

VZŤAH K VLASTNÉMU TELU A PREJAVY RIZIKOVÉHO SPRÁVANIA DOSPIEVAJÚCICH V SYSTÉME NIŽŠIEHO SEKUNDÁRNEHO VZDELÁVANIA

RELATION TO OWN BODY AND RISK BEHAVIOR EXPRESSIONS OF ADOLESCENTS IN THE SYSTEM OF LOWER SECONDARY EDUCATION

Abstrakt: V príspevku prezentujeme čiastkové výsledky výskumnej aktivity, ktorá sa týka vzťahu rizikového správania a kvality blízkych vzťahov dospievajúcich. Vychádzame z Jessorovej koncepcie Syndróm rizikového správania v dospievaní. Dáta sme získali od viac ako 1000 dospievajúcich všetkých krajov Slovenska. Boli vo veku 10 až 16 rokov. Navštevovali základné školy. Vo výskumne sme použili 38-položkový Dotazník rizikového správania (Čerešník, 2016) v modifikovanej podobe. Predpokladali sme vzťah medzi BMI a prejavmi rizikového správania. V príspevku prezentujeme výsledky poukazujúce na štatisticky významné vzťahy. Môžeme konštatovať, že proporcie tela reprezentované BMI pôsobia ako dôležitá premenná pri niektorých prejavoch rizikového správania.

Príučové slová: vzťah k telu; BMI; rizikové správanie; dospievanie.

Abstract: In the contribution we present the partial results of the research activity which bears on the risk behavior and the quality of the close relations of the adolescents. As a theoretical base we start with the Jessor's concept of the Syndrome of the Risk Behavior in the Adolescence. We acquire the data from the more than 1000 of adolescents from all regions of Slovakia. They were in the age from 10 to 16. They visited the elementary schools. In the research we used the 38-items Questionnaire of the Risk Behavior (Čerešník, 2016) in the modified version. We assumed the relation between BMI and the risk behavior expressions. In the contribution we present showing the statistically significant relations. We can state that proportion of the body represented by BMI effect as the variable in the case of the some risk behavior expressions.

Keywords: relation to body; BMI; risk behavior; adolescence.

1. Úvod

Niektoré výskumné závery hovoria o tom, že viac ako polovica dospievajúcich sa aspoň raz v živote správa rizikovo (Smartová et al., 2004). Nás zaujímalo, či súvisia prejavy rizikového správania s telesným sebaopätím. Veľmi silné zacielenie spoločenských noriem na žiaduci výzor vytvára normu pre to, ako má ideálne telo vyzeráť. Naplno sa s týmto normatívom stretáva človek v období dospievania. Norma týkajúca sa vzhľadu zahŕňa to, aká postava je atraktívna a oceňovaná. S tým je spojené aj začlenenie dospievajúceho do rovesníckych interakcií, sociálna atraktivita. Sila rovesníckych väzieb sa v dospievaní zintenzívňuje. Dospievajúci sa emancipuje od rodičov a jeho referenčnými osobami sa stávajú rovesníci a ich prijatie. Na zaradenie sa do rovesníckej skupiny používajú dospievajúci rôzne sociálne stratégie, medzi ktoré patrí aj zvyšovanie vlastnej sociálnej atraktivity prostredníctvom produkcie nejakej formy rizikového správania. Cieľom tohto príspevku je pohľad na produkciu vybraných typov rizikového správania vo vzťahu k telesnej konštitúcii dospievajúceho (vyjadrenej prostredníctvom indexu BMI).

Pojem „rizikové správanie v dospievaní“ sa v odbornej literatúre objavuje relatívne krátko, hoci treba povedať, že fenomén, ktorý sa za týmto pojmom skrýva má s určitosťou dlhšie trvanie. V spracovaní témy vychádzame zo štúdií Jessora, ktorý od 70-tych rokov 20-teho storočia realizoval série výskumov zameraných na psychosociálny vývin v období dospievania (napr. Jessor, Jessor, 1977). Jeho longitudinálne výskumné sledovanie dospievajúcich vo veku 14 až 22 rokov viedlo k formulácii dvoch základných konceptov s označením *syndróm rizikového správania* (risk behavior syndrom) a *syndróm problémového správania* (problem behavior syndrom). Ide o súbory symptomatických jednotiek, o ktorých predpokladáme, že vznikajú na rovnakom podklade. Postupne sa pre tieto dva syndrómy vžil jednotný názov „*syndróm rizikového správania v dospievaní*“ – SRS-D (risk behavior syndrome in adolescence; RBS – A), v ktorom zásadnú úlohu zohráva posledná časť, tzn. „v dospievaní“. Tá naznačuje, že niektoré z prejavov správania sú problematické len vo vzťahu k veku, resp. k obdobiu dospievania.

