíše souhlasím 3 zcela nesouhlasím

18. *Kéž bych měl sám k sobě více úcty

- 0 zcela souhlasím 2 spíše nesouhlasím
1 spíše souhlasím 3 zcela nesouhlasím

19. *Myslím si, že jsem v životě neúspěšný

0 zcela souhlasím 2 spíše nesouhlasím
 1 spíše souhlasím 3 zcela nesouhlasím

20. *Občas si myslím, že nejsem dobrý

0 zcela souhlasím 2 spíše nesouhlasím
 1 spíše souhlasím 3 zcela nesouhlasím

Test jídelních postojů

Pokyny: zakroužkuj odpověď na každou otázku:

otázka	vždy	obvykle	často	někdy	zřídka	nikdy
21. Děsím se nadváhy	3	2	1	0	0	0
22. Vyhýbám se jídlu, když mám hlad	3	2	1	0	0	0
23. Příliš se zabývám jídlem	3	2	1	0	0	0
24. Přejídám se tak, že mám pocit, že nikdy nepřestanu	3	2	1	0	0	0
25. Krájím si jídlo na malé kousky	3	2	1	0	0	0
26. Sleduji počet kalorií každého jídla	3	2	1	0	0	0
27. Vyhýbám se jídlu s vysokým obsahem uhlohydrátů	3	2	1	0	0	0
28. Myslím, že by ostatní přivítali, kdybych jedl/a více	3	2	1	0	0	0
29. Po jídle zvracím	3	2	1	0	0	0
30. Po jídle se cítím provinile	3	2	1	0	0	0
31. Neustále toužím být hubenější	3	2	1	0	0	0
32. Myslím si, že cvičením spálím kalorie	3	2	1	0	0	0
33. Ostatní si myslí, že jsem příliš hubený/á	3	2	1	0	0	0
34. Myslím si, že jsem tlustý/á	3	2	1	0	0	0
35. Konzumace jídla mi trvá déle než ostatním	3	2	1	0	0	0
36. Vyhýbám se sladkému jídlu	3	2	1	0	0	0
37. Jím dietní jídlo	3	2	1	0	0	0
38. Cítím, že jídlo má nade mnou nadvládu	3	2	1	0	0	0
39. Neustále se v jídle kontrolojuji	3	2	1	0	0	0
40. Mám pocit, že mne ostatní do jídla nutí	3	2	1	0	0	0

41. Jídlu věnuji příliš mnoho času a myšlenek	3	2	1	0	0	0
42. Po sladkém se necítím dobře	3	2	1	0	0	0
43. Jsem spoután/a dietami	3	2	1	0	0	0
44. Mám rád/a prázdný žaludek	3	2	1	0	0	0
45. Po jídle se mi chce zvracet	3	2	1	0	0	0
46. Rád/a ochutnávám nová těžká jídla	0	0	0	1	2	3

Nevyplňuj!

Celkové skóre	
Diety (21,26,27,30,31,32,34,36,37,42,43,44,45)	
Bulimie (23,24,29,38,41)	
Orální kontrola (22,25,28,33,35,39,40)	

Test postojů ke kouření cigaret a frekvence kouření

Pokyny: číslo odpovědi vepiš do čtverce vpravo od otázky a dopiš chybějící za dvojtečkou.

47. Kouření spolužáků

2 odsuzuji

1 neodsuzuji

0 nevím

48. Sám/a kouřím

3 téměř denně

2 několikrát za měsíc

1 několikrát za život

0 nikdy

49. Jsi-li kuřák, napiš kolik Ti bylo let, když jsi s kouřením začal/a:

Test postojů ke konzumaci alkoholu a frekvence konzumace alkoholických nápojů

Pokyny: číslo odpovědi vepiš do čtverce vpravo od otázky

50. Konzumaci alkoholických nápojů u spolužáků

2 odsuzuji

1 neodsuzuji

0 nevím

51. Sám/a konzumuji alkoholické nápoje

3 téměř denně

2 několikrát za měsíc

1 několikrát za život

0 nikdy

52. Dávám přednost

1 pívu

2 vínu

3 destilátům

4 nápoje střídám

Příloha č. 3

Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965)

The scale is a ten item Likert scale with items answered on a four point scale - from strongly agree to strongly disagree. The original sample for which the scale was developed consisted of 5,024 High School Juniors and Seniors from 10 randomly selected schools in New York State.

Instructions: Below is a list of statements dealing with your general feelings about yourself. If you strongly agree, circle **SA**. If you agree with the statement, circle **A**. If you disagree, circle **D**. If you strongly disagree, circle **SD**

1.	On the whole, I am satisfied with myself.	SA	A	D	SD
2.*	At times, I think I am no good at all.	SA	A	D	SD
3.	I feel that I have a number of good qualities.	SA	A	D	SD
4.	I am able to do things as well as most other people.	SA	A	D	SD
5.*	I feel I do not have much to be proud of.	SA	A	D	SD
6.*	I certainly feel useless at times.	SA	A	D	SD
7.	I feel that I'm a person of worth, at least on an equal plane with others.	SA	A	D	SD
8.*	I wish I could have more respect for myself.	SA	A	D	SD
9.*	All in all, I am inclined to feel that I am a failure.	SA	A	D	SD
10.	I take a positive attitude toward myself.	SA	A	D	SD

Scoring: SA=3, A=2, D=1, SD=0. Items with an asterisk are reverse scored, that is, SA=0, A=1, D=2, SD=3. Sum the scores for the 10 items. The higher the score, the higher the self esteem.

