

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a sociologie

Syndrom rizikového chování mládeže

Bakalářská práce

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



Zadání bakalářské práce

Autor:	Lucie Čiperová
Studium:	P131304
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální patologie a prevence
Název bakalářské práce:	Syndrom rizikového chování mládeže
Název bakalářské práce AJ:	Syndrome of risk behaviour of youth

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce analyzuje problematiku syndromu rizikového chování v adolescenci. V teoretické části se zaměřuje na vymezení období dospívání, definici pojmu rizikové chování. Důraz je položen zejména na syndrom rizikového chování mládeže a jeho oblasti. Dále popisuje rizikové faktory, které ovlivňují vznik rizikového chování mládeže jako je rodina, škola či vrstevnické skupiny. V práci nejsou opomenuty ani protektivní faktory. V empirické části zkoumá roli osobnostních charakteristik v souvislosti se syndromem rizikového chování, a to formou dotazníků.

MATOUŠEK, Oldřich a KROFTOVÁ, Andrea. Mládež a delikvence: možné příčiny, současná struktura, programy prevence kriminality mládeže. Praha: Portál, 1998. 336 stran. ISBN 80-7178-226-2 NIELSEN SOBOTKOVÁ, Veronika. Rizikové a antisociální chování v adolescenci. Praha: Grada, 2014. 147 s. ISBN 978-80-247-4042-3 SOBOTKOVÁ, I.; BLATNÝ, M.; JELÍNEK, M.; HRDLIČKA, M., URBÁNEK, T. Typologie antisociálního chování v rané adolescenci a jeho vztah k dalším formám rizikového chování. Československá psychologie, 2009, roč. LIII, č. V, s. 428-440. ISSN 0009-062X VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie. Dětství a dospívání. Praha: Karolinum, 2012. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1

Garantující pracoviště:	Katedra sociální patologie a sociologie, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent:	PhDr. Václav Bělík, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	12.2.2015

Prohlášení

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

V Hradci Králové dne 26. dubna 2016

Lucie Číperová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucímu své práce PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D. za odborné vedení, čas, pomoc při zpracování dat a cenné rady během tvorby mé bakalářské práce.

Anotace

ČIPEROVÁ, Lucie. *Syndrom rizikového chování mládeže*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 47 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce analyzuje problematiku syndromu rizikového chování v adolescenci. Práce se ve své teoretické části zaměřuje na vymezení základních pojmů týkajících se této problematiky. Vymezení období dospívání a jeho vývojových úkolů, definici pojmu rizikové chování. Důraz je položen zejména na syndrom rizikového chování mládeže a jeho oblasti. Dále jsou v práci popsány rizikové faktory, které ovlivňují vznik rizikového chování mládeže jako je rizikový vliv rodiny, školy či vrstevnických skupin. Nejsou opomenuty ani protektivní faktory jako pohybová aktivita, protektivní vliv rodiny, školy nebo obce, které redukuje potenciální negativní účinky rizikových faktorů. Výzkumné šetření zkoumá roli osobnostních charakteristik v souvislosti se syndromem rizikového chování v dospívání, a to formou dotazníků.

Klíčová slova: syndrom rizikového chování, rizikové chování, adolescence, vývojové úkoly v adolescenci

Annotation

ČIPEROVÁ, Lucie. *Syndrome of risk behaviour of youth*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2016. 47 pp. Bachelor Degree Thesis.

The bachelor thesis analyzes the problem of syndrome of risk behaviour in adolescence. Thesis is in its theoretic part focused on the definition of basic terms concerning this problem. The term adolescence and its developmental tasks, definition of risk behaviour. Emphasis is particularly put on syndrome of risk behavior of youth and its areas. Then there are described factors that affect creation of risk behaviour of youth like risk impact of family, school or peers. Protective factors like physical activity, protective influence of family, school or locality, which reduced the potential negative effects of risk factor, are not omitted neither. Research investigation examines the role of personality characteristics in the context of risk behavior syndrome in adolescence, and this research is executed by questionnaires.

Key words: syndrome of risk behaviour, risk behaviour, adolescence, developmental tasks of adolescence

Obsah

	Úvod	8
1.	Adolescence.....	10
1.1	Vývojové změny v adolescenci.....	10
1.2	Vývojové úkoly v adolescenci	11
2.	Rizikové chování	15
2.1	Rizikové chování v adolescenci	19
3.	Syndrom rizikového chování v dospívání.....	21
3.1	Zneužívání návykových látek	23
3.2	Negativní jevy v oblasti psychosociálního vývoje.....	24
3.3	Rizikové chování v oblasti reprodukční.....	25
4.	Rizikové a protektivní faktory	26
4.1	Protektivní faktory	26
4.2	Rizikové faktory.....	29
5.	Analýza rizikového chování v adolescenci na SŠIS ve Dvoře Králové nad Labem	32
5.1	Výzkumné cíle a hypotézy	32
5.2	Výzkumný soubor a procedura	33
5.3	Popis metod.....	33
6.	Výsledky a vyhodnocení výzkumného šetření.....	36
6.1	Vztah mezi psychickou odolností a vnímanou vlastní účinností	36
6.2	Vztahy mezi psychickou odolností, vnímanou vlastní účinností a závažností projevů deprese.....	37
6.3	Vztah mezi psychickou odolností a preventivním chováním	38
6.4	Vztah mezi depresí a vybranými projevy rizikového chování u adolescentů.....	38
7.	Souhrn.....	40
	Závěr	42
	Seznam použitých zdrojů.....	44
	Seznam tabulek	47
	Přílohy.....	48

Úvod

Dospívání představuje specifickou životní etapu, jedná se o období mnoha změn ať už biologických, psychologických či sociálních. Dítě se stává dospělým, mění se jeho tělo, vnímání světa, emoční ladění, snaží se vytvořit si identitu, osamostatnit se, roste u něj vliv vrstevníků. Pro dosažení dospělosti musí projít několika vývojovými úkoly, ty ovšem může dospívající splnit z hlediska zdravého i rizikového způsobu chování. Právě adolescence je považována za nejrizikovější období z hlediska experimentování s rizikovými typy chování. V poslední době stále více adolescentů přijímá rizikový způsob života. Rizikové chování nahrazuje dříve používaný termín sociálně patologické jevy, jedná se o chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince či společnost. S rizikovým chováním a jeho důsledky souvisí převážná část úmrtí v adolescenci. (Klinika adikologie, 2011-2015, online) Světová zdravotnická organizace stanovila adolescenty jako samostatnou rizikovou populační skupinu. V souvislosti s touto problematikou zavedl R. Jessor termín „syndrom rizikového chování v dospívání“ (SRCH-D). Poukázal na to, že u dospívajících jde především o několik okruhů rizikového chování. Mezi tyto okruhy chování patří zneužívání návykových látek, poruchy chování a delikvence a rizikové sexuální chování. Závažnost projevů rizikového chování je ovlivněna protektivními faktory, které oslabují faktory rizikové. Rizikové faktory mohou zapříčinit špatnou sociální adaptaci jedince nebo negativní důsledky v oblasti fyzického a mentálního zdraví, školního výkonu a sociálního přizpůsobení. Právě z důvodu závažnosti důsledků rizikového chování jsem si vybrala syndrom rizikového chování v dospívání jako téma pro mou bakalářskou práci.

Teoretická část definuje období adolescence a změny, ke kterým v jeho průběhu dochází. Popisuje jednotlivé vývojové úkoly, které musí dospívající splnit k dosažení dospělosti. Zabývá se pojmem rizikové chování a snaží se lehce přiblížit jeho oblasti. Důraz je kladen zejména na syndrom rizikového chování v dospívání, jehož tři oblasti jsou v práci blíže popsány. Jedná se o zneužívání návykových látek, negativní jevy v oblasti psychosociálního vývoje a rizikové chování v oblasti reprodukční. Nejsou opomenuty ani protektivní a rizikové faktory, které mají výrazný vliv na vznik rizikového chování. Mezi protektivní faktory je zařazena pohybová aktivita, vlastnění

domácího mazlíčka, fungující rodina, škola, dostatek zájmových aktivit v místě bydliště, dále pak osobnostní charakteristiky, a to vnímaná vlastní účinnost a psychická odolnost. Mezi rizikové faktory je zařazena nefungující rodina, škola a negativní vliv vrstevníků.

Cílem bakalářské práce bylo ověřit moderující roli vybraných osobnostních charakteristik v rámci syndromu rizikového chování v dospívání. V práci jsem použila kvantitativní metodu výzkumu. Jako nástroj byly použity tři typy standardizovaných dotazníků a jeden dotazník vlastní konstrukce. Jednalo se o dotazníky mapující vybrané projevy rizikového chování, depresivitu, psychickou odolnost a vnímanou vlastní účinnost.

1. Adolescence

Adolescence neboli období dospívání je většinou datována od 15 do 20 (22) let. (Macek, 2003, s. 9) V základním biologickém smyslu je tato etapa spojena s biologickým zráním, zrychlením tělesného růstu a se schopností reprodukce. Zároveň probíhá řada psychických změn a dochází také k novému sociálnímu zařazení jedince. Jde o období transformace mezi dětstvím a dospělostí, a to v oblasti fyziologické, psychologické a sociální. (Sobotková, 2014, s. 26)

1.1 Vývojové změny v adolescenci

Během adolescence dochází k pohlavnímu dozrávání, hormonálním změnám a fyzickému růstu, dále se rozvíjí schopnost symbolizace, anticipace, sebereflexe a seberegulace, změny probíhají i v oblasti sociálního učení. (Sobotková, 2014, s. 26) Dospívající získává nové role a mnohé z dřívějších rolí se ve svém obsahu mění. (Macek in Vágnerová, 2014, s. 369) Hormonální proměna stimuluje změny v oblasti citového prožívání. Tyto změny se projevují kolísavým emočním laděním, větší labilitou, dráždivostí, tendencí reagovat přecitlivěle i na běžné podněty a narůstajícím emočním zmatkem. Adolescent ztrácí bývalou citovou jistotu a stabilitu. (Vágnerová, 2014, s. 390) V průběhu adolescence roste význam sebepojetí, které je stále více zapojováno do procesu regulace vlastního chování a prožívání. Vztah k vlastnímu „já“ je v tomto období ovlivňován názory a hodnoceními vrstevníků, autorit, osobně významnými osobami a také společenskými a vrstevnickými normami. (Sobotková, 2014, s. 26)

Podle profesora Macka se adolescence dělí do tří fází, a to na časnou adolescenci v časovém rozmezí zhruba 10 (11) – 13 let, střední adolescenci v rozmezí 14-16 let a pozdní adolescenci od 17 do 20 let, popřípadě i mnohem déle. V období **časné adolescence** nastartují všichni adolescenti pohlavní dozrávání, většina ho v tomto období ukončí, u některých probíhá při normálním vývoji do střední adolescence. Toto období je charakteristické probíhajícími psychickými a sociálními změnami, typické je např. zvýšení zájmu o vrstevníky opačného pohlaví, který je posilován právě projeveným pohlavním pudem a výskytem sekundárních pohlavních znaků. (Macek, 2003, s. 35-36) Jedná se také o období zvýšené emoční lability, posunů nálad k negativním rozladům, období krizí a pocitových zvrátů. (Příhoda in Macek, 2003, s. 47) Jedinec si začíná uvědomovat odlišnost své osobnosti od ostatních, jak od

vrstevníků, tak především od rodičů. Zvyšuje se jeho kritičnost, zejména rodiče a další dospělí často ztrácejí hodnotu autority. (Josselsonová in Macek, 2003, s. 63) **Střední adolescence** je z psychologického hlediska období hledání osobní identity, tedy vlastní jedinečnosti a autentičnosti. Typická je regulace vlastního chování. (Macek, 2003, s. 36) Podle Josselsonové v tomto období získávají adolescenti (zejména ve věku 14-15 let) pocit, že sami vědí co je pro ně nejlepší. Snaží se zbavit závislosti na formálních autoritách, často soupeří s rodiči. Zvyšuje se i jejich odpovědnost a závazky vůči vrstevníkům, se kterými se ve svých nových postojích vzájemně podporují. Pro většinu adolescentů v tomto věkovém období nemá dlouhá osobní perspektiva velký význam. To, co je zajímavé, je především blízká budoucnost. (Josselsonová in Macek, 2003, s. 63-64) V **pozdní adolescenci** většina dospívajících ukončuje svoje vzdělávání a snaží se nalézt pracovní uplatnění. Posiluje se sociální aspekt identity, tedy potřeba někam patřit, podílet se na něčem a něco s druhými sdílet. Jedinec se více zamýšlí nad svou osobní perspektivou, uvažuje o budoucích cílech a plánech, a to jak ve vztahu k profesi, tak i v oblasti partnerských vztahů. V období střední a pozdní adolescence odeznívá náladovost a vysoká labilita. (Macek, 2003, s. 35 - 48) Podle I. S. Kona je pro střední a pozdní adolescenci charakteristická větší extravertnost, menší impulzivnost, emocionální dráždivost a vyšší stálost. (Kon in Macek, 2003, s. 48)