Jessor prináša aj informáciu o účele SRS-D. Predpokladá (Jessor, 1991), že rizikové správanie dospievajúceho má svoj účel naviazaný na (1) pozitívne uspokojenie vo vývinových problémoch, (2) riešenie aktuálneho osobného problému

alebo (3) náhradu niečoho, čo mu chýba. Langmeier a Matějček (2011) v súvislosti s posledným menovaným hovoria o kompenzácii deprivačnej skúsenosti. Všetky tieto benefity identifikované Jessorom (1991) majú zrejme pre dospievajúcich dostatočnú silu na to, aby ignorovali závažné dôsledky svojho správania, ako sú napríklad predčasné tehotenstvo, látkové či nelátkové závislosti, školské neúspechy a pod. Zároveň však platí, že dospievajúci sa správajú rizikovo len v niektorých oblastiach a v ostatných je ich fungovanie primerané.

Zo správ WHO (2014a, 2014b) vyplývajú závery vzťahujúce sa k prejavom rizikového správania dospievajúcich. Hovoria o tom, že narastá podiel šikanujúceho správania (rozdiely medzi krajinami môžu byť aj 50 %), vo vekovej skupine 12 až 18 ročných je 15 %-ná prevalencia suicíd, 70 % dospievajúcich vo veku 13 až 15 rokov komunikuje skúsenosť so sexom (rozdiely v regiónoch sú veľké). Každý/každá člen/členka vo vekovej skupine 15+ vypil/vypila na Slovensku v roku 2010 priemerne 13 litrov čistého alkoholu, na Slovensku v roku 2011 vo vekovej skupine 15+ fajčilo 39 % mužov a 19 % žien (WHO, 2014a, 2014b). To sú niektoré z alarmujúcich čísel, ktoré poukazujú na opodstatnenosť vymedzenia rizikového správania v troch kategóriách podľa Jessora (1991) a na nutnosť identifikácie rizikového správania v skorých fázach dospievania.

Vymedzenie rizikového správania však nie je jednoznačné a momentálne neexistuje všeobecný konsenzus v tom, čo sú závažné kategórie sýtiace spomínaný pojem. Viacero autorov a autoriek (Miovský, Zapletalová, 2006; Dolejš, 2010; Nielsen Sobotková, 2014) pristupuje k tomuto problému značne diverzifikovane. V jednom sa však mnohé definície zhodujú. Rizikové správanie je inkluzívny pojem, ktorý v sebe zahŕňa rozmanité formy správania od najmenej závažných (z hľadiska škodlivosti pre organizmus a jeho okolie, napr. záškoláctvo, vzdorovité správanie) až po tie najzávažnejšie (napr. suicidálne tendencie, užívanie psychoaktívnych látok).

Legitímnou otázkou je, či existujú nejaké faktory, ktoré môžu prispieť k rozvoju SRS-D a naopak, či existujú faktory, ktoré dospievajúcich chránia? Môžeme povedať, že áno, existujú. Označujeme ich ako rizikové faktory (spúšťače) a protektívne faktory. Sú rozdelené do troch skupín: (1) individuálne, (2) rodinné, (3) sociálne. Vo vzťahu k téme príspevku sa zameriame na skupinu faktorov, ktoré identifikuje Jessor (1998) v skupine individuálnych faktorov. K rizikovým faktorom zaraďuje zanedbávanie a zneužívanie, poruchy správania, genetickú záťaž, nízku sebadôvera a sebaúctu, chronické ochorenie, zlý školský prospech, nízke aspirácie, neistú perspektívu budúcnosti, beznádej, nezamestnanosť, priateľov s nevhodným správaním, príslušnosť k sociálne vylúčeným menšinám, tehotenstvo, vlastné rodičovstvo. Naopak protektívne pôsobiacimi faktormi sú vysoká inteligencia, vysoká sebaúcta a sebadôvera, pozitívna perspektíva budúcnosti, sociálne spôsobilosti, schopnosť sebakontroly, pozitívne pôsobiaci rovesníci, pozitívna orientácia na školu, pozitívna orientácia na zdravie, religiozita, dobrovoľníctvo. Protektívne nastavenie podmienok vývinu dospievajúcich nemusí však byť dostatočným predpokladom pôsobiacim proti rizikovým faktorom. Jessor (1991) uvádza, že zdravý životný štýl v zmysle podpory telesného zdravia veľmi málo chráni pred vznikom problémového správania. Úlohu protektívnych faktorov však netreba podceňovať, najmä v psychosociálnej rovine. Dryfoosová (1990) zistila, že dospievajúci, ktorí chodia radi do školy, majú dobré známky a školu vnímajú ako pozitívnu skúsenosť, sú vo výrazne menšej miere ohrození zapojením sa do rizikového správania. Opakovaná pozitívna skúsenosť so školským prostredím, zapojenie sa do školských aj mimoškolských aktivít, dôsledkom ktorých je pozitívne definované školské sebapoňatie dieťaťa, je teda faktorom, ktorý do veľkej miery znižuje možnosť, že sa deti zapoja do problémových aktivít.

