

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

**PROJEVY RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ  
U VYBRANÝCH OSOBNOSTNÍCH RYSŮ  
ŽÁKŮ II. STUPNĚ ZŠ**

**DISPLAYS OF THE RISK BEHAVIOR IN SELECTED PERSONALITY  
TRAITS OF SECONDARY SCHOOL PUPILS**



**Rigorózní práce**

Autorka: Mgr. Lic. Dagmar Pleva

OLOMOUC

2020

## PROHLÁŠENÍ

„Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.“

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma: „Projevy rizikového chování u vybraných osobnostních rysů žáků II. stupně ZŠ“ vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Havířově dne 16. 1. 2020

Podpis: .....

Děkuji Mgr. Miroslavu Charvátovi, Ph.D. za inspirativní návrhy k realizaci práce a projevenou vstřícnost. Dále děkuji řediteli základní školy za možnost spolupráce na výzkumné studii a všem respondentům, kteří se účastnili realizace výzkumných šetření a podělili se o své zkušenosti.

## OBSAH

<b>Úvod</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Charakteristika vývojového období</b> .....	<b>9</b>
1.1 Specifikace období pubescence.....	9
1.2 Vznik rizikového chování v období pubescence .....	12
<b>2 Impulzivita</b> .....	<b>13</b>
<b>3 ADHD</b> .....	<b>16</b>
3.1 Příčiny vzniku ADHD.....	17
3.2 Projevy v průběhu života .....	18
<b>4 Úzkostnost</b> .....	<b>20</b>
4.1 Epidemiologie .....	22
4.2 Terapie .....	23
<b>5 Depresivita</b> .....	<b>25</b>
5.1 Epidemiologie depresivity .....	25
5.2 Terapie .....	28
<b>6 Rizikové chování pubescentů</b> .....	<b>29</b>
6.1 Šikana.....	31
6.2 Projevy agrese.....	32
6.3 Záškoláctví .....	35
6.4 Užívání návykových látek.....	36
6.5 Netolismus.....	38
6.6 Poruchy příjmu potravy .....	41
6.7 Sexuální rizikové chování.....	44
<b>7 Výzkumný problém</b> .....	<b>46</b>
7.1 Výzkumné cíle .....	46
7.2 Výzkumné otázky.....	47

<b>8</b>	<b>Popis zvoleného metodologického rámce a metod.....</b>	<b>49</b>
8.1	Metody získání dat.....	50
8.1.1	Škála úzkostnosti Dolejš a Skopal (SUDS) .....	51
8.1.2	Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS) .....	51
8.1.3	Rozhovor .....	52
8.2	Metody zpracování a analýzy dat .....	54
8.3	Etické problémy a způsoby jejich řešení.....	55
<b>9</b>	<b>Výzkumný soubor a strategie jeho výběru.....</b>	<b>57</b>
9.1	Popis základního výzkumného souboru .....	57
9.2	Popis zkoumaného souboru .....	60
<b>10</b>	<b>Výsledky analýzy dat .....</b>	<b>61</b>
10.1	Vyhodnocení 1. výzkumného cíle .....	61
10.1.1	Celkové vyhodnocení dotazníku SUDS .....	61
10.1.2	Celkové vyhodnocení dotazníku SDDSS.....	68
10.2	Vyhodnocení 2. výzkumného cíle .....	74
10.3	Vyhodnocení 3. výzkumného cíle .....	80
<b>11</b>	<b>Diskuse .....</b>	<b>91</b>
<b>12</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>98</b>
	<b>Souhrn.....</b>	<b>101</b>
	<b>Seznam použitých zdrojů a literatury.....</b>	<b>104</b>
	<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>116</b>
	<b>Seznam schémat .....</b>	<b>117</b>
	<b>Seznam grafů .....</b>	<b>117</b>
	<b>Přílohy .....</b>	<b>118</b>

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce v českém a anglickém jazyce

Příloha č. 2: Přepisy individuálních rozhovorů

## Úvod

V rámci své magisterské diplomové práce jsem se zaměřila na zjištění projevů rizikového chování u jedinců trpících syndromem ADHD a impulzivních adolescentů. Výsledky práce byly pro mě velmi zajímavé a podnětné. Jelikož pracuji s dětmi a mládeží všimla jsem si, že jedinci u nichž jsou patrné osobnostní rysy, kterými jsou úzkostnost či depresivita projevují naprosto odlišné formy rizikové chování oproti jedincům impulzivním či s ADHD. A právě tato odlišnost a také potřeba orientace a důležitost znalosti projevovaných rozdílů mě vedla ke zpracování tohoto tématu prostřednictvím této práce.

V předložené rigorózní práci se zaměřuji na projevy a formy rizikové chování pubescentů, tedy mládeže ve věkovém rozmezí 11 až 15 let, pro které je charakteristická zvýšená míra úzkostnosti či depresivity.

Cílem práce je doplnit získané informace o druzích rizikového chování a jednání impulzivních jedinců o druhy rizikového chování jedinců, u nichž se projevuje úzkostnost či depresivita. Obsahem práce obecně je zmapování a popsání rizikových forem chování u žáků II. stupně základní školy v rámci zmíněných osobnostních rysů.

Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část práce vychází ze zdrojů uvedených v seznamu literatury a charakterizuje období pubescence, vymezuje a uvádí do kontextu impulzivitě s rizikovým chováním, specifikuje syndrom ADHD, úzkostnost a depresivitu. Tato část končí teoretickým ukotvením termínu rizikového chování a charakteristikou některých z jeho forem.

Na teoretickou část navazuje výzkumná část práce, která je rozdělena do dvou etap. V rámci první etapy bylo uskutečněné screeningové šetření na základě dvou standardizovaných dotazníkových metod. Na základě analýzy zjištěných dat byli zvoleni respondenti, kteří se následně účastnili individuálních rozhovorů, které tvořili druhou etapu celého výzkumu. Těmito rozhovory byly zjištěny nejčastější druhy rizikového jednání úzkostných a depresivních jedinců. Výzkumná studie byla cenná a zajímavá, neboť umožnila hlubší vhled do problematiky fenoménu rizikového chování žáků II. stupně základní školy.

## **TEORETICKÁ ČÁST**



## 1 Charakteristika vývojového období

V této kapitole se zaměříme na vymezení vývojové etapy pubescence a to především na specifické charakteristiky, které se vztahují k fyziologickému, kognitivnímu a také k emočnímu vývoji. Zmíníme také rizikové chování a faktory, jež mohou podnítit toto chování.

Vývojová etapa pubescence je plná pochybností, nejasností, hledání a objevování. Prvořadým úkolem každého jedince je zjistit, kam vlastně patří, kde je jeho „místo na zemi“ (Boková et al., 2011). Jedná se tedy o „období hledání“, především hledání sama sebe, cesty k rodičům, vrstevníkům a ostatním lidem, se kterými přichází do styku. Také jde o poznání a rozhodování. Na jedince je vyvíjen tlak, aby si vybral vhodnou střední školu, studijní obor, potažmo povolání, kterému by se měl následně věnovat v průběhu svého života (Říčan, 2014).

Etapa pubescence je obdobím nejdynamičtějších a nejvýznamnějších změn, převratů a přechodů v lidském životě. Je to období velmi křehké a současně také velmi náročné jak pro samotného dospívajícího, tak pro lidi v jeho okolí. V tomto stádiu se modifikují a upravují všechny oblasti jedincovy osobnosti. Jedná se o období, které je přechodem mezi dětstvím a dospělostí. Erikson (1968) charakterizuje dospívání jako období hledání vlastní identity, střet nejistoty a pochybností o sobě samém a o svém místě ve společnosti. Zatímco je pro Freuda v tomto období prvořadé pohlavní dospívání (Drapela, 2011), Erikson (1968) chápe pohlavní dospívání pouze jako jednu, i když velmi důležitou složku identity jedince. Jako nejdůležitější počin v tomto období považuje osamostatnění jedince a jeho odpoutání se od rodiny. Z uvedeného vyplývá, že psychosociální aspekt je pro něj podstatnější než sexuální oblast dospívání.

### 1.1 Specifikace období pubescence

Období pubescence neboli časná či raná adolescence začíná mezi 11. až 13. rokem a končí mezi 14. až 15. rokem života. Tuto etapu nelze úplně jasně ohraničit vzhledem k individuálnosti jejího nástupu (Mečíř, 1989; Říčan, 2014; Langmeier & Krejčířová 2006; Vágnerová, 2012). Trvání této etapy je velmi individuální, stejně jako její průběh

a intenzita. Pubescent si vytváří svou vlastní identitu a pomalu přetváří status „dítě“ na status „dospělý“.

Puberta je obdobím velmi neklidným, plným nečekaných zvrátů. Dospívající jedinci mají nevyzpytatelné chování, bez zjevných příčin jsou vznětliví, impulzivní ve svém chování jsou vzdorovití, někdy až drzí a Říčan (2014) hovoří o této životní etapě jako o „životu na sopce“. Soužití s pubescenty vyžaduje velkou trpělivost, toleranci a výchovné znalosti. Znamená také značnou zátěž pro vychovatele, ať jsou jimi rodiče, učitelé či jiní výchovní pracovníci.

Toto období lze považovat za významný biologický a sociální mezník v životě jedince. Z hlediska biologického dochází v tomto období k pohlavnímu dospívání. Sociálním mezníkem je pak ukončení základní povinné školní docházky a závažná volba povolání (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Velké změny, které doprovázejí duševní i tělesné dospívání, se ve svých důsledcích promítají hlavně v utváření nového já a novém pohledu na vlastní osobnost. Tvorbu nové identity a uvědomování si tohoto procesu považuje Erikson (1968) za psychosociální náplň dospívání. Celé období označuje jako fázi hledání a rozvoje vlastní identity.

Hormonální změny ovlivňují psychiku pubescenta, a to hlavně ve směru zvýšené emoční lability, náladovosti a zvýšené úzkostnosti. Jedinec v této vývojové etapě často reaguje podrážděně na běžné podněty, prožívá věci daleko hlouběji, jeho nálady bývají labilní, nepředvídatelné a často se mění. Na opakující se situace a podněty reaguje nejednotným způsobem. Převládají u něj záporné emoce, jakými jsou rozmrzelost, nepokoj, neklid, vzdor (Ptáček & Kuželová, 2013). Běžně se dále přidává pocit ztráty jistoty, zneuznání, tlak okolí a další faktory. Souhrn všech těchto faktorů představuje pro dospívajícího velkou zátěž, z níž plyne typická rozkolísanost prožívání a projevů pubescenta (Vágnerová, 2012).

Typické v tomto období je, že jedinec mívá potíže s přijetím sebe sama. Často si klade otázky, kdo vlastně je a bývá k sobě velmi, někdy až přehnaně kritický. Jelikož již umí přemýšlet na abstraktní úrovni, sní o své budoucnosti a představuje si, kým by se chtěl stát. Také vyvíjí značné úsilí o své hlubší sebepoznání (Mečíř, 1989). Objevuje se nový pohled směřovaný dovnitř sebe k vlastním stavům a vnitřním jevům, introspekce (Ptáček & Kuželová, 2013).

V etapě puberty přijímá jedinec různé role (Vágnerová, 2012), jež pomáhají utvářet jeho identitu. Přetvářením svého zevnějšku již opouští roli dítěte, a tudíž po ostatních vyžaduje respekt jako k dospělému. Prosazuje si rovnoprávnost ve styku s rodiči a ostatními dospělými a také vyžaduje uznání a podobné kompetence (Carr-Gregg & Shale, 2010). Před ukončením školní docházky začíná uvažovat o tom, čím by chtěl být, ale také, čím by rozhodně být nechtěl. Svou identitu tedy vymezuje i záporně. Jeho budoucí profese do určité míry závisí také na školní úspěšnosti (Ptáček & Kuželová, 2013).

Rozvoj poznávacích procesů v pubertě pokračuje především zpřesňováním formálně logických operací. Postupně dochází rovněž k preciznosti v jeho vnímání. V této vývojové etapě se výrazně rozvíjí výběrový charakter logické paměti. Výběrovost paměti bývá projevena hlavně v učení (Šimíčková - Čížková, 2004). V tomto období je nadále patrná zájmová rozkolísanost, přesto se lze setkat s tím, že existují aktivity a zájmy, které jedince baví a naplňují a on v nich získává hluboké faktické znalosti.

Socializace je ovlivněna novými kompetencemi jedince. V průběhu dospívání se mění jeho názor na ostatní lidi, proměnou procházejí i sociální role, dospívající odmítá podřízenou roli. Touto potřebou je rovněž ovlivněna komunikace s dospělými. Nově se utváří vztah ke škole. Dobrý výsledek již přestává být cílem, ale stává se pouze prostředkem. Mění se rovněž vztah k vyučujícím. Jako autorita je uznáván pouze v případě, pokud něčím pubescentovi imponuje. Důležitým vývojovým mezníkem je mimo jiné také odpoutání se od rodiny (Labáth, 2001; Vágnerová, 2012). Začínají vznikat kvalitativně změněné sociální city k vrstevníkům, u kterých jedinec nachází oporu. Dle Fuligniho (2011) je během prvních pěti let dospívání nejsilnější fixace na vrstevníky. Vrstevníci se sobě stávají navzájem neformálními vlivnými autoritami. Ve skupině je kladen důraz na konformitu (Vágnerová, 2012) jejich členů, která je zřejmá například ve stylu řeči, oblékání či preferované značce. Skupina poskytne členu přijetí a jistotu za to, že se vzdá své individuality. Orvin (2001) postuluje, že pubescent touží rovněž po přátelství. V období dospívání je intenzita této potřeby větší než kdykoliv jindy. Již od začátku období puberty se objevuje u jedince potřeba důvěrného vztahu s přítelem a právě tento vztah uspokojuje potřebu citové vazby, která jedinci dává určitý pocit bezpečí a jistoty. Časem je tento vztah zastoupen partnerským vztahem. Přátelé a kamarádi pomáhají dospívajícímu člověku naučit se žít mimo jeho rodinu. Přátelské

i partnerské vztahy jsou charakteristické tím, že se v nich objevuje důvěrnost, možnost svěřit se partnerovi, vzájemnost ve sdílení různých pocitů a nálad a v neposlední řadě také výlučnost. Pubescent si mezi svými vrstevníky zkouší, potvrzuje a prověřuje své sociální kompetence (Ptáček & Kuželová, 2013).

## **1.2 Vznik rizikového chování v období pubescence**

Vzhledem k tomu, že v této životní etapě nově vznikají vrstevnické skupiny je možné, že se v nich vyskytne problémové chování (Zarrett & Eccles, 2006). Období puberty je považováno za dobu experimentů a poznávání světa, okolí, ve kterém se jedinec pohybuje a také jeho samotného. Pubescenti věnují pozornost různým aktivitám, které mohou být naprosto bezpečné a prospěšné, ale mohou se u nich objevit tendence inklinace k činnostem, které jsou nebezpečné až rizikové. Tuto tendenci často podněcuje právě vliv skupiny. Téměř každý pubescent se v rámci své ontogeneze chová do jisté míry rizikově i bez vlivu ostatních. Dalo by se říci, že rizikové jednání či chování se stává nedílnou součástí tohoto vývojového období (Dolejš & Orel, 2017).

Při definování rizikového chování pubescentů a jeho posuzování je nezbytné pohlížet na něj jako na komplexní jev a zaměřit se na něj detailněji. Proměnných, které vedou k jeho vzniku, může být několik. Zaprvé bychom mohli zmínit biologické faktory, mezi které lze zařadit pohlaví jedince, jeho hormonální systém, tělesnou konstituci nebo odolnost vůči bolesti. Dále bychom měli vzít v úvahu jedincovy osobnostní rysy, jako je impulzivita, úzkost, depresivita či agresivita, které se mohou projevit jako rizikové faktory, které mohou vést k rizikovým činnostem. Vlastní jednání jedince je možné chápat jako další faktor. Konkrétně lze sem zahrnout školní prospěch, způsob dodržování stanovených pravidel a také kvalitu jedincových vztahů k nejbližšímu sociálnímu okolí. Zásadním faktorem, ovlivňujícím chování jedince je sociokulturní prostředí (Říčan, 2014), a to zejména rodina - její výchovné styly, komunikace mezi jednotlivými členy a vztahy nejen v ní, ale především k dospívajícímu, které ho následně v dalším životě ovlivní a které bude chtít napodobovat (Dolejš & Skopal 2015).

## 2 Impulzivita

Následující část práce se věnuje charakteristice impulzivity, jako samostatného a poměrně trvalého osobnostního rysu, který lze vnímat jako určitý druh reflexního, nerozváženého a také rizikového jednání a chování.

Hartl & Hartlová (2010) uvádějí v definici pro impulzivitu, že se jedná o „*sklon osobnosti jednat nepromyšleně, náhle, bez úvahy o následcích*“ a v obdobném duchu tento osobnostní rys vnímá rovněž Evenden (1999), který uvádí, že pro impulzivitu je typické jednání, které je předčasné, nepříliš promyšlené, poměrně riskantní, bez zábran, při němž mohou vzniknout různá poranění či úrazy (Laver, Thompson & Weeks, 2010) nebo nevhodné s ohledem na situaci, což může vést až k nežádoucím důsledkům. Obě zmíněné definice potvrzují „životní motto“ jedinců se zvýšenou impulzivitou, které může znít „nejprve to provedu a pak se nad tím zamyslím“.

Woicik, Stewart, Pihl & Conrod (2009) se ve svém výzkumu zaměřili na souvislost mezi impulzivitou a afektivitou. Tato kombinace v sobě zahrnuje tři faktory, jimiž jsou: naléhavost, dysfunkční impulzivita a ukvapená impulzivita. Právě faktor naléhavosti je těsně spojen s unáhleným jednáním hlavně v těch situacích, ve kterých musí jedinec čelit negativním afektům. Impulzivnost se projevuje také při prověřování znalostí. Tito jedinci zaměří svou pozornost na to, aby mohli co nejdříve začít řešit úkol, a zpravidla si pozorně nepřečtou jeho zadání. Výsledkem je chybná odpověď. Unáhlenost a zbrkllost provází jedince po celý život a má za následek vyvozování nesprávných závěrů. V hodně případech se k impulzivnosti přidává také netrpělivost a nedostatek tolerance. Jedinec následkem zmíněného osobnostního faktoru nedokáže vyčkat. Jakmile mu někdo ihned nevyhoví, začne se okamžitě vztekat. Impulzivnost, patří k příznakům, které jedinci snad nejméně komplikují život (Serfontein, 1999).

Impulzivita bývá rovněž přirovnávána k osobnostnímu konstruktu projevujícímu se jako absence inhibovaného chování v momentě přítomnosti podnětu okamžité odměny a to i přes riziko možného dlouhotrvajícího negativního následku (Woicik et al., 2009). Podobně vidí zmíněné projevy také Kalina et al. (2015, s. 144), který říká, že impulzivita „*souvisí s upřednostňováním malé okamžité odměny před opožděnou větší odměnou a s neschopností odměnu odložit*“. Odlišné pojetí tohoto osobnostního faktoru podávají Conrod, Comeau & Stewart (2004), kteří impulzivitu spojují s projevy jako

je roztěkanost, zrychlený tep, neposednost, snaha rychlého úniku od konfliktů či problémů. Zde patří také snížená autoregulace vlastního chování a energické náhlé jednání. Jedinci, kteří jsou takto disponovaní, mívají časté problémy nejen s chováním, ale i se školním prospěchem. K náhlému, zbrklému jednání se obvykle také přidává i neschopnost plánovat a nahodilé přebíhání od jedné aktivity k druhé (Serfontein, 1999).

Výzkumy byly potvrzeny souvislosti mezi impulzivitou a dalšími osobnostními rysy. Dolejš & Orel (2017) ve své studii došli k závěru, že impulzivita je v těsném vztahu s hostilitou, agresivitou, agresí vůči ostatním, manipulací či dokonce neschopnosti plánovat. Často se pojí s hyperaktivitou (Serfontein, 1999). Impulzivita také negativně koreluje se sebeúctou nebo sebedůvěrou (Dolejš & Orel 2017).

Impulzivnost jedince může vést k problémovým jevům nebo chování, jako je lhaní, krádeže a někdy dokonce i žhářství (Serfontein, 1999) nebo bývá dávána do souvislosti se zvýšeným rizikem časného užívání drog a alkoholu (Pulkkinen & Pitkänen, 1994), nahodilými sexuálními praktikami (Chamorro et al., 2012) a hazardními hrami. Ve výzkumech Dolejše a Skopala (2016) bylo potvrzeno, že lidé, kteří trpí zvýšenou impulzivitou, mají větší tendence k rizikovým aktivitám, kterými mohou být užívání drog, krádeže, či vandalismus. Čerešník, Dolejš & Skopal (2016) ve své studii došli k závěru, že výše popsané rizikové chování v sobě obsahuje vždy impulzivní komponentu. Ve své výzkumné studii uvádějí Castellanos & Conrod (2006), že u impulzivních žáků byla zjištěna zvýšená neomluvená absence ve školním vyučování. Swahn, Bossarte & Sullivent (2008) zjistili zvýšenou náklonnost těchto jedinců k sebevraždám, Coghlan & MacDonald (2010) sklon k neúmyslným úrazům či ohrožení života a Seitz et al., (2012) sklon k závislostnímu chování vůči internetu. Pleva (2019) ve svém výzkumu, ve kterém se zaměřila na výskyt rizikového chování u impulzivních žáků II. stupně základní školy, zjistila, že užívání alkoholických nápojů patří mezi nejčastější druh rizikového jednání. Všichni respondenti, potvrdili zkušenost s alkoholem a 92,31% oslovených v menší či větší míře konzumuje alkoholické nápoje. Výzkum rovněž odhalil, že od 7. ročníku výše se objevuje plánovaná konzumace alkoholu v rámci vrstevnických skupin a part a také rozšíření nápojů o destiláty. V rámci problematiky kouření bylo zjištěno, že 76,92% probandů má zkušenost s kouřením cigaret a 38,46% respondentů užívá marihuanu. V kategorii delikvence bylo zjištěno, že všichni oslovení mají zkušenost s krádežemi peněz rodičům a také s krádežemi v obchodě různého rozsahu. Fenomén zfalšování podpisů rodičů

se objevoval v rámci celého II. stupně. V oblasti záškoláctví se žáci od sedmého ročníku vyjádřili, že se škoře někdy vyhnou a také potvrdili řešení problémů s policií následkem nevhodného chování, kterým bylo kouření na veřejnosti, napadení jiné osoby či útěk z domova.

Impulzivita je zásadním přímým faktorem rizikového jednání obecně (Širůčková, 2009). Kolektiv autorů (Linhartová et al., 2017b) uvádí, že všichni lidé mají jistou míru impulzivity hlavně v krizových a vypjatých situacích, kterými mohou být časová tíseň, emočně náročné stavy či stresující situace. Dolejš a Skopal (2016a) v rámci svých výzkumů potvrdili, že impulzivita vzrůstá zhruba do 14. roku jedince a následně poté pozvolna klesá. Zmínění autoři rovněž uvádí, že chlapci dosahují vyšší míry impulzivity než děvčata. Projevy impulzivity mohou být velmi rozmanité, různorodé a individuální. Může se jednat o nekoordinované pohyby, nejrůznější hlasové projevy nebo již zmíněné rizikové chování (Linhartová & Kašpárek, 2017a).

Vědečtí pracovníci se intenzivně věnovali problematice impulzivních mladistvých a také chtěli zjistit, proč mají pubescenti potíže s ovládním a zvládnutím vlastních impulzů. Pomocí zobrazovacích technik mozku a jejich výzkumem došli k závěru, že mozek pubescenta není ještě zcela zralý a souběžně dozrává ve více významných oblastech. Jednou z dosud dozrávající oblastí je ta, jež je odpovědná za aktivaci systému odměn a druhou oblastí je ta, která ovlivňuje kognitivní kontrolu jedincova chování a tlumí potřeby a zvýšené impulzy (Steinberg & Chein, 2015).

Impulzivita jako rys osobnosti je do jisté míry hereditární a má proto biologické znaky (Dolejš & Orel, 2017). Zuckerman (1995) uvedl biochemickou koncepci, ve které uvádí, že existuje spojitost impulzivity s nižší úrovní enzymu MAO a nižší úrovní dalších hormonů. Také bylo výzkumy potvrzeno, že na biochemické úrovni je důležitá hladina serotoninu (Grygorian, 2012) a svou nezanedbatelnou roli hraje rovněž genetika (Hamidovic, Dlugos, Skol, Palmer & de Wit, 2009).

### 3 ADHD

Termín ADHD byl používán převážně ve Spojených státech a do evropského prostředí pronikl v důsledku většiny relevantních výzkumů, jež mají svůj původ právě v USA. Z tohoto důvodu je tato zkratka běžně používána i v naší odborné veřejnosti (Čermáková, Papežová & Uhlíková, 2013).

Syndrom ADHD je vymezen skupinou rozličných neurovývojových poruch, jež zahrnují kombinace poruch pozornosti, které se projevují především neschopností zaměřit se na důležité věci, impulzivitou, projevující se rychlými a nepromyšlenými reakcemi, jež mohou vést k chybování či omylům (Žáčková & Jucovičová, 2017) a také hyperaktivitou (Ptáček & Ptáčková, 2018), manifestující se nadměrně nutkavou potřebou pohybu, obvykle bezdůvodnou, kterou daný jedinec nedokáže tlumit ani ovládat. Podle složky, která převažuje lze tuto poruchu dělit na typ hyperkineticko - impulzivní, typ s poruchou pozornosti a na typ kombinovaný (Žáčková & Jucovičová, 2017; Train, 2000). Jsou rovněž vymezené tři úrovně intenzity: mírná, střední a závažná, určována dle narušení pracovního, sociálního a školního fungování (Ptáček & Ptáčková, 2018). Pro stanovení diagnózy je nezbytná současná přítomnost všech tří faktorů, tedy poruchy pozornosti, hyperaktivity a impulzivity (Drtílková, 2007). Všechny uvedené příznaky jsou pozorovatelné již od raného dětství (Čermáková et al., 2013).

Porucha pozornosti s hyperaktivitou se vyskytuje jak u dívek, tak chlapců, ale u chlapců je výskyt běžnější (Laver et al., 2010). Podle výzkumů je výskyt ADHD u chlapců trojnásobně vyšší než u děvčat (Antal, 2013). Hyperkinetický syndrom se vyskytuje přibližně u 3 - 7% (Cahová, Pejčochová & Ošlejšková, 2010). Paclt et al., (2007) udávají 6 -7% dětské populace v poměru chlapců a dívek 3 až 5:1.

MKN-10 (ÚZIS, 2018) používá kategorii F90 Hyperkinetická porucha, do které spadá pod kódem F90.0 Poruchu aktivity a pozornosti, F90.1 Hyperkinetická porucha chování, která je komplikovanější, protože navíc kromě poruchy pozornosti a aktivity bývá ještě přítomna porucha chování například opoziční jednání, agresivita a jiné přidružené poruchy chování k syndromu ADHD (Munder & Arcelus, 2002), následuje F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy a poslední je F90.9 Hyperkinetické poruchy nespecifikované (Ptáček & Ptáčková, 2018).



Syndrom ADHD se netýká jen dětí. Se zvyšujícím se věkem se mohou projevy utlumovat, u dospělé populace se porucha začne projevovat odlišně. Mnoho studií shodně uvádí procentuální přetrvávání syndromu ADHD /ADD až do dospělosti, a to ve 40 - 50%, u dospívajících až v 80%. Odlišné je ale zastoupení v populaci, kdy 1,5 - 2% uvádí Paclt et al. (2007) a 4 - 5% je udáváno Cahovou et al. (2010). ADHD se typicky vyskytuje v mladším školním věku. Někteří jedinci se naučí své chování ovládat, u jiných může přetrvávat v menší či větší míře až do dospělosti (Jennett, 2013). Ptáček & Ptáčková (2018) uvádějí, že ADHD je v současné době jednou z nejběžněji diagnostikovaných poruch v dětském věku.