1.2 Vývojové úkoly v adolescenci

Jak již bylo řečeno, adolescence je období transformace mezi dětstvím a dospělostí. Aby se mladistvý mohl stát vyzrálým dospělým, musí úspěšně zvládnout několik vývojových úkolů. Základním vývojovým úkolem v adolescenci je dosažení vlastní identity. Mezi aspekty identity podle Macka patří:

1. vědomí unikátnosti, jedinečnosti, odlišnosti od druhých
2. pocit sounáležitosti, pocit, že někam patřím
3. konzistence a kontinuita vlastní zkušenosti
4. potřeba explorační, zážitek autorství vlastního života, přijetí závazku a odpovědnosti za vlastní jednání
5. zážitek autentičnosti a pravdivosti
6. zážitek integrity

(Macek in Sobotková, 2014, s. 32)

Pro úspěšné utváření a fungování identity jako seberegulačního činitele je důležité, aby si jedinec osvojil dostatečně široké repertoárové chování, které bude zajišťovat kontinuitu aktivit i v nečekaných a obtížných životních situacích (např. úraz, rozvod, těžké onemocnění, ztráta zaměstnání) a také v situacích, kdy se otevírají nové, doposud neznámé možnosti. Správný výběr rolí a repertoáru chování má zde klíčový význam. (Macek, 2003, s. 30) Nedostatečný prostor a malá příležitost k smysluplnému začlenění do světa dospělých může vést k nežádoucím až rizikovým cestám formování vlastní identity. (Sobotková, 2014, s. 31) Ve smyslu posílení vlastní autonomie a kompetence se zde také uplatňuje konstrukt vědomí vlastní účinnosti (self-efficacy). Ten záleží na tom, jak dokáže dospívající vyhodnotit svoji minulou zkušenost a zda na základě toho získá pocit, že má dostatek zkušeností si s podobným typem úkolu poradit, tedy že nabyt dovedností, které může uplatnit při jeho řešení. Mnohé také získává tzv. zástupnou zkušeností, tj. když sleduje, jak se lidé vyrovnávají s úkoly, které on sám považuje za obtížné. Značný význam má také anticipace (očekávání) vlastního chování v konkrétní situaci. Důležitá je i flexibilita v plánování, schopnost změnit jednotlivé kroky (případně i cíl) podle měnících se podmínek situace. Vědomí vlastní účinnosti má v adolescenci zvláštní význam. V průběhu dospívání si člověk stále více uvědomuje svoji odpovědnost za vlastní život. Je nucen činit mnoho rozhodnutí, musí přijmout řadu rolí. Je-li jeho přesvědčení o vlastní účinnosti nízké, zažívá v těchto situacích často silný stres. Pokud má ale dostatečnou míru vědomí vlastní účinnosti, převládne u něj potřeba vzít novou situaci a nové podmínky jako výzvu. Mezi sociální faktory, které mohou vědomí vlastní účinnosti posilovat nebo utlumovat, patří styl výchovy a způsob vzdělávání. (Macek, 2003, s. 31)

Mezi další vývojové úkoly v adolescenci podle Havighursta patří:

1. Dosáhnout nových a zralejších vztahů s vrstevníky obou pohlaví – v období adolescence má na jedince nejvýznamnější vliv hodnocení vrstevníků. Vrstevnická skupina stanovuje standardy v oblečení, hudbě, účesech, jazyku atd. Úspěšné zvládnutí tohoto úkolu je důležité pro uspokojivé fungování partnerských nebo manželských vztahů v dalších obdobích života.
2. Dosáhnout mužské nebo ženské sociální role.
3. Akceptovat svou tělesnou konstituci.
4. Dosáhnout emoční nezávislosti od rodičů a jiných dospělých – nesplnění tohoto úkolu je často spojeno s problémy ve vytváření vztahů s vrstevníky v dospělosti.

5. Připravit se na manželství a rodinný život.
6. Připravit se na ekonomickou nezávislost – do tohoto úkolu spadá také výběr povolání a příprava na něj.
7. Osvojit si určité hodnoty a etický systém.
8. Dosáhnout společensky zodpovědného chování – podílet se na životě ve společnosti, sousedství, účastnit se činnosti ve skupině vrstevníků.

Tyto vývojové úkoly mohou být splněny jak prostřednictvím zdravého, sociálně přizpůsobeného chování, tak pomocí chování rizikového. (Sobotková, 2014, s. 32-33) Boninová, Cattelinová a Ciairanová vymezují několik způsobů a důvodů chování a jednání, které umožňují přejít období dospívání. Vymezené důvody chování pak autorky spojují s rizikovými nebo bezpečnými způsoby chování. Důvody chování v adolescenci dělí do tří skupin:

1. **Formování identity** (nápodoba dospělých, dosažení autonomie, identifikace a diferenciacce, sebepotvrzování, experimentování, překračování limitů, vyhledávání nových zážitků, vnímání vlastní kontroly a coping)
2. **Vztahy s vrstevníky** (komunikace, sdílení zážitků a emocí, sdílené rituály, napodobování, soutěživost, zkoumání reakcí a limitů)
3. **Vztahy s dospělými** (zkoumání reakcí, limitů, diferenciacce a opozice)

Jednotlivé způsoby chování (adaptace) v adolescenci:

Nápodoba dospělých – Snaha adolescentů začlenit se do světa dospělých s sebou mnohdy přináší předčasně vyspělé jednání, které je v dospělosti považováno za normální, například kouření, konzumace alkoholu nebo sexuální chování. Prostřednictvím tohoto rizikového chování mohou adolescenti prožívat pocit dospělosti. Pocit dospělosti lze ovšem zažívat také zdravými strategiemi jako je převzetí odpovědnosti nebo podílení se na práci pro komunitu například prostřednictvím dobrovolnictví.

Dosažení autonomie – Během procesu dosahování vlastní identity se má adolescent vymanit ze závislosti na nukleární rodině, názorech ostatních a dosáhnout autonomie. V případě rizikového chování adolescent ukazuje sobě i ostatním, že je schopen dělat rozhodnutí nezávisle na ostatních. (Boninová, Cattelinová, Ciairanová in Sobotková, 2014, s. 34) To se může týkat například užívání drog, sexuálního chování, stravovacích

návyků či antisociálního chování. (Silbereisen, Kastner in Sobotková, 2014, s. 35)
Bezpečnou strategií může být například rozhodnutí stát se vegetariánem.

Identifikace a diferenciac – Dosažení integrované a nezávislé identity vyžaduje identifikaci se sebou a odlišení se od dospělých, především od rodičů. Rizikovým chováním zde může být například porušování norem, bezpečným potom nošení excentrického oblečení. Během tohoto procesu vyhledávají adolescenti oporu u vrstevníků, kteří zažívají stejný vývojový proces. Identifikace a diferenciac tedy dosahují skupinově, rizikovým způsobem může být společné kouření. Zdravým způsobem může být například chození na koncerty. Příslušností k určité skupině se adolescenti liší nejen od dospělých, ale také zejména od ostatních vrstevnických skupin.

Sebepotvrzování a experimentování – Sebepotvrzování úzce souvisí s autonomií, adolescenti vyhledávají potvrzování sebe sama u druhých, hlavně u dospělých. Velmi často je sebepotvrzování a experimentování spojeno s hraním riskantních her, nebezpečným řízením auta apod.

Překračování limitů – Potřeba jít proti pravidlům a zákonům dospělých, je spojena s dosažením autonomie, nezávislosti, schopnosti činit vlastní rozhodnutí. V případě rizikového jednání jde například o užívání drog. Bezpečným chováním může být nedodržování rodinných tradic.

Vyhledávání nových zážitků – Jedná se o potřebu experimentovat s novými stavy vědomí, objevovat jiné fyzické vjemy a pociťovat nové emoce. Toto chování se může rizikově projevat užíváním drog, sexuálním chováním, riskantním řízením auta apod.

Vnímání vlastní kontroly – Potřeba kontroly vlastních skutků vede adolescenty k provádění riskantních věcí a demonstrovat tak, že jsou schopni tuto situaci zvládnout. Rizikovým chováním může v tomto případě být nebezpečné řízení auta, rizika týkající se stravování apod.

Coping (zvládání) a únik – Copingovými strategiemi při zvládnutí neúspěchu vyhovět požadavkům rodiny, školy nebo sociálního prostředí může být užívání marihuany a jiných drog, pití alkoholu, poruchy příjmu potravy a hledání útěchy v jídle.

Komunikace – Pro adolescenty je velice důležitá komunikace s vrstevníky. Některé druhy rizikového chování jsou užívány proto, aby komunikaci povzbudily, navodily

atmosféru otevřenosti a relaxace a pocitu pohody. Patří sem konzumace alkoholu, marihuany a psychotropních látek.

Sdílení zážitků a emocí – Adolescenti mají potřebu vyjádření identity se skupinou, do které chtějí patřit nebo patří. Mezi rizikové projevy chování se řadí například užívání drog.

Sdílený rituál – Pro ritualizované chování je typické opakování, nadbytečnost a zveličování konkrétních činů. Typickým příkladem je sdílení cigarety nebo marihuanového jointa v partě.

Napodobování, soutěživost – Adolescenti napodobují rizikové chování, které vidí u ostatních. Jedná se například o riskantní řízení auta, nebezpečné hry, deviantní jednání, nebezpečné sexuální chování, poruchy stravování, užívání drog.

Zkoumání reakcí a limitů – Adolescenti testují reakce dospělých, rodičů nebo učitelů. Často se chovají rizikově jen proto, aby zjistili, jak budou dospělí reagovat. Testují limity nastavené dospělými a to, co se stane, když se překročí pravidla. Rizikovým projevem jsou například poruchy příjmu potravy, užívání drog nebo deviantní chování. Bezpečným projevem může být nekonvenční oblékání.