Sebapoňatie je možné chápať ako hypotetický konštrukt, vysvetľujúci správanie a prežívanie človeka (Blatný, 2003) a tvoria ho poznatky a presvedčenia o sebe samom (Macek, 2008). Self-koncept zahŕňa predstavy a hodnotiace súdy, ktoré o sebe človek má ako aj komplexný vzťah k sebe samému (Blatný, Plhánková, 2003; Smékal, 2009). Jeho integrálnou súčasťou je sebahodnotenie ako mentálna reprezentácia emočného vzťahu k sebe, ktoré sa utvára na základe sebapoznania a sociálneho porovnávania (Macek, 2008; Smékal, 2009; Tomšík, 2014). Fialová (2001) uvádza, že vysoké sebahodnotenie súvisí s dobrým zdravím, pozitívnym sociálnym správaním, úspechom, spokojnosťou a je predpokladom subjektívneho pocitu pohody. Naopak nízke sebahodnotenie je spojené s rizikovým zdravotným správaním a sociálnymi problémami.

Sebapoňatie má viacero zložiek, ktoré sa viažu na človeka a sociálne prostredie, v ktorom žije. Na základe toho môžeme hovoriť napr. o školskom sebapoňatí, pracovnom sebapoňatí, ale aj o telesnom sebapoňatí. Jednotlivé zložky sebapoňatia sú relatívne autonómne. Platí však obojstranne ovplyvňujúci vzťah, tzn. všeobecné sebapoňatie ovplyvňuje kvalitu jednotlivých zložiek a kvalita jednotlivých zložiek sebapoňatia ovplyvňujú celkové sebapoňatie. Ak sa teda zameriavame na vzťah telesného sebapoňatia a všeobecného sebapoňatia, môžeme predpokladať, že to, ako vnímame naše vlastné telo významne ovplyvňuje naše vnímanie seba ako osobnosti, a to vrátane emočného vzťahu, postoja, cieľov a konkrétneho správania.

Po prvýkrát sa pojem telesná schéma (body-schema) objavila v neurofyziologickom výskume Heada v roku 1911 a rozumel sa ním model, ktorý si človek tvorí na zachytenie svojho tela, jeho pohybu a polohy (Grogan, 2000). O psychologické a sociologické aspekty vnímania tela sa zaujímal Schilder (1923), ktorý operoval s pojmom Körperschema. Neskôr sa v jeho práci objavuje dodnes používaný pojem body image, ktorým označoval obraz vlastného tela vytváraný

v mysli človeka. Grogan (2000) vníma body image ako spôsob rozmýšľania človeka o svojom tele, ako ho vníma a cíti (zahŕňa emócie spojené s vnímaním tvaru a veľkosti vlastného tela, odhad veľkosti tela a názor na jeho rozmer). Sejčová (2008) uvádza, že telesné sebaopätie (body-image) je tvorené perцепčným komponentom, ktorý vypovedá o miere presnosti odhadu rozmeru a tvaru vlastného tela; emocionálny komponent hovorí o stupni spokojnosti alebo nespokojnosti s vlastným telom a behaviorálny komponent zahŕňa vyhýbanie sa situáciám, ktoré sú príčinou diskomfortu spojenou s telesným zovňajškom.

Vo výskume sme sa zamerali na schopnosť odhadnúť, či je vlastná hmotnosť účastníka v norme, alebo je vyššia/nížšia ako norma stanovená rozpätím indexu BMI (modifikovaná pre dospelujúcu populáciu). Rovnako nás zaujímal aj behaviorálny komponent telesného sebaopätia vo vzťahu k rizikovému tráveniu času vo virtuálnej realite.

2. Metóda

Základný súbor nášho výskumu tvorili žiaci/žiačky 5. až 9. ročníkov základných škôl. Zastúpenie v jednotlivých krajoch Slovenska bola nasledovná: bratislavský N = 19992, trnavský N = 21267, trenčiansky N = 20876, nitriansky N = 24741, žilinský N = 28340, bansko-bystrický N = 23960, prešovský N = 34083, košický N = 23913 (ÚIPŠ, 2018). Celkový počet žiakov/žiačok navštevujúcich 5. až 9. ročník základných škôl v školskom roku 2017/2018 bol 203 172.