The scale may be used without explicit permission. The author's family, however, would like to be kept informed of its use:

The Morris Rosenberg Foundation
c/o Department of Sociology
University of Maryland
2112 Art/Soc Building
College Park, MD 20742-1315

References

- Crandal, R. (1973). The measurement of self-esteem and related constructs, Pp. 80-82 in J.P. Robinson & P.R. Shaver (Eds), **Measures of social psychological attitudes. Revised edition**. Ann Arbor: ISR.
- Rosenberg, M. (1965). **Society and the adolescent self-image**. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Wylie, R. C. (1974). **The self-concept. Revised edition**. Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press.

Příloha č. 4

Eating Attitudes Test- Eating Disorder

EAT © David M. Garner & Paul E Garfinkel (1979), David M. Garner, et al., (1982)

Age Sex: F M Height: Current Weight:
 Highest Weight: Lowest Adult Weight:

Education: if currently enrolled in college/ university, are you a:

Freshman Sophomore Junior Senior Grad Student

If not enrolled in school, level of education completed:

Jr. High/ Middle School High School College Post College

Ethnic / Racial Group:

African American Asian American European American Hispanic
 American Indian Other

Do you participate in athletics at any of the following levels:

Intramural Inter-collegiate Recreational High School Teams

Please Circle a Response for Each of the Following Statements:

Question	Always	Usually	Often	Sometimes	Rarely	Never
1. Am terrified about being overweight	3	2	1	0	0	0
2. Avoid eating when I am hungry.	3	2	1	0	0	0
3. Find myself preoccupied with food.	3	2	1	0	0	0
4. Have gone on eating binges where I feel I may not be able to stop.	3	2	1	0	0	0
5. Cut my food into small pieces.	3	2	1	0	0	0
6. Aware of the calorie content of foods I eat.	3	2	1	0	0	0
7. Particularly avoid food with a high carbohydrate content (bread, rice, potatoes, etc.)	3	2	1	0	0	0
8. Feel that others would prefer if	3	2	1	0	0	0

I ate more.						
9. Vomit after I have eaten.	3	2	1	0	0	0
10. Feel extremely guilty after eating	3	2	1	0	0	0
11. Am preoccupied with a desire to be thinner.	3	2	1	0	0	0
12. Think about burning up calories when I exercise.	3	2	1	0	0	0
13. Other people think I'm too thin.	3	2	1	0	0	0
14. Am preoccupied with the thought of having fat on my body.	3	2	1	0	0	0
15. Take longer than others to eat my meals.	3	2	1	0	0	0
16. Avoid foods with sugar in them.	3	2	1	0	0	0
17. Eat diet foods.	3	2	1	0	0	0
18. Feel that food controls my life.	3	2	1	0	0	0
19. Display self-control around food.	3	2	1	0	0	0
20. Feel that other pressure me to eat.	3	2	1	0	0	0
21. Give too much time and thought to food.	3	2	1	0	0	0
22. Feel uncomfortable after eating sweets.	3	2	1	0	0	0
23. Engage in dieting behavior.	3	2	1	0	0	0
24. Like my stomach to be empty.	3	2	1	0	0	0
25. Have the impulse to vomit after meals.	3	2	1	0	0	0
26. Enjoy trying new rich foods.	0	0	0	1	2	3

Please respond to each of the following questions:

1. Have you gone on eating binges where you feel that you may not be able to stop? (Eating much more than most people would eat under the circumstances). No

YES , If YES, on average, how many times per month in the last 6 months?

2. Have you ever made yourself sick (vomited) to control your weight or shape? No

YES , If YES, on average, how many times per month in the last 6 months?

3. Have you ever used laxatives, diet pills or diuretics (water pills) to control your

weight or shape? No YES If YES, on average, how many times per month in the last 6 months?

4. Have you ever been treated for an eating disorder? No YES If YES, when?

5. Have you recently thought of or attempted suicide? No YES , If YES, when?

Scoring System for the EAT-26 Responses for each item (# 1-26) are weighted from zero to three, with a score of 3 assigned to the responses farthest in the “symptomatic” direction , a score of 2 for the immediately adjacent response, a score of 1 for the next adjacent response and a 0 score assigned to the three responses farthest in the “asymptomatic” direction.

<p>Total Score: Add the values circled for questions 1-26 above:</p> <p>Items are assigned to three subscales as follows:</p>	<p>EAT Score TOTAL _____</p>
<p>Dieting subscale items: 1, 6, 7, 10, 11,12,14,16, 17, 22, 23, 24, 25</p>	<p>Subscale Score: _____</p>
<p>Bulimia and Food Preoccupation subscale items: 3, 4, 9, 18, 21, 26</p>	<p>Subscale Score: _____</p>
<p>Oral control subscale items: 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20 To determine subscale scores, add together all item scores for that particular subscale.</p>	<p>Subscale Score: _____</p>