Diferenciace a opozice – V průběhu utváření vlastní identity hledají adolescenti jiné modely, než jsou jejich rodiče a dospělí obecně. Tyto nové modely hledají především u svých vrstevníků. (Boninová, Cattelinová, Ciairanová in Sobotková, 2014, s. 35 – 36)

2. Rizikové chování

Pod pojmem rizikové chování se rozumí takové chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo pro společnost. Tento pojem nahrazuje dříve používaný termín sociálně patologické jevy, ten je jednak stigmatizující, normativně laděný a klade příliš velký důraz na skupinovou či společenskou normu. Vzorce rizikového chování se považují za soubor fenoménů, jejichž existenci a důsledky můžeme podrobit vědeckému zkoumání a které je možno ovlivňovat preventivními a léčebnými intervencemi. (Klinika adikologie, 2011-2015, online)

Rizikové chování bývá do určité míry považováno za normativní součást vývoje. Tento názor plyne ze skutečnosti, že až 50 % adolescentů se během dospívání zapojí alespoň do jedné z forem rizikového chování. (Smart a kol. in Sobotková, 2014, s. 39) Toto chování má určité typické projevy a po dosažení dospělosti v převážné většině samo odezní. (Moffitt in Sobotková, 2014, s. 39)

Mezi rizikové chování Sobotková řadí:

1. Záškoláctví
2. Lhaní
3. Agresivita, agresivní chování
4. Šikana, kyberšikana, násilné chování
5. Obecně kriminální jednání
6. Vandalismus
7. Závislostní chování
8. Rizikové chování na internetu
9. Rizikové sexuální chování
10. Rizikové chování v dopravě
11. Extrémně rizikové sporty, hazardní aktivity
12. Užívání anabolik a steroidů
13. Nezdravé stravovací návyky
14. Extremismus
15. Xenofobie, rasismus, intolerance, antisemitismus

(Sobotková, 2014, s. 40-41)

Záškoláctví

Záškoláctví lze definovat jako neomluvenou absenci žáka ve škole. Jedná se o přešůpek, kterým žák úmyslně zanedbává školní docházku. (Klinika adiktologie, 2011-2015, online) Záškoláctví je spojeno s různými důvody, nejčastěji jako důsledek touhy po dobrodružství, experimentu, souvisí s poruchami chování a učení, jako obrana před problémy ve škole. (Sobotková, 2014, s. 40)

Lhaní

Tedy tvrzení nepravdy, je obrannou reakcí, prostředek k vyhnutí se trestu nebo získání výhody. (Peterková, 2008-2015, online)

Agresivita, agresivní chování

Agrese je takové chování, které vědomě a se záměrem ubližuje, násilně omezuje svobodu a poškozují jiné osoby nebo věci. Agrese může být také obrácena vůči vlastní osobě (sebepoškozování, sebetrýznění, suicidální chování). (PCPP, online)

Šikana, kyberšikana, násilné chování

Šikanu můžeme definovat jako násilné ponižující chování jednotlivce nebo skupiny vůči slabšímu jedinci, který se nemůže této situaci vyhnout a není schopen se ubránit. (PCPP, online) Kyberšikana je šikanování jiné osoby pomocí informačních technologií (internetu, mobilních telefonů apod.) (Policie.cz, 2011, online) Násilné chování je způsob chování, při kterém je použita síla proti druhému nebo proti sobě samému. Násilím je i hrozba jejího použití, tedy zastrašování. Násilí může mít fyzickou, psychickou, sexuální, sociální či ekonomickou podobu. (Persefona, online)

Kriminální jednání

Je protiprávní jednání, tedy jednání překračující platné zákony. Kriminalita mladistvých se týká osob ve věku 15 – 18 let. (NICM, 2005, online)

Vandalismus

Jako vandalismus se označuje jednání, které má destruktivní, likvidační charakter, přitom nepřináší žádné materiální obohacení, jedná se o ničení objektů, materiálních hodnot. Toto jednání nemá zpravidla specifický motiv, je nepochopitelné, nesmyslné, iracionální. Pachatelé však přináší pocit uspokojení. (Kraus, Hronová, 2010, s. 275) Ve škole se jedná nejčastěji o poškozování majetku školy a věcí spolužáků. (Sobotková, 2014, s. 40)

Závislostní chování

Zahrnuje užívání jak legálních návykových látek – alkohol a cigarety, tak nelegálních návykových látek, ale také gambling, problémy spojené s nezvládnutým

užíváním PC, netolismus, závislost na nakupování atd. (Sobotková, 2014, s. 40)
Rizikové chování v adolescentním věku je nejvíce zastoupeno právě konzumací alkoholu, kouřením a zkušenostmi s drogami, zejména s marihuanou. Tento typ rizikového chování je dále spojen například s vrstevnickými skupinami a způsobem trávení volného času. (Sobotková, 2014, s. 47)

Rizikové chování na internetu

Patří sem návštěva nelegálních či nevhodných stránek, oslovení cizí osobou, příliš mnoho času online, otevírání spamů a reagování na ně, nelegální kopírování a stahování hudby a filmů atd.). (Sobotková, 2014, s. 40)

Rizikové sexuální chování

Rizikové sexuální chování je souborem projevů chování, které doprovázejí sexuální aktivity a současně vykazují pro jedince rizika v různých oblastech (zdravotní, sociální atd.) (Klinika adiktologie, 2011-2015, online) Patří sem například předčasný pohlavní styk, promiskuita, náhodné známosti, styk bez kondomu, prostituční chování, předčasné těhotenství atd. (Sobotková, 2014, s. 41)

Rizikové chování v dopravě

Do této kategorie můžeme zařadit neznalost dopravních předpisů, vliv návykových látek, přecenění vlastních schopností atd. (Sobotková, 2014, s. 41)

Extrémně rizikové sporty, hazardní aktivity

Hazardní aktivity na rozdíl od extrémně rizikových sportů s sebou nesou vědomé hazardování s rizikem smrti. V poslední době sem patří zejména ježdění mezi vagony metra či vlaku, boilding – lezení bez lana, building – lezení po budovách bez lana, přeskokování mezi domy ze střechy na střechu. (Sobotková, 2014, s. 41)

Užívání anabolik a steroidů

S užíváním anabolických steroidů není spojen pouze nárůst svalové hmoty, ale i značně rizikové vedlejší účinky. Mezi ně patří několik onemocnění, jako je rakovina, jaterní choroby, vysoký krevní tlak, zvýšený cholesterol, akné, gynekomastie – zvětšení prsní žlázy u muže. (Aktin, 2010, online)

Nezdravé stravovací návyky

Nejvýraznějším rizikovým chováním jsou zde poruchy příjmu potravy především anorexie a bulimie. (Sobotková, 2014, s. 45)

Extremismus

Extremismus je aktivním projevem intolerance, tedy nesnášenlivého postoje, neschopnosti a neochotě respektovat cizí názory, jednání, náboženství, morální normy, kulturu nebo fyzickou odlišnost. (Kraus, Hroncová, 2010, s. 273) Existuje několik druhů extremismu například pravicový, levicový, radikálně ekologický, náboženský, apod. (Sobotková, 2014, s. 41)

Xenofobie, rasismus, intolerance, antisemitismus

Xenofobie znamená strach z cizinců, nenávisť k nim. Antisemitismus je nenávisť a nesnášenlivost vůči Židům. (Kraus, Hroncová, 2010, s. 273) Za rasismus je obecně považován jakýkoliv negativní postoj, nerovné zacházení, případně ubližování jiným osobám nebo skupinám osob na základě příslušnosti k jinému národu, etnickému původu, kultuře, barvě pleti nebo původu. (Inkluzivní škola, 2015, online) Intolerance již byla popsána v předchozím odstavci.

2.1 Rizikové chování v adolescenci

Adolescence je vývojovým obdobím jedinečným pro porozumění patologii lidského jednání a pro identifikaci příčin neúspěšného vývoje člověka. Většina jedinců toto období překoná úspěšně bez závažných psychických, sociálních či zdravotních problémů. Ovšem v adolescenci dochází k prudkému nárůstu rizikových faktorů, které ohrožují fyzické i mentální (psychické) zdraví. V tomto období výrazně narůstá či vzniká počet psychiatrických diagnóz, nejčastěji jsou jimi deprese, problémy s chováním a poruchy příjmu potravy. K ohrožení fyzického zdraví dochází také z důvodu kouření, užívání návykových látek a nezodpovědnému sexuálnímu chování, rizikovému, riskantnímu, nechráněnému sexuálnímu styku. (Compas, Reeslund in Sobotková, 2014, s. 41)

Deprese jako nemoc postihuje podle statistik až osm procent dospívajících. Jedná se o poruchu nálady, kdy nemocný není schopen radovat se ze života, ztrácí své zájmy, sebedůvěru, energii, má zpomalené myšlení, klesá jeho výkonnost, odkládá všechny aktivity. (Uhlíková, 2006, online) Objevují se symptomy jako hyperaktivita

nebo naopak nápadný útlum, zhoršení v učení či chování, negativismus, četné somatické příznaky jako např. noční pomočování, bolesti hlavy, ranní zvracení, bolesti na hrudníku, únavnost. Velmi časté jsou různé úzkosti a fobie. Riziko sebevražedného jednání je u depresivních adolescentů 30 krát vyšší než v běžné populaci. Sebevražedné jednání má zejména u dospívajících velmi závažný charakter a je jednou ze tří nejčastějších příčin úmrtí v tomto věkovém období. (Paclt, 2001, s. 212 – 215) Často deprese provází další psychiatrická onemocnění, jako například poruchy příjmu potravy. U hospitalizovaných pacientek s poruchami příjmu potravy se uvádí výskyt některé další psychiatrické poruchy až v 97 % případů. Z toho 94% tvoří poruchy nálady, zejména deprese. (Theiner, 2011, s. 105 - 107) Pro prevenci psychopatologie a nemocí a pro podporu úspěšného a zdravého vývoje je důležité rozpoznat, kdo a proč si zvolí cestu úspěšnou a kdo se během dospívání setká se závažnými problémy. (Compas, Reeslund in Sobotková, 2014, s. 41)

Chování adolescentů slouží obecně k tomu, aby naplnili své osobně a sociálně smysluplné cíle, jako je dosažení identity či autonomie. Pro období dospívání je typická rychlost a jednoznačnost interpretací a nedostatečná integrace předchozích zkušeností do procesu rozhodování a posuzování skutečností. Adolescenti jednají v určitém kontextu, tak aby dosáhli pro ně osobně důležitých cílů, které jsou spojeny s vývojovými úkoly. (Sobotková, 2014, s. 34)

Někteří autoři přímo definují určitou mládež jako rizikovou, například Labáth považuje za rizikovou mládež adolescenty, u kterých je následkem spolupůsobení více faktorů, větší pravděpodobnost selhání v sociální a psychické oblasti. Rizikovou mládeží myslí především adolescenty, pro které jsou typické agresivní projevy a disociální chování a kteří častěji přichází do kontaktu se sociálně patologickými jevy, jako je drogová závislost, alkoholismus, kouření, kriminalita a delikvence, patologické hráčství, virtuální drogy, šikanování, vandalismus, záškoláctví, sexuální rizikové chování, sebevraždy.