Výskumnú vzorku tvorilo 1011 dospelujúcich priemerného veku 12,75 roka (štandardná odchýlka 1,483). Podiel chlapcov a dievčat bol 470 : 500 (41 neuviedlo údaj o pohlaví). Zastúpenie ročníkov bolo nasledovné: 5. ročník N = 213, 6. ročník N = 210, 7. ročník N = 198, 8. ročník N = 174, 9. ročník N = 180. Výskum bol realizovaný vo všetkých krajoch Slovenska.

Vo výskume sme použili *Dotazník rizikového správania* (DRS). Pochádza z roku 2016 od Čerešníka. V tomto výskume bola použitá modifikovaná 38-položková verzia. Participujúce/participujúce si vyberali z troch až ôsmich možností odpovede – vždy vo vzťahu k obsahu položky. Dotazník je vnútorne štrukturovaný do 6 subškál:

- *Rodina a denné rituály* (RDR) zahŕňa položky vzťahujúce ku každodenným aktivitám rodiny a všeobecnému hodnoteniu vzťahu s rodičmi. Príklad položky: *Ako by si hodnotil/hodnotila rodinné pravidlá v tvojej rodine?* Možné bodové rozpätie v tejto subškále je 0 až 15 bodov.
- *Škola a kamarátstva* (ŠKK) zahŕňa položky orientované na hodnotenie vzťahu k škole a školužiackam/spolužiakom. Príklad položky: *Ako hodnotíš nároky, ktoré majú tvoje učiteľky/tvoji učitelia voči tebe?* Možné bodové rozpätie v tejto subškále je 0 až 9 bodov.
- *Závislostné správanie* (ZSP) zahŕňa položky o užívaní najčastejšie sa vyskytujúcich psychoaktívnych látok. Príklad položky: *Koľkokrát si pil/pila alkohol?* Možné bodové rozpätie v tejto subškále je 0 až 38 bodov.
- *Delikventné správanie* (DSP) zahŕňa položky o problematickom správaní súvisiacom s ničením cudzieho majetku a rešpektovaním autority. Príklad položky: *Koľkokrát si falšoval/falšovala podpis rodičov?* Možné bodové rozpätie v tejto subškále je 0 až 32 bodov.
- *Šikanovanie* (ŠIK) zahŕňa položky orientované na vnímanie seba ako obete šikanovania. Príklad položky: *Koľkokrát ti niekto ublížil na internete?* Možné bodové rozpätie v tejto subškále je 0 až 16 bodov.
- *Nevhodné stravovacie návyky a pohybové aktivity* (NSP) zahŕňa položky o pasívnom trávení voľného času a nevhodných vzorcov stravovania. Príklad položky: *Koľkokrát za týždeň konzumuješ surovú zeleninu?* Možné bodové rozpätie v tejto subškále je 0 až 27 bodov.

Pre potreby tohto príspevku prezentujeme výsledky vo vybraných položkách.

3. Výsledky

Výsledky prezentujeme v tabuľkách 1 až 14. Pri analýze sme použili metódu chí-kvadrátu. Akceptovali sme štandardnú hladinu signifikancie $\alpha \leq 0,05$. Porovnávali sme tri skupiny dospelujúcich: (1) s nízkym BMI (nižšie ako 16), (2) s normálnym BMI (16 až 28) a (3) vyšším BMI (vyššie ako 28). BMI sme počítali na základe údajov o výške a hmotnosti dospelujúcich, ktoré uviedli v Dotazníku rizikového správania (Čerešník, 2016).

V tabuľkách sme zvýraznili hodnoty, ktoré mohli ovplyvniť významnosť zistených rozdielov medzi sledovanými skupinami. Tým nechceme naznačiť, že ostatné hodnoty musia byť nevyhnutne neproblémové. Konkrétne problémové hodnoty komentujeme v diskusii.

Tab. 1: Hmotnosť dospievajúcich a posúdenie vlastnej hmotnosti

			hmotnosť podľa BMI			Σ
			nízka	normálna	vyššia	
posúdenie vlastnej hmotnosti	primeraná	N	39	529	22	590
		%	78,0%	69,8%	15,9%	62,4%
	trochu vyššia	N	4	161	64	229
		%	8,0%	21,2%	46,4%	24,2%
	vyššia	N	3	36	38	77
		%	6,0%	4,7%	27,5%	8,1%
	problematická	N	4	32	14	50
		%	8,0%	4,2%	10,1%	5,3%
Σ		N	50	758	138	946
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 175,802$ $df = 6$ $p < 0,001$