### **3.1 Příčiny vzniku ADHD**

Příčiny vzniku ADHD nejsou přesně známy, ale existují důkazy, které potvrzují, že se jedná o genetickou, dědičnou poruchu (Thompson, 2016). Žáčková a Jucovičová (2017) udávají vliv dědičnosti až 60% a Goetz a Uhlíková (2009) dokonce 80%. Na vzniku ADHD se mohou rovněž podílet i další faktory, kterými mohou být encefalitida, poranění mozku, předčasný porod, mozková obrna, autismus, chromozomové aberace (Laver et al., 2010). Černá (1999) tento výčet doplňuje o drobné, minimální poškození centrální nervové soustavy v raných vývojových fázích dítěte, to znamená v době před narozením, během porodu nebo po porodu, kdy je centrální nervová soustava plodu či novorozence, převážně u chlapců, značně zranitelná. Dalšími faktory, které mají vliv na vznik syndromu ADHD mohou být biologické změny jako je nedostatek některých neurotransmiterů (Paclt et al., 2007) nebo nedostatečné okysličení plodu nebo novorozence tzv. hypoxie (Goetz & Uhlíková, 2009). Jako další významné rizikové faktory podílející se na vzniku a vývoji ADHD je důležité zmínit vlivy sociálního prostředí, ve kterém jedinec žije jako je rodina, školní zařízení a širší sociální okolí, které může ADHD ovlivnit pozitivním či negativním způsobem. Zejména v období dospívání nelze rizikové faktory ze sociálního prostředí podceňovat (Paclt et al., 2007). Dospívající, kteří trpí syndromem ADHD mívají nezdárka problémy v kamarádských i následně v prvních partnerských vztazích, jež navazují.

Hyperaktivní jedinci bývají okolím často odmítáni pro svou sníženou schopnost empatie, naslouchání druhým či neschopnosti kooperace (Jennett, 2013). Dále jsou odmítáni pro svou nestálost, nevyzpytatelnost a nepředvídatelnost v chování. Důsledkem

potíží v sociální komunikaci často dochází k nedorozumění a zbytečným konfliktům, čímž se zmínění jedinci ocitají v neustálých emočně náročných situacích, které negativně působí na jejich psychický stav. Vzniklé vypjaté situace poté mohou řešit nevhodnými obrannými reakcemi, mezi které patří agrese, autoagrese, uchylování se do part, útěky, krádeže, kouření, užívání alkoholu, drog, gamblerství, může se u nich také projevit promiskuitní chování a podobně (Žáčková & Jucovičová, 2017). Pleva (2019) ve své studii zjistila, že žáci se syndromem ADHD dosahují vyššího skóru impulzivity, než žáci bez tohoto syndromu, rozdíl činil 0,007. V rámci kvalitativní fáze tohoto výzkumu, které se uskutečnily formou ohniskových skupin, bylo zjištěno, že respondenti se stanovenou diagnózou ADHD, od 8. ročníku kouří cigarety a od 9. marihuanu. Dále všichni oslovení potvrdili zkušenost s alkoholem od 6. ročníku a jeho užívání od 7. ročníku výše. Studie také odhalila, že od 6. ročníku výše žáci falšují podpisy svých rodičů a provádějí drobné krádeže. Záškoláctví se projevilo u žáků 7., 8. i 9. ročníku.

### **3.2 Projevy v průběhu života**

V průběhu vývoje jedince se porucha chování s hyperaktivitou manifestuje oslabením v oblastech percepčně motorických funkcí, dále regulace emotivity a afektů, v rámci sociálního přizpůsobení a také oslabením exekutivních a kognitivních funkcí (Ptáček & Ptáčková, 2018). Kromě těchto projevů Train (1997) uvádí ještě vznětlivost, impulzivnost, emoční nestabilitu, malou toleranci vůči stresu, netrpělivost, snadnou dezorientaci a neschopnosti organizace.

ADHD je porucha, která je mimořádně variabilní v mnoha oblastech, od příčin, vývoje, projevů, až po reakci na léčbu a podobně. Tato porucha se prolíná celým životem. U některých jedinců je možné v důsledku této poruchy pozorovat negativní vlivy na jejich životní adaptaci a také na kvalitu života (Ptáček & Ptáčková, 2018). Syndrom ADHD neznamena nižší inteligenci, objevuje se v celém inteligenčním spektru. Potíže způsobují odchylky v centrální nervové soustavě, nikoliv nízký inteligenční kvocient. Věkem se hyperaktivní projevy zmírňují, ale potíže plynoucí z nepozornosti a impulzivního chování přetrvávají stále (Train, 1997). Projevy syndromu a svého chování se hyperaktivní jedinec postupně naučí ovlivňovat i pomocí volných mechanismů, které bývají u syndromu ADHD do značné míry oslabeny (Paclt et al., 2007).

Diagnóza ADHD se dotýká problematiky, která souvisí s celkovým psychickým, sociálním, ale i také somatickým vývojem (Ptáček & Ptáčková, 2018) a znamená pro život značné znevýhodnění (Goetz & Uhlíková, 2009). Také představuje problém v oblasti vzdělávání. Moderní chápání ADHD zdůrazňuje, že toto onemocnění má vliv na kvalitu života jedince v celé jeho šíři, zhoršuje sociální zapojení, uplatnění v partnerském či profesním životě, snižuje sebehodnocení a má rovněž dopad na fungování celé rodiny a blízkého okolí jedince (Jennett, 2013).

## 4 Úzkostnost

V rámci této a také následující kapitole se budeme věnovat osobnostním rysům, které v předložené práci chápou, stejně tak i předchozí, jako dlouhotrvající charakteristiky osobnosti. Některé specifikace mohou být vnímány také jako krátkodobě trvající psychický stav jedince. Někdy je hranice mezi rysem a stavem velmi tenká.

Úzkost je jednou z bazálních osobnostních charakteristik člověka. Tento osobnostní rys má vliv na jedincův život a také na jeho vnímání okolního světa a sebe sama. Lidé, kteří trpí úzkostností, nejsou schopni objektivně hodnotit ani sebe ani své výkony. Mají tendenci k podceňování své osoby, s čímž souvisí jejich nízké sebevědomí. Obecně se jedná o jedince, kteří jsou uzavřeni ve svém vlastním světě a jsou velmi snadno psychicky zranitelní (Dolejš & Skopal, 2016). *„Úzkost je projevem akutního nebo očekávaného ohrožení zvenku nebo zevnitř, kterým se naše já pokouší předejít subjektivně ještě horší zkušenosti a zalarmovat obrany proti ní.“* (Janiček, 2008, s. 56).

Úzkost je emoční a tělesná reakce organismu na hrozbu, která je nejasná a jen těžko identifikovatelná. O úzkosti víme, že je biologicky velmi stará a podílí se na přežití jedince a tím i lidského druhu. Umožňuje nám adaptaci na podmínky života a přispívá k formování osobnosti člověka. Její konkrétní projev v psychice, mimice, chování, ale i v tělesné oblasti je tedy dán biologickými dispozicemi, zkušenostmi získanými vlivem prostředí a učením (Vymětal, 2004). Libigerová (2005) upozorňuje na nejasnost v tom smyslu, že strach může být jednak reálný, to znamená postavený na rozumovém předpokladu, logickém odůvodnění a objektivním pozorování, tak naopak nereálný, založený na falešných předpokladech a nesprávných důvodech, nebo na hodnocení, jež neodpovídá pozorovanému. U dětí a mládeže platí tento předpoklad, ale musíme brát v úvahu také další faktory. Jedním z nejdůležitějších je vývojový aspekt, který vypovídá o zralosti mozku (Paulus, Vanwoerdena, Nortonb & Sharpa, 2016), který je schopen určitého racionálního či iracionálního vyhodnocení konstruktů hrozby vyvolávající úzkost, strach či obavy, nebo kdy je jedinec již schopen rozpoznat specifický kontext, jež vytváří ohrožující situace. Dalším faktorem, který uvádí Olino, Klein, Lewinsohn, Rohde & Seeley (2010) je maturační faktor, který dává odpověď na to, zda jedinec zvládl nebo nezvládl kategorii známé versus neznámé. V tomto případě je úzkost důležitá pro přežití jedince, který by se jinak vrhal bezhlavě do nebezpečí. Nezvládnutí kategorie živé versus neživé má vliv na vytváření

jak sociální fobie, tak specifických fobií. Sociální úzkost zde hraje zásadní úlohu, která umožňuje socializaci a akulturaci. Dále zmíníme komunikativní faktor, což znamená, že většina emocí je komunikována převážně „somatickým kanálem“. Není bez povšimnutí, že tato somatizace úzkosti přetrvává až do dospělého věku v 87 % Libigerová (2005).

Dalším specifickým faktorem v pubescenci je zvýšená emoční vegetativní dráždivost se snadnou generalizací (Kessler et al., 2012). Pro toto období je typická větší afektivní labilita s poměrně nízkou frustrační tolerancí, menším sebeovládáním a neschopností rychlé relaxace. Jak uvádí Vymětal (2004) je rovněž zvýšena lokálně specifická orgánová dispozice, jako například tenzní bolest hlavy, bolest břicha, ranní zvracení, poruchy spánku a jiné. Porucha může bránit zvládnutí sociálních dovedností. Období adolescence také přináší subjektivní představy o sobě, které se často mění, dále zvýšené pozorování svého fyzického vzhledu, velkou důležitost a závislost na hodnocení okolí, které souvisí s hledáním identity. Toto vývojové období je nejcitlivější na vznik sociální fobie (Paulus et al., 2016), kdy zdánlivě jen nepatrný výsměch či ponížení vyvolá obavy a strach ze situací, v nichž přichází v úvahu zájem ostatních lidí.

Janíček (2008) uvádí, že úzkost se stává nemocí tehdy, pokud jedinci znemožňuje vykonávat rutinní činnosti nebo jejich realizaci významně omezuje. Neléčené úzkosti v dětství nejenže zvyšují předpoklad vzniku úzkostné poruchy v dospělosti, ale u adolescentů také zvyšují riziko abúzu drog, afektivních poruch a suicidálních tendencí. Dolejš & Skopal (2016) upozorňují, že pokud je úzkost diagnostikována již u pubescentních jedinců, může následná práce vést k efektivní redukci tohoto rysu, čímž dojde také ke zlepšení kvality jejich života.

Dle výsledků WHO má 13 % dospívajících jedinců problémy s úzkostí. Schwarz, Wright & Shin et al., (2001) ve své studii zjistili, že děti, které mají vyšší aktivitu v amygdale, jsou náchylnější k úzkostnosti a v adolescenci je u nich mnohem větší pravděpodobnost vzniku afektivních poruch nebo poruch spojených s užíváním psychoaktivních látek. Výzkum dále potvrdil, že úzkostný temperament je možno zdědit, protože zvýšená aktivita v předním hipokampu je geneticky spojena s úzkostnými temperamentovými rysy, zatímco zvýšená aktivita amygdaly dědičná nebyla. Výsledky studie také uvádějí rozdílný vliv prostředí a genů, který závisí na tom, která oblast mozku se více podílí na vzniku úzkostného temperamentu. Toto zjištění vysvětluje genetické riziko úzkostných a depresivních poruch (Nauert, 2010). Hlavním rizikovým faktorem,

který může vést ke vzniku anxiózních poruch v útlém dětství je malá citová vazba k matce tzv. attachment.

#### 4.1 Epidemiologie

Malá (2008) uvádí, že prevalence generalizované úzkostné poruchy (F 41.1) je u dětské populace zhruba 3 %, separační úzkostná porucha v dětství (F93.0) se vyskytuje u 3,5 % jedinců a v dospělosti se mění v agorafobii či panickou poruchu. Fobická anxiózní porucha v dětství (F 93.1) se vyskytuje asi u 3,5 % populace, sociální fobie (F 40.1) je přítomna asi u 1 % jedinců, specifické izolované fobie (F 40.2) byly zjištěny u 2,4 % a sociální anxiózní poruchou v dětství (F 93.2) trpí kolem 2,5 % jedinců.

V USA byl uskutečněn celostátním průzkumu zaměřený na zjištění úzkostných poruch u adolescentů. Do studie bylo zařazeno 10 123 respondentů ve věku 13 až 18 let. Výsledky výzkumu ukázaly, že prevalence různých poruch úzkosti byly následující: generalizovaná úzkostná porucha 2,2%, sociální fobie 9,1%, specifická fobie 19,3%, panická porucha 2,3% a separační úzkostná porucha 7,6% (Siegel& Dickstein, 2006). Tato studie také zjistila, jeden ze tří dospívajících (31,9%) splňuje kritéria úzkostné poruchy a že všechny formy úzkostí byly častější u dívek.

Celoživotní prevalence úzkostných poruch u dospělých jedinců se uvádí kolem 25 % a manifestují se projevy, kterými mohou být somatické potíže a symptomy, anticipační úzkost, záchvaty panické úzkosti a vyhybavé chování (Kessler et al., 2012).

Nejčastější příznaky anxiety u mladších školáků jsou spojeny s podprůměrným školním výkonem a sociální maladaptací. Zhruba 25 % úzkostných dětí se potýká s obtížemi při čtením a asi u 30 % jedinců je stanovena komorbidní porucha ADHD. Komorbidita anxiózních poruch s bipolární afektivní poruchou se udává až u 33 % dětí a 12 % adolescentů (Praško, Vyskočilová& Prašková, 2006). U školních dětí bývají nejčastěji diagnostikovány separační anxiety, generalizovaná úzkostná porucha a specifické fobie (Praško, 2005). Anxiózní poruchy se mohou projevovat neurovegetativní labilitou, podrážděností, insomnií a také kognitivním zhoršením, které může vést k sociální maladaptaci s behaviorální regresí. U adolescentů bývá nejčastěji diagnostikována panická porucha, agorafobie a sociální fobie (Malá, 2004).

## 4.2 Terapie

Léčba úzkostných poruch vyžaduje dle Morschitzky & Sator (2014) ve většině případů komplexitu, tedy měla by být psycho-farmako-socioterapeutická. Vytvoření léčebného plánu obsahuje zpětnou vazbu a poučení rodičů o specifických úzkosti jejich dítě, konzultaci s pediatrem, školním psychologem a také s vyučujícími.

Terapeutický proces u pubescentů, do něhož jsou zapojeni také rodiče je přesně hierarchicky strukturován, má specifické léčebné sekvence, konkrétní cílové úkoly a racionální vysvětlení jednotlivých intervencí. Nezbytná je edukace rodičů či pečovatelů a také by jim měly být vysvětleny symptomy a terapeutické kroky po stanovení diagnózy (Pöthe, 2011).

Velmi důležitá je psychosociální podpora, která může být v terapeutickém procesu klíčová. Zásadním úkolem ošetřujícího lékaře je navázání terapeutického kontaktu s adolescentem, protože většina těchto klientů nepřichází dobrovolně, ale pod tlakem dospělých. Dalším podstatným krokem je podání bazálních informací rodině v přítomnosti adolescenta a je nutné získání souhlasu s terapeutickými intervencemi. Důležité je vysvětlení strategie farmakoterapie. Posledním nezbytným krokem je objasnění, že částí komplexní léčby je psychoterapie s rehabilitací, reedukací a resocializací, na již se musejí podílet všichni, kteří jsou v blízkém kontaktu s pubescentem a také on sám (Geldard & Geldard, 2002).

Využití psychoterapie může dospívajícímu pomoci změnit pohled na sebe samého, ale také na světy, v nichž se nachází, které tvoří rodina, vrstevníci, škola, společnost a jiné. Naučí ho jinak reagovat na problémy a nepříjemné situace (Carr-Gregg, 2010). V rámci psychoterapie úzkostných adolescentů jsou celosvětově upřednostňovány dvě základní psychoterapeutické metody, kterými je dynamická psychoterapie a kognitivně behaviorální terapie, která je někdy kombinována s rodinnou terapií. V rámci KBT se uplatňují modely desenzibilizace, přestrukturování poznávacích procesů, včetně analýzy nepříjemných závěrů (Rogge, 1999).

Podle Praška, Vyskočilové & Praškové (2006) je indikace farmakologické intervence u adolescentů nezbytná, pokud anxiózní symptomy vyvolávají trvalé zhoršování školních výsledků, kompenzatorní rizikové chování, ztrátu komunikace v rodině, ale také

s vrstevníky. Doporučuje se rovněž v případech, ve kterých selhává psychoterapeutické ovlivnění, nebo naopak tam, kde je potřeba navázat psychoterapeutický kontakt.



## 5 Depresivita

Depresivita je Petersenem et al. (1993) popisována jako jeden z mnoha symptomů deprese, který se projevuje aktuální disharmonií v náladě jedince. Depresivita může mít spojitost s problémy různého charakteru nebo naopak nemusí s žádným pozorovatelným problémem souviset. Autor dále hovoří o tak zvaných blue feelings, což jsou pocity neštěstí a smutku, které jedinec prožívá v souvislosti s depresivitou.

Diferenciace mezi depresí a depresivitou je patrná v tom, že depresivita jakožto depresivní nálada je jen jedním ze skupiny mnoha symptomů deprese. Depresivní nálada může předcházet depresi, ale sama o sobě není dostačujícím kritériem pro stanovení klinické diagnózy. Depresivita u jedince představuje stav, v jehož rámci se objevují symptomy, které charakterizují depresi, ale nedosahují takové intenzity ani četnosti (Herman & Doubek, 2008).

Je důležité zmínit, že předložená práce se ve větší míře zabývá depresivitou, ačkoliv klinické deprese se také dotkne. MKN-10 (ÚZIS, 2018) definuje depresi jako psychickou poruchu. Hlavním znakem deprese je smutek. Patologický chorobný smutek. Deprese je spojena s celou řadou dalších těžkých příznaků. Zmíněný patologický smutek v případě deprese je tak hluboký, že mění všechny ostatní funkce psychiky. Typicky dochází k poruše myšlení. Jedinec si svět vysvětluje jako příliš smutný, jedná se o katatymní myšlení neboli zkreslené myšlení. Jedinec má mnoho smutných asociací, objevují se smutné nápady. Sám sebe vidí jako špatného nebo jako nejhoršího na celém světě. Také dochází k poruše denní rytmicity, která se projevuje poruchami spánku. (Janíček, 2008).

Z důvodu lepšího pochopení termínu depresivity ve smyslu aktuální depresivní rozladěnosti se v následující podkapitole zaměříme na souvislosti mezi depresí jako takovou v období pubescence.

### 5.1 Epidemiologie depresivity

V návaznosti na věk jedinců se mění výskyt depresivity. Kovacs et al. (1984) uvádí, že první příznaky zvýšené depresivity lze pozorovat nejčastěji kolem 11 až 12 let, méně se jich objevuje v rozmezí 7. až 8. roku. V dětství, tedy ve věkovém rozmezí 6 až 12 let, se depresivita projevuje převážně u chlapců (Goetz, 2005; Bernaras et al., 2011),

v pubescenci je častěji pozorovatelná u dívek v poměru 2: 1 (Lynch, Glod & Fitzgerald, 2001; Angold, Erkanli, Silberg et al., 2002).

Statistiky, které zmiňují prevalenci deprese u adolescentů, nejsou shodné, nicméně rozdíly v nich nejsou příliš velké. Malá (2008) udává prevalenci v rozmezí 0,4 - 8,3 % Fleming & Offord (1990) 4 – 8 % a Goetz (2005) 4 - 8 %, což představuje nárůst oproti prepubertálnímu období, v němž se prevalence deprese pohybuje průměrně okolo 1,5 %. U depresivních adolescentů je pravděpodobnost suicidia až třicetinasobně vyšší než je tomu v běžné populaci (Paclt, Florian, Hellerová & Hamanová, 1998). Podle WHO (2001) představuje sebevražda v období pubescence třetí nejčastější příčinu úmrtí. V rámci výskytu depresivních epizod je poměr u 14 až 16 letých jedinců 1:5 ve vztahu chlapci versus dívky. V pozdějším věku se toto skóre mění na 2:5, ale prevalence 4 % zůstává stále ve stejném poměru jak pro hochy, tak pro děvčata (Malá, 2008). Téměř sedmkrát je vyšší prevalence u depresivních pubescentů, podstupujících psychiatrickou léčbu než je tomu v běžné populaci (Malá, 2008).

Etiologie depresivních poruch není jednoznačná, jelikož existuje celá řada příčin, které mohou poruchy vyvolat, ale žádná z nich není dostatečně postačující pro její vysvětlení (Oyama & Piotrowski, 2013). Je známo mnoho teorií, které vysvětlují etiologii tohoto fenoménu, například genetická, behaviorální, kognitivní, analytická, biochemická, neuroanatomická, sociologická, stresová či teorie naučené bezmocnosti (Malá, 2008). Autoři Praško, Buliková & Sigmundová (2012), postulují, že příčiny, jež vedou k projevení deprese, jsou multifaktoriální. Nejčastěji se jedná o vzájemné působení biologických, genetických psychosociálních činitelů. Oyama & Piotrowski (2013) dělí faktory, které mohou vést ke spuštění deprese na biologické a psychosociální. K biologickým faktorům řadí výskyt psychopatologie u jedincových rodičů odvíjejících se od dědičných či environmentálních příčin (Silberg, Maes & Eaves, 2010). Mezi psychosociální faktory můžeme řadit stresové životní situace a události, dlouhodobě trvající stres (Goetz, 2005), smrt blízké osoby (Oyama & Piotrowski, 2013), dlouhotrvající potíže ve vztazích (Hammen, 2009), ojedinelé či žádné vztahy s vrstevníky (Malá, 2008) nebo dezorganizovaný typ attachmentu (Goodman, Stroh & Valdez, 2012) a jiné. Závažný faktor pro výskyt depresivních stavů může představovat výskyt emočních potíží a poruch v rodině jedince. Zásadní dopad může způsobit komorbidita dlouhodobé psychosociální zátěže a genetických vlivů (Svoboda, Krejčířová & Vágnerová, 2015). Studie, která byla

zaměřena na výskyt deprese u adolescentů, potvrdila u dívek kontinuitu v přechodu afektivních narušení konkrétně deprese v období dospívání do dospělosti (Rao, Hammen & Daley, 1999). Následná longitudinální americká studie (Reinherz et al., 2003) byla zaměřena na podmínky v rodinách a jejich dopadu na propuknutí depresivní symptomatologie u adolescentů. Výsledky výzkumu rovněž potvrdili přenos deprese do období dospělosti.

Depresivní poruchy se podle Richardse a O'Hary (2014) mohou objevovat v kombinaci s různými formami psychopatologie. Autoři uvádí, že v adolescenci je komorbidita s jinými poruchami až na úrovni 64%. Nejčastěji se deprese vyskytuje v kombinaci s úzkostnými poruchami. Četnost výskytu úzkostnosti je tak vysoká, že je vnímána jako součást depresivity. Čermák, Klimusová & Vízdalová (2005) uvádí, že mezi komorbidními poruchami se v období adolescence nejčastěji vyskytují úzkostné poruchy, abúzus návykových látek, poruchy příjmu potravy, poruchy pozornosti a chování. Výzkumy ukázaly výraznou spojitost mezi depresivitou a sebepoškozováním či vysokou tendencí k sebevraždám, která byla až šestkrát vyšší oproti zdravé populaci (Tørmoen, Rossow, Larsson & Mehlum, 2013). Bylo zjištěno, že adolescentní jedinci, kterým byl diagnostikován syndrom ADHD mívají v průměru až pětkrát vyšší pravděpodobnost, že se u nich vyskytne deprese oproti běžné populaci. Téměř 40% ADHD mladistvých trpí depresivitou (Daviss, 2008).

Většina depresivních projevů u adolescentů je podobná projevům u dospělé populace, nicméně jsou určité prvky, které se objevují pouze v adolescentním období. Pomocí nich může být odhalena depresivní symptomatika u dospívajících a jsou to zejména pocit nudy, podrážděnost, riskantní či histriónské jednání nebo úzkost, která se pojí se zvýšenou konzumací psychoaktivních látek (Malá, 2008).

Obecně můžeme depresi charakterizovat stavy beznadějnosti, sklíčenosti, skleslosti, poklesem či úbytkem pokles aktivity (Křivohlavý, 2013). Deprese je víc než jen smutek. Deprese patří mezi jednu z nejčastějších psychických poruch, přibližně 60% všech pacientů, kteří přicházejí na psychiatrii, má nějakou formu depresivní poruchy (Janiček, 2008). Toto onemocnění je dobře léčitelné prostřednictvím kombinace psychoterapeutické a farmakologické léčby.

## 5.2 Terapie

Léčbu deprese lze rozdělit do čtyř základních složek: psychoedukaci, individuální psychoterapii, rodinnou intervenci a farmakoterapii (Goetz, 2005). Psychoedukace, tedy odborná edukace, která je směřována jak k adolescentovi, tak jeho rodičům. Je zacílená na popis a objasnění příznaků, informování o průběhu poruchy a upozornění na možná rizika. Důležité je sdělení o vlivu a dopadu deprese na zvládání školních povinností a fungování v běžném životě (Park & Goodyer, 2000). Edukace by měla vést k zapojení rodičů, jako „informovaných partnerů terapeutického týmu“ a její součástí je představení předběžného plánu léčby. Systematická psychoterapie depresí je vhodná pro akutní fáze léčby či jako prevence relapsu. Nejběžněji se využívá kognitivně-behaviorální terapií (Park & Goodyer, 2000). Zaměřuje se na symptomy, je strukturovaná a časově omezená. Jejím cílem je změnit naučené a nesprávné chování a kognitivní procesy. Další sféra psychoterapie se orientuje na rodinné prostředí (Goetz, 2005). V rámci psychofarmakologické léčby deprese se používají preparáty ze skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Rodiče by k užívání antidepresiv měli podepsat informovaný souhlas (Goetz, 2005).

## 6 Rizikové chování pubescentů

Táto kapitola objasňuje a vymezuje pojem rizikové chování a jeho jednotlivé oblasti vztahující se k pubescenci, neboť v tomto období je inklinace k rizikovému jednání vyšší než kdykoli jindy. Rizikové jednání, které vznikne v této vývojové etapě, může následně vést k nežádoucímu dopadu na celý jedincův život.

Pojem rizikové chování nahradil termín sociálně patologické jevy, který byl používaný dříve, neboť byl tento termín normativně laděný, stigmatizující a kladl velký důraz na společenskou nebo skupinovou normu.

Rizikové chování dětí a dospívající mládeže se vyskytuje v každé generaci. Do jisté míry jej lze považovat za normativní součást vývoje osobnosti jedince. V předložené práci se zaměříme na rizikové chování mladších adolescentů, tedy mládeže v rozmezí 11 až 15 let. Zmíněné období je považováno jako takové, ve kterém dochází k neobvykle rychlému nárůstu všech forem rizikového chování. Také je pro něj charakteristické získávání nezávislosti a to zejména na rodičích. Je zcela typické, že pubescenti se bouří proti autoritám obecně a snaží se posouvat nastavené hranice (Šimíčková - Čížková, 2004). Toto jednání je přirozené na cestě k dospělosti a očekávané nezávislosti. Pubescenti mají tendenci ke zvědavosti a rádi testují sebe i své okolí, co lze ještě považovat za přijatelné chování a co už nikoliv.

V rámci této práce budeme vycházet z definice Macka (2004), který rizikové chování popisuje jako takové jednání, které přímo nebo nepřímo vede k psychosociálnímu nebo zdravotnímu poškození jedince či jiných osob, prostředí nebo majetku. Barkley, Fisher & Smallish (2002) zmiňuje, že u impulzivních jedinců se mohou v období pubescence manifestovat závažné komorbidní poruchy chování spojené s napadením 27%, výtržnictvím 12%, krádežemi 43% a vandalismem 21%.