K základním zdrojům rizik vývoje v adolescenci patří antisociální chování spolu s ranou sexuální aktivitou, užíváním návykových látek a nezdravými stravovacími návyky. Jako antisociální chování je označováno chování, které porušuje normy přijaté či uznávané konkrétní společností. Podstatu méně závažného antisociálního chování představuje porušování pravidel, označované také jako neposlušnost nebo problémy s chováním. Společensky závažnější forma antisociálního chování zahrnuje činy, které

již mohou naplnit právní podstatu přestupku či trestného činu. Antisociální chování, které je typické pro období adolescence představují především všechny typy méně závažných forem antisociálního chování jako fyzické souboje, poškozování cizího majetku a krádeže. Typologií antisociálního chování v adolescenci se zabýval Moffitt, ten rozlišil dvě skupiny adolescentů s antisociálním chováním: u první skupiny je antisociální chování přítomné celoživotně, u druhé je limitováno do období dospívání. Pro první, méně početnou skupinu je typické, že je tvořena převážně chlapci, u kterých se antisociální chování objevuje již v předškolním věku, mají neuropsychologické a temperamentové obtíže a nepříznivou rodinnou anamnézu. Druhou skupinu tvoří dospívající, u kterých se předpokládá, že jejich antisociální chování je zejména odpovědí na vývojové úkoly adolescence. (Sobotková a kol., 2009, s. 428-429)

Jako kritické období po rozvoj rizikového chování se ukazuje zejména raná adolescence (11 let), kdy dochází ke strmému nárůstu všech forem rizikového chování. S postupujícím věkem antisociální chování v převážné většině samo odeznívá, a to po dosažení dospělosti, nebo dokonce podle studie Smarta a kol., již ve věku 17-18 let. (Sobotková a kol., 2009, s. 430)

3. Syndrom rizikového chování v dospívání

Jak již bylo řečeno, experimentování s rizikovými způsoby chování je v období adolescence do jisté míry považováno za součást vývoje. Většinou takové chování s věkem odezní samo, přičemž ve většině případů nepřekročí hranici trestného činu. Toto chování bývá velmi často účelové, například pomáhá řešit aktuální potřeby jako zvýšit vlastní sebevědomí, pocit identity, sebedůvěru, zapojit se do skupiny vrstevníků apod., to však nesnižuje možné nebezpečí následků. Za nejrizikovější období je ve vyspělých zemích považována právě adolescence. V současné době čím dál více dospívajících přijímá rizikový způsob chování. Mladý člověk si ovšem v období adolescence neuvědomuje následky tohoto chování. S rizikovým chováním a jeho důsledky souvisí převážná část úmrtí v adolescenci. Světová zdravotnická organizace (WHO) považuje adolescenty za samostatnou rizikovou populační skupinu. (Sobotková, 2014, s. 45)

Problematikou vzniku rizikového chování v adolescenci se zabývá teorie profesora Richarda Jessor, který společně s manželkou formuloval teorii

problémového chování a na ni navazující syndrom problémového chování. Jessor definuje problémové chování jako „chování, které je sociálně definováno jako problém, jako zdroj obav nebo jako nepřijatelné vzhledem k normám obecné společnosti.“ (Jessor in Sobotková, 2014, s. 43) Postupně se vžilo označení syndrom rizikového chování v dospívání SRCH-D (risk-behavior syndrom – RBS, problem behavior syndrom - PBS) Termín syndrom rizikového chování v dospívání (dále SRCH-D) znamená, že pokud se adolescent chová rizikově v jedné oblasti, bude se takové chování pravděpodobně rozšiřovat na více oblastí. Do SRCH-D patří podle Jessora negativní postoj ke vzdělávání, záškoláctví, zneužívání návykových látek, agresivita a delikvence, vyhyčavé chování ve vztahu k rodičům a předčasné zahájení sexuálního života. Z výzkumu manželů Jessorových vyplynulo, že všechny formy problémového chování spolu pozitivně korelují, naopak negativně korelují s tzv. konvenčním chováním jako je například pozitivní postoj ke škole, zapojení do prosociálních aktivit. Různé formy rizikového chování také stejně nebo podobně korelují s osobnostními a sociálními proměnnými.

SRCH-D se tedy podle Jessora opírá o tři skupiny faktorů:

1. Biologické – pohlaví, hormonální systém, tělesná konstituce, fyzická odolnost vůči bolesti, vrozené handicap apod.
2. Psychologické – rysy osobnosti, sebepojetí, hodnotová orientace, postoje.
3. Sociální kontext – sociodemografické charakteristiky, prostředí, rodina, vrstevníci, sociální chování adolescenta.

(Sobotková, 2014, s. 43)

Sobotková řadí mezi SRCH-D tři oblasti, které se navzájem kombinují, usnadňují společně svůj vznik a mají společné příčiny. Mezi tyto oblasti patří:

1. Zneužívání návykových látek
2. Negativní jevy v oblasti psychosociálního vývoje – maladaptace, poruchy chování, agrese, delikvence, kriminalita, sociální fobie, sebepoškozování, suicidalita
3. Rizikové chování v oblasti reprodukční – předčasný sex, předčasné rodičovství (těhotenství před devatenáctým rokem), časté střídání partnerů, pohlavní nemoci

(Sobotková, 2014, s. 45)

3.1 Zneužívání návykových látek

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je syndrom závislosti skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání. Charakteristická je silná touha brát psychotropní látky, alkohol nebo tabák. (Nešpor, 2011, s. 9-10) U dospívajících se závislost na návykových látkách vytváří podstatně rychleji, k čemu potřebuje dospělý roky nebo desítky let, stihne dospívající i řádově během měsíců. Existuje u nich také větší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, menší zkušenost a sklon k riskování. K nejčastějším příčinám smrti u dětí a dospívajících patří úrazy, otravy a další násilné příčiny smrti, s čímž úzce souvisí zneužívání návykových látek, zejména alkoholu. Je zde také vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky. Také je u dospívajících častější tendence zneužívat širší spektrum návykových látek současně, což opět zvyšuje riziko otrav a dalších komplikací. U dospívajících závislých na návykových látkách bývá patrně zřetelné zaostávání v psychosociálním vývoji (oblast vzdělávání, citového vyžívání, sebekontroly, sociálních dovedností atd.) Alkohol a patrně i jiné drogy narušují vyvážení sítí mozkových buněk, které v dospívání probíhá, a vedou ke znevýhodnění těchto dospívajících. (Nešpor, 2011, s. 53)

Podle Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) byl v roce 2011 zaznamenán pokles zkušeností s nelegálními drogami. Z nelegálních drog uváděli respondenti nejčastěji zkušenosti s užíváním konopných látek (42,3 %). Na dalších místech se objevovaly zkušenosti s užíváním léků se sedativním účinkem (10,1 %), s čicháním rozpouštědel (7,8 %) a s užitím halucinogenních hub (6,9 %). Zkušenosti s LSD (5,1 %), extází (3,3 %) a amfetaminy (2,0 %) byly mezi studenty méně časté, zkušenosti s drogami typu heroin a kokain byly v populaci šestnáctiletých minimální (1,4 %, resp. 1,1 %). Ve věkové skupině 15–19 let mělo odhadem v ČR alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou (především konopnými látkami) asi 250 tisíc osob, opakovanou zkušenost (více než 5krát v životě) asi 100 tisíc osob. Podíl denních kuřáků zůstává dlouhodobě zhruba na stejné úrovni. Podle studie denně kouřilo v roce 2011 celkem 25 % šestnáctiletých, z nich bylo 8 % silných kuřáků (vykouřilo denně 11 a více cigaret). V užívání alkoholických nápojů u chlapců vzrostl výskyt pravidelného pití piva a destilátů, u děvčat vína a destilátů. Nadměrné pití alkoholu (5 a více sklenic při jedné příležitosti) více než 3krát v posledním měsíci

konzumovalo 21 % studentů. Konzumace alkoholu dospívajícími tedy zůstává dlouhodobě závažným problémem. (drogy-info.cz, online, 2015)

Drogovou závislostí mohou být ohroženy nejen dospívající z dysfunkčních rodin, tedy ti, kteří jako malí neměli možnost naučit se jiným než maladaptivním vzorcům chování, ale i ti, kteří vyrůstali ve spořádaném hyperprotektivním rodinném prostředí. (Jedlička, 2001, s. 111)

3.2 Negativní jevy v oblasti psychosociálního vývoje

Richard Jessor zjistil, že SRCH-D zastává určitou funkci v psychosociálním vývoji jedince. Přináší mu významnou pozitivní satisfakci v jeho vývojových potížích, pomáhá mu řešit současnou osobní nesnáz nebo mu nahrazuje něco, co momentálně postrádá. Pokud jsou snahy odstranit svou nesnáz řešeny rizikovým chováním, mohou přinášet závažné důsledky jako je vývoj závislosti na drogách, školní neúspěch až zanechání studia, problémy se zákonem, předčasné těhotenství a jiné. Je proto potřeba hledat zdravé alternativy, které by u dospívajícího plnily stejnou funkci, například posilovaly jeho sebevědomí, snižovaly úzkost, umožňovaly zdravé vztahy s vrstevníky, vyplnily prázdnotu atd. (Kabíček, Csémy, Hamanová a kol., 2014, s. 33)

Do kategorie negativních jevů v oblasti psychosociálního vývoje můžeme zařadit sociální maladaptaci – tedy poruchu přizpůsobování, problémové, silně konfliktní až patologicky nepřizpůsobivé chování ve společnosti. Dále do této kategorie patří poruchy chování, které charakterizujeme jako odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, či na úrovni svých rozumových schopností. (Vágnerová, 2004, s. 779) Agresivní chování, jako další negativní jev v oblasti psychosociálního vývoje, můžeme definovat jako porušení sociálních norem, omezující práva a poškozující živé bytosti či neživé objekty. (Vágnerová, 2004, s. 757) Dalším negativním jevem je delikvence mladistvých, což je činnost porušující nejen právní, ale i společenské normy. (ostrovzl.cz, online) Souvisejícím, užším pojmem je kriminalita, tedy souhrn činů uvedených v trestním zákoníku obvykle popisovaných podle prostoru, času, rozsahu, struktury a pohybu. V obecném slova smyslu se jedná o zločinnost, tedy společenský jev, kterým se rozumí souhrn trestné činnosti.

Trestná činnost mladistvých je ve většině případů páchána pod vlivem momentální situace (převládá emotivní motivace oproti rozumové). Impulsem pro

trestnou činnost bývá v řadě případů alkohol, případně jiná návyková látka zvyšující agresivitu a nepřiměřené reakce. Příprava trestné činnosti bývá nedokonalá, obvykle chybí plánování, častá je i nedostatečná příprava vhodných nástrojů ke spáchání trestného činu. Trestná činnost mladistvých se vyznačuje neúměrnou tvrdostí, která se projevuje devastací, ničením předmětů či znehodnocením zařízení. Mladí pachatelé často odcizují předměty, které momentálně potřebují, nebo které se jim líbí (např. automobily, motocykly, videa, televizory, oblečení, zbraně, nože, alkohol, cigarety, léky apod.). (NICM, online, 2015) Kriminalita mládeže je často páchána v partách. (Matoušek, Kroftová, 1998, s. 83)

Mezi další negativní jevy v oblasti psychosociálního vývoje patří sociální fobie. Lidé trpící sociální fobií cítí nervozitu a napětí ve společnosti jiných lidí, nejčastěji se jedná o strach z odmítnutí, kritiky nebo hodnocení druhými. Mají obavy o to, co si o nich budou myslet druzí, touží udělat dobrý dojem, jsou však přesvědčeni o tom, že udělají ten nejhorší. Sociální fobie se projevuje strachem ze sociálních situací, často začíná v dospívání. Častým důsledkem je závislost na alkoholu nebo jiných drogách, které krátkodobě snižují napětí a úzkost. Dalším důsledkem jsou častější epizody depresivní nálady a pokusy o sebevraždu (Praško, 2005, s. 19-24) Sebevraždu můžeme definovat jako násilné jednání charakteristické úmyslem dobrovolně ukončit vlastní život. (Vágnerová, 2004, s. 489) Sebepoškozování je pak záměrné ubližování si ve snaze vypořádat se s nepříjemnými duševními stavy, projevuje se zraňováním vlastního těla a je signálem vážného psychického problému. Sebepoškozování ovšem není spojeno s vědomým přáním se zabít. (Spondea, online, 2012)

3.3 Rizikové chování v oblasti reprodukční

Sexuálně rizikové chování je soubor projevů chování, které doprovázejí sexuální aktivity a zároveň vykazují rizika v oblasti zdravotní, sociální a v dalších oblastech. Takový typ chování může být přítom ve společnosti relativně častým jevem (např. nechráněný pohlavní styk při náhodné známosti, promiskuitní chování nebo rizikové sexuální praktiky). Do této oblasti patří také kombinace více typů rizikového chování (např. kombinace užívání návykových látek a rizikového sexu) a také nové trendy zvyšující riziko především v oblasti sociální (např. zveřejnění intimních fotografií na internetu, jejich zasílání mobilním telefonem, či nahrávání na video). Tyto aktivity totiž přinášejí vysoké riziko zneužití takového materiálu. (prevence-praha.cz,

online) Zařadit sem můžeme také předčasný sex, předčasné rodičovství a pohlavní nemoci. (Sobotková, 2014, s. 45)