Tab. 2: Hmotnosť dospievajúcich a pokusy o redukciu hmotnosti

			hmotnosť podľa BMI			Σ
			nízka	normálna	vyššia	
pokusy o redukciu hmotnosti	0 krát	N	37	329	23	389
		%	74,0%	43,4%	16,9%	41,2%
	1 krát	N	7	138	11	156
		%	14,0%	18,2%	8,1%	16,5%
	2-3 krát	N	2	142	37	181
		%	4,0%	18,7%	27,2%	19,2%
	4-5 krát	N	2	41	22	65
		%	4,0%	5,4%	16,2%	6,9%
	6 a viac krát	N	2	108	43	153
		%	4,0%	14,2%	31,6%	16,2%
Σ		N	50	758	136	944
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 97,794$ $df = 8$ $p < 0,001$

Tab. 3: Hmotnosť dospievajúcich a vzťah k škole

			hmotnosť podľa BMI			Σ	
			nízka	normálna	vyššia		
vzťah k škole	rád/rada chodím do školy	N	7	101	25	133	
		%	14,0%	13,4%	18,2%	14,1%	
	teším sa na spolužiakov / spolužiačky	N	33	515	74	622	
		%	66,0%	68,1%	54,0%	66,0%	
	nemám rád/rada školu	N	10	140	38	188	
		%	20,0%	18,5%	27,7%	19,9%	
	Σ		N	50	756	137	943
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 10,409$ $df = 4$ $p = 0,034$

Tab. 4: Hmotnosť dospelých a hodnotenie školského výkonu

			hmotnosť podľa BMI			Σ
			nízka	normálna	vyššia	
hodnotenie vlastného výkonu v škole	bez problémov	N	11	129	17	157
		%	22,0%	17,0%	12,2%	16,6%
	drobné problémy	N	32	458	73	563
		%	64,0%	60,5%	52,5%	59,5%
	väčšie problémy	N	7	146	36	189
		%	14,0%	19,3%	25,9%	20,0%
	ľahostajnosť	N	0	24	13	37
		%	0,0%	3,2%	9,4%	3,9%
Σ	N	50	757	139	946	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

$\chi^2 = 21,058$ $df = 6$ $p = 0,002$

Tab. 5: Hmotnosť dospelých a fajčenie cigariet

			hmotnosť podľa BMI			Σ
			nízka	normálna	vyššia	
fajčenie cigariet počas života	0 krát	N	45	571	87	703
		%	90,0%	75,2%	63,0%	74,2%
	1-5 krát	N	5	116	34	155
		%	10,0%	15,3%	24,6%	16,4%
	6-11 krát	N	0	16	7	23
		%	0,0%	2,1%	5,1%	2,4%
	12-19 krát	N	0	10	1	11
		%	0,0%	1,3%	,7%	1,2%
	20 a viac krát	N	0	46	9	55
		%	0,0%	6,1%	6,5%	5,8%
Σ	N	50	759	138	947	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

$\chi^2 = 21,236$ $df = 8$ $p = 0,007$

Tab. 6: Hmotnosť dospelých a prvá skúsenosť s cigaretami

			hmotnosť podľa BMI			Σ
			nízka	normálna	vyššia	
prvá skúsenosť s cigaretami	nikdy	N	45	572	90	707
		%	90,0%	76,0%	64,7%	75,1%
	pred 13. rokom	N	5	110	26	141
		%	10,0%	14,6%	18,7%	15,0%
	po 13. roku	N	0	71	23	94
		%	0,0%	9,4%	16,5%	10,0%
	Σ	N	50	753	139	942
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 16,951$ $df = 4$ $p = 0,002$

Tab. 7: Hmotnosť dospelých a pitie alkoholu

			hmotnosť podľa BMI			Σ
			nízka	normálna	vyššia	
pitie alkoholu počas života	0 krát	N	37	396	59	492
		%	74,0%	52,2%	42,4%	51,9%
	1-5 krát	N	10	254	56	320
		%	20,0%	33,5%	40,3%	33,8%
	6-11 krát	N	2	53	6	61
		%	4,0%	7,0%	4,3%	6,4%
	12-19 krát	N	1	15	9	25
		%	2,0%	2,0%	6,5%	2,6%
	20 a viac krát	N	0	41	9	50
		%	0,0%	5,4%	6,5%	5,3%
Σ	N	50	759	139	948	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

$\chi^2 = 25,610$ $df = 8$ $p = 0,001$

Tab. 8: Hmotnosť dospelých a trávenie času za počítačom

			hmotnosť podľa BMI			Σ
			nízka	normálna	vyššia	
denný čas za počítačom	0 hodín	N	18	280	36	334
		%	36,0%	36,9%	25,9%	35,3%
	1 hodín	N	9	166	26	201
		%	18,0%	21,9%	18,7%	21,2%
	2 hodiny	N	10	127	17	154
		%	20,0%	16,8%	12,2%	16,3%
	3 hodiny	N	6	67	24	97
		%	12,0%	8,8%	17,3%	10,2%
	4 hodiny	N	2	42	15	59
		%	4,0%	5,5%	10,8%	6,2%
	5 hodín	N	0	18	5	23
		%	0,0%	2,4%	3,6%	2,4%
	6 hodín	N	1	22	3	26
		%	2,0%	2,9%	2,2%	2,7%
7 a viac hodín	N	4	36	13	53	
	%	8,0%	4,7%	9,4%	5,6%	
Σ	N	50	758	139	947	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