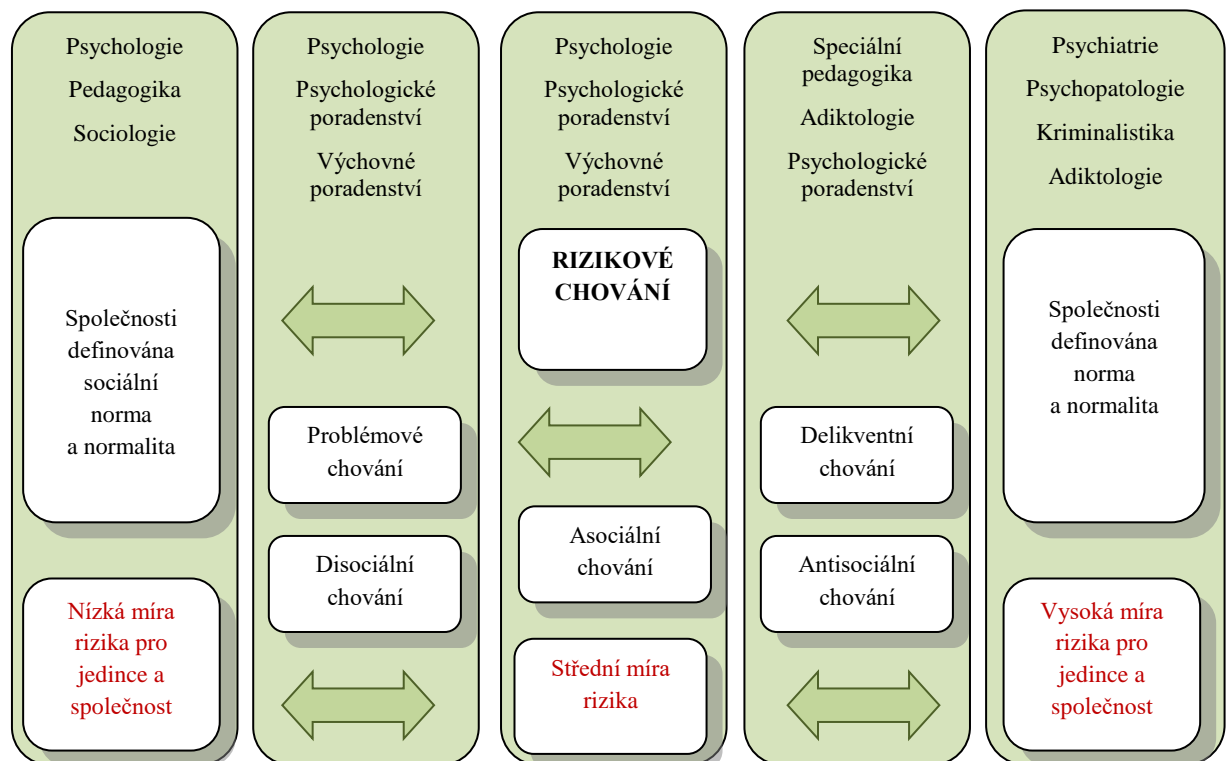
Miovský et al. (2015) považuje za rizikové chování takové chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu výchovných, zdravotních, sociálních a dalších rizik, jak pro jedince, tak i pro společnost. Jedná se o značný soubor fenoménů, jejichž existenci a důsledky lze vědecky zkoumat a je možno ovlivňovat je vhodnými preventivními a léčebnými postupy.

Vymezení rizikového chování podle MŠMT (2017):

- a) agrese, šikana, kyberšikana a další rizikové formy komunikace prostřednictvím multimédií, násilí, vandalismus, intolerance, antisemitismus, extremismus, rasismus a xenofobie, homofobie
- b) záškoláctví,
- c) závislostní chování, užívání všech návykových látek, netolismus, gambling,
- d) rizikové sporty a rizikové chování v dopravě,
- e) spektrum poruch příjmu potravy,
- f) negativní působení sekt,
- g) sexuální rizikové chování,
- h) okruh poruch a problémů spojených se syndromem týraného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN).

Rizikové chování je komplexní pojem, který je zájmem nejen společensko - vědních oborů, ale také se jim zabývají medicínské obory.

Schéma č 1 : Vymezení pojmu rizikové chování



Zdroj: Dolejš, 2010, s. 21

Následující podkapitoly budou věnovány popisu pro práci stěžejních druhů rizikového chování a jejich výskyt. Sled jednotlivých forem vychází z řazení dle MŠMT.

## 6.1 Šikana

Za šikanu je považováno úmyslné a opakující se psychické či fyzické ubližování slabšímu jedinci nebo skupině silnějším jedincem nebo skupinou. Právní řád České republiky definici tohoto jevu neupravuje. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (2017) vymezilo šikanu následně: *„Šikana je agresivní chování ze strany žáka/ů vůči žákovi nebo skupině žáků či učiteli, které se v čase opakuje a je založeno na vědomé, záměrné, úmyslné a obvykle skryté snaze ublížit fyzicky, emocionálně, sociálně a/nebo v případě šikany učitele také profesionálně. Šikana je dále charakteristická nepoměrem sil, bezmocností oběti, nepříjemností útoku pro oběť a samoúčelností agrese.“*

Projevy šikany se mohou podle Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy ČR manifestovat v několika podobách:

- 1) přímá šikana - jenž může mít podobu verbální, neverbální nebo fyzickou,
- 2) nepřímá šikana - jejímž cílem je působení psychologického a emocionálního utrpení a poškození sociálního statusu oběti,
- 3) elektronická šikana neboli kyberšikana, která je v současné době jednou z nejčastějších forem šikany

Miovský et al. (2015) vymezuje, že agrese se projevuje různými extrémními formami agresivního jednání namířeného proti jiné osobě. Může se například jednat o fyzický útok a napadení, v jehož důsledku dojde k ublížení na zdraví. Kolář (2001) uvádí, že 8,5 - 27 % žáků navštěvujících základní školy, střední školy či odborná učiliště se stává oběťmi šikany. Výzkum provedený Červeným a Kubešovou (1996) ukazuje, že 48,3 % adolescentů se někdy v průběhu svého života stalo obětí šikany a z toho se jednalo o dlouhodobý a pravidelný jev u 1,44% jedinců. Vůbec nejrozšířenější formu šikany představuje verbální agrese, která se projeví nejméně jedenkrát za měsíc u 25,6 % pubescentů, kteří jsou v ni konfrontováni jako oběti a 51,4% jedinců se stává svědkem tohoto druhu šikany, při kterém je jedinec v rámci vrstevnické skupiny urážen, ponižován, zesměšňován (Dolejš, 2010).

## 6.2 Projevy agrese

Specifickým projevem agresivního jednání může být agresivní chování, které je namířené proti vlastní osobě, kdy se tedy jedná o sebetrýznění, sebepoškozování, suicidální jednání a jiné. Agrese může být zaměřena také proti hmotným věcem, v tomto případě se jedná o vandalismus. Ten může mít podobu poškozování či ničení osobního majetku spolužáků nebo majetku školy. Také se může projevit ničením a demolováním zařízení při sportovních utkáních tzv. hooligans, veřejného majetku jako je osvětlení, mobiliář, prostředky hromadné dopravy, sprejerství s tvorbou graffiti (Nielsen Sobotková, 2014).

### Sebepoškozování a suicidální jednání

Sebepoškozování je psychická porucha, která má původ v sociokulturním prostředí. Jedná se o agresivní chování jedince, které je nasměrováno proti němu samotnému. Charakteristické je, že se toto sebezraňující jednání opakuje a stává se návykovým (Miovský, 2015). Specifické metody jsou rozmanité a Kriegelová (2008) říká: „*akt záměrného sebepoškozování je omezen pouze fantazií daného jedince*“. V recentních přístupech (Duffy, 2006) jsou rozlišovány metody záměrného sebepoškozování na sebezraňování tzv. „self - injury“ a sebetrávení či předávkování tzv. „selfpoisoning“ či overdosing“ (Kriegelová, 2008).

Pubescence je velmi citlivé a citově náročné období, se kterým se každý jedinec vyrovnává po svém. Někdy se může jednat o vzdor vůči autoritě, rodičům či výkyvy nálad. Jeden ze způsobů vyrovnání se s problémy tohoto období může mít podobu sebepoškozování. Sebepoškozování má souvislost s identitou, sebehodnocením, pocitem jistoty a bezpečí (Daviss, 2008). Vladíková (2016) dodává, že se sebedestruktivní chování může projevit, jestliže se jedinec cítí osamoceně, má pocit, že se vzniklým problémem mu nikdo nemůže pomoci, nevyzná se ve svých pocitech, je nejistý, nevěří si anebo prožívá šikanu.

Dalšími příčinami vzniku tohoto jednání může být stres např. ve škole, v rodinném prostředí, citová deprivace, dokonce i zanedbávání, sexuální zneužívání či týrání (Nielsen Sobotková, 2014). Adolescenti si často prostřednictvím ubližování ulevují od svého psychického trápení a úzkosti. Toto chování vidí jako východisko, ze své problémové



situace. Pro většinu jedinců je zásadním momentem vzniklá fyzická bolest, která přehluší nepříjemné psychické pocity a stavy. Způsobená tělesná bolest je něco hmatatelného a jedinec ji může svou vlastní vůlí ovládnout, na rozdíl od psychické bolesti. Při zážitku bolesti, začne mozek produkovat endorfiny, což pomáhá jedinci zbavit se úzkosti a stresu (Swahn et al., 2008). Sebepoškozování tudíž vede k úlevě od duševních problémů. Pokud pubescent zjistí, že mu tato činnost pomáhá od problému, stane se z ní zlovyk, který se velmi obtížně odstraňuje.

Mezi nejčastější formy sebepoškozování patří (Regenermelová, 2010):

- řezání
- kousání
- škrabání
- rozškrabávání ran nebo jizev, jedinec nenechá ránu zahojit
- títání cigaret o ruku
- pálení se
- užívání nadměrného množství farmak
- propichování kůže, bodání se

Burešová et al. (2012) zmiňuje, že v České republice se vyskytuje až 20% žáků, kteří se sebepoškozují, a nejčastěji se tento jev objevuje při přechodu z prvního stupně na druhý a trvá přibližně až jeden rok. Dále uvádí, že až 60% pubescentů znají někoho ve svém okolí, kdo sám sebe zraňuje. Přibližně 50% z jedinců praktikujících sebedestruktivní chování se někomu v okolí s tímto chováním svěří, v 70% jsou to jejich kamarádi. 25% sebepoškozujících se pubescentů udává, že toto jednání vzniká na základě disharmonických rodinných vztahů.

Suicidální jednání u adolescentů představuje zásadní medicínský problém, jenž přesahuje hranice psychiatrie. Přežití pokusu tohoto jednání může u jedince způsobit zdravotní potíže, které mohou mít podobu trvalých následků. Mezi formy suicidálního chování patří přes sebevražedné myšlenky a nápady, suicidální tendence, pokusy o sebevraždu a až po letální konce, tedy dokonaná suicidia (Coghlan, 2010).

Koutek (2008) uvádí, že se u pubescentů do 14 roků s tímto chováním setkáváme zřídka, avšak ne ojediněle. U dospívajících je počet dokonaných suicidií na počet obyvatel

daného věku ve srovnání s ostatními věkovými kategoriemi nižší. Nicméně Fleischman & Barondess (2004), uvádí, že sebevražda je v adolescenci třetí nejčastější příčinou. Tuto informaci rovněž potvrdil Český statistický úřad (2013), který uvedl, že v daném roce ukončilo svůj život z vlastní vůle 48 mladistvých. Z celkového počtu 48 sebevražd (ČSÚ, 2013) bylo sedm obětí ve věkovém rozmezí 10 až 14 lety, a zbývajících 41 byli adolescenti mezi 15. až 18. rokem. Sebevraždy dětí mladších deseti let jsou i v historickém srovnání výjimkami. Nejčastějším způsobem dokonané sebevraždy u mladistvých je otrava léky, strangulace nebo skok z výšky či pod vlak.

Tabulka č. 1: Počet úmrtí mladistvých v letech 2011 až 2013

Počty úmrtí na vnější příčinu ve věkové kategorii (1–19 let)			
příčina	2011	2012	2013
nehoda	80	72	58
úraz	69	53	56
<b>sebevražda</b>	<b>46</b>	<b>36</b>	<b>48</b>
<b>celkem</b>	<b>195</b>	<b>161</b>	<b>162</b>

Zdroj: Demografická ročenka ČSÚ

Jako možné důvody, které mohou vést mladistvé k myšlenkám, pokusu či dokonání sebevraždy, lze považovat zkratové reakce či dlouhodobě neřešené problémy, ať už rodinné, školní či vztahové a také ty, které obvykle nasedají na psychické onemocnění či zranění (Coghlan, 2010).

K dalším rizikovým faktorům, které mohou podnítit suicidální jednání, může náležet šikana, nefunkční či disharmonické rodinné prostředí, zneužívání nebo postavení oběti. Mohou se objevit také poruchy chování, emoční nestabilita, psychiatrické syndromy např. deprese nebo užívání psychoaktivních látek (Kocourková & Kohoutek, 2002).

U dětí nemusí míra sebevražedného jednání korelovat se skutečným rizikem. Normální děti se myšlenkami na smrt zabývají na základě reálné zkušenosti se smrtí ve svém okolí a prožívají ji ve formě smutku a truchlení. Myšlenky na smrt u nich vzbuzují úzkost a snaží se jim vyhýbat. Suicidální děti mají dle Kocourkové a Kohoutka (2002)

odlišný koncept smrti. Smrtí se zabývají ve svých fantaziích a tyto fantazie obsahují autoagresivní nebo agresivní prvky, častější jsou také představy o posmrtném životě. U adolescentů je třeba suicidální chování posuzovat v kontextu jejich sociálního prostředí. Pokud se adolescent pohybuje v prostředí, kde je hodnota života nízká, posiluje se jeho agresivní i autoagresivní chování.

Problematice sebevražedného chování je nutné se věnovat i u mladších adolescentů. V České republice je u této věkové kategorie evidováno několik dokonaných sebevražedných pokusů (Kocourková & Kohoutek, 2002). Četnost nedokonaných suicidií je mnohem větší. Počet sebevražd v průběhu období adolescence narůstá a vrcholí kolem 20. roku. K suicidálnímu chování adolescentů napomáhá mnoho rizikových faktorů, které se ve svém účinku obvykle doplňují a potencují. Uvědomění si těchto faktorů a jejich následná eliminace spolu s podporou protektivních faktorů může představovat vhodný preventivní postup k této závažné a život ohrožující problematice (Koutek, 2008).

### **6.3 Záškoláctví**

Jde o úmyslné a bezdůvodné zameškávání školního vyučování žákem základní či střední školy, čímž vzniká neomluvená absence. Jedinec na základě vlastního rozhodnutí, z vlastní vůle a bez vědomí rodičů zanedbává školní docházku. Toto jeho chování

je posuzováno jako porušení školního řádu a současně jde také o porušení školského zákona, který vymezuje povinnou školní docházku (Miovský et al., 2015). Vyhýbání se školnímu vyučování může mít za následek špatný prospěch jedince, jeho neúspěšnost ve škole a často mívá vzrůstající tendenci.

Záškoláctví je často spojeno s dalšími typy rizikového chování, které obvykle negativně ovlivňují osobnostní vývoj jedince. Mezi toto chování může patřit užívání návykových látek, hazardní hry, drobné krádeže, kriminalita a jiné. (Miovský et al., 2015).

Výzkumná studie Beinarta a jeho kolektivu (2002) zjistila prevalenci záškoláctví u dívek šestého ročníku základní školy 7% a u chlapců stejného ročníku 11 %. V devátém ročníku bylo již uvedeno 42 % u dívek a 38% u chlapců. Tento výzkum jasně ukázal, že se prevalence záškoláctví věkem zvyšuje (Dolejš, 2010). Záškoláctví rovněž může mít

podobu nepřítomnosti žáka ve školním vyučování z důvodu působícího vlivu marihuany nebo alkoholu na jeho organismus (Dolejš, 2010).

#### **6.4 Užívání návykových látek**

Velké množství provedených výzkumů, potvrzuje užívání různých návykových látek mezi mladistvými. Ve studii Trávníčkové (2000), které se účastnilo 48 respondentů, bylo zjištěno, že první kontakt s drogou mají mladiství ve věku 13 až 15 let z toho 25% za přítomnosti svých vrstevníků. Následně k pravidelnému užívání drog přechází během několika týdnů 26% jedinců. Důvodem k užívání drog byl únik od všedních problémů a jejich povzbuzující účinek (Blatný, Polišínská, Balaštíková & Hrdlička, 2005). Miovský, Trapoková & Miovská (2004) svou studii u skupiny 98 dětí došli k závěru, že žáci 6. ročníků již mají poměrně bohaté zkušenosti s alkoholem a tabákem. Tento výsledek potvrzuje výzkum (Pleva, 2019), při kterém byly zjištěny obdobné výsledky.

Mezi nejběžněji užívané návykové látky mezi mládeží patří alkoholické nápoje a tabák. Kouření a alkohol nejsou pro teenagery pochutiny, ale symboly společenského postavení a dospělosti. Velkou mírou určují, jak moc je jejich vrstevníci berou vážně, a právě v tom tkví skutečná síla a nebezpečí jejich rozšíření. Mendlínová (2000) ve svém výzkumu, do kterého zahrnula 726 jedinců 8. a 9. ročníků zjistila, že 24% žáků již mělo zkušenosti s drogami a v 15% dokonce i opakované. Dále zmiňuje, že užívání drog v 9. ročníku je o třetinu vyšší než v 8. ročníku. Pravidelné užívání drog, nejčastěji marihuany, hašiše, heroinu, pervitinu, LSD a extáze, uvádí 5,3% žáků. Výzkumem bylo dále zjištěno, že 28% žáků kouří pravidelně nebo velmi často, přičemž v 8. ročníku je více dívek než chlapců, které kouří. Ovšem v pití alkoholu jsou chlapci před dívkami a jeho pravidelné užívání uvádí 29% všech žáků (Blatný et al., 2005).

Poměrně rozšířeným jevem mezi adolescenty je rovněž užívání marihuany. Tomuto fenoménu se ve své studii věnovali Krch, Csémy & Drábková (2004), jejichž vzorek čítal 1431 adolescentů ve věku 14 až 15 let. Osobní zkušenosti s marihuanou nebo hašišem uvedlo 17,3% respondentů. 7,7% jedinců sdělilo, že pravidelně užívá kanabis. Uživatelé marihuany srovnání s vrstevníky, kteří neužívají marihuanu, trávili volný čas častěji v partě, dostávali při vyšší kapesné, se svými rodiči trávili méně času a měli s nimi, nebo alespoň s jedním z nich konfliktní vztah. Dále častěji uváděli, že jejich rodiče nebo

alespoň některý z rodičů má sám potíže s pitím alkoholu. Sami pubescenti častěji požívali alkoholické nápoje, kouřili cigarety a měli zkušenosti i s jinými návykovými látkami.

Jennett (2013) uvádí, že u mládeže se syndromem ADHD se k uvedeným zkušenostem přidává ještě další významný aspekt. Pod vlivem nikotinu nebo alkoholu mohou na chvíli pociťovat značné zlepšení své symptomatiky. Najednou jsou schopni se lépe soustředit a být výkonnější, což je silně motivuje k opakování užití. Intervaly těchto zlepšení jsou ale nestejně dlouhé a intenzivní. Tento efekt se však může i náhle obrátit. Alkohol má pro teenagery s ADHD dva velmi nepříjemné následky. V opojení mohou reagovat zcela nepředvídatelně a nekontrolovaně, takže kamarádi, kteří jim chtějí pomoci, jsou zcela bezmocní, a vše může skončit násilím. Nebo mohou být pod vlivem alkoholu depresivní, obzvláště pokud jeho pití kombinují s nějakými léky. Při kouření marihuany je situace úplně jiná. Tato droga způsobuje u jedinců s ADHD neschopnost ovládnutí. Uživatelé marihuany nemají možnost řídit svůj život. Přicházejí o svůj čas, své plány, své cíle a nakonec i své vztahy. Studie Blouina et al., (1978) srovnává skupinu 23 jedinců s kontrolní skupinou 22 mladistvých, kteří sice měli potíže ve škole, ale nebyli hyperaktivní. Výsledky studie ukázaly, že hyperaktivní osoby požívaly alkohol sice ve větším množství než kontrolní skupina, ale ne v takovém, aby se dalo mluvit o abúzu či zneužívání. V prospektivní pětileté studii Kramera & Loney (1978) se 124 chlapci ve věku 12 až 18 let užívalo drogy 19% z nich, z toho v 16% se jednalo pouze o „lehkou“ drogu marihuanu. Ve vzorcích z jiných provedených výzkumů kolísají u těchto jedinců údaje o abúzu „tvrdých“ drog, jako jsou heroin, kokain či halucinogeny mezi 4 - 13 %. Výraznější kontakt s alkoholem uvádí 28% pacientů se syndromem ADHD.

Saules, Pomerleau & Schubiner (2003) uvádí, že u 70 - 80% jedinců s drogovou závislostí přetrvávají příznaky ADHD v adolescenci a u 30 - 50% pak i v pozdní adolescenci. Výskyt komorbidit drogové závislosti a syndromu ADHD je asi 30 - 50%. Pacienti s ADHD v dětství a adolescenci vykazují častější výskyt závislosti na užívání kokainu a nikotinu. Závislost na alkoholu byla u jedinců s ADHD a poruchou chování zjištěna až 6 krát vyšší než byla zjištěna v kontrolní skupině (Knop et al., 2009).

V rámci studie HBSC, Health Behaviour in School-aged Children (2002, 2006) v češtině známé jako studie Mládež a zdraví, bylo zjištěno, že první zkušenosti s alkoholem mají žáci již ve věku mezi 11. až 13. rokem, kdy se však většinou jedná o výjimečné pití. Současně bylo u jedenáctiletých jedinců zjištěno, že přibližně 9% chlapců a 4% dívek uvádí,

že alkohol konzumuje pravidelně alespoň jedenkrát v týdnu. Prevalence pravidelného užívání alkoholu se společně s věkem zvyšuje. V 15 letech pravidelně konzumuje pivo již třetina chlapců a jedna pětina dívek. Nejkonzumovanějším alkoholickým nápojem je pivo, na druhém místě je víno, které pravidelně konzumuje přibližně 10 % dětí a konzumaci destilátů přiznává asi 10 % chlapců a necelých 7 % děvčat.

V rámci této kapitoly bych chtěla také zmínit zneužívání farmaceutik.

Zneužívání léků, představuje závažný problém. Mezi léky jež vyvolávají závislost, patří ty, které obsahují opioidy, např. kodein, dále hypnotika, sedativa a stimulantia např. efedrin nebo pseudoefedrinu. Csémy, Chomynová & Sadílek (2007) udávají, že 9,1 % adolescentů, ve 16 let užívá sedativa bez předpisu lékaře. Z klinické praxe, je známo (Nešpor, 2011), že poměrně často dochází ke kombinaci abúzu farmak např. ze skupiny benzodiazepinů a alkoholu nebo jiných drog. Významnou skupinou jsou preparáty, které sice nevyvolávají závislost, nicméně jsou velmi často zneužívány. Do této kategorie lze zařadit laxantiva, vitamíny, steroidy, antidepresiva, některá analgetika, či přírodní preparáty a jiné (Nešpor, 2011).

## 6.5 Netolismus

Rizikovou formu jednání představuje pro adolescenty používání a čas trávený na elektronických zařízeních, jako jsou mobilní telefony, tablety, počítače a podobně. Vzhledem k charakteru mé práce vidím riziko v jejich častém používání a omezování přímých sociálních interakcí s vrstevníky a sociálním okolím. Žijeme v době, kdy téměř každý adolescent vlastní nějaké zařízení, které umožňuje spojení s okolním světem. Moderní technologie mladistvé téměř ovládají.

Mezi závislost, byť jiného druhu, patří netolismus. Termín netolismus bývá označováno závislostní chování, které se vztahuje k tzv. virtuálním drogám, mezi které řadíme počítačové hry, sociální sítě, internetové služby, různé formy chatu, virální videa, televize aj.

Beard & Wolf (2001, s. 142) definují online závislost jako „*používání internetu, které s sebou přináší do života jedinice psychologické, sociální, pracovní nebo školní*

*komplikace.“*

WHO (2012) vytvořila přehled znaků, kterými se projevuje závislost:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- potíže v kontrole užívání látky, jak z časového, tak množství pohledu,
- užívání látky k odstranění abstinčních příznaků,
- průkazná tolerance, tedy zvyšování dávek látky, pro dosažení účinků, který byl původně vyvolán nižšími dávkami,
- postupné zanedbávání zájmových aktivit ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času potřebného k získání nebo užívání látky,
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Pokud zaměníme pojem „návyková látka“ pojmem „návykový proces“, je zřejmé, že znaky závislosti lze pozorovat také u netolismu: (Nešpor, 2011; Kopecký, 2011)

- silná touha zapnout počítač bez konkrétního cíle
- kontrola SMS
- kontrola statutů na sociálních médiích
- neschopnost stanovit začátek a konec aktivit na internetu
- postupné zanedbávat další aktivity atd.

Netolismus obsahuje šest bazálních komponent určujících závislost (Griffiths, 2016):

- 1) význačnost - některá z aktivit získá prioritní postavení v životě jedince a ta pak ovládá jeho chování, myšlení a citění
- 2) změny nálady - vznikají jako následek vnoření se do některé z těchto aktivit, která může být vnímána jako vyrovnávací strategie, kterou se jedinec uklidní
- 3) tolerance - jedinec potřebuje k dosažení spokojenosti stále více času stráveného online
- 4) odvykací symptomy - omezení nebo ukončení zvolené aktivity následně vyvolá abstinčními symptomy
- 5) relaps - jedinec má tendenci k opakování dřívějších vzorců závislostního chování

- 6) konflikt - vzniklá závislost způsobuje dotyčným problémy např. partnerských či zaměstnaneckých vztazích, ovlivňuje školní prospěch, jedinec ztrácí sebekontrolu.

Mezi typické příznaky netolismu patří: (Kopecký, 2011; Blinka, 2015)

- ztráta kontroly nad časem - zvýšení tolerance, časně vstávání či dlouhé ponocování z důvodu potřeby být online
- psychické projevy - pocit bezcílnosti a prázdnoty v případě nemožnosti nepoužívat mobil či počítač, zvyšující se neklid a nervozita, pokud jedinec nepoužívá média delší dobu, přemýšlení o mobilním telefonu či počítači, jestliže ho člověk právě nepoužívá, tajení své závislosti, využívání počítače či mobil jako úniku od osobních problémů a podobně
- psychosociální projevy - narušení rodinných a přátelských vztahů, případně ztráta přátel
- Projevy spojené s prací - zanedbávání studia, zhoršující se školní prospěch, méně vykonané pracovní činnosti

Druhy netolismu: (Young, 2004)

- 1) závislost na virtuálních vztazích - online seznamky, sociální sítě
- 2) internetové kompulze - hraní online her, internetové nakupování, sázení, virální videa atd.
- 3) přetížení informacemi - nadměrné surfování či hledání v databázích
- 4) závislost na počítači - jeho nadměrné využívání - zejména nadměrné hraní her.
- 5) závislost na virtuální sexualitě - kompulzivní používání pornografický webových stránek

Technologie radikálně mění životy mladistvých, tím, že zasahují téměř vše, od povahy, přes jejich sociální interakci až po duševní vlastnictví. Twenge (2017) uvádí, že s příchodem smartphonů se navýšil počet mladistvých trpících duševní krizí, depresí. Zvýšil se také počet sebevražd. Používání technologií je jedním z mnoha faktorů, jež mají vliv na duševní zdraví mladistvých. Dospívající lidé totiž tráví většinu času právě



s telefony v ruce, takže jsou jim logicky vystaveni daleko více než čemukoliv jinému rovněž depresivně působícímu.

Spitzer (2014) uvádí, že jsou známy negativní účinky digitálních technologií, které ovlivňují činnost psychiky mladistvých. Jedná se například o zhoršení pozornosti a zhoršený rozvoj komunikačních schopností. Hulánová (2012), tento výčet rozšiřuje o narušení emocionality, rozhodování, sociálně psychické procesy a také morální postoje.

Podle Českého statistického úřadu (2016) vlastnilo internet v roce 2005 pouze 19% českých domácností, ale v roce 2016 to již bylo 76% domácností. Z toho vyplývá, že se internet velmi rychle rozšířil mezi obyvatelstvem a hlavně pro mladé lidi je již samozřejmostí.

Studie Twengeho (2017) ukazuje, že adolescenti tráví mnohem více času „na telefonech“ než se svými kamarády a vrstevníky, mají potíže při navazování vztahů, jejich doba spánku je kratší a velmi často se cítí osamělí. Alarmující je podle tohoto výzkumu zvýšená tendence k sebevraždám, která stoupla o 35%.

## **6.6 Poruchy příjmu potravy**

Poruchy příjmu potravy lze zařadit mezi závažná onemocnění. Vzhledem ke své povaze průběhu a zákeřnosti jsou řazeny k nemocem s jednou z nejvyšších úmrtností v psychiatrické praxi. Klasifikace těchto poruch je dosti složitá, neboť přesahují hranice jednoho oboru a stojí na rozmezí psychologie, psychiatrie, sociologie, nutričního lékařství a dalších oborů (Krch & Mičová, 2002).