Podle E. Ericksona je zapotřebí, aby před vývojovou fází intimity předcházelo nalezení vlastní identity. Určité osobnostní zralosti většina adolescentů ovšem dosahuje až ke konci dospívání. Předčasnost je tedy dána nezralostí obou partnerů ve sféře psychosociální a ukazuje se, že i motivace k zahájení pohlavního života jsou často jiné než později, a to nevhodné. Nejčastěji je to emocionální stres nebo tlak vrstevníků a vrstevnické skupiny, která má falešný a komerčí podporovaný obraz normy v tomto věku. Závažná je také biologická nezralost dívky, především v časně a částečně i střední fázi dospívání (v průměru do 16 - 17 let). Především jde o nezralost v obraně proti infekčním nemocem při pohlavním životě. (Hamanová, Kabíček, online, 2001)

Puberta a dospívání jsou životním obdobím, v němž se podstatně formují schopnosti mladých lidí pro dospělé sexuální chování, v tomto období se modelují první pevnější citové vztahy, probíhá učení se životu v páru. Osvojují se postoje k základním etickým hodnotám, jako je věrnost, stálost, spolehlivost a zodpovědnost. V období puberty jsou lidé nejzranitelnější špatnými výchovnými vlivy a špatnými příklady. Jedná se o období, kdy si mladý člověk nejnáze osvojí eticky defektní konzumní vztah k sexualitě. Etické defekty získané v tomto období je pak obtížné v dospělosti měnit. (Zvěřina, 2003, s. 55) Otevřená sexuální výchova je zdrojem zodpovědného a méně impulzivního přístupu mladých lidí k sexualitě, mladí lidé se musí naučit převzít zodpovědnost a vyhýbat se riziku. (Zvěřina, 2003, s. 249)

4. Rizikové a protektivní faktory

4.1 Protektivní faktory

Protektivní faktory jsou charakteristiky, které v interakci s nepřízní nebo protivenstvím redukují či eliminují potenciální negativní účinky rizikových faktorů. (Šolcová, 2009, s. 14) Jsou to také faktory, které napomáhají resilienci, tu můžeme definovat jako souhrnný výsledek dynamických procesů vzájemného působení mezi adolescentem, rodinou a prostředím v průběhu času. Mírou resilience se rozumí úspěch v dosažení vývojových cílů. (Šolcová, 2009, s. 11) Protektivní faktory můžeme dělit na:

1. Faktory kompenzační – aspekty jedince nebo prostředí, které dokáží neutralizovat vliv škodlivých faktorů. Patří sem například víra, optimismus aj. (Ugar in Šolcová, 2009. s. 14)
2. Faktory z odolňující – napomáhají posilovat resilienci. Jedná se o stresující situace zvladatelné úrovně, které, pokud jedinec překoná, mají podobný vliv jako očkování u fyzických nemocí. (Rutter in Šolcová, 2009, s. 15)

Existuje několik mechanismů, jakými uplatňují protektivní faktory svůj vliv. Jednak může protektivní faktor redukovat účinek rizikového faktoru tím, že posílí vnitřní psychologické charakteristiky (např. sebevědomí dítěte), nebo podpoří jeho kognitivní hodnocení dané stresové události. Dále může mít protektivní faktor ten vliv, že dítě vybaví schopností vyrovnat se s rizikovým faktorem. Nebo může protektivní faktor zabránit vystavení dítěte rizikovému faktoru, což ovšem není pravý protektivní účinek, ale spíše vyhnutí se riziku. (Šolcová, 2009, s. 26)

Mezi protektivní faktory Šolcová řadí pohybovou aktivitu, vlastnění domácího zvířete, protektivní faktory na úrovni rodiny, protektivní faktory ve škole a protektivní faktory na úrovni obce.

Pohybová aktivita

Protektivní vliv pohybové aktivity můžeme rozdělit na přímý a nepřímý. Nepřímý účinek spočívá v tom, že pohyb umožní odklon od stresujících myšlenek nebo aktivit a zmírní stres prostřednictvím kognitivních procesů a emocí. Přímý vliv pohybové aktivity na zvládání stresujících situací probíhá prostřednictvím psychofyziologických mechanismů. (Šolcová, 2009, s. 35)

Domácí zvíře

Ničím nepodmiňovaná láska domácího zvířete a jeho ochota člověku naslouchat z něj činí významnou sociální sílu, která může člověku dokonce nahradit některé chybějící vztahy. Pozitivní vliv domácích zvířat se uplatňuje i v terapeutických programech. Kontakt se zvířetem naučí člověka komunikaci, empatii, pečovatelskému a výchovnému chování, důvěře, odpovědnosti apod. Vlastnictví domácího zvířete přispívá k pozitivnímu sebepojetí, autonomii a sebevědomí člověka. (Šolcová, 2009, s. 35-36)

Rodina

Pro dítě je důležitá fungující rodina, která dítě respektuje a poskytuje mu emoční oporu. Je důležité, aby dítě mělo alespoň jednoho významného dospělého na své straně. Podle Garmezyho měly děti, které se vyznačovali resiliencí, rodiče, kteří se zajímali o jejich vzdělání a podíleli se na něm, vedli dítě k tomu, aby si plnilo každodenní školní povinnosti. Znali a podporovali zájmy a cíle dítěte. Ovšem dobrý vztah s rodiči může „přebít“ nepříznivé sociální prostředí ve čtvrti, ve které dítě žije, jen do určité míry. Bezpečně dítě ochrání pouze při nízké koncentraci sociálních rizik. Protektivní vliv rodiny má tedy svá omezení.

Škola

Škola představuje svou možností každodenního mnohahodinového působení významný zdroj resilience. (Šolcová, 2009, s. 42) Podle Coxové škola sice nemůže suplovat rodinu, ale může ji doplnit tím, že poskytne:

- Stabilitu (pravidel, uspořádání, vztahů)
- Soudržnost (společné aktivity, třída, dobrá komunikace mezi dětmi a dospělými, respekt dospělých k dítěti)
- Stimulující a podporující prostředí
- Dospělé, kteří mají o dítě zájem a poskytnou mu vzor hodný následování
- Sociální kontakty
- Pocit náležitosti
- Prostor pro osobní rozvoj

Škola může přispět k pocitu dítěte, že je úspěšné, také k pocitu autonomie, identity, sebeúcty, odpovědnosti a sebekontroly. (Šolcová, 2009, s. 42)

Protektivní faktory na úrovni obce

Mezi tyto faktory patří různé zájmové, sportovní či náboženské organizace, do kterých dítě dochází. Je důležité, aby trenér, vedoucí kroužku, farář aj. měli k dítěti dobrý vztah, věřili v jeho potenciál a dali mu příležitost, aby se uplatnilo. (Šolcová, 2009, s. 43)

Z hlediska osobnostních charakteristik můžeme mezi protektivní faktory zařadit již zmíněnou **vnímanou vlastní účinnost** (self-efficacy). Sebeúčinnost nebo také sebeuplatnění v Bandurově pojetí ovlivňuje myšlení, motivaci i city lidí, které rozhodují o cíli jednání. Self-efficacy nevyrůstá pouze ze schopnosti, být něčeho schopen ještě neznamená být přesvědčen o tom, že je jedinec něčeho schopen. Vnímaná vlastní účinnost je produktem komplexních procesů kognitivního zpracování různých zdrojů informací relevantních pro sebeúčinnost a je zprostředkována přímým i zástupným působením a fyziologickou zpětnou vazbou.

Bandura navíc zjistil, že slabé self-efficacy má přímý vliv na růst deprese, což se podle něj děje třemi různými způsoby: a) prostřednictvím nenaplněných aspirací, b) neschopností rozvíjet interpersonální vztahy uspokojivým způsobem, tedy nízkým sociálním self-efficacy, c) nedostatečnou kognitivní kontrolou nad myšlenkami o vlastní neschopnosti. Z toho vyplývá, že podpora zvyšování self-efficacy v různých oblastech mění ohrožující prostředí v bezpečné. Tedy že důvěra ve vlastní kompetenci kontrolovat události, které mohou vstupovat do jedinceho života, představuje ochranný faktor proti pocitům marnosti a malomyslnosti. (Urbánek, Čermák, 1997)

Mezi další protektivní faktor z hlediska osobnostních charakteristik můžeme zařadit **psychickou odolnost**. Ta je definována jako schopnost vyrovnávat se s životními situacemi společensky přiměřeně, bez patologických reakcí. Úroveň psychické odolnosti závisí na vrozených vlastnostech, věku, životních zkušenostech, na získaných postojích k sobě samému a na současném stavu organismu. (Hartl, 2000, s. 367)

4.2 Rizikové faktory

Rizikovými faktory rozumíme stresory, které zvyšují u dospívajícího pravděpodobnost špatné adaptace nebo negativních důsledků v oblasti fyzického zdraví, mentálního zdraví, školního výkonu a sociálního přizpůsobení. Obvykle se jedná o traumatické životní události, socioekonomické znevýhodnění, rodinný konflikt, dlouhodobé vystavení násilí, vážné problémy rodičů, jako je alkoholismus, závislost na drogách, kriminalita nebo duševní choroba. (Šolcová, 2009, s. 13)

Wernerová popsala jako vysoce rizikové faktory:

- Chudobu
- Střední až těžké perinatální komplikace

- Vývojové nepravidelnosti a zpoždění
- Genetické abnormality a psychopatologii u některého z rodičů

Jako další zdroje stresu dětí a adolescentů popsala:

- Dlouhodobou absenci primární péče v prvním roce života
- Narození sourozence do dvou let věku dítěte
- Vážné a opakované dětské nemoci
- Chronickou chorobu rodiče
- Duševní chorobu rodiče
- Sourozence s handicapem, výukovými problémy či problémovým chováním
- Chronické rodinné neshody
- Absenci otce
- Ztrátu zaměstnání nebo dočasnou nezaměstnanost rodičů
- Změnu bydliště
- Změnu školy
- Nový sňatek matky a příchod nevlastního otce do rodiny
- Odchod nebo smrt staršího sourozence či blízkého kamaráda
- Umístění do pěstounské péče

Rizikové faktory mají kumulativní efekt, může se jich tedy vyskytovat více najednou. Naštěstí má tento efekt protipól v kumulativním efektu protektivních faktorů, které spolupůsobí a vzájemně se posilují. (Šolcová, 2009, s. 29)

Rodina jako rizikový faktor

Rizikovým faktorem pro dítě je nepochybně nepřítomnost rodiče v rodině, nejčastěji otce. Děti vychovávané jen jedním z rodičů mají podle mezinárodních srovnávacích studií o něco horší výsledky ve škole, víc zdravotních a psychických problémů, více střetů se zákonem než děti, které vyrůstají s oběma rodiči. Důležitou roli hraje také výchova rodičů. Je potvrzeno, že v rodinách delikventně se chovajících adolescentů se rodiče méně starají o vytvoření zábran v asociálním chování dětí nebo mají nekonzistentní výchovný styl, tedy jednou dítě za přestupek trestají, jindy ho za totéž netrestají. Také příliš tvrdá disciplína zahrnující agresivní chování rodiče k dítěti může podporovat delikvenci dítěte. Rodič, který se chová delikventně, nadměrně pije, bere drogy, je často zaměstnaný nebo má podobné projevy sociální

nepřizpůsobivosti, také zvyšuje pravděpodobnost, že dítě bude během dospívání přestupovat meze zákona. Také mnoho otevřených konfliktů v rodině podporuje vznik delikventního jednání mladistvého. (Matoušek, Kroftová, 1998, s. 40-48)