$\chi^2 = 28,085$ $df = 14$ $p = 0,014$

Tab. 9: Hmotnosť dospievajúcich a hranie hier

			hmotnosť podľa BMI			Σ
			nízka	normálna	vyššia	
čas strávený hraním hier	0 hodín	N	10	228	38	276
		%	20,4%	30,5%	27,9%	29,6%
	1-2 hodiny	N	23	257	32	312
		%	46,9%	34,4%	23,5%	33,5%
	3-4 hodiny	N	7	120	32	159
		%	14,3%	16,1%	23,5%	17,1%
	5-6 hodín	N	4	73	14	91
		%	8,2%	9,8%	10,3%	9,8%
	7 a viac hodín	N	5	69	20	94
		%	10,2%	9,2%	14,7%	10,1%
Σ	N	49	747	136	932	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

$\chi^2 = 16,175$ $df = 8$ $p = 0,040$

Tab. 10: Hmotnosť dospievajúcich a krádeže rodičom

			hmotnosť podľa BMI			Σ
			nízka	normálna	vyššia	
krádež rodičom	0 krát	N	36	550	82	668
		%	72,0%	72,3%	59,4%	70,4%
	1 krát	N	10	120	27	157
		%	20,0%	15,8%	19,6%	16,5%
	2-3 krát	N	2	65	17	84
		%	4,0%	8,5%	12,3%	8,9%
	4-5 krát	N	0	7	5	12
		%	0,0%	,9%	3,6%	1,3%
	6 a viac krát	N	2	19	7	28
		%	4,0%	2,5%	5,1%	3,0%
Σ	N	50	761	138	949	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

$\chi^2 = 17,689$ $df = 8$ $p = 0,024$

Tab. 11: Hmotnosť dospievajúcich a krádeže kamarátom/kamarátkam

			hmotnosť podľa BMI			Σ
			nízka	normálna	vyššia	
krádež kamarátom / kamarátkam	0 krát	N	43	591	101	735
		%	87,8%	77,8%	73,7%	77,7%
	1 krát	N	2	104	25	131
		%	4,1%	13,7%	18,2%	13,8%
	2-3 krát	N	1	50	8	59
		%	2,0%	6,6%	5,8%	6,2%
	4-5 krát	N	2	6	0	8
		%	4,1%	,8%	0,0%	,8%
	6 a viac krát	N	1	9	3	13
		%	2,0%	1,2%	2,2%	1,4%
Σ	N	49	760	137	946	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

$\chi^2 = 16,058$ $df = 8$ $p = 0,042$

Tab. 12: Hmotnosť dospelých a zosmiešňovanie

		hmotnosť podľa BMI			Σ	
		nízka	normálna	vyššia		
obete zosmiešňovania alebo urážania	0 krát	N	18	352	57	427
		%	36,0%	46,3%	41,0%	45,0%
	1 krát	N	11	168	17	196
		%	22,0%	22,1%	12,2%	20,7%
	2-3 krát	N	8	104	26	138
		%	16,0%	13,7%	18,7%	14,5%
	4-5 krát	N	6	49	8	63
		%	12,0%	6,4%	5,8%	6,6%
	6 a viac krát	N	7	87	31	125
		%	14,0%	11,4%	22,3%	13,2%
	Σ	N	50	760	139	949
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 22,303$ $df = 8$ $p = 0,004$

4. Diskusia

Cieľom štúdie bolo zistiť, či existuje vzťah medzi telesným sebaopätím a produkciou nejakého typu rizikového správania u dospelých. Keďže sme sa v pôvodnom výskume priamo nezaoberali vnímaním vlastného tela vo všetkých jeho komponentoch, ako ich popisuje Sejková (2008), pracovali sme s indexom BMI ako normatívnym ukazovateľom a výskumný súbor sme rozdelili na tri skupiny - nízke BMI, norma, vyššie BMI.

Uvedomujeme si metodologické obmedzenie takéhoto spracovania, ale výsledky naznačujú vzťah rizikového správania dospelých a jeho hmotnosti, ktorá je mimo normy. Častejšie sa toto zistenie týka dospelých s vyššou hmotnosťou. Znížené sebavedomie a vedomie vlastnej menejcnosti u obéznych dospelých výskumne potvrdili napr. Harineková a Hvozdič (1994). Tento fakt ich môže viesť k produkcii rizikových aktivít (napr. fajčenie, pitie alkoholu, krádež rodičom), aby zapôsobili na rovesníkov a boli súčasťou rovesníckej skupiny alebo aby unikli pred odmietaním (napr. Suchá a kol., 2018).