Poruchy příjmu potravy se nejčastěji objevují u adolescentních dívek a mladých žen, neboť toto období je jedním z nejnáročnějších období jejich života, v důsledku velkých psychických i fyzických změn. S poruchami příjmu potravy se rovněž setkáváme u dětí, žen středního věku či v mužské populaci, která tvoří přibližně 5 – 10% z celkového množství nemocných. (Benešová & Mičová, 2003)

Důsledky poruch příjmu potravy zasahují nejen do roviny tělesné, ale také do roviny psychické a sociální (Orel, 2012). Mezi nejběžnější symptomy poruch příjmu potravy řadí Kulhánek (2015) manipulaci s jídlem, chorobnou obavu z přibývání na váze a ztloustnutí a v důsledku toho je snaha o snížení hmotnosti vedoucí k odmítání potravy. Může se

rovněž objevit opačný extrém, kterým může být nekontrolovaný příjem potravy. Patří zde také praktikování nezdravých či nebezpečných aktivit, které by měly snížit hmotnost. Zde můžeme zařadit dodržování drastických diet, volba druhů potravin, které si daný jedinec zařadí do svého „chudého“ jídelníčku, užívání projímadel aj. Projevy těchto poruch jsou zřejmé také na psychické úrovni (Pavlová, 2010), kdy jedinci neustále o jídle přemýšlí a řeší jim své emoční problémy. Mohou se u nich objevit různé psychické potíže, jako je náladovost, nesoustředěnost, úzkost, emocionální problémy či deprese. Pro tyto jedince je charakteristické, že nemají reální náhled na vnímání vlastního těla, se kterým jsou stále nespokojení. Vzniklé potíže popírají i přes zřejmé příznaky. Ve volném čase se přehnaně věnují sportovním aktivitám, po kterých si nedoplní potřebné živiny. Je pro ně typické omezení až vymizení kontaktů s okolím, přáteli dokonce i zájmových aktivit a předmětů zájmů. Svůj životní styl podřizují zájmu o svou hmotnost, vzhled či jídlo (Papežová, 2003).

Poruchy příjmu potravy reprezentují oblast psychických onemocnění, do kterých spadá nejčastěji mentální anorexie, bulimie, záchvatovité přejídání a extrémní hladovění. K dalším, mladším formám patří ortorexie, bigorexie či drunkorexie.

Mentální anorexie je poruchou, při které úmyslně dochází ke snižování tělesné hmotnosti. Krch (2002) vnímá mentální anorexii jako „moderní“ nemoc, která si začíná získávat místo v povědomí velké části populace. Tato porucha může mimo jiné začít myšlenkou o mírném snížení hmotnosti, což může následně vést k jejímu rozvoji, která může v mezních případech skončit smrtí (Papežová, 2000). Mezi nejviditelnější příznak mentální anorexie patří výrazně nízká hmotnost jedince, která může působit potíže při zvládání každodenního života. Dalšími zjevnými symptomy jsou zvýšená zaujatost tělem, měnící se stravovací zvyklosti a návyky, nadměrná fyzická aktivita či porucha menstruačního cyklu (Jacobi, Paul & Thiel, 2006).

Pro mentální bulimii je charakteristická přehnaná kontrola tělesné hmotnosti, která je spojena s opakujícími se záchvaty přejídání, které jsou následovány kompenzačním chováním (Krch, 2003). Pocit přejedení, který občas zažívají jedinci zdravé populace, není považován za mimořádný stav. Jinak je však tomu u jedinců trpících mentální bulimií. *„Řada bulimiček popisuje své záchvaty přejídání jako cosi frenetického a zoufalého“* (Cooper, 1995). Pro záchvaty přejídání, tzv. „binges“ je specifické, že jedinec ve velmi krátkém čase zkonsumuje velké množství stravy. Tyto záchvaty jsou důsledkem

fyziologických a psychologických mechanismů (Papežová, 2003). Významný je v tomto kontextu pocit ztráty kontroly nad jídlem, který jedinci s bulimií zažívají (Cooper, 1995).

Hlavním rozdílem mezi mentální anorexií a mentální bulimií je v tělesném vzhledu jedince. Osoby trpící mentální anorexií jsou velmi hubené oproti bulimikům, kteří v tomto směru nebývají tak nápadní a to bývá důvodem, proč se jim daří dlouhou dobu tajit tuto nemoc (Benešová & Mičová, 2003).

Poruchy příjmu potravy mohou vznikat na základě dvojího postoje k jídlu. V prvním případě je jídlo vnímáno jako odměna a ve druhém jako trest. Jídlo je v těchto případech pojmáno jako kompenzační prostředek při nepříznivých sociálních vztazích, úzkosti či depresi, nebo nepříjemných životních událostech. S poruchou příjmu potravy se pojí jiné rizikové chování, a to sebepoškozování, užívání alkoholu, drog a farmaceutik, například projímadel až po sebevražednost (Pavlová, 2010).

Adolescence je nejrizikovějším obdobím, ve kterém se projevuje „riziko patologického vztahu k vlastnímu tělu“ Vágnerová (2008). Důležitým determinantem může být školní prostředí, ve které mohou být jedinci konfrontováni s posměšky vztahujícími se k jejich tělesné konstrukci a tím v nich vytvářet pocit, že příčinou všech jeho neúspěchů je „tloušťka“.

Příčiny vzniku, výše popsaných poruch, jsou multikauzální. Mohou se projevit v koexistenci biologických, psychických, sociálních kulturních či jiných determinantů (Jacobi, Paul & Thiel, 2006). Genetické dispozice jedince jsou považovány za rizikové, protože se poruchy příjmu potravy objevují až pětkrát častěji v důsledku těchto dispozic než je tomu u běžné populace. Papežová (2003) udává 50 – 90% genetický podíl při vzniku mentální anorexie a 35 – 83% u mentální bulimie.

Jako psychologický faktor lze chápat vývoj identity, který je spojen s přijetím ženské role. Dospívající dívky, jež trpí mentální anorexií, mohou tímto postojem manifestovat odmítnutí přijetí ženskosti, ženské sexuality, ženských rysů (Kulhánek, 2015).

Vlivy společnosti a kultury na vznik poruch příjmu potravy je značný. Jedná se o jeden z nejdůležitějších faktorů. Výskyt poruch příjmu potravy má stále stoupající tendenci a mnoho studií tento fenomén přisuzuje měnícím se životním hodnotám a stylu. Ženy se snaží podobat kulturně podmíněné představě ženského ideálu, a odolávají sociálnímu tlaku, který štíhlost spojuje s mladistvostí, atraktivitou či štěstím (Grogan, 2000).

Pro mnohé z nich, se jedná o nedosažitelnou metu, která zvyšuje jejich nespokojenost s tělem. Tato nespokojenost však zvyšuje riziko nárůstu poruch příjmu potravy, obzvláště u adolescentních dívek. Benešová spolu s Mičovou (2003) uvádí, že téměř 80% dívek v období dospívání není se svým vzhledem spokojeno, až 70% dívek by chtělo snížit svou tělesnou hmotnost a 60% dívek přiznalo, že už mají zkušenost s dodržováním některé z diet.

Častým spouštěčem poruch příjmu potravy bývá stresující životní událost, sexuální nebo jiné konflikty, změna či problémy v rodině (Krch, 2003)

Emocionálními determinanty u osob s poruchami příjmu potravy bývají často úzkostné a depresivní stavy, které vznikají jako důsledek obav o udržení štíhlé postavy a tělesné hmotnosti (Grogan, 2000).

Mezi osobnostní rysy osob trpících poruchami příjmu potravy patří nízké sebehodnocení a sebevědomí, naopak zvýšená sebekritičnost, nejistota či značná důležitost přikládána mínění veřejnosti (Benešová & Mičová, 2003).

## **6.7 Sexuální rizikové chování**

Sexuálně rizikové chování je soubor takových behaviorálních projevů, při kterých praktikované sexuální aktivity vykazují rizika nejen v oblasti zdravotní a sociální, ale také v dalších (Miovský et al., 2015). Zmíněné chování může být v rámci společnosti relativně hojným jevem a může se projevovat různými způsoby např. nechráněný pohlavní styk při náhodné známosti, předčasný pohlavní styk, promiskuitní chování a rizikové sexuální praktiky (Nielsen Sobotková, 2014). Do této kategorie spadají rovněž kombinace více druhů zmíněného rizikového chování. Jde např. o kombinaci užívání návykových látek a rizikového sexuálního chování. Také jsou zde zařazeny i nové trendy zvyšující riziko hlavně v sociální oblasti a to zveřejnění intimních fotografií na internetu, jejich posílání mobilním telefonem, či nahrávání na video. Tyto aktivity zvyšují riziko zneužití tohoto materiálu (Miovský et al., 2015).

## **VÝZKUMNÁ ČÁST**

## **7 Výzkumný problém**

V následujících kapitolách se zaměřuji na deskripci metodologického rámce. Definuji výzkumné cíle předkládané práce a také výzkumné otázky. Popisuji metody získání dat, metody analýzy a zpracování získaných výsledků, identifikuji výzkumný soubor a strategii jeho výběru a etické aspekty této studie.

Výzkumná studie byla pojata jako pilotní implementace screeningového procesu, která byla následně rozšířená o individuální rozhovory s jednotlivými respondenty, jež směřovaly ke zjištění forem rizikového chování žáků II. stupně základní školy. Právě rizikové chování neboli sociálně nežádoucí chování (Miovský et al., 2010) adolescentů představuje v jejich životech značné komplikace a někdy se nevyhnou ani následkům. Pubescenti si následky svého chování mnohdy neuvědomují, nepřipouští a často je také podceňují.

### **7.1 Výzkumné cíle**

Cílem předložené práce je identifikace jednotlivých forem rizikového chování a jednání u žáků II. stupně základní školy ve vztahu k některým osobnostním rysům, konkrétně k úzkostnosti a depresivitě.

Stanovené výzkumné cíle zohledňují teoretické předpoklady, které jsou zmíněné v teoretické části této práce. Jednotlivé dílčí cíle výzkumu jsou zásadními prvky práce, jelikož určují její nasměrování a rovněž vedou k volbě vhodných postupů při analýze a zpracování zjištěných výsledků. Na základě vymezených cílů byly zvoleny nejen testové baterie, ale také struktura celého výzkumného projektu.

Cíl výzkumu vymezuje výzkumníkův explicitní záměr analyzovat získaná data tak, aby byl následně schopen podat odpověď na definovanou výzkumnou otázku (Hendl, 2005). Pro uskutečnění výzkumné studie byly vytýčené následující výzkumné cíle:

- 1. výzkumný cíl:** Provedení screeningu žáků II. stupně ZŠ pomocí metod Škála úzkostnosti Dolejše a Skopala (SUDS) a Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS) ve spolupráci s vyučujícími základní školy pro získání informací o míře úzkostnosti a depresivity v jednotlivých věkových kategoriích.
- 2. výzkumný cíl:** Identifikování jedinců, kteří mají vyšší výsledek percentilového umístění v rámci populace ve Škále úzkostnosti Dolejše a Skopala (SUDS) či Škále depresivity Dolejše, Skopala a Suché (SDDSS) a porovnat jejich skóry se skóry ostatních žáků v ročníku.
- 3. výzkumný cíl:** Realizování individuálních rozhovorů s žáky, kteří dosáhli signifikantně vyššího percentilového skóru oproti populaci a získat tak data, která podají odpovědi na vytýčené výzkumné otázky.

## 7.2 Výzkumné otázky

Miovský (2006) uvádí, že výzkumné otázky představují v rámci kvalitativního výzkumu ekvivalent hypotéz, které se uvádějí v případě u kvantitativního výzkumu. Ověření hypotéz se provádí jejich testováním, protože je nelze ověřovat kvalitativními metodami, zatímco na výzkumné otázky u kvalitativního výzkumu se odpovídá. Výzkumné otázky musí být stanoveny srozumitelně a jasně a jsou na ně kladeny obdobné podobné nároky jako na hypotézy. *„Od hypotézy se otázka liší pouze v jednom, zato však podstatným znaku. Hypotézu nelze v průběhu výzkumu měnit, výzkumnou otázku však změnit můžeme, a někdy dokonce musíme“* (Miovský, 2006, s. 88).

Výzkumné otázky výzkumu:

**VO 1:** Jaké formy rizikového chování se vyskytují u jedinců, kteří vysoko skórovali v dotazníku úzkostnosti a/nebo depresivity v jednotlivých ročnících?

**VO 2:** Jaké druhy rizikového chování se u sledovaných jedinců objevují nejčastěji?

**VO 3a:** Jaká je spojitost mezi úzkostnosti a rizikovým chováním žáků?

**VO 3b:** Jaká je spojitost mezi depresivitou a rizikovým chováním žáků?



## 8 Popis zvoleného metodologického rámce a metod

Předmětem této kapitoly je popis základního výzkumného rámce, ve kterém byl výzkumný projekt realizován. V podkapitolách zmíním typy realizovaného výzkumu, metody získání dat a postup při jejich následné statistické analýze. Neopomenu ani etické aspekty výzkumu.

V rámci psychologického zkoumání rozlišujeme dvě hlavní paradigmaty a to kvantitativní a kvalitativní přístup. Ferjenčík (2010) popisuje diferenciaci mezi oběma přístupy na základě dvou filozofických proudů, a to pozitivismem a fenomenologií. Pozitivismus se ubírá směrem kvantifikace a manipulace s výzkumným předmětem, zatímco fenomenologie nabádá k tomu, aby byl jev ponechán bez jakéhokoliv zásahu a projevil se v celém svém rozsahu. Poté výzkumník tento jev pozoruje v různých perspektivách.

S ohledem na citlivost zvoleného tématu a za účelem získání podrobných dat jednak o míře úzkostnosti a depresivity jedinců, ale také pro zjištění jednotlivých forem rizikového chování byl zvolen kvalitativní výzkumný metodologický design. Miovský (2006, s. 17) uvádí, že *„kvalitativní přístup v psychologických vědách je přístupem, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.“* Kvalitativní výzkumný design využívá postup induktivní a jeho snahou je nalezení významných struktur, jež existují u proměnných v oblasti zkoumaného problému. Při tomto typu výzkumu nezávisí výběr proměnných na výzkumníkovi, nýbrž na respondentech, kteří svými výpověďmi, které shledávají za relevantní, redukuje data (Disman, 2002).

Celá výzkumná pasáž je rozdělena do dvou fází. Záměrem první etapy byl sběr dat prostřednictvím dotazníkového šetření. Poté následovalo shromáždění a analýza získaných dat. Následně jsem přistoupila k druhé fázi výzkumu, která byla realizována formou terénního výzkumu pomocí metody rozhovoru (Hendl, 2005; Miovský, 2006). Jednalo

se o dodatečné detailní dotazování zvolených respondentů, které bylo realizováno v rámci individuálních rozhovorů, které byly následně vyhodnoceny prostřednictvím tematické analýzy dat. Prolnutí zmíněných dvou postupů poskytlo hlubší vhled do problematiky

mého zájmu a rovněž uvědomění si detailů jednotlivých aktivit rizikového jednání a situacím, které vedou pubescenty k tomuto chování.

## 8.1 Metody získání dat

Metody, kterými byla získána data pro účely výzkumu:

- Škála úzkostnosti Dolejše a Skopala (SUDS; Dolejš, Skopal, 2016)
- Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS; Dolejš, Skopal, Suchá, 2018)
- rozhovor

V rámci první fáze výzkumu byl použit screeningový dotazník SUDS, který byl doplněn o dotazník SDDSS, na základě kterých byly získány informace o jednotlivých žácích II. stupně ZŠ.

Druhá, návazná část výzkumu vycházela z výsledků, které vzešly ze škál SUDS a SDDSS. Na základě zjištěných výsledků ze zmíněných škál byli zvoleni probandi, kteří vytvořili výzkumný soubor. Percentilové skóry těchto respondentů dosahovaly vysoké hodnoty v některé z administrovaných škál. Poté byly uskutečněny se zvolenými jedinci narativní rozhovory. Hendl uvádí, že respondent je při narativním rozhovoru vyzván k volnému vyprávění. *„Vychází se z předpokladu, že existují subjektivní významové struktury o určitých událostech, které se vyjeví při volném vyprávění, a naopak neprojeví při cíleném dotazování.“* (Hendl, 2005, s. 176). Prostřednictvím vyprávění bylo možné postřehnout různé projevy rizikového chování a jednání jedinců v běžném životě. Získaná data byla zpracována formou případových studií, které daly prostor zabývat se konkrétním jedincem a rovněž komplexní deskripci jeho osobnosti. Hendl (2005) charakterizuje případovou studii jako hloubkové zkoumání jednoho případu nebo několika málo případů. Je shromažďováno značné množství informací od jedince nebo několika málo jedinců. Cílem případové studie je zachycení komplikovanosti případu a popisu vztahů v jejich celistvosti.

Nyní budou krátce popsány metody, jimiž jsem získávala data.

### **8.1.1 Škála úzkostnosti Dolejš a Skopal (SUDS)**

Škála úzkostnosti Dolejš a Skopal je používána pro zjištění míry úzkostnosti jako osobnostního rysu. Díky tomuto sceeningovému nástroji lze zjistit požadované informace v poměrně krátkém čase. Tuto škálu lze použít v edukačním procesu či poradenství nebo při klinickém vyšetření, a to individuálně nebo skupinově.

Tato psychodiagnostická metoda je zaměřena na jedince věkovém rozmezí 11 až 15 let a obsahuje 24 otázek, které jsou zaměřeny na chování, pocity, postoje a prožívání adolescenta v rozličných životních situacích, při kterých se může projevit různá míra úzkostnosti. Administrace probíhá bez časového limitu, kdy má respondent pro odpovědi možnost volby jednoho ze čtyř stupňů Likertovy škály: rozhodně nesouhlasím, nesouhlasím, souhlasím, rozhodně souhlasím. Škála reverzně skóruje 3 položky. Celkový skór je vypočítán součtem bodů jednotlivých položek, přičemž minimální počet bodů je 24 a maximální počet bodů je 96. Výsledek jedince v této škále lze převést na percentilovou hodnotu a srovnat s příloženými populačními normami. Škála vykazuje dobrou vnitřní konzistenci s Cronbachovým koeficientem alfa a to mezi 0,89 a 0,90 (Dolejš & Skopal, 2016).

### **8.1.2 Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS)**

Tento jednodimenzionální psychodiagnostický nástroj je určený ke zjištění aktuální míry depresivity adolescentů. Její pomocí je možno identifikovat osoby, které jsou aktuálně depresivnější, oproti určité populaci svých vrstevníků. Tato metoda podá informace o depresivní symptomatologii jedince a odborník může tomuto jedinci poskytnout intervenci a efektivní pomoc. Dolejš et al., (2018) uvádějí, že v rámci této testové metody pojmají depresivitu jako psychický stav, v němž se projevují různé příznaky deprese, které mají individuální povahu, ale nedosahují klinické významnosti. Bazální depresivní projevy jsou patrné v oblastech nálady, aktivit a v množství energie. Tento testový materiál byl standardizován na české populaci dospívajících jedinců v několika celorepublikových studiích. Testovou metodu je možno využívat nejen ve

školenství a poradenství, ale také v klinické praxi a to individuálně nebo skupinově. Administrace dotazníku je snadná a trvá asi 10 – 15 minut. Škála SDDSS je sestaven z 20 položek, na která respondent odpovídá výběrem jedné ze čtyř možných odpovědi Likertovy škály: rozhodně nesouhlasím, nesouhlasím, souhlasím, rozhodně souhlasím. Minimální počet získaných bodů, získaných součtem bodů u jednotlivých položek, je 20 a maximální 80. Hrubý skóre je možno převést podle převodních tabulek na percentily a srovnat s populačními normami. Autoři uvádí, že Cronbachovo alfa v různých celorepublikových studiích vykazovala hodnotu 0,91 a 0,92. Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá má kladný a úzký vztah se Škálou úzkostnosti Dolejš a Skopala ( $r = 0,80$ ).

### 8.1.3 Rozhovor

V druhé etapě uskutečněného výzkumu byly uskutečněny rozhovory s jednotlivými žáky. „*Interview patří mezi nejvýhodnější metody získávání kvalitativních dat*“ (Miovský, 2006). Vzhledem k věku respondentů a citlivosti tématu byl pro výzkum zvolen nestandardizovaný typ interview.

Nestrukturovaný rozhovor je metodou, která je podobná běžnému rozhovoru. Stěžejním při jejím využití je přirozenost konverzace a také nenásilný průběh. Při tomto typu interview nemáme vytvořenou strukturu, které bychom se drželi, ale držíme se tématu našeho zájmu, u něhož sledujeme, jak se rozvíjí v souvislosti s definovanými výzkumnými otázkami. Při tomto typu rozhovoru máme jasnu představu, na jakou otázku chceme najít odpověď a čeho tím máme v úmyslu dosáhnout. Výzkumník by měl být schopen přizpůsobit rozhovor danému jedinci a také okolnostem situace, v níž rozhovor probíhá. Také by měl umět pracovat s jedinečností v chování tazatele a také jeho komunikačními vzorci (Denzin, 1989 in Miovský, 2006, s. 158). Výhodou nestrukturovaného interview je jeho flexibilita ve prospěch výzkumníků, protože mohou v rozhovoru improvizovat a kreativně rozhovor rozvíjet s tím, že dopředu neví, kterým směrem se bude rozhovor ubírat. Podstatné je, držet se základního tématu výzkumu. Nevýhodou může být náročnost při zpracování často nesourodého materiálu, které závisí na tom, jak respondent uchopí otázku a jak ji následně rozpracuje (Miovský, 2006).

Specifickou formou nestrukturovaného rozhovoru je tzv. narativní interview, které je charakteristické tím, že se jedná spíše o vyprávění než o konverzaci (Kvale, 1996).

Respondent je vhodnými otázkami, komentáři apod. naváděn k tomu, aby hovořil o tom, co výzkumníka zajímá. „Při vyprávění samotném je pak úlohou tazatele spíše dále podněcovat vypravěče a pouze se případně ptát na nesrozumitelné části, žádat upřesnění, vysvětlení a podobně“ (Miovský, 2006, s. 158). Cílem této metody je získat autentický materiál, který obsahuje cenné informace i tazaném jedinci.

Pro rozhovory byli vybráni jedinci jednotlivých ročníků, kteří vysoko skórovali v dotazníku SUDS anebo SDDSS. V rámci kvalitativního etapy výzkumu bylo uskutečněno celkem 44 rozhovorů s jednotlivými respondenty, přičemž každý trval přibližně 15 až 20 minut. Každého setkání se zúčastnil respondent a autorka této práce. Hlavním cílem všech realizovaných interview bylo zjistit, jaké formy rizikového chování se projevují u úzkostných či depresivních jedinců.

Tabulka č. 2 : Přehled účastníků rozhovorů

Ročník	Celkem	Chlapců	Dívek
6.	9	5	4
7.	8	5	7
8.	13	7	6
9.	10	5	5
<b>Celkem</b>	<b>44</b>	<b>22</b>	<b>22</b>

Přepisy některých z uskutečněných rozhovorů jsou součástí příloh.

V této kapitole jsem popsala metody, které byly ve výzkumné studii použity. Navazující kapitola obsahuje informace popisující sběr dat, celé realizaci výzkumu a také metody zpracování a analýzy dat.

## 8.2 Metody zpracování a analýzy dat

Veškerá data, která byla při provádění výzkumu získána, byla systematicky zpracovávána a průběžně připravována k analýze. Celý postup je uveden v této podkapitole.

Analýza získaných dat vzešla z následujících podkladů:

- vyplněné dotazníky SUDS
- vyplněné dotazníky SDDSS
- tematická analýza dat
- přepisy dat z individuálních rozhovorů

Získána data z uvedených dotazníků byla převedena v programu Excel do datové tabulky, která obsahovala pořadové číslo probanda, jeho kód, věk, ročník, jehož je žákem, pohlaví (chlapec kód 1, dívka kód 0). Tato data doplňovaly informace o hrubých skórech a percentilových skórech jak z dotazníku SUDS, tak z dotazníku SDDSS.

Jestliže v dotazníků SUDS chyběla zaznamenaná odpověď, bylo postupováno podle příručky, která připouští doplnění jedné chybějící položky nejčastěji administrované odpovědi, jež je uváděná u jiných položek obdobného typu. Tuto situaci jsem řešila v 6 případech všech 173 dotazníků. U dotazníku SDDSS jsem postupovala podobně. Také u této škály povoluje příručka doplnění jediné chybějící položky v rámci celého dotazníku. Tato nesrovnalost se při vyhodnocování dotazníků objevila celkem 5 krát také z celkového počtu 173 dotazníků. Ze všech administrovaných dotazníků byly vyřazeny 4 dotazníky z důvodu nevyplnění více než jedné položky či naopak uvedení dvou odpovědí u jedné otázky, což se opakovalo u více položek. Ostatní dotazníky byly vyplněny bezchybně. Následným vyhodnocením dotazníků byly zjištěny výsledky, které měly podobu hrubých skóru. U obou dotazníků byly zjištěné hrubé skóry převedeny na percentily, které lépe ukázaly umístění respondenta ve sledované populaci. Percentilové výsledky a také hrubé skóry byly nadále použity pro provedení statistické analýzy dat.

V průběhu realizace všech individuálních rozhovorů, byly pořizovány, pro fixaci všech informací, které respondenti poskytl, autentické audio záznamy, které byly převedeny do podoby transkripce. Textový charakter informací umožnil další

vyhodnocování dat prostřednictvím tematické analýzy, jež byla provedena technikou „tužka, papír“. V rámci tohoto postupu byla použita metoda „barvení textu“. Pasáže, které se tematicky týkaly okruhu našeho zájmu, tedy výskytu rizikového chování, byly podle jednotlivých forem označovány různými barvami. Pozornost jsem zaměřila na rizikové formy jednání jako je například užívání návykových látek, projevy záškoláctví, sebepoškozování, netolismu, poruchy příjmu potravy, navazování a udržování vztahů a jiné. Následně jsem takto detailně připravený text hlouběji analyzovala a to tak, že například oblast užívání návykových látek byla doplněna o informace, o jaký druh látky se jedná, zda o tabákové výrobky, alkohol, marihuanu či léky. Oblast vztahů, byla rozšířena o informace, zda se jedná o vztahy k vrstevníkům, rodičům, trenérům či jiným autoritám a podobně.

### **8.3 Etické problémy a způsoby jejich řešení**

V průběhu celé realizace výzkumu bylo důsledně pamatováno na dodržení obecných etických principů a zásad. V době, kdy výzkum probíhal, jsem nezaznamenala žádné etické potíže, problémy či situace, které by bylo nutno řešit.

Před uskutečněním samotného výzkumného šetření byl ředitel školy a členové školního pedagogického pracoviště, konkrétně, výchovná poradkyně, metodik prevence, speciální pedagožka seznámeni s účelem a charakterem výzkumu, dále se způsobem nakládání se získanými daty, zaručením anonymity respondentů v rámci povinnosti mlčenlivosti výzkumníka, Dále byli informováni o dobrovolné účasti respondentů ve výzkumu a rovněž o možnosti jejich odstoupení z výzkumu. Na závěr byli informováni o tom, že veškeré získané informace budou použity pouze pro potřeby této práce. Pro účely mé studie, byly použity individuální informované souhlasy určené pro diagnostiku třídy a také generální souhlasy rodičů zákonných zástupců žáků.

Všichni žáci, respondenti byli rovněž informováni o významu prováděného výzkumu, tedy konkrétně o jeho zacílení, zaručení anonymity, nakládání se svěřenými daty, dále byli účastníci obeznámeni s možností neúčastnit se výzkumné studie dle svého uvážení a rovněž s eventualitou odstoupit od administrace dotazníků kdykoli v jejím průběhu. Účast všech žáků byla dobrovolná. Dříve než byly žákům rozdány dotazníky, došlo k představení a seznámení výzkumníka s probandy. Poté následovala

krátká diskuse, která vedla k uvolnění atmosféry ve třídě a navození důvěrnějšího postoje žáků směrem k výzkumníkovi, což následně vyvolalo u nich bezpečnější pocit při administraci dotazníků. Žáci měli také možnost, klást jakékoliv dotazy, které se vztahovali k výzkumu. Výzkum byl uskutečněn naprosto anonymně. Pro účely identifikace jednotlivých žáků bylo použito kódů. V záhlaví dotazníků uváděli respondenti kromě svých kódů pouze základní osobní informace, kterými byly školní ročník, věk a rod.

Během celé výzkumné studie a také při a zpracování získaných informací bylo důsledně dbáno na to, aby žádné materiály nebyly zpřístupněny neoprávněným osobám a získaná data byla použita pouze pro účely předložené práce. Ke všem pořízeným audio záznamům, jež vznikly v průběhu výzkumu, poskytli respondenti osobní souhlas. Bylo postupováno podle etických požadavků, jejichž dodržení je nezbytné při realizaci psychologického výzkumu.



## **9 Výzkumný soubor a strategie jeho výběru**

V následující kapitole detailně charakterizuji základní výzkumný soubor, který se zúčastnil screeningového sběru dat. Poté se zaměřím na popis postupu výběru, kterým jsem získala výzkumný soubor a podrobím ho detailnější charakteristice.