Škola jako rizikový faktor

Ve školní třídě si děti velmi brzy začínají tvořit „subkultury“, které již mohou být zárodkem antisociálních part, a to už u dětí na prvním stupni základní školy. Jejich vzniku může napomáhat neangažovanost učitele, respektive jeho zřetelné preferování či zatracování některých dětí. Učitelův nezáměr či agresivita mohou být také živnou půdou pro šikanování ve třídě, a to tak, že učitel svým chováním agresorům označí jedince, který je v nějakém ohledu nedostačivý a jehož pak děti napadají. Vyšší riziko sociálního selhání mají děti špatně ve škole prospívající, s vyšším potenciálem agresivity, s vlastní subkulturou mimo třídu. Vývoji směrem ke kriminalitě mladistvého může napomáhat reakce školy na zjištěné antisociální chování. Přehlížení zcela zjevných přestupků, nejasná pravidla týkající se žádoucího chování, deptání žáků v procesu trestání, nemožnost odčinit přestupek, neobjektivní rozhodování učitelů a ředitele či obviňování rodičů může být rizikové. (Matoušek, Kroftová, 1998, s. 77-79)

Vliv vrstevníků jako rizikový faktor

Hlavním prostředkem při hledání vlastního „já“ má být vrstevnická skupina, která je v období dospívání hlavní skupinou, zastiňující svým vlivem všechny ostatní skupiny, včetně rodiny. Obzvlášť pro rizikovou mládež z dysfunkčních rodin je vrstevnická parta důležitá. Jak již bylo řečeno dříve, kriminalita mládeže je páchána skoro vždy v partách či v neformálních vrstevnických skupinách. Delikventní party vznikají z podskupin mladých lidí, kteří se dobře znají z jedné instituce. Tyto skupiny se buď plně vymknou běžným mechanismům sociální kontroly, nebo se kontrole vymknou pouze v době svého volna. Některé party jsou ke kriminální činnosti přivedeny tím, že tráví čas v hernách a na diskotékách a pokud jim na tento způsob života dojdou prostředky, začnou si je opatřovat drobnými krádežemi. Jiné party vede ke kriminalitě nuda. (Matoušek, Kroftová, 1998, s. 83-85)

5. Analýza rizikového chování v adolescenci na SŠIS ve Dvoře Králové nad Labem

5.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Syndrom rizikového chování v dospívání je aktuálním tématem, jehož důsledky jsou pro dospívající jedince velice závažné. Souvisí s nimi převážná část úmrtí v adolescenci. Proto jsem se rozhodla tímto tématem zabývat. Syndrom rizikového chování zahrnuje tři oblasti projevů. Všechny tři oblasti (zneužívání návykových látek, negativní jevy v oblasti psychosociálního vývoje, rizikové sexuální chování) se vyskytují společně a mají stejné rizikové a protektivní faktory.

Důležitou roli v etiologii syndromu rizikového chování v adolescenci hrají také osobnostní faktory, které ovlivňují závažnost experimentování s rizikovým typem chování. Hlavním cílem empirické části práce je ověřit moderující roli vybraných osobnostních charakteristik (psychická odolnost, vnímaná vlastní účinnost) v rámci SRCH-D. Dílčím cílem je:

- zjistit základní vztahy mezi vybranými protektivními faktory a rizikovým chováním v adolescenci
- zjistit vztahy mezi depresí a závažností projevů SRCH-D
- zjistit vztahy mezi psychickou odolností a závažností projevů SRCH-D

Na základě prostudované literatury a definovaných cílů práce byly stanoveny tyto hypotézy:

H1: Vyšší hodnoty CSOC souvisejí s vyšší vlastní vnímanou efektivitou (SE)

H2: Vyšší hodnoty CSOC souvisejí s méně závažnými projevy deprese

H3: Vyšší hodnoty vlastní vnímané efektivity (SE) souvisejí s méně závažnými projevy deprese

H4: Vyšší hodnoty CSOC souvisejí s chováním podporujícím zdraví

H5: Deprese zvyšuje závažnost projevů sebepoškozování a poruch příjmu potravy

H6: Deprese je spojena s menší schopností chovat se preventivně

5.2 Výzkumný soubor a procedura

Výzkumné šetření proběhlo začátkem dubna roku 2016 na Střední škole informatiky a služeb ve Dvoře Králové nad Labem. Po domluvě se školou byly oslovenými respondenty studenti prvních ročníků oborů kosmetička, cestovní ruch, druhého ročníku oboru kadeřnice a třetího ročníku oboru cestovní ruch. Na studenty jsem při vyplnění dotazníků dohlížela osobně společně s vyučujícím. Studenti byli poučeni jakým způsobem dotazníky vyplňovat a byli požádáni o samostatnost při vyplňování z důvodu zachování anonymity.

Připraveno bylo 100 dotazníků, ovšem z důvodu nedostatku studentů na škole v den šetření jich bylo rozdáno 80, přičemž 5 z nich nebylo vyplněno úplně, proto byly z výzkumu vyřazeny (94%).

Výzkumný soubor tvoří adolescenti ve věku 15-21 let, průměrný věk respondentů je 17 let. Výzkumu se zúčastnilo 65 žen a 10 mužů.

5.3 Popis metod

Pro výzkum jsem zvolila kvantitativní metodu formou dotazníků, což mi umožnilo oslovit větší počet respondentů. Jako výzkumný nástroj byly použity tři typy standardizovaných dotazníků a jeden dotazník vlastní konstrukce. Jednalo se o dotazník mapující vybrané projevy rizikového chování, dotazník mapující depresivitu, dále dotazník zkoumající psychickou odolnost a dotazník mapující vnímanou vlastní účinnost (self- efficacy). Z dotazníků byl vytvořen sešit, který obsahoval části zkoumající vybrané projevy rizikového chování, psychickou odolnost a vnímanou vlastní účinnost, dotazník mapující depresivitu byl vložen zvlášť do sešitu. Každý dotazník obsahoval instrukce k vyplnění, na začátku dotazníku měli respondenti uvést základní informace - třídu, věk, pohlaví. Vyhodnocení probíhalo pomocí šablon k jednotlivým dotazníkům.

Dotazník chování ovlivňující zdraví v dospívání

Dotazník vlastní konstrukce mapuje hlavní projevy chování ovlivňující zdraví v adolescenci (symptomy rizikového chování v adolescenci). Dotazník tvoří 12 oblastí, které spadají do syndromu rizikového chování v dospívání včetně preventivního chování. Do rizikových oblastí jsem zařadila záškoláctví, rizikový životní styl, rizikové chování na internetu, poruchy příjmu potravy spolu se sebepoškozováním, užívání léků

bez lékařského předpisu, rizikové sexuální chování, drobná kriminalita, agresivní chování, sázení, rizikové sporty, lhaní a podvody. Konkrétně tyto oblasti zjišťovaly následující aktivity: **záškoláctví** – neodůvodněná absence ve škole, záměrné vyhýbání se zkoušení, pozdní příchod do školy nebo předčasný odchod ze školy, **rizikový životní styl** – kouření cigaret, pití alkoholu, kouření marihuany, pití nápojů bohatých a kofein a tein, užívání tanečních drog, užívání chemických látek při sportu, **rizikové chování na internetu** - hraní na PC a z toho plynoucí neplnění povinností, sledování nevhodných stránek na internetu, oslovení cizí osobou, trávení času na sociálních sítích v takové míře, že mi to neumožňuje věnovat se jiným aktivitám, **poruchy příjmu potravy a sebepoškozování** – experiment s jídelním chováním (držení diet, vyvolávání zvracení, hladovění), sebepoškozování, zdobení těla bez mechanického poškození, přejídání se, konzumace sladkostí a slaných pochutin, zdobení těla (tetování, piercing, ozdobné jizvy), **užívání léků bez lékařského předpisu** (léky proti bolesti, na spaní aj.), **rizikové sexuální chování** – pohlavní styk, střídání sexuálních partnerů, pohlavní styk bez kondomu, **drobná kriminalita** – rušení nočního klidu po 22. hodině, ničení a poškozování věcí spolužáků či majetku školy, dopouštění se drobných krádeží, rvačky, **agresivní chování** – nadávky, posměšky a ironické poznámky k druhým lidem, ponižování a zesměšňování druhých, agresivní chování vůči členům rodiny, týrání zvířat, otevřené projevy nepřátelství a agrese k lidem jiného etnika či národnosti, **sázení** – hraní a sázení na výherních automatech, sázení prostřednictvím internetu, hraní placených her, **rizikové sporty** – pohybové aktivity ohrožující zdraví a život, **lhaní a podvody**. Dotazník dále obsahuje oblast preventivního chování, tedy **chování podporující zdraví**. Konkrétně tato oblast zkoumala, zda se respondenti věnují aktivitám, které považují za uklidňující a relaxační, ráno vydatně snídají, jí vyváženou a rozmanitou stravu, tráví volný čas fyzickou aktivitou nebo sportem, spí 7-8 hodin denně. Dotazník celkem obsahoval 39 otázek, které byly zpřeházeny. Respondenti měli za úkol hodnotit, jak často se u nich jednotlivé chování za poslední rok vyskytovalo, a to pomocí škály 1 – 5, přičemž hodnota 1 znamenala nikdy, hodnota 5 pravidelně. Celkové skóre bylo zjištěno součtem hodnot a vydělením počtem jednotlivých položek. Takto byl zjištěn koeficient rizika.

Dotazník CSOC

Dotazník CSOC (The Children Sense of Coherence scale) zkoumá psychickou nezdolnost či odolnost. V roce 1994 byl zkonstruován a v praxi ověřen profesorkou Margalitovou. Český překlad provedl na konci roku 1994 profesor Jaro Křivohlavý. Dotazník se dělí do tří osobnostních komponent. První oblast zahrnuje **srozumitelnost**, tedy vnímání a chápání podnětů z okolí, do které spadá 5 položek. Druhá kategorie se týká **zvládnutelnosti**, tedy pocitu kontroly, důvěry, sebejistoty, že to „zvládnou“. Tato část obsahuje 7 položek. Třetí částí je **smysluplnost**, která obsahuje 4 položky a zjišťuje radost ze smysluplnosti, zahrnuje motivaci a zájem o činnosti, život a dění v něm. Zbývající tři položky mají funkci tzv. distraktorů (mají buď upoutat pozornost, rozptýlit či pobavit, jsou ukazatelem toho, jak respondent porozuměl otázce, do celkového výsledku se nezapočítávají). Respondenti měli u každé položky na výběr ze čtyř možností na škále četnosti (1 = nikdy, 4 = vždy). Před vyhodnocením bylo nutné u některých položek nejprve převrátit hodnoty. Poté se u daných položek sečtou vybrané hodnoty. Celkovým součtem hodnot pak zjistíme celkovou hodnotu CSOC skóre. Čím je skóre vyšší, tím vyšší je odolnost vůči zátěži.

Dotazník self – efficacy

Dotazník vnímané vlastní účinnosti zjišťuje optimistické sebepojetí, účinnosti vlastního působení a vnímání schopnosti zvládat problémy. Jeho autory jsou R. Schwarzer a M. Jerusalem. Respondenti odpovídali na 10 výroků, které se vztahovaly k vnímané vlastní účinnosti. Měli si představit sami sebe v obvyklých, každodenních situacích a problémech, které řeší. Měli za úkol posoudit, zda s výrokem souhlasí/nesouhlasí. 1 = silně nesouhlasím, 2 = nesouhlasím, 3 = mírně souhlasím, 4 = silně souhlasím. Součtem zvolených hodnot získáme výsledek.