Výsledky poukazujú na vzťah telesného sebaopätia a delikventného správania. V skupine dospelých s vyšším BMI sa jednorazovej alebo opakovanej krádeže rodičom dopustilo 40,6 % dospelých, jednorazovo kradlo aj 20 % dospelých s nízkym BMI. Jednorazová krádež kamarátom sa objavila u 18,2 % dospelých s vyšším BMI.

U dospelých s vyššou hmotnosťou sa v porovnaní s dospelými s nižšou a normálnou hmotnosťou objavuje častejšie opakované pitie alkoholu a fajčenie cigariet. Rovnako najvyššie percento dospelých z tejto skupiny (18,7 %) malo prvú skúsenosť s cigaretou pred dovŕšením 13. roku života, čo významne zvyšuje riziko závislosti v dospelosti a negatívny dopad na CNS. Výsledky potvrdzujú účelovosť rizikového správania tak, ako ju vymedzil Jessor (1998).

V oblasti percepčného komponentu body-image výsledky korešponujú so zisteniami medzinárodných štúdií HBSC z posledných rokov. Vysoké percento dospelých výskumného súboru nie je spokojných s vlastným telom - 58,8% už držalo redukčnú diétu minimálne jedenkrát. Identifikovali sme 17,4 % dospelých, ktorí majú skreslenú predstavu vlastného tela a jeho proporcie nezhodujú správne. V dôsledku skreslenej predstavy vlastného tela sme zaznamenali rizikové stravovacie návyky u 26 % dospelých s nízkym BMI a u 56,5 % dospelých s normálnym BMI; z toho 14,2 % uviedlo, že držalo redukčnú diétu 6 a viackrát.

Behaviorálny komponent telesného sebaopätia sme zachytili prostredníctvom kategórie postoj k škole a postoj k spolužiakom. U dospelých s vyššou hmotnosťou (podľa BMI) sme identifikovali signifikantne odlišný (negatívnejší) postoj k škole a spolužiakom. Toto zistenie korešponduje s nižším celkovým sebahodnotením a sebavedomím obéznejších dospelých (porovnaj Fialová, 2001) a so snahou vyhnúť sa situáciám, v ktorých prežívajú diskomfort vo vzťahu k vlastnému zovňajšku. Negatívny postoj ku škole je potvrdený aj prostredníctvom hodnotenia vlastného školského výkonu. Dospelí s vyššou hmotnosťou (podľa BMI) vypovedajú, že majú so školskou úspešnosťou veľké problémy (25,9 %) alebo im je ľahostajná (9,4 %) signifikantne častejšie v porovnaní so skupinou dospelých s nižšou a normálnou hmotnosťou.

S vyššie uvedenými zisteniami súvisí aj snaha obéznych dospelých uniknúť zo sociálnych interakcií s rovesníkmi do virtuálneho sveta počítačových hier. V skupine dospelých s vyšším BMI sme identifikovali 23,5 %

dospievajúcich, ktorí denne hrajú počítačové hry 3-4 hodiny a 14,7 % tých, ktorí hrajú 7 a viac hodín denne. Nízke sebahodnotenie v oblasti body image sa prejavuje sociálnou izoláciou a menejcennosťou vo vzťahoch, čo potvrdzuje aj naše zistenie o trávení času za počítačom. V tejto kategórii sme identifikovali podobné zastúpenie dospievajúcich s nízkym aj vyšším BMI. Viac ako 7 hodín denne pri počítači zmienilo 8,0 % dospievajúcich s nízkym BMI a 9,4 % dospievajúcich s vysokým BMI.

Snaha uniknúť zo sociálnych situácií, v ktorých sa môže dospievajúci cítiť zle kvôli svojmu telu alebo hmotnosti, môže súvisieť aj s ďalším výskumným zistením - negatívny body image je podporovaný hodnoteniami okolia (najmä rovesníkov) a má vzťah s frekvenciou prejavov šikanujúceho správania. Zosmiešňovaniu alebo urážaniu sú častejšie vystavení dospievajúci, ktorí majú nízke (64,0 %) alebo vysoké BMI (59,0 %). K podobnému výsledku sme dospeli aj v medzinárodnom komparatívnom výskume zameranom na determinanty šikanujúceho správania v strednom školskom veku – nízka alebo vysoká hmotnosť je najčastejším dôvodom šikanovania.