Základní soubor realizovaného výzkumu, představoval populaci žáků, kteří navštěvují II. stupeň základní školy, tedy konkrétně mládež, ve věkovém rozpětí 11 až 15 let. Výzkumu se účastnili žáci navštěvující šestý, sedmý, osmý a devátý ročník. Pro výzkum byla vybrána základní škola, která se nachází v Moravskoslezském kraji. Nejprve byl kontaktován ředitel školy dopisem v elektronické podobě, v němž byl obeznámen s účelem výzkumu a jeho detailním postupem. Po získání odpovědi na tento dopis, ve kterém ředitel školy projevil souhlas s výzkumem, byl prostřednictvím telefonické domluvy stanoven termín osobního setkání, na kterém jsme se dohodli na konkrétních termínech vhodných pro sběr dat.

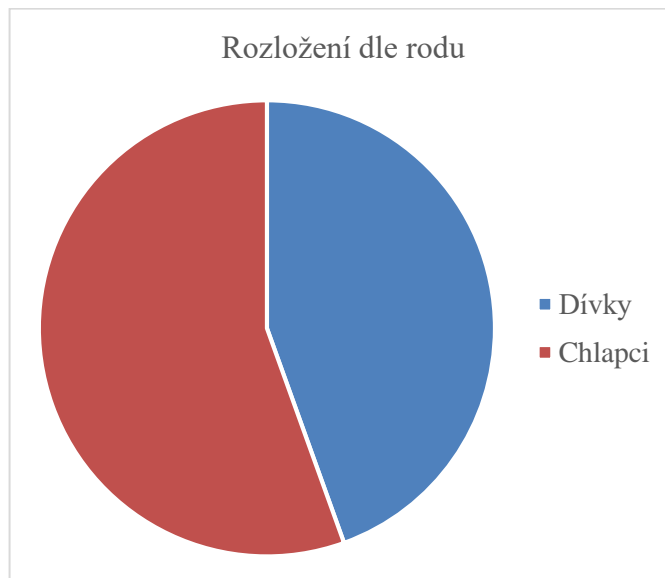
### **9.1 Popis základního výzkumného souboru**

Z důvodu získání dat k výzkumnému šetření jsem pracovala s žáky jednotlivých tříd, v nichž jsem uskutečnila jednotlivá screeningová šetření. Při jejich realizaci jsem použila dotazníky SUDS a SDDSS. Administrace se zúčastnili všichni přítomní žáci a žákyně II. stupně.

Zjištěné výsledky jsou rozděleny nejprve podle rodu, poté následuje dělení podle zastoupení respondentů v rámci jednotlivých ročníků doplněné o rozložení na základě celkového věku a věku v jednotlivých ročnících, v nichž výzkum probíhal.

Celkový počet respondentů, kteří byli do studie zapojeni, byl 173, z toho bylo 77 (44,51 %) dívek a 96 (55,49 %) chlapců.

Graf č. 1: Rozložení respondentů podle rodu



Zastoupení respondentů v jednotlivých ročnících bylo následující:

Tabulka č. 3: Rozložení respondentů dle ročníků

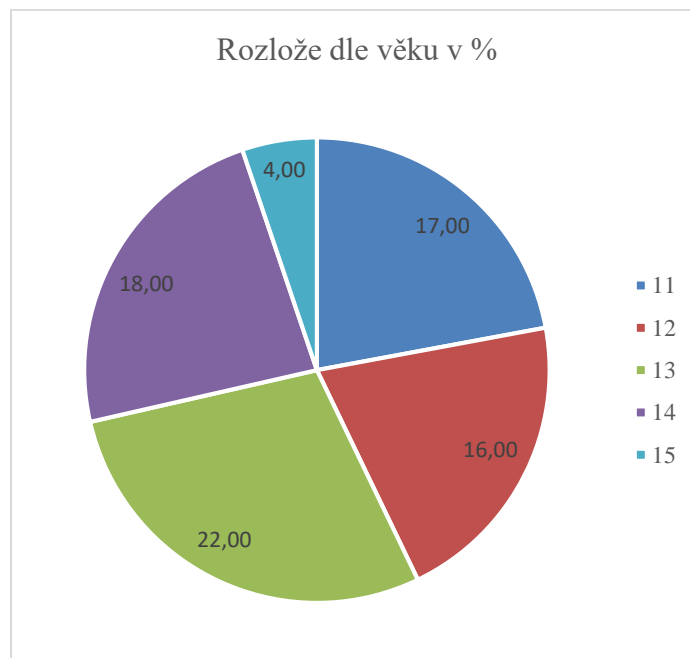
Ročník	Četnost	Relativní četnost (%)
6.	49	28,32
7.	40	23,12
8.	61	35,26
9.	23	13,29

Výzkumné studie se zúčastní jak dívky, tak chlapci ve věkovém rozmezí 11 a 15 let. Průměrný věk dívek byl 12,69 (SD 1,21) a průměrný věk chlapců byl 12,81 (SD 1,13).

Tabulka č. 4: Rozložení respondentů dle věku

Věk	Celkem		Dívky		Chlapci	
	N	RČ	N	RČ	N	RČ
11	32	18,50%	17,00	9,83%	15,00	8,67%
12	36	20,81%	16,00	9,25%	20,00	11,56%
13	57	32,95%	22,00	12,72%	35,00	20,23%
14	38	21,97%	18,00	10,40%	20,00	11,56%
15	10	5,78%	4,00	2,31%	6,00	3,47%
<b>Celkový součet</b>	<b>173</b>	<b>100%</b>	<b>77,00</b>	<b>44,51%</b>	<b>96,00</b>	<b>55,49%</b>

Graf č. 2: Rozložení respondentů podle věku



Průměrný věk všech probandů, kteří se účastnili výzkumného projektu, byl 12,76 let se směrodatnou odchylkou (zkráceně SD 1,16).

Tabulka č. 5: Věkový průměr v jednotlivých ročnících

Ročník	Věkový průměr	Min. věk	Max. věk
6.	11,43	11	13
7.	12,5	12	14
8.	13,39	13	15
9.	14,35	14	15

## 9.2 Popis zkoumaného souboru

Abych správně určila jedince, kteří budou tvořit zkoumaný soubor, bylo nezbytné provést důkladnou analýzu dat, která byla získána prostřednictvím dotazníků. Na základě výsledků byli vybráni jedinci z každého ročníku, kteří vysoko skórovali v dotazníku SUDS nebo v dotazníku SDDSS, se kterými jsem následně uskutečnila individuální nestrukturované rozhovory. Této části výzkumu se zúčastnilo 44 respondentů - 22 žáků a 22 žákyň z celého II. stupně. Průměrná hodnota jejich percentilového skóru u rysu úzkostnosti byla 79,64 (SD 13,33) s minimální hodnotou 48 a maximální 99. U rysu depresivity byla průměrná hodnota 80,32 (12,33) s minimálním skórem 52 a maximální 99.

Popisované fáze výzkumu se účastnili žáci, kteří byli zvoleni pomocí metody příležitostného výběru. Ferjenčík (2010) tento typ výběr nazývá také jako výběr dobrovolníků a uvádí, že při této metodě jsou vybráni jen ti členové populace, kteří jsou nejdostupnější nejen fyzicky, ale také, a to bylo v naší studii zásadní, ve smyslu ochoty spolupracovat. Individuální rozhovory byly tedy realizované jen s těmi jedinci, kteří vyjádřili zájem podílet se se svými informacemi na výzkumu a v době provádění výzkumu byli dostupní. Někteří z potenciálních respondentů, tedy ti, jejichž percentilové skóry byly signifikantně vyšší, nebyli v době realizace rozhovorů přítomní.

## 10 Výsledky analýzy dat

V následující kapitole interpretuji zjištěné výsledky, které se vztahují k jednotlivým vytýčeným cílům výzkumného projektu.

### 10.1 Vyhodnocení 1. výzkumného cíle

Na tomto místě budou předloženy výsledky analýzy dat škál SUDS a SDDSS.

**1. výzkumný cíl:** Provedení screeningu žáků II. stupně ZŠ pomocí metod Škála úzkostnosti Dolejše a Skopala (SUDS) a Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS) ve spolupráci s vyučujícími základní školy pro získání informací o míře úzkostnosti a depresivity v jednotlivých věkových kategoriích.

Pro detailní analýzu dat zmíněných dotazníků, bylo využito statistických metod, na základě kterých byly zpracovány některé výsledky. K získání výpočtů byl použit statistický program Statistica 13.3. Podkladem pro analýzu dat byly hrubé skóry dotazníku SUDS a také dotazníku SDDSS a k podrobnějšímu rozboru byly využity percentilové hodnoty obou škál.

#### 10.1.1 Celkové vyhodnocení dotazníku SUDS

Na základě analýzy dostupných dat u dotazníku SUDS jsem došla ke zjištění, že průměrný celkový hrubý skór všech respondentů, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili, byl v této škále 50,78 bodů (SD 10,94).

Detailnějším rozbohem bylo dále zjištěno, že dívky dosáhly vyššího průměrného hrubého skóru 55,08 bodů (SD 10,92) než chlapci, kteří dosáhli průměru 47,33 bodů (SD 9,73). Rozdíl mezi rody vykazuje hodnotu 7,75, což naznačuje, že dívky obecně vykazovaly vyšší míru úzkostnosti než chlapci.

Tabulka č. 6: SUDS – průměr hrubých skóre v rodech

Ročník	Dívky		Chlapci		Celkem	
	Průměr	SD	Průměr	SD	Průměr	SD
6.	52,42	9,12	48,52	9,47	50,43	9,41
7.	59,63	13,54	48,43	10,67	53,75	13,23
8.	53,26	9,85	46,66	8,77	49,15	9,67
9.	56,82	10,18	45,08	11,97	50,70	12,43
<b>Celkový součet</b>	<b>55,08</b>	<b>10,92</b>	<b>47,33</b>	<b>9,73</b>	<b>50,78</b>	<b>10,94</b>

Z výsledků je možné také pozorovat, že nejvyšší nárůst, a to více než o 3 body je mezi 6. a 7. ročníkem.

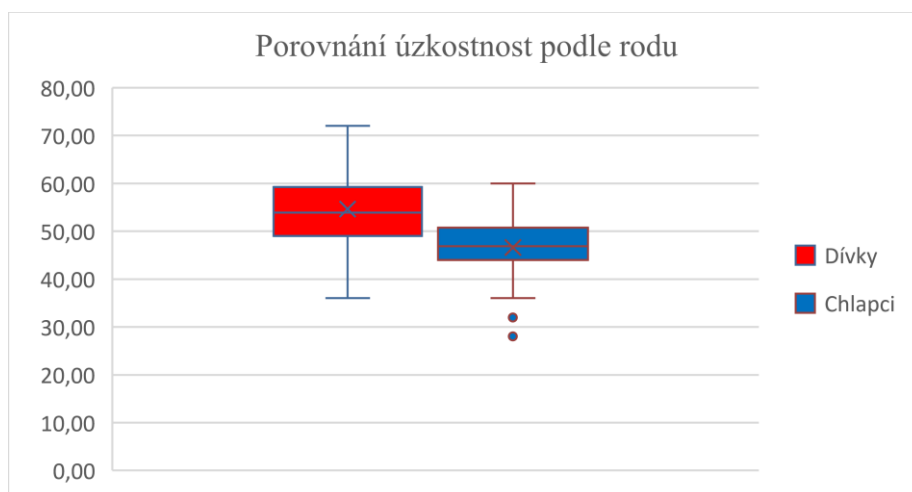
Nejvyšší míru úzkostnosti v tomto projektu vykazaly dívky 7. ročníku, které dosáhly 59,63 bodů (SD 13,54) a naopak nejnižší míra úzkostnosti byla zjištěna u chlapců 9. ročníku 45,08 bodů (SD 11,97), viz tabulka č.7.

Tabulka č. 7: SUDS - průměr hrubých skóre v ročnících

Ročník	Průměr	SD	Min.	Max.
6.	50,43	9,41	27	78
7.	53,75	13,23	28	85
8.	49,15	9,67	31	78
9.	50,70	12,43	25	76
<b>Celkový součet</b>	<b>50,78</b>	<b>10,94</b>	<b>25</b>	<b>85</b>

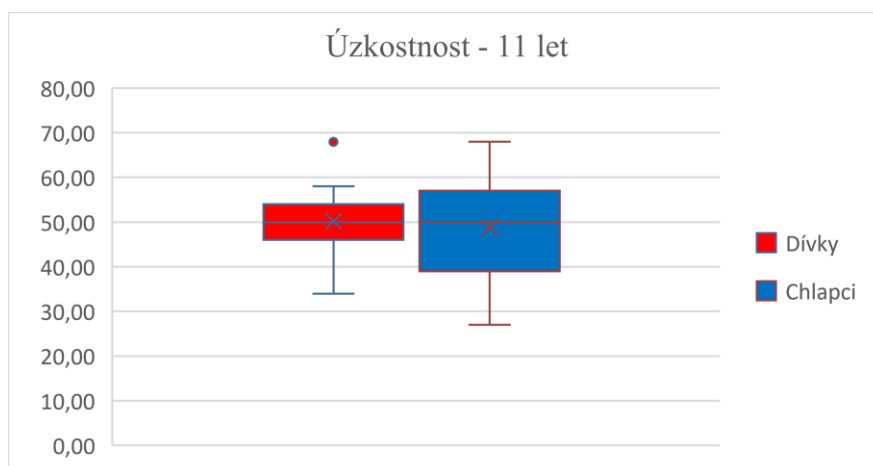
Vyšší míru úzkostnosti dívek v tomto dotazníku oproti chlapcům potvrzují dále uvedené výsledky vztahující se k 11 letým, 12 letým, 13 letým a 14 letým respondentům. Opačně je však tomu fenoménu u 15 letých respondentů. V tomto případě dosáhli vyššího skóru chlapci oproti dívkám.

Graf č. 3: Porovnání úzkostnosti podle rodu



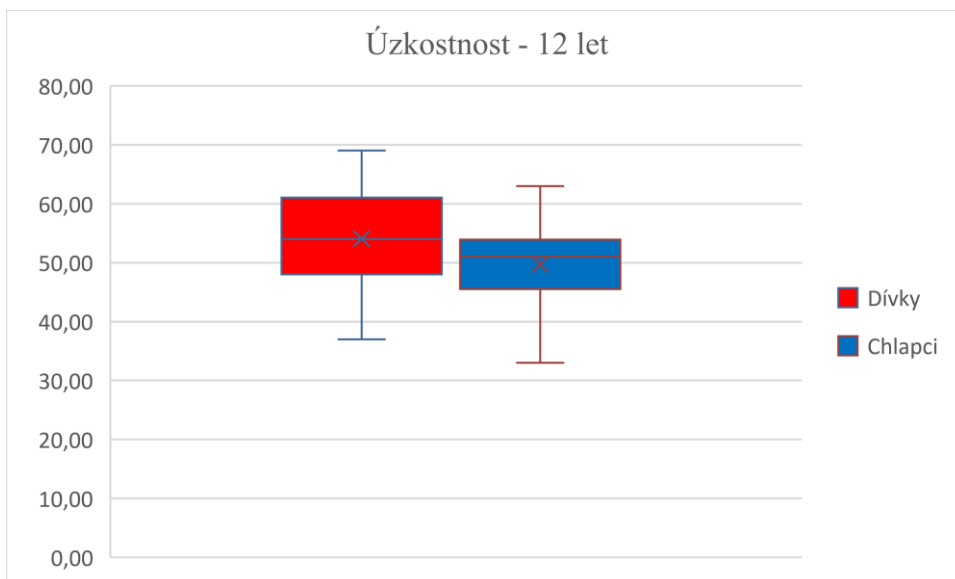
Následnou analýzou jsem zjistila detailnější informace vztahující se k úzkostnosti v rámci jednotlivých let. Konkrétně žákyně, které měly v době výzkumu 11 let, dosáhly průměru hrubých skóru 50,18 a stejně staří žáci 48,80.

Graf č. 4: Porovnání úzkostnosti, věk 11 let



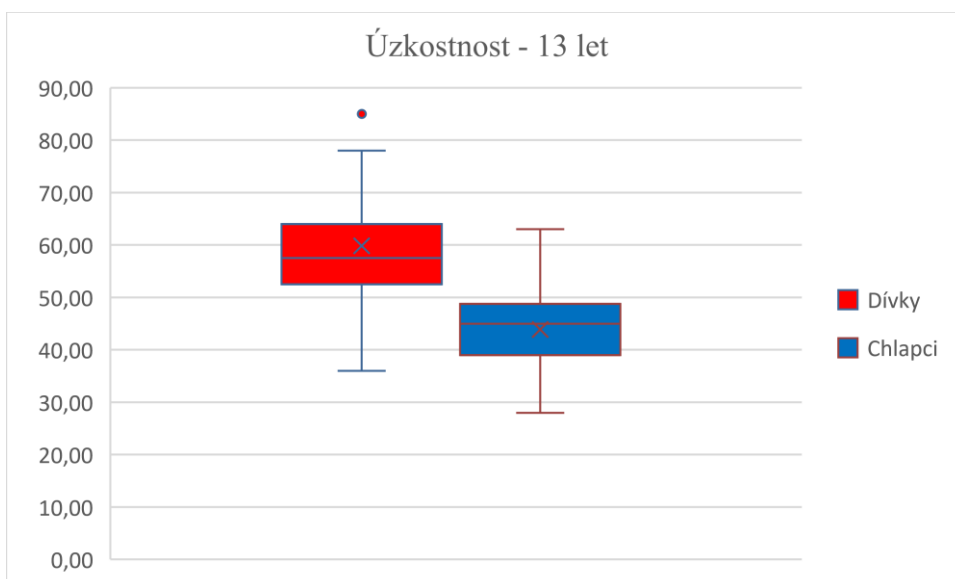
12 letým dívkám byl vypočítán průměrný hrubý skór 54 bodů a chlapcům 50,35.

Graf č. 5: Porovnání úzkostnosti, věk 12 let



13 letým respondentkám byl vypočítán průměrný hrubý skór 59,36 bodů a respondentům 44,29 bodů.

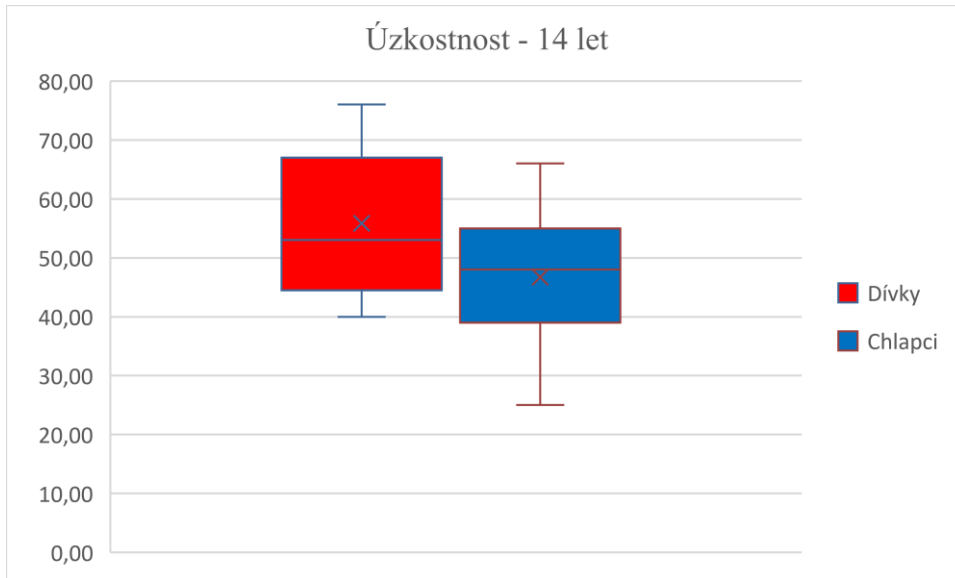
Graf č. 6: Porovnání úzkostnosti, věk 13 let





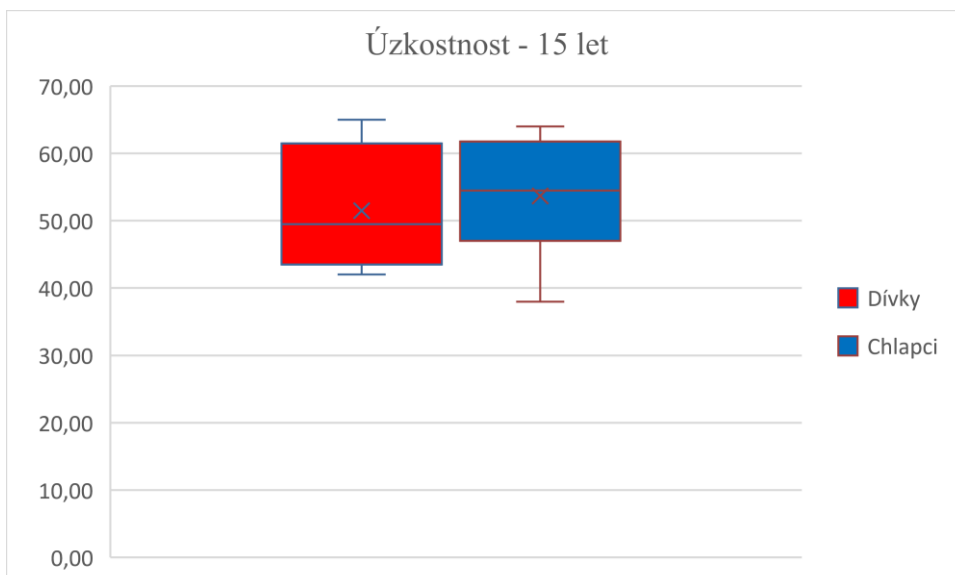
14 letým žákyním byl vypočítán průměrný hrubý skór 56,22 bodů a žákům 46,65 bodů.

Graf č. 7: Porovnání úzkostnosti, věk 14 let



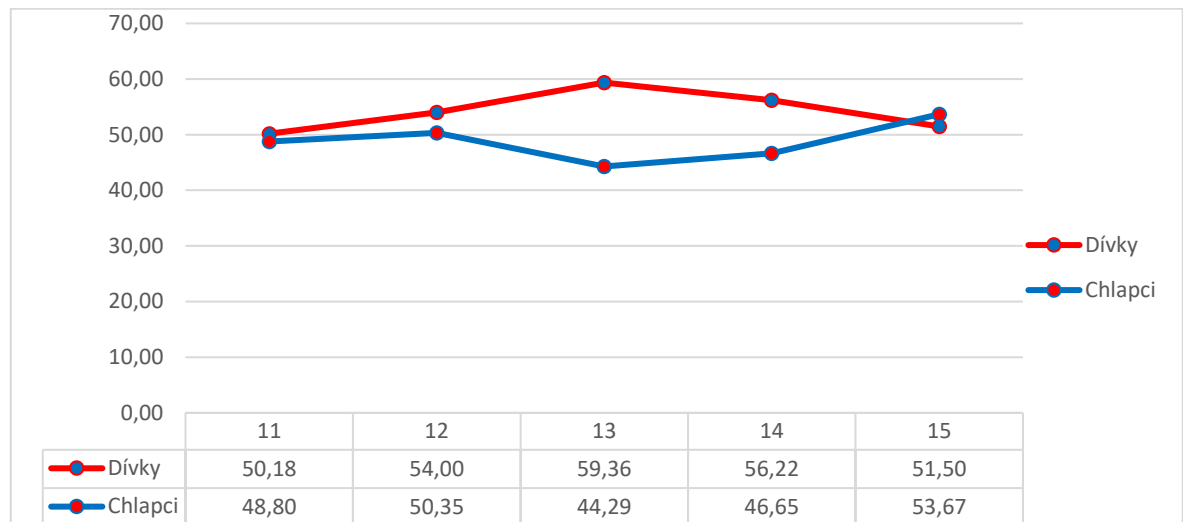
V rámci zjišťování úzkostnosti mezi 15 letými respondenty, bylo zjištěno, že zde byl dívkám vypočítán nižší průměrný hrubý skór 51,50 bodů než chlapcům 53,67 bodů.

Graf č. 8: Porovnání úzkostnosti, věk 15 let



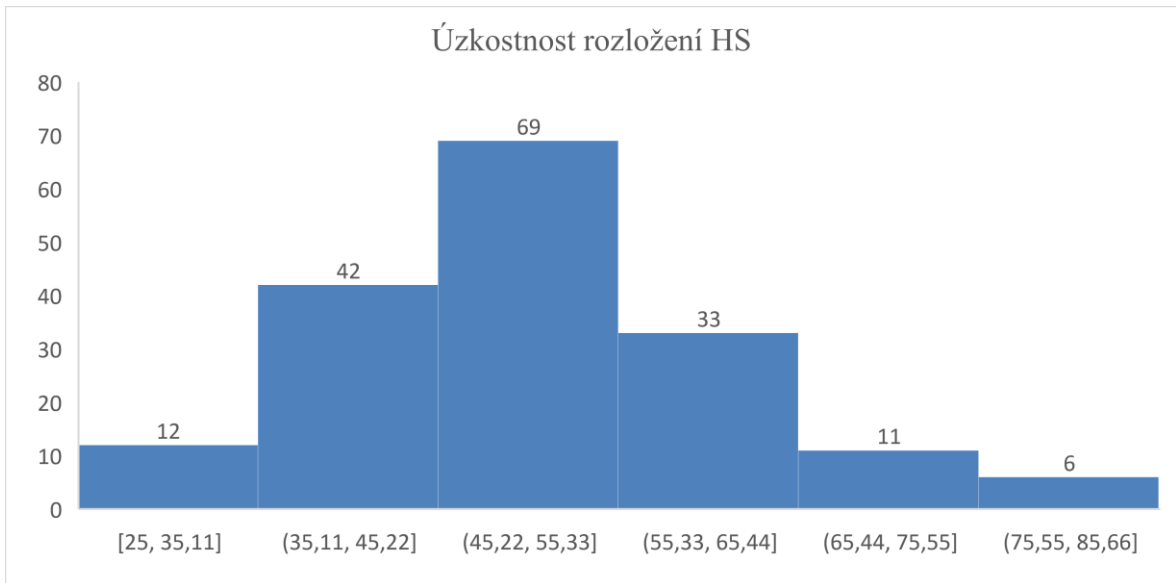
Při podrobnějším rozboru zjištěných výsledků je patrné, že úzkostnost dívek ve věku 11 a 15 let je téměř shodná, eskaluje ve 13 letech, kdy je oproti 11 letům vyšší téměř o 10 bodů. U chlapců má úzkostnost ve věku 13 let naopak klesající tendenci oproti 11 letům a to 4 body.

Graf č. 9: Průměr hrubého skóru úzkostnosti podle rodu



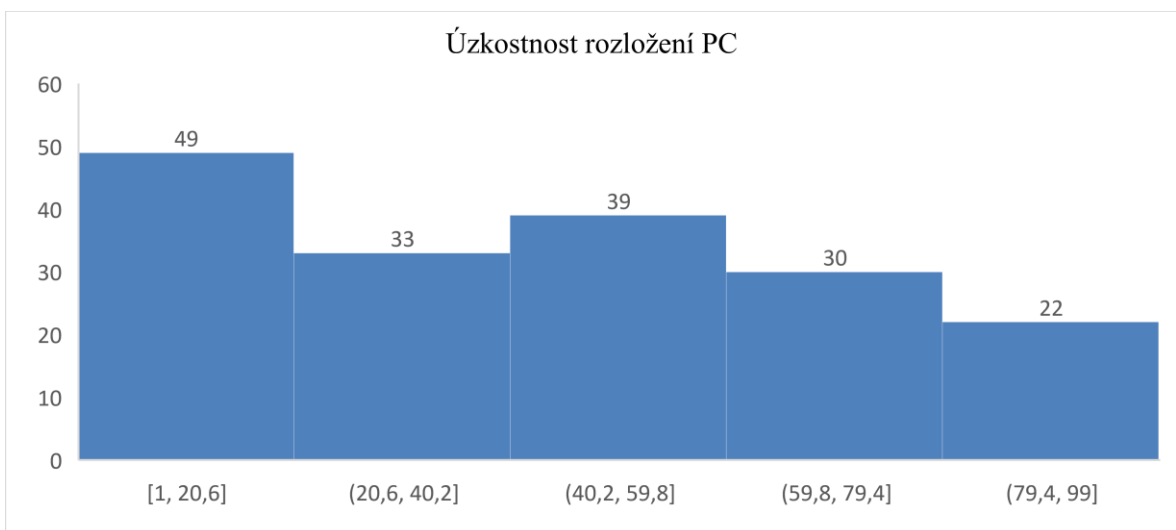
Na základě hrubých skóre bylo dále zjištěno, že nejvíce respondentů, přesně 69 se nachází v pásmu úzkostnosti 45,22 až 55,33 bodů. V pásmu nejnižší úzkostnosti 25 až 35,11 bodů se pohybuje 12 respondentů a naopak v nejvyšším pásmu 75,55 až 85,66 bodů se nachází 6 respondentů.