CDI Sebeuposuzovací škála depresivity

Pro zjištění depresivity u adolescentů byl použit dotazník CDI (Childens's Depression Inventory), ten je považován za první standardizovanou sebeuposuzovací škálu depresivity u dětí. Autorem je M. Kovacs a tvůrcem příručky M. Preiss. Dotazník měří aktuální stav jedince nebo jeho změny. Umožňuje také posoudit náladu podle pěti subškál (A - špatná nálada, B - interpersonální potíže, C - nevykonnost, D - anhedonie E - snížené sebehodnocení). Dotazník obsahuje 27 položek, přičemž v každé položce

respondenti volí jednu ze tří možností. Nula znamená absenci symptomu, jednička pak znamená mírné projevy symptomu, dvojka ukazuje výrazné projevy depresivního chování. Pro vyhodnocení dotazníku se používá šablona, pomocí které se sčítají jednotlivé subškály. Vysoké skóre znamená zvýšené riziko problému.

6. Výsledky a vyhodnocení výzkumného šetření

6.1 Vztah mezi psychickou odolností a vnímanou vlastní účinností

Tabulka 1 Korelace mezi CSOC a SE

	CSOC	CO	MA	ME	SE
CSOC	1				
Srozumitelnost	0,74	1			
Zvládnutelnost	0,81	0,43	1		
Smysluplnost	0,66	0,44	0,24	1	
Self efficacy	0,39**	0,34**	0,33**	0,20*	1

Vysvětlivky: CSOC = psychická odolnost, Self-efficacy = vnímaná vlastní účinnost, * korelace průkazné na hladině 0,05, ** korelace průkazné na hladině 0,01.

Tabulka 1 vykazuje statisticky významné vztahy mezi psychickou odolností a vnímanou vlastní účinností. Vnímaná vlastní účinnost kladně koreluje s celkovou psychickou odolností ($r = 0,39^{**}$), srozumitelností ($r = 0,34^{**}$), zvládnutelností ($r = 0,33^{**}$) a smysluplností ($r = 0,20^*$). Vyšší hodnoty psychické odolnosti tedy souvisí s vyšší mírou vnímané vlastní účinnosti, smyslem pro porozumění, pocitem zvládnutelnosti a smysluplnosti života.

6.2 Vztahy mezi psychickou odolností, vnímanou vlastní účinností a závažností projevů deprese

Tabulka 2 Korelace mezi CSOC, self-efficacy a vybranými projevy depresivního ladění

	CSOC	SE	CDI	A	B	C	D	E
CSOC	1							
SE	0,39**	1						
CDI	-0,64**	-0,35**	1					
A	-0,51**	-0,19	0,83**	1				
B	-0,39**	-0,23*	0,66**	0,45**	1			
C	-0,44**	-0,52**	0,70**	0,50**	0,33**	1		
D	-0,45**	-0,12	0,76**	0,46**	0,51**	0,38**	1	
E	-0,53**	-0,30**	0,68**	0,54**	0,31**	0,39**	0,28*	1

Vysvětlivky: CSOC = celková psychická odolnost, SE = vnímaná vlastní účinnost, CDI = celková míra depresivity, A = špatná nálada, B = interpersonální potíže, C = nevykonnost, D = anhedonie, E = snížené sebehodnocení, * korelace průkazné na hladině 0,05, ** korelace průkazné na hladině 0,01.

Podle tabulky 2 byly zjištěny významné vztahy mezi psychickou odolností a projevy depresivního ladění. S psychickou odolností záporně koreluje celková míra depresivity ($r = -0,64^{**}$), špatná nálada ($r = -0,51^{**}$), interpersonální potíže ($r = -0,39^{**}$), nevykonnost ($r = -0,44^{**}$), anhedonie ($r = -0,45^{**}$) a snížené sebehodnocení ($r = -0,53^{**}$). Můžeme tedy říci, že s vyšší hodnotou psychické odolnosti se snižují projevy depresivního ladění. Dále z tabulky vyplývá vztah mezi vnímanou vlastní účinností a projevy depresivního ladění. Vnímaná vlastní účinnost záporně koreluje s celkovou mírou depresivity ($r = -0,35^{**}$), interpersonálními potížemi ($r = -0,23^{*}$), nevykonností ($r = -0,52^{**}$) a sníženým sebehodnocením ($r = -0,30^{**}$). Z toho vyplývá, že čím vyšší je hodnota vnímané vlastní účinnosti, tím nižší je hodnota celkové míry depresivity, interpersonálních potíží, nevykonnosti a sníženého sebehodnocení.

6.3 Vztah mezi psychickou odolností a preventivním chováním

Tabulka 3 Korelace mezi psychickou odolností a preventivním chováním

	CSOC	CO	MA	ME	SE	PREV
SCOS	1					
Srozumitelnost	0,74	1				
Zvládnutelnost	0,81	0,43	1			
Smysluplnost	0,66	0,44	0,24	1		
Vnímaná vlastní účinnost	0,39	0,34	0,33	0,20	1	
Preventivní chování	0,33**	0,22*	0,18	0,37**	0,17	1

Vysvětlivky: CSOC = celková psychická odolnost, SE = vnímaná vlastní účinnost, * korelace průkazné na hladině 0,05, ** korelace průkazné na hladině 0,01.

Tabulka 3 ukazuje statisticky významný vztah mezi celkovou psychickou odolností a preventivním chováním ($r = 0,33^{**}$). Podobný vztah byl zjištěn i mezi dimenzí CSOC srozumitelnost a preventivním chováním ($r = 0,22^*$), mezi dimenzí CSOC smysluplnost a preventivním chováním ($r = 0,37^{**}$).

6.4 Vztah mezi depresí a vybranými projevy rizikového chování u adolescentů

Tabulka 4 Korelace mezi depresí a projevy rizikového chování u adolescentů

	CDI	A	B	C	D	E
CDI	1					
A	0,83	1				
B	0,66	0,45	1			
C	0,70	0,50	0,33	1		
D	0,76	0,46	0,51	0,38	1	
E	0,68	0,54	0,31	0,39	0,28	1
Záškoláctví	0,20*	0,16	0,05	0,13	0,23*	0,08
Rizikový životní styl	0,15	0,11	0,11	0,27	0,16	-0,10

Rizikové chování internet	0,16	0,24*	0,05	0,11	0,00	0,18
PPP a sebepoškození	0,49**	0,47	0,28**	0,36**	0,37**	0,26*
Rizikový sex	0,07	-0,02	0,09	0,12	0,10	-0,01
Drobná kriminalita	0,08	0,08	0,11	0,12	0,07	-0,08
Agresivní chování	0,04	0,08	-0,06	0,08	0,01	0,01
Preventivní chování	-0,30**	-0,27**	-0,20*	-0,36**	-0,13	-0,18
Sázení	-0,02	-0,03	0,08	-0,01	0,03	-0,11
Užívání léků	0,21*	0,19	0,16	0,12	0,22	0,04

Vysvětlivky: CDI = celková deprese, A = špatná nálada, B = interpersonální potíže, C = nevykonnost, D = anhedonie, E = snížené sebehodnocení, * korelace průkazné na hladině 0,05, ** korelace průkazné na hladině 0,01.

Tabulka 4 poukazuje na statisticky významný vztah mezi depresivitou a rizikovým chováním. S celkovou depresivitou pozitivně korelují zejména poruchy příjmu potravy a sebepoškození ($r = 0,49^{**}$), dále pak užívání léků bez lékařského předpisu ($r = 0,21^*$) a záškoláctví ($r = 0,20^*$). Záškoláctví pak pozitivně koreluje s anhedonií ($r = 0,23^*$). Špatná nálada pozitivně koreluje s rizikovým chováním na internetu ($r = 0,24^*$). Poruchy příjmu potravy a sebepoškození dále pozitivně korelují s interpersonálními potížemi ($r = 0,28^{**}$), nevykonností ($r = 0,36^{**}$), anhedonií ($r = 0,37^{**}$) a sníženým sebehodnocením ($r = 0,26^*$). Tabulka dále vykazuje vztah mezi preventivním chováním a depresivitou. Preventivní chování záporně koreluje s celkovou mírou depresivity ($r = -0,30^{**}$), špatnou náladou ($r = -0,27^{**}$), interpersonálními potížemi ($r = -0,20^*$) a nevykonností ($r = -0,36^{**}$). Z toho vyplývá, že čím vyšší je hodnota depresivity, tím vyšší je závažnost projevů poruch příjmu potravy a sebepoškození. Dále z tabulky vyplývá, že čím vyšší je hodnota depresivity, tím nižší je hodnota preventivního chování.

7. Souhrn

H1: Vyšší hodnoty CSOC souvisejí s vyšší vlastní vnímanou účinností (Self-efficacy)

Z tabulky 1 jasně vyplývá, že vyšší hodnoty celkové psychické odolnosti souvisí s vyšší mírou vnímané vlastní účinnosti.

Hypotéza 1 je potvrzena

H2: Vyšší hodnoty CSOC souvisejí s méně závažnými projevy deprese

Z tabulky 2 vyplývá, že vyšší hodnoty psychické odolnosti souvisejí s méně závažnými projevy deprese.

H3: Vyšší hodnoty vlastní vnímané účinnosti (Self-efficacy) souvisejí s méně závažnými projevy deprese

Tabulka 2 také ukazuje, že vyšší hodnoty vnímané vlastní účinnosti souvisí s nižší hodnotou celkové míry depresivity, interpersonálních potíží, nevykonnosti a sníženého sebehodnocení.

Hypotéza 2 a 3 se potvrdila.

H4: Vyšší hodnoty CSOC souvisejí s chováním podporujícím zdraví

Z tabulky 3 vyplývá, že vyšší hodnota psychické odolnosti podporuje preventivní chování dotázaných dospívajících.

Hypotéza 4 se potvrdila.

H5: Deprese zvyšuje závažnost projevů sebepoškozování a poruch příjmu potravy

Tabulka 4 ukazuje vztah mezi depresivitou a poruchami příjmu potravy a sebepoškozování. Z tabulky vyplývá, že čím vyšší je hodnota depresivity, tím vyšší je závažnost projevů poruch příjmu potravy a sebepoškozování.

H6 : Deprese je spojena s menší schopností chovat se preventivně

Tabulka 4 zároveň poukazuje na vztah mezi depresivitou a preventivním chováním. Čím vyšší je hodnota depresivity, tím nižší je hodnota preventivního chování. Deprese je tedy spojena s menší schopností dospívajících chovat se preventivně.

Hypotéza 5 a hypotéza 6 se potvrdila.

Závěr

Práce se snaží popsat problematiku syndromu rizikového chování v dospívání. Je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola charakterizuje období dospívání, které je kritické pro vznik rizikového chování. Vymezuje jeho jednotlivé etapy a změny, které u dospívajících probíhají, dále pak vývojové úkoly, které musí dospívající splnit pro dosažení dospělosti. Druhá kapitola se zabývá rizikovým chováním, v této části je definován pojem rizikové chování a lehce jsou přiblíženy jeho jednotlivé oblasti. Je zde vysvětleno, proč je adolescence kritickým obdobím a jaké důvody adolescenta vedou k tomu chovat se rizikově. Třetí kapitola již popisuje samotný syndrom rizikového chování v dospívání. Zaměřuje se na jeho tři oblasti, a sice zneužívání návykových látek, negativní jevy v oblasti psychosociální a rizikové chování v oblasti reprodukční. Čtvrtá kapitola se zabývá rizikovými a protektivními faktory, které ovlivňují vznik rizikového chování. Mezi protektivní faktory, tedy faktory, které redukuje či eliminují potenciální negativní účinky rizikových faktorů je zařazena pohybová aktivita, vlastnění domácího zvířete, fungující rodina, škola a dostatek zájmových aktivit v místě bydliště, dále jsou mezi protektivní faktory zařazeny osobnostní charakteristiky dospívajícího, a to vnímaná vlastní účinnost (self-efficacy) a psychická odolnost. Rizikové faktory jsou naopak charakterizovány jako stresory, které zvyšují u dospívajícího pravděpodobnost špatné adaptace nebo negativních důsledků v oblasti fyzického zdraví, mentálního zdraví, školního výkonu a sociálního přizpůsobení. Do této kategorie jsou zařazeny negativní vlivy rodiny, školy a vrstevnických part.