Záver

Výsledky nás vedú ku konštatovaniu, že proporcie tela reprezentované BMI pôsobia ako dôležitá premenná pri niektorých prejavoch rizikového správania. Môžu byť screeningovým ukazovateľom vedúcim k cielenej odbornej intervencii.

Dedikácia k projektu

Príspevok vznikol za podpory projektu ERASMUS+ 2017-1-UK01-KA201-036611: Using a GAMES approach to TEACH children about discriminatory BULLYing (GATE-BULL).

Literatúra

- Blatný, M. (2003). Sebepejetí z pohľadu sociálne-kognitívnej psychológie. In: *Temperament, inteligencia, sebepejetí*. Tišnov: Psychologický ústav Akadémie vied ČR a sdružení SCAN, pp. 92-93.
- Blatný, M. - Plháčková, A. (2003) *Temperament, inteligencia, sebepejetí. Nové pohľady na tradičné tématy psychologického výskumu*. Brno: Psychologický ústav Akadémie vied ČR.
- Čerešník, M. (2016). Hraničná zóna. Rizikové správanie v dospievaní. Nitra: PF UKF.
- Dolejš, M. (2010). *Efektívni včasná diagnostika rizikového chovania u adolescentů*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého.
- Dryfoos, J.G. (1990). *Adolescents at Risk*. New York: Oxford University Press.
- Fialová, L. (2001) *Body image jako součást sebepejetí člověka*. Praha: Karlova univerzita.
- Grogan, S. (2000). *Body image. Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing.
- Jessor, R. (1991). Risk Behavior in Adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. In *Journal of Adolescent Health*, Vol. 12, No. 8, pp. 597-605.
- Jessor, R. (1998). *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Jessor, R., & Jessor, S.L. 1977. *Problem Behavior and Psychosocial Development*. New York: Academic Press.
- Langmeier, J., & Matějček, Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolínium.
- Macek, P. (2008) Sebesystém, vztah k vlastnímu já. In J. výrost (eds.) *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing, s. 89-109.
- Miovský, M., & Zapletalová, J. (2006). Primární prevence rizikového chování na rozcestí: specializace versus integrace. In *Primární prevence rizikového chování: specializace versus integrace*. Tišnov: SCAN.
- Nielsen Sobotková, V. a kol. (2014). *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada.
- Sejčová, E. (2008) Nespokojnosť so svojím telom u vysokoškolákov. In *Psychiatria – Psychoterapia – Psychosomatika*, Vol. 15, N. 2, s. 89-101.
- Schilder, P. (1923) *Das Körperschema*. Berlin: Springer.
- Smart, D. et al. (2004). Patterns of antisocial behavior from early adolescence to late adolescence. In *Trends & Issues in crime and criminal justice series*. Canberra: Australian Institute of Criminology, No. 290.
- Smékal, V. (2009). *Pozvání do psychologie osobnosti. Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrister & Principal.
- Suchá, J., Dolejš, M., Pipová, H., Maierová, E. & Čakirpaloglu, P. (2018). Hraní digitálních her českými adolescenty. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Tomšík, R. (2014) Rozdiely v sebahodnotení študentov v európskej dimenzii. *Paidagogos*, [Aktualizované: 2014-12-31], [Citované: 2019-01-29], 2014, 2, #3. S. 20 - 38. Dostupné na www.paidagogos.net/issues/2014/2/article.php?id=3

Ústav informácií a prognóz. (2018). Štatistická ročenka – základné školy 2017/2018. Dostupné na: <
http://www.cvtisr.sk/cvti-sr-vedecka-kniznica/informacie-o-skolstve/statistiky/statisticka-rocenka-publikacia/statisticka-rocenka-zakladne-skoly.html?page_id=9601>

WHO. (2014a). *Health for the world's adolescents*. Ženeva: WHO.

WHO. (2014b). *World Health Statistics 2014*. Ženeva: WHO.

Informácie o autorovi a autorke

doc. PhDr. Michal ČEREŠNÍK, PhD.

Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, Cyprichova 42, 831 05 Bratislava, SR

mceresnik@ukf.sk

Autor prispel k vzniku článku analýzou dát, ich popisom a interpretáciou, popisom výskumnej vzorky a metód.

PhDr. Miroslava ČEREŠNÍKOVÁ, PhD.

Ústav romologických štúdií, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF, Kraskova 1, 949 74 Nitra, SR

mceresnikova@ukf.sk

Autorka prispela k vzniku článku prípravou teoretických východísk práce a interpretáciou dát.

Citácia:

Čerešník, M., Čerešníková, M. 2019. Vzťah k vlastnému telu a prejavy rizikového správania dospievajúcich v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania. In E. Maierová a kol. (Eds.) PhD. Existence IX.: Tělo a mysl, 383-393. Olomouc: UP Olomouc.