Graf č. 10: Rozložení úzkostnosti, HS



Rozdělení sestavené na základě percentilových skóre ukázalo, že největší zastoupení, tedy 49 respondentů bylo v nejnižším pásmu (perc. 1 – 20,6) a v nejvyšším pásmu perc. 79,4 - 99) se ocitlo 22 respondentů.

Graf č. 11: Rozložení úzkostnosti, percentilový skór



### 10.1.2 Celkové vyhodnocení dotazníku SDDSS

Analýzou získaných dat dotazníkové škály SDDSS, byl získán výsledek celkového průměrného hrubého skóru všech probandů, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili 36,87 bodů (SD 10,11).

Podrobnějším zkoumáním jsem zjistila, že dívkám byl vypočítán vyšší průměrný hrubého skóru 39,77 bodů v této škále (SD 11,31) než chlapcům, kterým byl vypočítán průměr 34,54 bodů (SD 8,39). Rozdíl, který je patrný mezi jednotlivými rody je 5,23 bodů, což značí, že dívky obecně vykazují vyšší míru depresivity oproti chlapcům.

Tabulka č. 8: SDDSS - průměr hrubých skóru v rodech

Ročník	Dívky		Chlapci		Celkem	
	Průměr	SD	Průměr	SD	Průměr	SD
6.	36,42	11,17	36,48	6,76	36,45	9,09
7.	43,42	12,31	35,67	10,23	39,35	11,79
8.	39,00	10,62	32,63	7,55	35,03	9,28
9.	42,36	10,19	34,58	10,09	38,30	10,67
<b>Celkový součet</b>	<b>39,77</b>	<b>11,31</b>	<b>34,54</b>	<b>8,39</b>	<b>36,87</b>	<b>10,11</b>

Nejvyšší míru úzkostnosti v tomto šetření vykazaly dívky 7. ročníku, které dosáhly hodnoty 43,42 bodů (SD 12,31) a nejnižší míra úzkostnosti byla zjištěna u chlapců 8. ročníku 32,63 bodů (SD 7,55).

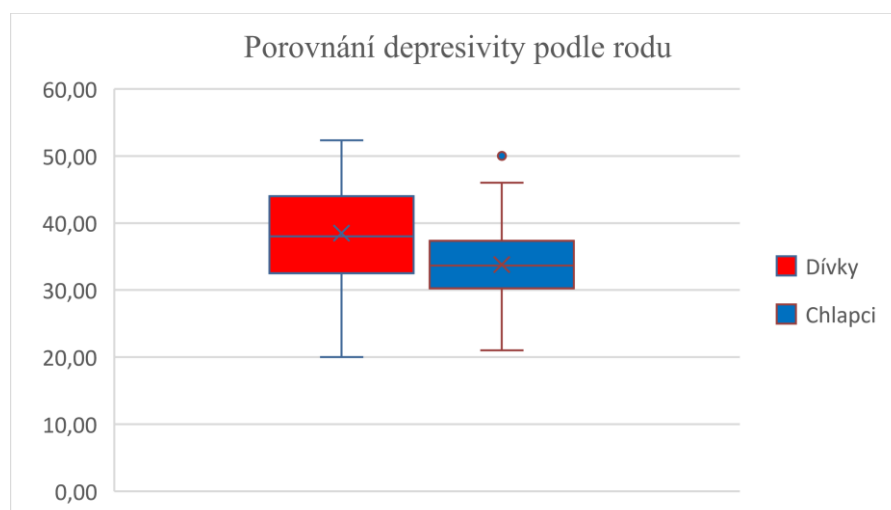
Z tabulky č. 9 je zřejmé, že nejvyšší nárůst, a to o více než 3 body se projevil mezi 8. a 9. ročníkem.

Tabulka č. 9: SDDSS - průměr hrubých skóre v ročnících

Ročník	Průměr	SD	Min.	Max.
6.	36,45	9,09	20	73
7.	39,35	11,79	20	68
8.	35,03	9,28	22	73
9.	38,30	10,67	20	63
<b>Celkový součet</b>	<b>36,87</b>	<b>10,11</b>	<b>20</b>	<b>73</b>

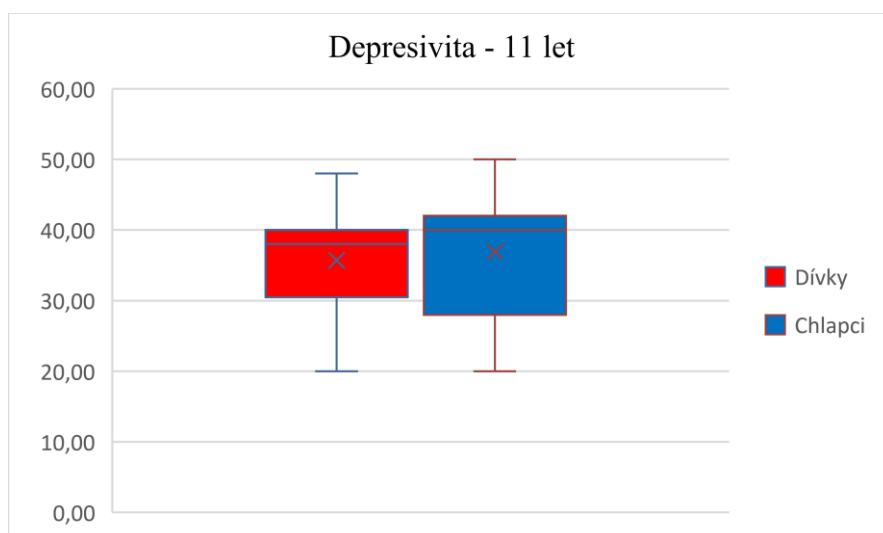
Vyššího výsledku v průměru hrubých skóre získali dívky ve věku 13 a 14 let oproti stejně starým chlapcům. Opačná situace byla u 11letých, 12 letých a 15 letých chlapců, kteří skórovali výše než dívky stejného věku.

Graf č. 12: Porovnání depresivity podle rodu



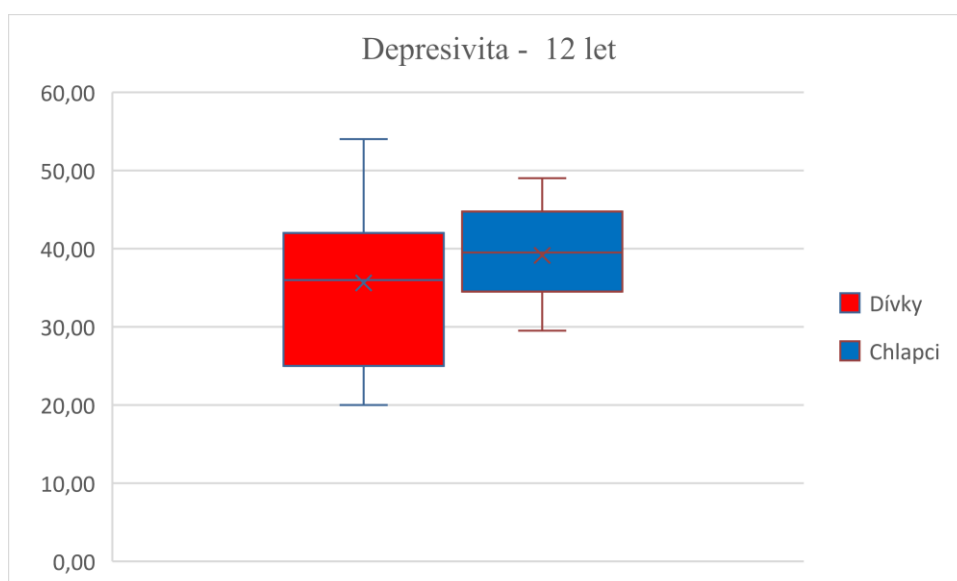
Následným hlubším rozbohem jsem zjistila podrobnější informace vztahující se k depresivitě v rámci jednotlivých let. Konkrétně 11leté dívky dosáhly nižšího průměru hrubých skóre 35,71 než stejně staří žáci 36,87.

Graf č. 13: Porovnání depresivity, věk 11 let



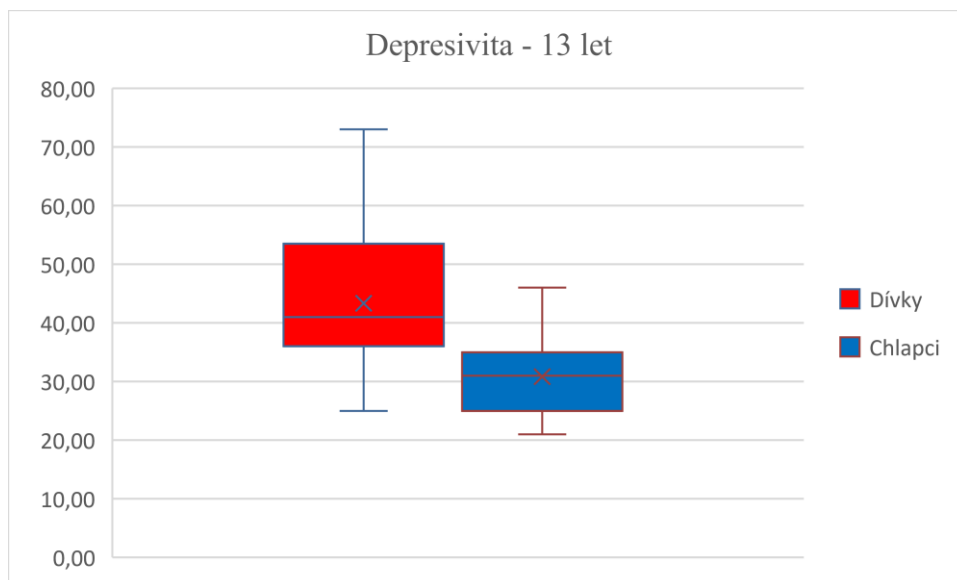
Žákyním ve věku 12 let byl vypočítán průměrný hrubý skóre 35,63 bodů a žákům 39,16.

Graf č. 14: Porovnání depresivity, věk 12 let



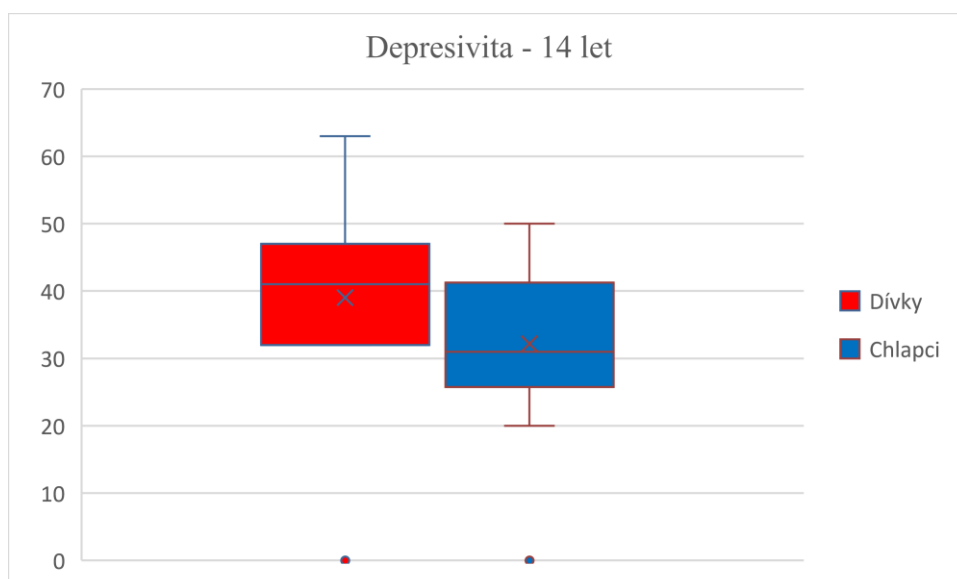
U 13 letých respondentek byl zjištěn průměrný hrubý skór 44,30 bodů a stejně starým respondentům 30,71 bodů.

Graf č. 15: Porovnání depresivity, věk 13 let



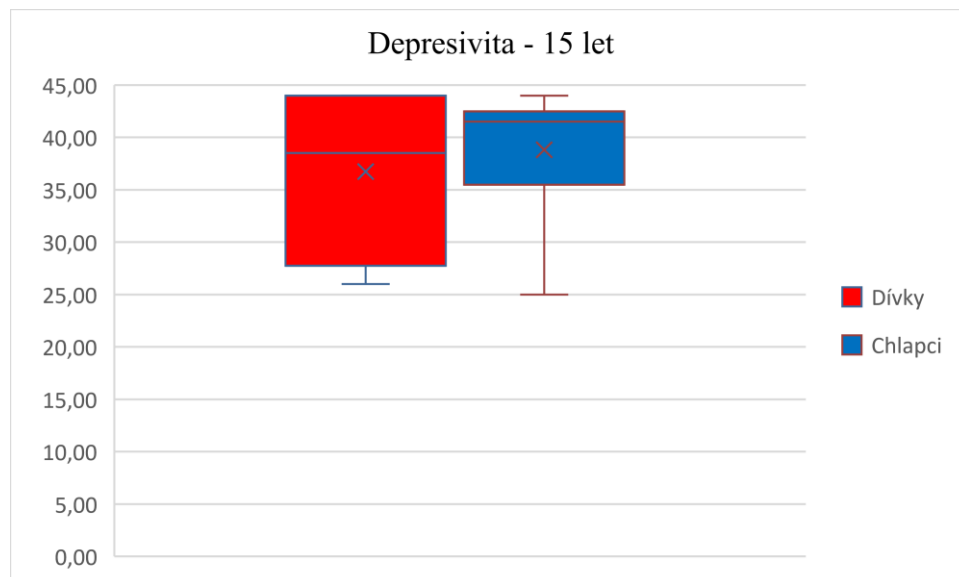
14 letým žákyním byl vypočítán průměrný hrubý skór 42,17 bodů a žákům 33,80 bodů.

Graf č. 16: Porovnání depresivity, věk 14 let



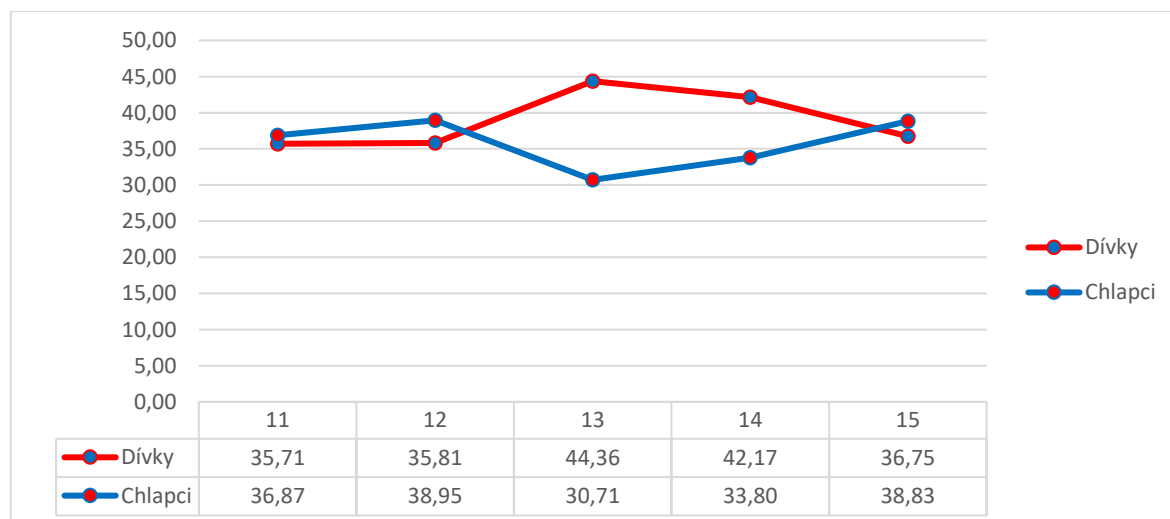
Žákyním, kterým bylo v době výzkumu 15 let, byl vypočítán průměrný hrubý skór 36,45 bodů a žákům 38,83 bodů.

Graf č. 17: Porovnání depresivity, věk 15 let



Při detailnějším rozboru zjištěných výsledků je patrné, že depresivita u dívek vzrůstá v průběhu 2 let, mezi 11. a 13. rokem, stoupá skoro 10 bodů. Od 13. roku má klesající tendenci. U chlapců má míra depresivity opačný vývoj. Mezi 11. a 12 rokem mírně stoupa, ale od 12. do 13. roku klesá o více než 8 bodů. Ve věkovém rozmezí 13 až 15 lety míra depresivity u chlapců opět narůstá o více než 8 bodů.

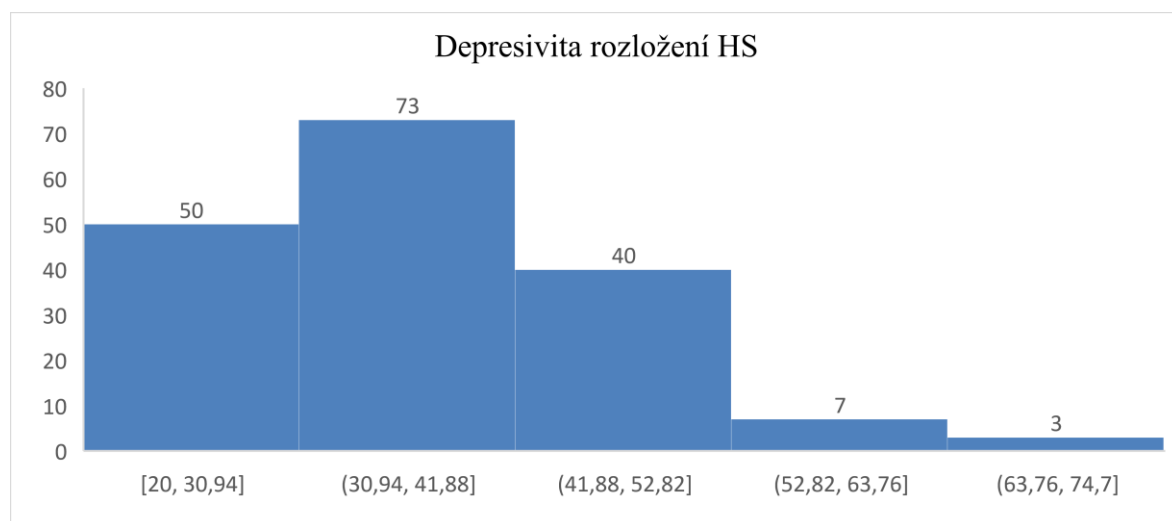
Graf č. 18: Průměr hrubého skóru depresivity podle rodu





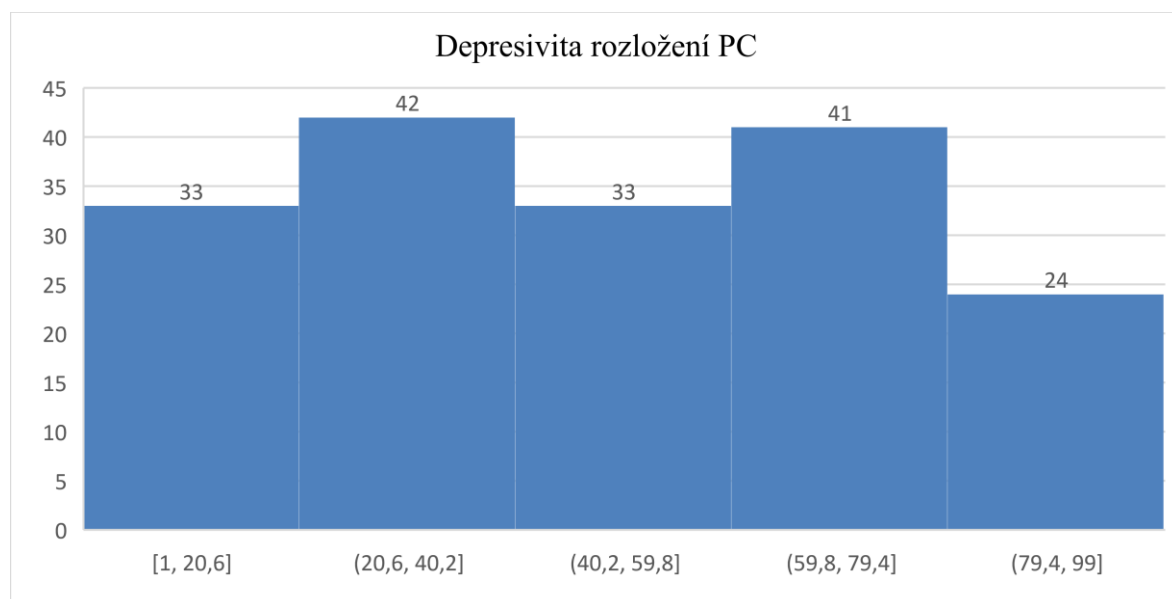
Na podkladě hrubých skóre bylo dále zjištěno, že nejvíce respondentů, tedy 54 nachází v pásmu depresivity 38,9 až 45,2 bodů. V pásmu nejnižší depresivity 20 až 26,3 bodů se pohybuje 30 jedinců a naopak v nejvyšším pásmu 70,4 až 76,7 bodů se nachází 2 respondenti.

Graf č. 19: Rozložení depresivity, HS



Rozdělení do jednotlivých pásem na základě percentilových skóre ukázalo, že největší zastoupení, tedy 42 respondentů bylo v druhém nejnižším pásmu při rozmezí 20,6 až 40,2 percentilů. V nejvyšším percentilovém pásmu s rozmezím 79,4 až 99 percentilů nachází 24 respondentů.

Graf č. 20: Rozložení depresivity, percentilový skór



## 10.2 Vyhodnocení 2. výzkumného cíle

V následující kapitole se zaměřím na specifikaci žáků z jednotlivých ročníků, jenž se účastnili výzkumné studie. Na základě analýzy zjištěných dat byli vybráni jedinci, kteří vysoko skórovali buď v dotazníku SUDS, nebo v dotazníku SDDSS, vzhledem ke skórum ostatních respondentů v rámci jednotlivých ročníků.

**2. výzkumný cíl:** Identifikování jedinců, kteří mají vyšší výsledek percentilového umístění v rámci populace ve Škále úzkostnosti Dolejše a Skopala (SUDS) či Škále depresivity Dolejše, Skopala a Suché (SDDSS) a porovnat jejich skóry se skóry ostatních žáků v ročníku.

Za **šestý** ročník bylo pro individuální rozhovory vybráno 9 jedinců - 5 chlapců a 4 dívky, ve věkovém rozmezí 11 až 13 let a průměrným věkem 11,33 (SD 0,71). Jejich celkový průměrný percentilový skór v dotazníku SUDS měl hodnotu 81 (SD 15,79) přičemž průměr třídy byl 44,99 (SD 26,71) a medián třídy 46. Výsledky v dotazníku SDDSS byly: průměrné percentilové skóre 77,89 (SD 13,17), průměr tříd 45,22 (SD 24,59) a medián třídy 47.

Kritéria, na jejichž základě byli do výzkumu zařazeni jednotliví žáci:

- Chlapec s číslem 1 - percentil v dotazníku SDDSS 89
- Chlapec s číslem 2 - percentily v dotazníku SUDS 76; v SDDSS 78
- Chlapec s číslem 3 - percentil v dotazníku SUDS 76
- Chlapec s číslem 6 - percentily v dotazníku SUDS 72; v SDDSS 70
- Chlapec s číslem 8 - percentily v dotazníku SUDS 95; v SDDSS 74
- Dívka s číslem 4 - percentily v dotazníku SUDS 99; v SDDSS 99
- Dívka s číslem 5 - percentily v dotazníku SUDS 79; v SDDSS 80
- Dívka s číslem 7 - percentily v dotazníku SUDS 94; v SDDSS 74
- Dívka s číslem 9 - percentily v dotazníku SUDS 90; v SDDSS 85

Tabulka č. 10: Výběr žáků z 6. ročníku

Ročník	Číslo žáka	Rod	Věk	Úzkostnost percentil	Depresivita percentil
6.	1	chlapec	11	48	89
6.	2	chlapec	11	76	78
6.	3	chlapec	11	76	52
6.	4	dívka	13	99	99
6.	5	dívka	12	79	80
6.	6	chlapec	11	72	70
6.	7	dívka	11	94	74
6.	8	chlapec	11	95	74
6.	9	dívka	11	90	85

Ze **sedmého** ročníku bylo vybráno celkem 12 jedinců - 5 chlapců a 7 dívek ve věkovém rozmezí 12 - 14 let, průměrný věk byl 12,58 (SD 0,79).

Jejich celkový průměrný percentilový skór v dotazníku SUDS měl hodnotu 86,5 (SD 10,96), průměr třídy byl 51,22(SD 31,17) a medián třídy 48,5.

Výsledky v dotazníku SDDSS byly: průměrné percentilové skóre 85,58 (SD 12,11), průměr tříd 53,95 (SD 30,35) a medián třídy 61.

Kritéria, na jejichž základě byli do výzkumu zařazeni jednotliví žáci:

- Chlapec s číslem 10 - percentily v dotazníku SUDS 86; v SDDSS 79
- Chlapec s číslem 11 - percentily v dotazníku SUDS 84; v SDDSS 88
- Chlapec s číslem 12 - percentily v dotazníku SUDS 77; v SDDSS 87
- Chlapec s číslem 13 - percentil v dotazníku SDDSS 79
- Chlapec s číslem 18 - percentily v dotazníku SUDS 92; v SDDSS 94
- Dívka s číslem 14 - percentily v dotazníku SUDS 86; v SDDSS 91
- Dívka s číslem 15 - percentily v dotazníku SUDS 98; v SDDSS 92
- Dívka s číslem 16 - percentil v dotazníku SUDS 88
- Dívka s číslem 17 - percentily v dotazníku SUDS 91; v SDDSS 96
- Dívka s číslem 19 - percentily v dotazníku SUDS 92; v SDDSS 95
- Dívka s číslem 20 - percentily v dotazníku SUDS 98; v SDDSS 99
- Dívka s číslem 21 - percentil v dotazníku SUDS 89

Tabulka č. 11: Výběr žáků ze 7. ročníku

Ročník	Číslo žáka	Rod	Věk	Úzkostnost percentil	Depresivita percentil
7.	10	chlapec	12	86	79
7.	11	chlapec	12	84	88
7.	12	chlapec	12	77	87
7.	13	chlapec	12	57	79
7.	14	dívka	12	86	91
7.	15	dívka	13	98	92
7.	16	dívka	12	88	60
7.	17	dívka	14	91	96
7.	18	chlapec	12	92	94
7.	19	dívka	13	92	95
7.	20	dívka	13	98	99
7.	21	dívka	14	89	67

V rámci **osmého** ročníku se výzkumu zúčastnilo 13 jedinců - 7 chlapců a 6 dívek, ve věkovém rozmezí 13 až 15 let a průměrným věkem 13,46 (SD 0,66).

Jejich celkový průměrný percentilový skór v dotazníku SUDS měl hodnotu 74,31 (SD 15,66), průměr třídy byl 37,48(SD 26,26) a medián třídy 31.

Výsledky v dotazníku SDDSS byly: průměrné percentilové skóre 78,38 (SD 14,30), průměr tříd 43,26 (SD 25,08) a medián třídy 36.