Cílem práce bylo ověřit moderující roli vybraných osobnostních charakteristik jako je vnímaná vlastní účinnost, psychická odolnost a deprese v rámci syndromu rizikového chování v dospívání. Výzkum byl zaměřen na studenty Střední školy informatiky a služeb ve Dvoře Králové nad Labem. K výzkumu byla použita kvantitativní výzkumná metoda, jako nástroj sloužily tři typy standardizovaných dotazníků a jeden dotazník vlastní konstrukce. Zkoumal se výskyt vybraného rizikového chování, míra psychické odolnosti, vnímané vlastní účinnosti a depresivita. Následně byly zjišťovány souvislosti mezi těmito osobnostními charakteristikami, depresivitou a rizikovým chováním, a to pomocí korelace. Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány do tabulek. Všech šest hypotéz bylo potvrzeno. Z výzkumu vyplývá, že psychická odolnost a vnímaná vlastní účinnost spolu souvisí, pokud má tedy dospívající vysokou míru těchto osobnostních charakteristik, nebude se u něj projevovat velká míra

depresivity. Dospívající disponující psychickou odolností bude mít navíc větší tendenci chovat se preventivně. Naopak u dospívajícího s vysokou mírou depresivity se chování podporující zdraví ve velké míře vyskytovat nebude. Výzkum také potvrdil vztah mezi depresivitou a poruchami příjmu potravy a sebepoškozováním.

Výsledky výzkumu mohou být užitečné pro Střední školu informatiky a služeb ve Dvoře Králové nad Labem. Zejména pak dílčí výsledky dotazníku chování ovlivňující zdraví v adolescenci může využít metodická prevence, která tak získá přehled o míře výskytu rizikového chování, což může případně využít pro tvorbu preventivních programů.

Seznam použitých zdrojů

Knihy a tištěné časopisy

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

JEDLIČKA, Richard. *Psychosociální vývoj dítěte a jeho poruchy z hlediska hlubinné psychologie: psychoanalytická propedeutika pro učitele*. Praha: Univerzita Karlova, 2001. 160 s. ISBN 80-7290-070-6.

KABÍČEK, Pavel, CSÉMY, Ladislav, HAMANOVÁ, Jana a kol. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2014. 339 s. ISBN 978-80-7387-793-4.

KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. 325 s. ISBN 978-80-7435-080-1.

MACEK, Petr. *Adolescence*. 2., upr. vyd. Praha: Portál, 2003. 144 s. ISBN 80-17178-747-7.

MATOUŠEK, Oldřich a KROFTOVÁ, Andrea. *Mládež a delikvence: možné příčiny, současná struktura, programy prevence kriminality mládeže*. Praha: Portál, 1998. 336 stran. ISBN 80-7178-226-2

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. 179 s. ISBN 978-80-7367-908-8.

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

PACLT, Ivo. *Specifické aspekty depresivních poruch v dětském a adolescentním věku*. *Psychiatrie pro praxi*. 2001. č. V, s. 212 – 215. ISSN - 1213-0508.

PRAŠKO, Ján. *Sociální fobie: jak překonat nadměrný stud*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 132 s. ISBN 80-7367-031-3.

SOBOTKOVÁ, I.; BLATNÝ, M.; JELÍNEK, M.; HRDLIČKA, M., URBÁNEK, T. *Typologie antisociálního chování v rané adolescenci a jeho vztah k dalším formám*

rizikového chování. Československá psychologie, 2009, roč. LIII, č. V, s. 428-440. ISSN 0009-062X

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

THEINER, Pavel. *Léčba deprese u pacientů s poruchou příjmu potravy*. Psychiatrie pro praxi. 2011, roč. 12. č. 3, s. 105-107. ISSN - 1213-0508.

URBÁNEK, Tomáš a ČERMÁK, Ivo. *Vliv self efficacy na agresi a depresi u dětí*. Československá psychologie, 1997, roč. XLI, č. III, s. 193-199. ISSN 0009-062X

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2012. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1

ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: CERM, 2003. 287 s. ISBN 80-7204-264-5.

Elektronické zdroje

Aktin. *Vedlejší účinky užívání anabolických steroidů*. [online]. 2010 [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.aktin.cz/clanek/1216-vedlejsi-ucinky-uzivani-anabolickych-steroidu-i-cast>

BURÝŠKOVÁ, Lenka. *Víte co je kybersikana? O problematice nebezpečných jevů prostřednictvím internetu a mobilních telefonů*. [online]. 2011 [cit. 2016-03-20] Dostupné z: <http://www.policie.cz/clanek/vite-co-je-kybersikana.aspx>

HAMANOVÁ, Jana a KABÍČEK, Pavel. *Syndrom rizikového chování v dospívání*. [online]. 2001 [cit. 2016-03-26]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/syndrom-rizikoveho-chovani-v-dospivani-132984>

CHOMYNOVÁ, P., CSÉMY, L., GROLMUSOVÁ, L., SADÍLEK, P. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) Výsledky průzkumu v České republice v roce 2011* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014. [cit. 2016-03-23]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1662/358/Evropsk%C3%A1_%C5%A1koln%C3%AD_studie_ESPAD_web.pdf

Inkluzivní škola. *Xenofobie a rasismus*. [online]. 2015 [cit. 2016-02-24]. Dostupné z: <http://www.inkluzivniskola.cz/organizace-integrace-cizincu/predchazeni-xenofobii-rasismu>

- Klinika adiktologie. *Prevence. Vymezení rizikového chování*. [online]. 2011 [cit. 2016-03-24]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3074/Vymezeni-rizikoveho-chovani>
- NICM. *Kriminalita a delikvence – charakteristika*. [online]. 2015 [cit. 2016-03-21] Dostupné z: <http://www.nicm.cz/kriminalita-a-delikvence-charakteristika>
- Ostrov radosti. *Kriminalita delikvence, vandalismus*. [online]. [cit. 2016-03-21] Dostupné z: <http://www.ostrovzl.cz/prevence/kriminalita-delikvence-vandalismus/>
- PCPP. *Agrese a šikana*. [online]. [cit. 2016-03-20] Dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz/index.php/agrese-a-sikana>
- Persefona. *Co si představit pod pojmem násilné chování*. [online]. [cit. 2016-03-20] Dostupné z: <http://www.persefona.cz/co-si-predstavit-pod-pojmem-nasilne-chovani>
- PETERKOVÁ, Michaela. *Lhaní jako obrana, lhaní u dětí a patologické lhaní*. [online]. [cit. 2016-03-02] Dostupné z: <http://www.psychotesty.psyx.cz/texty/lhani.html>
- Sponeda. *Sebepoškozování – když je řešením bolest*. [online]. 2012 [cit. 2016-03-21] Dostupné z: <http://www.spondea.cz/dospivajici/trapi-me/sebeposkozovani/>
- UHLÍKOVÁ, Petra. *Diferenciální diagnostika u psychických poruch v adolescenci*. [online]. 2006 [cit. 2016-03-03] Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/diferencialni-diagnostika-u-psychicky-poruch-v-adolescenci-272930>

Seznam tabulek

Tabulka 1 Korelace mezi CSOC a SE

Tabulka 2 Korelace mezi CSOC, self-efficacy a vybranými projevy depresivního ladění

Tabulka 3 Korelace mezi psychickou odolností a preventivním chováním

Tabulka 4 Korelace mezi depresí a projevy rizikového chování u adolescentů

Přílohy

Přílohy obsahují dotazníky použité k výzkumnému šetření, z etických důvodů jsou zde zveřejněny pouze jejich části.

Dotazník chování ovlivňující zdraví v dospívání

Katalogové číslo žáka:	Třída:	Věk:	Hmotnost/kg	Výška/cm	Pohlaví: M /Ž					
Věnuji se výkonnostnímu (vrcholovému) sportu ve sportovním oddílu:					Ano Ne					
Jsem aktivním členem Skautu, Junáku apod.:					Ano Ne					
A. Tato část dotazníku mapuje různé chování, které může ovlivňovat Tvoje zdraví a duševní pohodu. Uveď, jak často se tato chování u Tebe vyskytovalo v uplynulém kalendářním roce. K posouzení použij škálu 1-5. 1= nikdy, 2= zřídka, 3=občas, 4= často, 5= pravidelně. Odpověď vyznač kroužkem.										
CHOVÁNÍ, AKTIVITA					1	2	3	4	5	
Neodůvodněná absence ve škole					1	2	3	4	5	
Kouření cigaret					1	2	3	4	5	
Hraní na PC a z toho plynoucí neplnění povinností					1	2	3	4	5	
Experiment s jídelním chováním - držení diet, vyvolávání zvracení...					1	2	3	4	5	
Záměrné vyhýbání se skožení (předstírání nevolnost či nemoc)					1	2	3	4	5	
Užívání léků bez lékařského předpisu (ibalgín, paralen, lexaurin, léky na spaní aj.)					1	2	3	4	5	
Pití alkoholu					1	2	3	4	5	
Kouření marihuany					1	2	3	4	5	
Pohlavní styl					1	2	3	4	5	
Sledování nevhodných stránek na internetu, oslovení cizí osobou					1	2	3	4	5	
Rušení nočního klidu po 22. hodině					1	2	3	4	5	
Nadávky, posměšky a ironické poznámky k druhým lidem					1	2	3	4	5	
Trávení času na sociálních sítích v takové míře, že mi to neumožňuje věnovat se jiným aktivitám					1	2	3	4	5	
Sebepoškozování (řezáním, pálením)					1	2	3	4	5	
Věnuji se aktivitám, které považuji za uklidňující a relaxační (koníčky, četba, poslech hudby...)					1	2	3	4	5	
Pití nápojů bohatých na kofein a tein (káva, čaj, energetické nápoje)					1	2	3	4	5	

Dotazník CSOC

B. Instrukce: Pozorně si přečti věty v textu a potom **kroužkem označ svoji odpověď** do některého ze 4 sloupců. Příklad: Pokud si po přečtení výroku č. 1 myslíš, že to, co každý den děláš, děláš **vždy** rád (a) a přináší Ti to radost, zakroužkuj ve sloupci **číslo**. Pokud si myslíš, že to neděláš rád (a) a nepřináší Ti to **nikdy** radost, zakroužkuj **číslo 1**. Můžeš se také rozhodnout pro číslo **2 někdy** nebo **3 často**.

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

Dotazník Self-efficacy

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

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

Dotazník CDI

CDI

Jméno a příjmení:

Věk: dnešní datum:

1	Málokdy jsem smutný. Často jsem smutný. Porád jsem smutný.
2	Nic se mi nedáří. Nejsem si jistý, jestli se mi daří. Všechno se mi daří.
3	Skrzo všechno dělám dobře. Hodně věci dělám špatně. Všechno dělám špatně.
4	Mnoho věcí mně baví. Baví mě jenom něco. Nic mně nebaví.
5	Porád je mi zle. Často se cítím špatně. Málokdy se cítím špatně.
6	Málokdy přemýšlím o špatných věcech, které se mohou stát. Mám strach, že se mi může stát něco špatného. Vím určitě, že se mi něco špatného stane.

7	Nenavídím se. Nemám se rád. Mám se rád.
----------	---

8	Za všechno špatně můžu já. Můžu za mnoho špatného. Za špatné věci obvykle nemůžu.
9	Nemyslím na to, že bych se zabil. Přemýšlím o tom, že bych se zabil, ale neudělal bych to. Chci se zabit.
10	Každý den je mi do pláče. Často je mi do pláče. Málokdy je mi do pláče.
11	Všechno mě nudí. Často mě něco nudí. Jenom málokdy mě něco nudí.
12	Jsem rád mezi lidmi. Často nechci být mezi lidmi. Vůbec nechci být mezi lidmi.
13	Vůbec se nedokážu soustředit. Je těžké se soustředit. Snadno se můžu soustředit.

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