Kritéria, na jejichž základě byli do výzkumu zařazeni jednotliví žáci:

- Chlapec s číslem 22 - percentil v dotazníku SDDSS 81
- Chlapec s číslem 23 - percentily v dotazníku SUDS 86; v SDDSS 76
- Chlapec s číslem 27 - percentily v dotazníku SUDS 91; v SDDSS 72
- Chlapec s číslem 28 - percentily v dotazníku SUDS 72; v SDDSS 84
- Chlapec s číslem 29 - percentily v dotazníku SUDS 83; v SDDSS 82
- Chlapec s číslem 30 - percentil v dotazníku SDDSS 71
- Chlapec s číslem 34 - percentily v dotazníku SUDS 78; v SDDSS 93
- Dívka s číslem 24 - percentil v dotazníku SUDS 75
- Dívka s číslem 25 - percentily v dotazníku SUDS 79; v SDDSS 99
- Dívka s číslem 26 - percentily v dotazníku SUDS 85; v SDDSS 78
- Dívka s číslem 31 - percentily v dotazníku SUDS 99; v SDDSS 99
- Dívka s číslem 32 - percentil v dotazníku SUDS 62
- Dívka s číslem 33 - percentil v dotazníku SDDSS 75

Tabulka č. 12: Výběr žáků z 8. ročníku

Ročník	Číslo žáka	Rod	Věk	Úzkostnost percentil	Depresivita percentil
8.	22	chlapec	13	57	81
8.	23	chlapec	15	86	76
8.	24	dívka	13	75	61
8.	25	dívka	13	79	99
8.	26	dívka	14	85	78
8.	27	chlapec	14	91	72
8.	28	chlapec	14	72	84
8.	29	chlapec	13	83	82
8.	30	chlapec	13	59	71
8.	31	dívka	13	99	99
8.	32	dívka	13	62	58
8.	33	dívka	13	63	75
8.	34	chlapec	14	78	93

Z **devátého** ročníku se na výzkumu podílelo 10 jedinců - 5 chlapců a 5 dívek, ve věkovém rozmezí 14 až 15 let a průměrným věkem 14,30 (SD 0,48).

Jejich celkový průměrný percentilový skóre v dotazníku SUDS měl hodnotu 70,50 (SD 17,73), průměr třídy byl 44,52(SD 29,93) a medián třídy 43.

Výsledky v dotazníku SDDSS byly: průměrné percentilové skóre 77,70 (SD 11,22), průměr tříd 51,35 (SD 30,13) a medián třídy 64.

Kritéria, na jejichž základě byli do výzkumu zařazeni jednotliví žáci:

Chlapec s číslem 35 - percentil v dotazníku SDDSS 82

- Chlapec s číslem 36 - percentily v dotazníku SUDS 72; v SDDSS 92
- Chlapec s číslem 37- percentil v dotazníku SDDSS 71
- Chlapec s číslem 38 – percentil v dotazníku SDDSS 77
- Chlapec s číslem 39 - percentily v dotazníku SUDS 79; v SDDSS 71
- Dívka s číslem 40 - percentily v dotazníku SUDS 84; v SDDSS 96
- Dívka s číslem 41 - percentil v dotazníku SUDS 84
- Dívka s číslem 42 - percentily v dotazníku SUDS 79; v SDDSS 87
- Dívka s číslem 43 - percentily v dotazníku SUDS 97; v SDDSS 73
- Dívka s číslem 44 - percentil v dotazníku SUDS 68

Tabulka č. 13: Výběr žáků z 9. ročníku

Ročník	Číslo žáka	Rod	Věk	Úzkostnost percentil	Depresivita percentil
9.	35	chlapec	15	67	82
9.	36	chlapec	14	72	92
9.	37	chlapec	14	57	71
9.	38	chlapec	14	61	77
9.	39	chlapec	15	79	71
9.	40	dívka	14	84	96
9.	41	dívka	15	84	64
9.	42	dívka	14	79	87
9.	43	dívka	14	97	73
9.	44	dívka	14	68	64

Pro přehlednost informací, uvádím shrnující tabulku, z níž jsou patrná data, která ukazují, kolik respondentů z jednotlivých ročníků se účastnilo výzkumu, jaké bylo jejich pořadové číslo, věk a rod. Dále jsou tyto informace doplněny o hrubý a percentilový skóre z dotazníku SUDS a dotazníku SDDSS.

Tabulka č. 14: Výběr žáků pro individuální rozhovory

Ročník	Číslo žáka	Rod	Věk	Úzkostnost hrubý skóre	Úzkostnost percentil	Depresivita hrubý skóre	Depresivita percentil
6.	1	chlapec	11	50	48	50	89
6.	2	chlapec	11	57	76	46	78
6.	3	chlapec	11	57	76	38	52
6.	4	dívka	13	78	99	73	99
6.	5	dívka	12	61	79	48	80
6.	6	chlapec	11	56	72	41	70
6.	7	dívka	11	66	94	43	74
6.	8	chlapec	11	68	95	42	74
6.	9	dívka	11	68	90	48	85
7.	10	chlapec	12	63	86	45	79
7.	11	chlapec	12	62	84	51	88
7.	12	chlapec	12	59	77	49	87
7.	13	chlapec	12	53	57	45	79
7.	14	dívka	12	67	86	54	91
7.	15	dívka	13	77	98	56	92
7.	16	dívka	12	69	88	40	60
7.	17	dívka	14	71	91	63	96
7.	18	chlapec	12	68	92	53	94
7.	19	dívka	13	77	92	58	95
7.	20	dívka	13	85	98	68	99
7.	21	dívka	14	70	89	42	67
8.	22	chlapec	13	53	57	43	81
8.	23	chlapec	15	64	86	42	76
8.	24	dívka	13	64	75	41	61
8.	25	dívka	13	63	79	60	99
8.	26	dívka	14	66	85	48	78
8.	27	chlapec	14	66	91	42	72
8.	28	chlapec	14	57	72	45	84
8.	29	chlapec	13	63	83	44	82
8.	30	chlapec	13	51	59	40	71
8.	31	dívka	13	78	99	73	99
8.	32	dívka	13	59	62	38	58
8.	33	dívka	13	56	63	45	75
8.	34	chlapec	14	60	78	50	93
9.	35	chlapec	15	56	67	44	82
9.	36	chlapec	14	57	72	50	92
9.	37	chlapec	14	50	57	41	71
9.	38	chlapec	14	52	61	42	77
9.	39	chlapec	15	61	79	41	71
9.	40	dívka	14	65	84	63	96
9.	41	dívka	15	65	84	44	64
9.	42	dívka	14	63	79	50	87
9.	43	dívka	14	76	97	47	73
9.	44	dívka	14	57	68	44	64

Pro účely individuálních rozhovorů bylo osloveno 9 jedinců pouze na základě zvýšeného percentilového skóru v dotazníku SUDS a 6 žáků na základě zvýšeného percentilu v SDDSS. Ostatních 29 jedinců se účastnilo výzkumu na základě vysokého skórování v obou zmíněných dotaznících ve srovnání s populací.

### **10.3 Vyhodnocení 3. výzkumného cíle**

V této podkapitole uvedu informace, které jsem získala v rámci individuálních rozhovorů s jednotlivými žáky, pro účely doplnění dat výzkumné studie.

**3. výzkumný cíl:** Realizování individuální rozhovory s žáky, kteří dosáhli signifikantně vyššího percentilového skóru oproti populaci a získat tak data, která podají odpovědi na vytýčené výzkumné otázky.

Při realizaci rozhovorů jsem vycházela především z otázek, na které žáci v rámci vyplňování dotazníků odpovídali. Detailněji jsem se tázala na otázky, v nichž jednotliví žáci skórovali nejvyššími body.

Individuální nestrukturované rozhovory jsem začínala rozhovor přivítání a poděkováním za souhlas s účastí při rozhovoru. Mezi první otázky patřilo, jak se respondent právě cítí a jak se cítí obvykle. Dále jsem navázala otázkou, kterou jsem zjišťovala, jak jedinec tráví svůj volný čas. Další otázky vzhledem k citlivosti tématu vyplývali spontánně na základě respondentova povídání. V rámci rozhovorů se u některých jedinců objevily náznaky úzkostnosti či deprese. Navzdory těmto pocitům a projevům, všichni z oslovených svůj rozhovor se mnou dokončili. Na závěr jsem jim poděkovala za otevřenost a rozloučila se.



V průběhu rozhovorů jsem podle okolností, situace a potřeby nutnosti dozvědět se více položila některé z níže uvedených otázek:

- Býváš často smutná /ý?
- Pláčeš někdy?
- Bojíš se mluvit s cizím člověkem?
- Bolívá tě někdy něco?
- Začne tě něco bolet, když se bojíš?
- Trápí tě něco, kvůli čemu se ti špatně usíná?
- Jaké máš vťahy se svými rodiči?
- Jaké máš vztahy se svými spolužáky?
- Stýkáš se rád / a s lidmi?
- Jaký je tvůj nejlepší kamarád / kamarádka?
- V čem ti pomůže?
- Býváš často nervózní?
- Jak se ten strach projevuje?
- Když jsi hodně nervózní, začneš mít strach?
- Myslíš si, že jsi člověk, kterému se nic nedaří?
- Vyčítáš si své chyby?
- Věříš si?
- Těšíš se na něco?
- Děláš něco, co tě baví?
- Jaká tvá aktivita, kterou děláš ve svém volném čase, ti dělá radost?
- Cítíš se často naštvaná / ý?
- Rozhoduješ se snadno?
- Když máš / musíš něco udělat, jde ti to snadno?
- Cítíš se často unavená / ý?
- Jíš rád / a?
- Na co myslíš, když si jenom tak nad něčím přemýšlíš?
- Máš radost sám / a ze sebe?
- Je něco, na co jsi opravdu hrdá / ý? Co se ti v životě povedlo?
- Co ti pomáhá, aby ses cítil / a dobře?
- Jak často děláš to, co tě uklidňuje?

Jelikož je předložená práce zaměřená na popis forem rizikové chování, které se projevuje u úzkostných a depresivních jedinců, zmíním pouze konkrétní fenomény, specifické projevy a odpovědi, které se k tomuto tématu vztahují.

Ve výpovědích respondentů se objevovalo mnoho společných forem rizikového jednání napříč jednotlivými ročníky. Informace, u nichž není uveden percentilový skór, se objevovaly u více respondentů.

Informace získané z rozhovorů s žáky jsou rozděleny podle druhů rizikového chování.

užívání návykových látek

užívání tabákových výrobků

kouření marihuany

kouření elektronických cigaret

užívání alkoholických nápojů

užívání energetických nápojů

užívání léků

záškoláctví

krádeže

sebepoškozování

poruchy příjmu potravin

kyberšikana

netolismus

## UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

### Užívání tabákových výrobků

U žáků 6. ročníku se tato forma rizikového jednání neobjevila u nikoho z tázaných. Ke kouření se vyjádřili naprosto odmítavě. Tito žáci uvedli, že kouření ještě nevyzkoušeli. Postoj žáků 7. a 8. ročníku byl odlišný. 8 žáků uvedlo, že někdy, když jsou nervózní, tak si zakouří. 5 z nich si kupuje cigarety pravidelně a kouří o samotě, 3 jedinci připustili, že kouří v partě ostatních a dělají to zejména proto, „*abych se necítil tak odstrčený, a aby mě parta ostatních přijala a abych nebyl tak úplně sám*“. Tito respondenti se shodli, že „*kouřím, bo ostatní kluci taky kouří, tak abych nevypadal divně*“. Bylo zmíněno, že v nedaleké trafice od školy „*není problém koupit si cigára ani jiné věci, jako třeba mariánku nebo žvýkáci tabák, tam mi to normálně prodají*“. Jeden z hochů 8. ročník, 14 let, (SUDS perc. 78; SDDSS perc. 93) vysvětlil své kouření: „*No, já to přiznám, já to dělám. Já jsem už na tom asi závislý. Když jsem nervózní, tak mě hned napadne, že si musím zakouřit. A protože jsem skoro pořád nervózní, tak proto kouřím hodně. Ve škole, když nemůžu kouřit, tak si koušu nehty.*“ U respondentů 9. ročník se kouření projevilo ve třech případech a mělo charakter spíše příležitostného kouření.

V průběhu šetření bylo ve dvanácti případech, vždy se jednalo o chlapce, že aktivně užívají žvýkáci tabák. Chlapec, 8. ročník, 14 let (SUDS perc. 72; SDDSS perc. 84). *Já si někdy dám žvýkáci tabák. On je v několika příchutích....krabička je taková zvláštní, že je tam taková mřížka, do které ten použitý tabák můžete dát a on se jakoby vysuší a pak ho můžete použít ještě jednou, ale to už není tak silný.*“ Tento respondent také vysvětlil nejčastější důvod užívání žvýkáciho tabáku: „*to má tu výhodu, že to není vidět. I když je třeba mamka doma, tak si to někdy dám. Dávám si ten „trojkový“ tabák.*“ Chlapci také v průběhu rozhovoru uvedli, že je to v současné době „oblíbená“ forma užívání tabáku.

### Kouření marihuany

Celkem tři respondenti se vyjádřili, že již několikrát marihuanu kouřili, ale ve všech případech přiznali, že to bylo spíše ze zvědavosti a jen příležitostně. Dívka, 9. ročník, 14 let

(SUDS perc. 84, SDDSS perc. 96): „*Hmm, už jsem to zkusila. Někdy si v partě dáme cigarety, ale i marihuanu.*“

### **Kouření elektronických cigaret**

Dvě dívky přiznaly, že pravidelně používají elektronické cigarety. Dívka, 8. ročník, 13 let (SUDS perc. 75, SDDSS perc. 61): „*Myslím si, že je to mnohem lepší a zdravější než normální cigarety.*“

### **Užívání alkoholických nápojů**

38 jedinců z oslovených 44 již má zkušenosti s alkoholem, který už někde vyzkoušeli, nejčastěji doma nebo u prarodičů. Chlapec, 7. ročník, 12 let (SUDS perc. 86, SDDSS perc. 79): „*My si tak někdy se strejdou sedneme a on si dá pivo nebo nějaký chlast a mě se zeptá, jestli chci taky trošku. Tak já jsem už zkusil Becherovku, pivo i zelenou.*“ Objevila se také jiná zkušenost, dívka, 7. ročník, 13 let (SUDS perc. 98, SDDSS perc. 92). „*Já si někdy doma naliju malou pulku, naši mají v ledničce vždycky něco a to nepoznají. Mám potom takový dobrý pocit, jsem úplně v pohodě.*“ Respondenti také v několika případech zmínili, že „jen někdy“ pijí víno s kofolou. Žáci sedmého až devátého ročníku mají zkušenosti s různými druhy alkoholu, nejčastěji však uváděli pivo či víno, které někteří jedinci občas konzumují. Objevili se také případy, hlavně v 8. a 9. ročníku, kdy k těmto druhům alkoholových nápojů přibyli také destiláty. Žáci vypovídali, že alkohol konzumují v partách, kdy nejčastějším důvodem bylo přijetí jedince partou. „*Na alkohol se většinou skládáme. Za láhev dáváme asi tak 150 - 200 Kč. Kupujeme si to sami, nebo řekneme nějakému staršímu kámošovi. Pijeme pivo, vodku, rum a víno.*“. Preference druhu alkoholu se odvíjí od cenových zvýhodněných, akcích daného obchodu. Dívka, 8. ročník, 13 let (SUDS perc. 79, SDDSS perc. 99): „*Já si ráda dávám červené víno. S holkama nebo někdy i s klukama si ho koupíme nebo nějaký jiný alkohol, hlavně ten, co je v akci.*“ Tomuto způsobu konzumace se oddávají jak chlapci, tak děvčata. Jednotlivé party jsou většinou gendrově jednotné, tedy se nejčastěji jedná buď pouze o chlapecké skupiny či pouze dívčí. Velkost skupin je mezi čtyřmi až pěti členy. Dále se objevilo osamocené pití alkoholu, kdy si jedinec odlije množství z lahve, kterou mají

rodiče doma. Zde byl uváděn důvod užití ten, že se poté jedinec uvolní a úzkostnost či depresivita nejsou tak intenzivní. Respondenti uvedli, že již mají zkušenost s ebrietou různého rozsahu. Jak její projevy uváděli bolest hlavy, nekoordinovanou chůzi, nevolnost, či zhoršenou schopnost chodit, komunikovat nebo pamatovat si události.

### **Užívání energetických nápojů**

Analýzou dat v rámci oblasti abúzu jsem zjistila, že 16 jedinců užívá energetické nápoje v nadměrné míře. Dívka, 7. ročník, 14 let (SUDS perc. 91; SDDSS perc. 96): *„Abych vydržela večer tak dlouho, piju energetáky. Někdy je piju i ve škole. Jsem na nich už závislá. Piju je každý den. Někdy mě z nich bolí srdce, ale já je musím pít. A proto vydržím tak dlouho na tom mobilu, je to jako droga. Já si lehnu do postele, rodiče se myslí, že jsem už šla spáta já si píšu s kamarády a sleduji všechno.“* Tato forma rizikového jednání se nejčastěji objevovala ve spojení právě s netolismem, kdy respondenti uváděli, že jim energetické drinky zajistí delší výdrž u elektronických přístrojů, nejčastěji mobilů a počítačů. Chlapec, 7. ročník, 12 let (SUDS perc. 84, SDDSS perc.88): *„Kupuju si je v Lidlu, tam je mají za 6,90, tak si je koupím tak čtyři nebo pět, ony jsou dobré, chutnají mi a vůbec se mi nechce potom spát.“*

### **Užívání léků**

V průběhu studie jsem zjistila, že tři respondenti užívají lékové preparáty svých rodičů, či prarodičů. Dívka, 9. ročník, 14 let (SUDS perc. 79; SDDSS perc. 87): *„Mamka je bere, aby byla v pohodě, tak jsem to zkusila taky a to mi pomáhá. Jsem pak v pohodě taky. Jo, ty jedny se jmenují Lexaurin a ty druhé Stilnox.“*

V rámci této oblasti jsem rovněž zaznamenala ve dvou případech užívání Robitussinu smíchaného s nápojem kolového typu, Kofolou, Pepsi Colou a podobně. Respondenti uváděli, že si tento nápoj někdy namíchají do školy, protože Robitussin obsahuje alkohol, ale smíchaný s nápojem nejde cítit a nikdo tak nepozná, že ho pije. Žáci uváděli, že jim tento nápoj pomáhá se uklidnit, když jsou ve stresu. Jako důvod také uvedli, že se ve třídě necítí dobře a že po tomto nápoji je pocit úzkostnosti oslaben. Chlapec, 9. ročník, 15 let (SUDS perc. 72; SDDSS perc. 92): *„... víte, my si mícháme Colu s Robitussinem. No a v Robitussinu je alkohol. Dáváme si lahvičku do litrové Coly. To potom voní jako Cola, ten alkohol nejde cítit. To hodně pijeme. Někdy si to vezmeme i do školy.“*

## ZÁŠKOLÁCTVÍ

Rozhovory bylo zjištěno, že záškoláctví se u úzkostných a depresivních jedinců objevuje a to celkem v 6 případech. Má podobu úniku před strachem ze zkoušení či testování ve škole, konkrétně před ústním zkoušením „před tabulí“. Jedinci se vyjádřili, že je pro ně velmi nepříjemný pocit, který při zkoušení zažívají. Dívka, 8. ročník, 13let (SUDS perc. 63, SDDSS perc. 75): *„Je to hrozné, když tam tak stojím a třeba tu odpověď i vím, ale vůbec nemůžu mluvit. A ostatní na mě začnou ukazovat, že jsem blbá a tak. Někdy se mi chce i brečet, no vlastně to je pokaždé.“* Respondenti uvedli, že pokud mají před sebou ve škole nějaké ověřování znalostí, „zahrají“ před rodiči, že se necítí zdravotně v pořádku

a rodiče jim v některých případech povolí zůstat doma. Chlapec, 6. ročník, 11 let (SUDS perc. 95, SDDSS perc. 74): *„ Já ráno řeknu mamce, že mě bolí břicho a hlava a ona mě někdy nechá doma a někdy mě zaveze k babičce.“*

Objevil se také důvod, že se zejména dívky stydí převlékat před ostatními dívkami, mít na sobě sportovní oblečení a hrát míčové hry, kterých se obávají. Konkrétně se bojí chytat míč, který na ně letí velkou rychlostí a silou. Dívka, 6. ročník, 11 let (SUDS perc. 94, SDDSS 74): *„Nerada se převlékám před ostatníma holkama, protože nejsem tak štíhlá jako ony, mám břicho, zadek a blbé kalhotky. Nesnáším běhání, šplhání hry s balónem, je to děs. Když nějakou takovou hru hraje, tak se vždycky nechám vybit co nejdříve a pak nemusím už hrát.“*

Respondenti také uváděli, že obecně neradi chodí do prostředí kde je hluk a hodně lidí, což škola pro ně představuje. Poměrně často zmiňovali nepříjemný křik a hluk, který je ve třídě v období přestávek. Rovněž hovořili o tom, jak je pro ně nesnadné zvládat zvýšený hlas až křik vyučujících. Dívka, 7. ročník, 12 let (SUDS perc. 86, SDDSS perc. 91): *„To je hrozné jak pan učitel pořád křičí a nejen na mě, ale i na ostatní, nedá se to poslouchat. Mám z něho úplně strach.“*

Někteří respondenti v rámci oblasti záškoláctví zmínili také fenomén falšování podpisů rodičů či zákonných zástupců. Toto jednání se prolínalo napříč všemi ročníky. Nejednalo se o činnost pravidelnou, ale o situačně podmíněnou. V průběhu rozhovorů vyšlo najevo, že kromě omluvenek si žáci podepisují také poznámky, známky v sešitech a žákovských knížkách a podobně. Chlapec, 7. ročník, 12let (SUDS, perc. 77; SDDSS perc.

87): „Když mám nějakou špatnou známku v sešitě, třeba z matiky, tak si to někdy podepíšu sám. Rodiče mě strašně bijou za špatné známky, hlavně mamka. A ten sešit, to ji nemusím ukazovat, ale horší to je se žákovskou, kterou ji ukazovat musím. Mám strašný strach, že mě zbije.“

#### KRÁDEŽE

V této oblasti se jednalo zejména o krádeže drobných peněz, které žáci zcizovali svým rodičům či prarodičům s peněženek. Toto jednání potvrdilo 9 tázaných. Jednalo se o obnosy okolo 20 až 30 Kč. Respondenti se za tyto peníze poté kupovali tabák, cigarety, alkohol, energetické nápoje a podobně. Chlapec, 7. ročník, 12 let (SUDS perc. 92, SDDSS perc. 94): „Někdy vezmu mamce nebo tatkově nějaké drobné z peněženky, tak aby to nepoznali. Beru tomu, kdo má více drobných, abych si pak mohl koupit energtáky.“

#### SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Tento projev rizikového chování se během rozhovorů objevil hned několikrát, konkrétně v pěti případech. Jednalo se výhradně o žákyně, které zmiňovaly tyto potíže. Ve čtyřech případech se jednalo o řezání na předloktí z důvodu pocitu nezvládnutí vztahových situací a to buď v rodinném prostředí, nebo ve školním. Dívka, 6. ročník, 12 let (SUDS perc. 79, SDDSS perc. 80): „Já se řežu proto, že se mi ve třídě všichni smějí, že jsem tlustá a hnusná a že bydlíme na smetišti a že moje svačinky jsou z odpadkového koše. A tohle mi říkají už od první třídy, je to prostě hrozné. Cítím úplnou bezmoc.“ U jednoho případu mělo sebepoškozování podobu odpírání si jídla „jako trest“ za to, že se dívce něco nepovedlo, tak jak si původně představovala. Dívka, 9. ročník, 15 let (SUDS 84, SDDSS 64): „Já se strašně moc bojím, když dostanu špatnou známku. Mamka říká, že jestli nebudu mít samé jedničky, ta že se na gympl nedostanu. Tak když dostanu třeba trojku, tak si zakážu večeři. Někdy nejdu ani na oběd ve škole. Tím se tak trestám, že nemám samé jedničky.“

## PORUCHY PŘÍJMU POTRAVIN

Náznak tohoto rizikového jednání se projevil pouze v jednom rozhovoru, a to s dívkou, 8. ročník, 14 let (SUDS perc. 85, SDDSS perc. 78): *„Já si připadám strašně tlustá, myslím, že mám všude špeky. Já chci trochu zhubnout a tak nechodím na obědy do jídelny, tady ve škole a ráno snídám jenom bílý jogurt a večer si vezmu něco malého.“*

## KYBERŠIKANA

Projevy možné kyberšikany byly zmíněny pouze v jediném případě. Dívka se stala obětí tohoto jevu. Jednalo se o uveřejnění tajně natočeného videa na sociálních sítích. Video mělo zachytit dívku, když se převlékala. Žákyně, 7. ročník, 14 let (SUDS perc. 89, SDDSS perc. 67) se svěřila s nepříjemnou zkušeností: *„Holky mě nesnáší a dělají mi naschvály. Když jsme byli na plavání, natočily mě na telefon, jak se v kabině převlíkám a potom to daly na „fejs“. Bylo to hrozné, viděli mě všichni.“*

## NETOLISMUS

Tato forma rizikového jednání se v různé šíři a hloubce objevila u všech sledovaných jedinců. Respondenti souhlasně hovořili o tom, že si bez mobilního telefonu nebo počítače nedovedou představit ani jeden den. Většina žáků přiznala, že komunikace přes mobilní telefon je pro ně bezpečná a přístupná, oproti komunikaci tzv. „face to face“, která jim činí značné potíže. Dívka, 7. ročník, 13 let (SUDS perc. 92, SDDSS perc. 95): *„Na sociálních sítích, chatuji si s kamarády, jsem na Facebooku, Instagramu, sleduji, co je nového...Vlastně jsem se všema kámoškama i klukama, s celým světem. Já sleduji 1283 lidí a 586 sleduje mě, takže to znamená, že musím hodně fotit a zveřejňovat, aby na mojem účtě byl stále pohyb, aby něco stále přibývalo.“* Sledování sociálních sítí a internetových kanálů potvrdilo více děvčat než chlapců. Ti naopak potvrdili častější hraní online her. Chlapec, 8. ročník, 13 let (SUDS perc. 83; SDDSS perc. 82): *„Ze školy jdu domů a tam hraju hry. Co jiného bych měl dělat? Nejlepší by bylo, kdybych nemusel ani do školy. Nikam nemusím, nic nevysvětluju, prostě si hraju. Hraju asi 5 let. Vlastně je to můj svět.“*



Uvedená zjištění a také citace z rozhovorů s žáky podaly detailní odpovědi na **1. výzkumnou otázku**: Jaké formy rizikového chování se vyskytují u jedinců, kteří vysoko skórovali v dotazníku úzkostnosti a/nebo depresivity v jednotlivých ročnících?

Tabulka č. 15: Formy rizikového chování

Druh rizikového chování	Výskyt v ročníku
kouření cigaret	7., 8., 9.
žvýkací tabák	7., 8., 9.
užívání marihuany	8., 9.
kouření elektronických cigaret	8., 9.
alkoholické nápoje	6., 7., 8., 9.
energetické nápoje	7., 8., 9.
užívání léků	8., 9.
záškoláctví	6., 7., 8., 9.
drobné krádeže	7., 8., 9.
sebepoškozování	6., 7., 8., 9.
poruchy příjmu potravy	8.
kyberšikana	7.
netolismus	6., 7., 8., 9.

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že u jedinců, kteří vysoko skórovali v dotazníku úzkostnosti a/nebo depresivity se od 6. ročníku vyskytují formy rizikového chování jako je užívání alkoholických nápojů, záškoláctví, sebepoškozování a netolismus.

Od 7. ročníku se u těchto jedinců objevuje kouření cigaret, užívání žvýkacího tabáku, popíjení energetických nápojů a drobné krádeže. Pouze v tomto ročníku se objevil náznak kyberšikany.

Od 8. ročníku se je patrné užívání marihuany, kouření elektronických cigaret a užívání léků. Jen v tomto ročníku uvedl respondent nástin poruchy příjmu potravy.

V 9. ročníku se kromě poruch příjmu potravy a kyberšikany objevují všechny pozorované formy rizikového chování.

Z poskytnutých informací je rovněž zřejmá odpověď na **2. výzkumnou otázku:** Jaké druhy rizikového chování se u sledovaných jedinců objevují nejčastěji? Pro přehlednost přikládám tabulku.

Tabulka č. 16: Frekvence jednotlivých forem rizikového chování

Druh rizikového chování	počet případů
netolismus	44
alkoholické nápoje	38
energetické nápoje	16
žvýkací tabák	12
kouření cigaret	11
drobné krádeže	9
záškoláctví	6
sebepoškozování	5
užívání marihuany	3
užívání léků	3
kouření elektronických cigaret	2
poruchy příjmu potravy	1
kyberšikana	1

Vůbec nejčastějším zaznamenaným fenoménem, který se projevil u všech respondentů, byl netolismus. Druhým nejčastějším druhem rizikového chování je užívání alkoholických nápojů a třetím užívání energetických nápojů.

**Odpovědi na výzkumnou otázku 3a:** Jaká je spojitost mezi úzkostností a rizikovým chováním žáků? a 3b: Jaká je spojitost mezi depresivitou a rizikovým chováním žáků? odpovím souhrnně. Na základě realizovaných rozhovorů bylo zjištěno, že spojitost mezi zkoumanými osobnostními rysy a rizikovým chováním je individuální. Při rozhovorech se objevili jedinci, kteří kombinovali několik forem rizikového chování, u jiných se projevila jen jedna. Stejně tak intenzita, frekvence, forma byly rozdílné u každého jednotlivce.

## 11 Diskuse

Obsahem této kapitoly je reflexe, výsledků, které byly prostřednictvím celé výzkumné studie dosaženy a také jejich odůvodnění. Také je zde popsán možný přínos a pozitiva tohoto výzkumu, který je porovnán s výsledky obdobných výzkumných šetření. Pozornost je rovněž věnována případným nedostatkům a úskalím, jež mohly v průběhu práce vyvstat. V závěru je naznačeno další možné směřování pro uskutečnění podobného či rozšiřujícího výzkumu, který by se vztahoval ke zvolené tematice.

Je důležité na tomto místě uvést důvod výběru zkoumané problematiky. V rámci své magisterské diplomové práce bylo mým předmětem zájmu zmapování rizikového chování u impulzivních jedinců a jedinců se syndromem ADHD. Výsledky výzkumu přinesly velmi zajímavé a podnětné informace. Protože pracuji s adolescenty a setkávám se s nimi každý den, povšimla jsem si, že někteří jedinci vykazují odlišné formy rizikového chování než ty, které jsem si výzkumy potvrdila u impulzivních jedinců. Toto zjištění, mě vedlo k detailnějšímu prozkoumání této problematiky a zaměřila jsem svou pozornost na jedince, u kterých se projevovali jiné osobnostní charakteristiky a to konkrétně úzkostnost či depresivita. Cílovou skupinu tvořili žáci druhého stupně základní školy ve věkovém rozmezí 11 až 15 let, jelikož v tomto období dochází ke strmému nárůstu celé řady forem rizikového chování, které mohou mít nejrůznější podobu. Cílem práce bylo doplnění informací o druzích rizikového chování impulzivních jedinců o druhy rizikového chování jedinců, u nichž se projevuje úzkostnost či depresivita.

Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část práce vychází ze zdrojů uvedených v seznamu literatury a charakterizuje období pubescence, pojednává o impulzivité, úzkostnosti, depresivitě a teoretickém ukotvení rizikového chování dětí a mládeže. Na teoretickou část navazuje výzkumná část práce, která je založena na kvalitativním výzkumném designu. V jeho rámci byly uskutečněny rozhovory s jednotlivými žáky. Výzkum byl cenný a zajímavý, neboť podal širší přehled o různých formách rizikového chování u žáků II. stupně základní školy.

Teoretická část práce, která vytváří ucelený vhled do zvolené problematiky je pro přehlednost rozdělena do šesti kapitol, jimiž jsou: Charakteristika vývojového období, Impulzivita, ADHD, Úzkostnost, Depresivita, Rizikové chování pubescentů. První kapitola specifikuje období pubescence a popisuje vývoj jedince v různých oblastech života, a také

vznik rizikového chování v tomto období. Předmětem druhé kapitoly je popis projevů impulsivity doplněný o zjištěné projevy rizikového chování. Ve třetí kapitole je charakterizována porucha ADHD a jsou popsány zjištěné druhy rizikového chování. Formy rizikového chování zmíněné ve druhé a třetí kapitole částečně vycházejí z výsledků zjištěných při výzkumu uskutečněného v rámci mé magisterské diplomové práce. Následující čtvrtá kapitola se zaměřuje na úzkostnost a pátá se věnuje vymezení depresivity. Poslední kapitola popisuje jednotlivé projevy rizikového jednání a také uvádí výsledky výzkumů. Jsem si vědoma toho, že výše zmíněné teoretické kapitoly poskytují obecné informace, které bývají uváděny v různých odborných publikacích, nicméně, teoretické části předložené práce vytváří určitý podklad či rámec.

Hlavním cílem výzkumné části rigorózní práce bylo zmapování jednotlivých druhů a projevů rizikového chování, které se projevuje u žáků II. stupně základní školy, u nichž byla zjištěna zvýšená úzkostnost či depresivita. Problematika rizikového chování v období adolescence je v rámci České republiky často předmětem zájmu a je podrobena zkoumání (Tomšík et al., 2017; Dolejš & Orel, 2017; Čerešník et al., 2018). Výzkumné projekty jsou také ve velké míře zaměřeny na výskyt rizikového chování v kombinaci s některým z osobnostních rysů, kterými mohou být agresivita, depresivita, impulzivita, úzkostnost a jiné (Dolejš et al., 2014; Suchá, Dolejš, 2016; Dolejš et al., 2016; Wojnarová 2017; Limpárová, 2019). Existuje také velké množství zahraničních výzkumů, které se věnují právě této problematice (Jackson et al. 2012; Falk et al. 2013; Sanci et al. 2018; Lahno & Serra-Garcia 2015).

Pro uskutečnění výzkum bylo zásadní určit míru dvou osobnostních rysů, konkrétně úzkostnosti a depresivity. V případě zjištění úzkostnosti jsem použila dotazníkovou metodu Škála úzkostnosti Dolejše a Skopala (2016) a pro zjištění míry depresivity byla použita Škála depresivity Dolejše, Skopala a Suché (2018). Dotazníkového šetření se celkem účastnilo 173 respondentů, 77 (44,51 %) dívek a 96 (55,49 %) chlapců ve věkovém rozmezí 11 a 15 let. Průměrný věk všech respondentů byl 12,76 (SD 1,16), přičemž věkový průměr dívek byl 12,69 (SD 1,21) a průměrný věk chlapců byl 12,81 (SD 1,13).

Na základě analýzy získaných dat z dotazníku SUDS jsem došla ke zjištění, že průměrný celkový hrubý skóre všech respondentů, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili, byl v této škále 50,78 bodů (SD 10,94). Detailnějším rozbořem bylo dále

zjištěno, že dívky dosáhly vyššího průměrného hrubého skóru 55,08 bodů (SD 10,92) než chlapci, kteří dosáhli průměru 47,33 bodů (SD 9,73). Rozdíl mezi rody vykazuje hodnotu 7,75, což naznačuje, že dívky obecně vykazovaly vyšší míru úzkostnosti než chlapci. V rámci jednotlivých věkových kategorií dosáhli žáci, kteří měli v době výzkumu 11 let, průměrného hrubého skóru 49,49 bodů; 12 letí 52,18; 13 letí 51,83; 14 letí 51,46 a 15 letí 52,59 bodů.

Autoři zmíněného dotazníku Dolejš & Skopal (2016b) ustanovili normy na výběrovém souboru 4179 respondentů, kteří spadali do věkového rozmezí 11 až 15 let a jejich věkový průměr byl 12,99 (SD 1,24). Hodnota průměru hrubých skóru žáků II. stupně základní školy byla 54,37 (SD 10,81). Pro jednotlivé věkové kategorie stanovili hodnoty průměrných hrubých skóru v tomto dotazníku u 11 letých respondentů 52,32 (SD 10,25); 12 letých 52,9 (SD 11,11); 13 letých 54,03 (10,85); 14 letých 54,22 (10,67) a 15 letých 54,38 bodů (SD 10,68).

V obdobném výzkumu realizovaném Čížkovou (2019), byl zjištěn stejnou metodou průměrný hrubý skór 52,41 (SD 17,29) a ve studii Wojnarové (2017) byl průměr 54,36 bodů (SD 11,17) a Suché et al. (2016 a) u chlapců 51,76 bodů (SD 10,95) a u dívek 56,31 bodů (SD 10,52).

Z výše uvedených výsledků je zřejmé, že výsledky zjištěné v mnou uskutečněné studii jsou oproti všem ostatním studiím nižší a to konkrétně ve srovnání s Dolejšem o 3,59 bodů, Čížkové o 1,63 bodů, Wojnarové 3,58 bodů a Suché 1,23 u dívek a 4,43 u chlapců. Z toho vyplývá, že mnou oslovení respondenti vykazují nižší míru úzkostnosti než respondenti, kteří se účastnili ostatních výzkumů.

Jaké okolnosti způsobili uvedený rozdíl, se můžu jen domnívat. Diferenciace mohla být způsobena jistým specifíkem regionu, v němž byl výzkum uskutečněn či zvolenou školou. Rovněž bychom mohli vzít v úvahu to, že zvolená škola organizuje a realizuje během školního roku velké množství činností, aktivit a soutěží, s jejíž organizací pomáhají samotní žáci. Specifičnosti vybrané základní školy je její sportovní zaměření.

Druhou dotazníkovou metodou byla Škála depresivity Dolejše, Skopala a Suché (2018), která umožňuje identifikovat jedince, kteří jsou aktuálně depresivnější než jejich vrstevníci. Při screeningovém šetření, do něhož se zapojilo 173 jedinců, bylo zjištěno, že celkový průměrný hrubý skór všech zúčastněných probandů byl v tomto dotazníku 36,87 bodů (SD 10,11). Podrobnějším zkoumáním jsem zjistila, že dívkám byl vypočítán

vyšší průměrný hrubý skór s hodnotou 39,77 bodů v této škále (SD 11,31) než chlapcům, kterým byl vypočítán průměr 34,54 bodů (SD 8,39). Rozdíl, který je patrný mezi jednotlivými rody je 5,23 bodů, což značí, že dívky obecně vykazují vyšší míru depresivity oproti chlapcům. Hodnoty bodů získané výpočtem průměrů v jednotlivých věkových kategoriích byly u 11 letých respondentů 36,29; u 12 letých 37,38; 13 letých 37,54; 14 letých 37,99 a 15 letých jedinců 37,79 bodů.

Autoři použité škály Dolejš, Skopal & Suchá (2018) stanovili normy souboru, který vznikl výběrem 1341 probandů, kteří v době realizace výzkumu byli ve věkovém rozmezí 11 až 15 let. Průměrný věk těchto jedinců byl 13,18 (SD 1,19). Probandi dosáhli v tomto dotazníku průměru hrubých skóru okolo 36 až 42 bodů, se směrodatnou odchylkou u chlapců kolem 10 bodů a u dívek kolem 11 bodů. Při rozdělení na věkové kohorty, získali 11 letí jedinci 38,28 bodů (SD 10,70); 12 letí 36,17 bodů (SD 9,98); 13 letí 36,31 bodů (SD 9,90); 14 letí 36,63 bodů (SD 9,60) a 15 leté žáci 37,48 bodů (SD 10,45).

V podobných studiích, v nichž byl použit zmíněný dotazník SDDSS, zjistila Čížková (2019) hodnotu průměrných hrubých skóru 37,45 bodů (SD 10,91); Vavrysová 36,86 u jedinců ze základních škola a gymnázií a Wojnarová (2017) 37,47 bodů (SD 9,75).

Při porovnání výše zmíněných výsledků je patrné, že výsledky jsou poměrně vyrovnané. Rozdíl mezi nimi činí maximálně 0,6 bodů.

Pro správné určení jedinců k individuálním rozhovorům, bylo nutné provést důkladnou analýzu dat, která byla získána prostřednictvím dotazníků. Na základě výsledků byli vybráni jedinci z každého ročníku, kteří vysoko skórovali v dotazníku SUDS nebo v dotazníku SDDSS, se kterými jsem následně uskutečnila individuální nestrukturované rozhovory. Z šestého ročníku bylo pro individuální rozhovory vybráno 9 jedinců - 5 chlapců a 4 dívky, ve věkovém rozmezí 11 až 13 let a průměrným věkem 11,33 (SD 0,71). Jejich celkový průměrný percentilový skór v dotazníku SUDS měl hodnotu 81 (SD 15,79) přičemž průměr třídy byl 44,99 (SD 26,71) a medián třídy 46.

Výsledky v dotazníku SDDSS byly: průměrné percentilové skóre 77,89 (SD 13,17), průměr tříd 45,22 (SD 24,59) a medián třídy 47. Ze sedmého ročníku bylo vybráno celkem 12 jedinců - 5 chlapců a 7 dívek ve věkovém rozmezí 12 - 14 let, průměrný věk byl 12,58 (SD 0,79). Jejich celkový průměrný percentilový skór v dotazníku SUDS měl hodnotu 86,5 (SD 10,96), průměr třídy byl 51,22 (SD 31,17) a medián třídy 48,5. Výsledky v dotazníku SDDSS byly: průměrné percentilové skóre 85,58 (SD 12,11), průměr tříd 53,95

(SD 30,35) a medián třídy 61. V rámci osmého ročníku se výzkumu zúčastnilo 13 jedinců, 7 chlapců a 6 dívek, ve věkovém rozmezí 13 až 15 let a průměrným věkem 13,46 (SD 0,66). Jejich celkový průměrný percentilový skóre v dotazníku SUDS měl hodnotu 74,31 (SD 15,66), průměr třídy byl 37,48 (SD 26,26) a medián třídy 31. Výsledky v dotazníku SDDSS byly: průměrné percentilové skóre 78,38 (SD 14,30), průměr tříd 43,26 (SD 25,08) a medián třídy 36. Z devátého ročníku se na výzkumu podílelo 10 jedinců - 5 chlapců a 5 dívek, ve věkovém rozmezí 14 až 15 let a průměrným věkem 14,30 (SD 0,48). Jejich celkový průměrný percentilový skóre v dotazníku SUDS měl hodnotu 70,50 (SD 17,73), průměr třídy byl 44,52 (SD 29,93) a medián třídy 43. Výsledky v dotazníku SDDSS byly: průměrné percentilové skóre 77,70 (SD 11,22), průměr tříd 51,35 (SD 30,13) a medián třídy 64.

Pro potřebu individuálních rozhovorů bylo osloveno 9 jedinců pouze na základě zvýšeného percentilového skóru v dotazníku SUDS a 6 žáků na základě zvýšeného percentilu v SDDSS. Ostatních 29 jedinců se účastnilo výzkumu na základě vysokého skórování v obou zmíněných dotaznících ve srovnání s populací.

Forma individuálních rozhovorů byla zvolena z důvodu povahy výzkumu a také jeho citlivosti. Rovněž bylo pro výzkumníka důležité zajistit diskrétnost jedinců při rozhovorech. Realizace rozhovorů byla zřejmě zvolena správně, protože všichni respondenti dokončili rozhovor s výzkumníkem v dobré psychickém stavu. Této části výzkumu se zúčastnilo 44 respondentů, 22 chlapců a 22 dívek z celého II. stupně, kteří otevřeně sdělovali informace o svých pocitech, zkušenostech. Průměrná hodnota jejich percentilového skóru u rysu úzkostnosti byla 79,64 (SD 13,33) s minimální hodnotou 48 a maximální 99. U rysu depresivity byla průměrná hodnota 80,32 (SD 12,33) s minimálním skórem 52 a maximální 99.

Při uskutečňování rozhovorů jsem vycházela z otázek, na které žáci v rámci vyplňování dotazníků odpovídali. Podrobněji byli žáci dotazováni na otázky, v nichž skórovali nejvyššími body. Prostřednictvím individuálních rozhovorů bylo zjištěno, že u probandů, kteří vysoko skórovali v dotazníku úzkostnosti a/nebo depresivity se od 6. ročníku vyskytují formy rizikového chování jako je užívání alkoholických nápojů, záškoláctví, sebepoškozování a netolismus. Miovský a kol. (2006) ve svých výzkumech zjistili, 91% žáků, navštěvujících 7. ročník má zkušenosti s užíváním alkoholických nápojů. Tento fakt také potvrzuje studie Skopala (2012), který uvádí, že z výsledků je patrné

užívání alkoholu u 93% stejně starých jedinců. Výzkum Komárkové (2011) uzavírá tuto problematiku s 93,5% respondentů. Od 7. ročníku se u těchto jedinců objevuje kouření cigaret, užívání žvýkacího tabáku, popíjení energetických nápojů a drobné krádeže. Pouze v tomto ročníku se objevil náznak kyberšikany. Skopal (2012) uvádí, že zkušenost s kouřením cigaret má 70% jedinců školou povinných. Od 8. ročníku je patrné užívání marihuany, kouření elektronických cigaret a užívání léků. Jen v tomto ročníku uvedl respondent nástin poruchy příjmu potravy. V 9. ročníku se kromě poruch příjmu potravy a kyberšikany objevují všechny pozorované formy rizikového chování.

Po realizaci rozhovorů bylo rovněž zřejmé, které druhy rizikového chování se u sledovaných jedinců objevují nejčastěji. Vůbec nejčastějším zaznamenaným fenoménem, který se projevil u všech respondentů, byl netolismus. Druhým nejčastějším druhem rizikového chování je užívání alkoholických nápojů a třetím užívání energetických nápojů. Dále následovaly formy rizikového jednání jako například užívání žvýkacího tabáku, kouření cigaret, drobné krádeže, záškoláctví, sebepoškozování, užívání marihuany, zneužívání léků, kouření elektronických cigaret a v jednom případě se objevila porucha příjmu potravy a také kyberšikana.

Domnívám se, že metody použité při výzkumu, konkrétně Škála úzkostnosti Dolejše a Skopala (2016) a Škála depresivity Dolejše, Skopala a Suché (2018) jsou validními metodami, které mohou pomoci získat ucelený přehled o zkoumaných osobnostních rysech a to nejen školnímu psychologovi, ale také dalším odborníkům. Oba dotazníky, jež jsem zmínila, byly administrovány během jednoho setkání po dobu zhruba 20 až 30 minut. Žáci zaujali svědomitý postoj k administraci dotazníků. Respondenti neměli během administrace dotazníků žádné otázky vztahující se k formátu dotazníku, jednotlivým položkám ani samotným dotazníkům. Z tohoto důvodu se domnívám, že předložené metody jsou pro žáky II. stupně základní školy jasné a srozumitelné. Myslím si, že srozumitelně podaná tvrzení a jejich porozumění mohlo zvýšit validitu celého výzkumné studie.

Zjištěné výsledky tohoto projektu by mohli uplatnit při výkonu své práce odborníci, kteří pracují s dětmi a mládeží. Odborníky myslím školní psychology, metodiky prevence výchovné poradce či poradenské pracovníky. Na podkladě popsaných závěrů by bylo možné predikovat korelace mezi osobnostními rysy jedince a pravděpodobnosti projevení některého z druhů rizikového jednání.



Domnívám se, že základní škola, na niž byl výzkum uskutečněn, by mohla výsledky analýzy dat zpracovat do svých preventivních programů, které uplatňuje při plnění minimálního preventivního programu.

Možná by stálo za úvahu uskutečnění obdobné studie v rámci alternativních typů a srovnat získané informace s informacemi z běžných základních škol. Bylo by možná zajímavé, navázat na tuto studii a realizovat longitudinální výzkumný projekt a jeho výsledky poté porovnat s daty mnou realizovaného výzkumu.

Realizovaný výzkum podal taková data, která odpověděla na stanovené výzkumné otázky, a také naplnil obecný cíl, kterým bylo doplnit získané informace o druzích rizikového chování a jednání impulzivních jedinců o druhy rizikového chování jedinců, u nichž se projevuje úzkostnost či depresivita. Předložená práce zmapovala, popsala a výzkumy podložila projevy rizikových forem chování žáků II. stupně základní školy v rámci zmíněných osobnostních rysů.

## 12 Závěr

V předložené rigorózní práci jsem se zabývala problematikou projevů rizikového chování u vybraných osobnostních rysů žáků II. stupně základní školy, tedy žáků navštěvujících šestý, sedmý, osmý a devátý ročník. Konkrétními osobnostními rysy, na něž se práce zacítila, byly úzkostnost a depresivita. Základní výzkumný soubor tvořili populace mládeže ve věkovém rozmezí 11 až 15 let. Výzkumného projektu se celkem zúčastnilo 173 respondentů. Z tohoto počtu bylo 77 (44,51 %) dívek a 96 (55,49 %) chlapců. Průměrný věk všech probandů, kteří se účastnili výzkumného projektu, byl 12,76 let (SD 1,16), přičemž věkový průměr dívek byl 12,69 (SD 1,21) a věkový průměr věk chlapců byl 12,81 (SD 1,13).

Zmíněný výzkumný projekt byl pojat jako pilotní implementace screeningového procesu jakožto předstupně detailního zjištění projevů rizikového chování u jedinců se zvýšenou mírou úzkostnosti či depresivity. Pro potřebu shromáždit data pro následné šetření byly použity dvě dotazníkové metody, Škála úzkostnosti Dolejše a Skopala (2016) a Škála depresivity Dolejše, Skopala, Suché (2018). Na základě analýzy získaných dat z dotazníku SUDS, bylo zjištěno, že průměrný hrubý skóre všech respondentů, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili, byl v této škále 50,78 bodů (SD 10,94). Následným podrobnějším rozbohem bylo dále zjištěno, že dívky dosáhly vyššího průměrného hrubého skóre 55,08 bodů (SD 10,92) než chlapci, kteří dosáhli průměru 47,33 bodů (9,73). Rozdíl mezi rody představuje hodnotu 7,75, což naznačuje, že dívky obecně vykazovaly vyšší míru úzkostnosti než chlapci. V rámci jednotlivých věkových kohort dosáhli žáci, kteří měli v době výzkumu 11 let, průměrného hrubého skóre 49,49 bodů; 12 let 52,18; 13 let 51,83; 14 let 51,46 a 15 let 52,59 bodů. Tyto výsledky ukázaly, že zjištěná míra úzkostnosti u jedinců, kteří se studie účastnili, je nižší, než míra zjištěná v podobných výzkumech u stejně starých respondentů.

Administrace druhé dotazníkové metodou SDDSS se zúčastnil stejný počet respondentů jako u metody SUDS, tedy 173 jedinců. Rozbohem získaných dat bylo zjištěno, že celkový průměrný hrubý skóre všech zúčastněných byl v tomto dotazníku 36,87 bodů (SD 10,11). Detailnějším prozkoumáním bylo dále zjištěno, že dívky získaly vyšší průměrný hrubý skóre s hodnotou 39,77 bodů v této škále (SD 11,31) než chlapci, kterým byl vypočítán průměr 34,54 bodů (SD 8,39). Rozdíl, který je patrný mezi jednotlivými rody je 5,23 bodů, což naznačuje, že dívky v této studii vykazovaly obecně vyšší míru depresivity

oproti chlapcům. Hodnoty bodů získané výpočtem průměrů v jednotlivých věkových kategoriích byly u 11 letých respondentů 36,29; u 12 letých 37,38; 13 letých 37,54; 14 letých 37,99 a 15 letých jedinců 37,79 bodů. Při porovnání výše zmíněných celkových hrubých skóre, jsme došli k závěru, že výsledky jsou poměrně vyrovnané ve vztahu k studiím, v nichž byl použit stejný dotazník. Rozdíl mezi naším výzkumem a ostatními výzkumy činil maximální rozdíl 0,6 bodů.

Po uskutečnění analýzy dat získaných z obou dotazníků, byli zvoleni jedinci, kteří vysoko skórovali v některém ze zmíněných dotazníků, pro individuální rozhovory. Rozhovorů se zúčastnilo 9 jedinců na základě zvýšeného percentilového skóru v dotazníku SUDS, 6 žáků na základě zvýšeného percentilu v SDDSS a ostatních 29 na základě vysokého skórování v obou zmíněných dotaznících ve srovnání s populací. Této části výzkumu, se zúčastnilo 44 respondentů, 22 chlapců a 22 dívek z celého II. stupně, kteří otevřeně sdělovali informace o svých pocitech, zkušenostech. Průměrná hodnota jejich percentilového skóru u rysu úzkostnosti byla 79,64 (SD 13,33) s minimální hodnotou 48 a maximální 99. U rysu depresivity byla průměrná hodnota 80,32 (12,33) s minimálním skórem 52 a maximální 99.

Realizací nestrukturovaných individuálních rozhovorů bylo zjištěno, že u probandů, kteří vysoko skórovali v dotazníku úzkostnosti a/nebo depresivity se od šestého ročníku vyskytují formy rizikového chování. Kterými jsou užívání alkoholických nápojů, záškoláctví, sebepoškozování a netolismus. K těmto projevům se v sedmém ročníku navíc přidalo kouření cigaret, užívání žvýkacího tabáku, popíjení energetických nápojů a drobné krádeže. Pouze v tomto ročníku se objevil jediný případ náznaku kyberšikan. Od osmého ročníku výše je patrné užívání marihuany, kouření elektronických cigaret a užívání léků. Jen v tomto ročníku uvedl respondent nástin poruchy příjmu potravy. Respondenti devátého ročníku doplnili výčet všech výše zmíněných forem rizikového jednání o poruch příjmu potravy a kyberšikanu. Po uskutečnění rozhovorů bylo také zřejmé, které projevy rizikového chování se u sledovaných jedinců objevují nejčastěji. Obecně nejčastějším zaznamenaným fenoménem, který se projevil u všech respondentu, byl netolismus. Druhou nejčastější formou rizikového chování je užívání alkoholických nápojů a třetím užívání energetických nápojů. Dále následovaly formy rizikového jednání jako například užívání žvýkacího tabáku, kouření cigaret, drobné krádeže, záškoláctví, sebepoškozování,

užívání marihuany, zneužívání léků, kouření elektronických cigaret a v jednom případě se objevila porucha příjmu potravy a také kyberšikana.

## Souhrn

Předložená rigorózní práce se zaměřuje na zjištění projevů rizikového chování a jednání žáků II. stupně základní školy, kteří vykazují zvýšenou míru úzkostnosti a depresivity.

Práce je členěná do dvou částí, teoretickou a výzkumnou. Teoretická část poskytuje v rámci jednotlivých kapitol informace, které se vztahují k naší výzkumné studii. První kapitola vymezuje vývojové období pubescence, jeho specifické charakteristiky fyziologického, emočního a kognitivního vývoje, což lépe napomáhá porozumění a interpretaci různých druhů jednání právě v tomto období života jedinců. Součástí kapitoly popis vzniku rizikového chování a faktorů, které na něj mají vliv.

Druhá kapitola charakterizuje impulzivitu, která je samostatným a poměrně trvalým osobnostním rysem a která do značné míry může vést jedince k rizikovému jednání. Jsou zde také uvedeny zjištěné výsledky výzkumů vztahující se k impulzivité a různým formám rizikového jednání (Woicik, Stewart, Pihl & Conrod, 2009; Dolejš & Orel, 2017; Chamorro et al., 2012; Čerešník et al., 2016).

Zaměření třetí kapitoly je vztažené k syndromu poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Jsou zde popsány možné příčiny jeho vzniku doplněné o jeho příznaky, prevalenci, charakteristické projevy, jež se mohou v průběhu života projevit. Také v této kapitole nechybí výsledky výzkumů.

Čtvrtá kapitola se věnuje popisu úzkostnosti, jako osobnostní charakteristice. Jsou zde uvedeny výzkumy, jež byly v této oblasti uskutečněny, dále epidemiologie, prevalence a možnosti terapie.

Pátá kapitola popisuje depresivitu. Dává ji do kontextu s depresí a uvádí výsledky uskutečněných studií v této oblasti, epidemiologii, prevalenci a na závěr vliv terapie. Součástí kapitoly je uvedení tohoto fenoménu do souvislosti s rizikovým chováním.

Poslední teoretická kapitola je věnována specifikaci termínu rizikového chování a popisu jednotlivých jeho forem. Následně je většině z forem věnována samostatná část. Jsou popsány projevy šikany, agrese, sebepoškozování a suicidálního jednání, záškoláctví, užívání návykových látek a netolismus. Jednotlivé popisy jsou doplněné o řadu výzkumů a prevalence a jiné.

Výzkumná část je rozdělena do dvou fází. V první části byla realizována screeningová šetření s využitím dvou standardizovaných dotazníkových metod, Škála úzkostnosti Dolejše a Skopala (2016) a Škála depresivity Dolejše, Skopala, Suché (2018). V rámci druhé fáze byly realizovány individuální rozhovory s žáky.

Na základě analýzy dat získaných dat z dotazníku SUDS, které administrovalo 173 respondentů bylo zjištěno, že průměrný hrubý skór všech respondentů, jenž se dotazníkového šetření zúčastnili byl 50,78 bodů (SD 10,94). Následným detailnějším zkoumáním bylo zjištěno, že dívky dosáhly vyššího průměrného hrubého skóru 55,08 bodů (SD 10,92) než chlapci, kteří dosáhli průměru 47,33 bodů (SD 9,73). Rozdíl mezi rody představuje hodnotu 7,75, která naznačuje, že dívky obecně vykazovaly vyšší míru úzkostnosti než chlapci. Tyto výsledky ukázaly, že zjištěná míra úzkostnosti u jedinců, kteří se studie účastnili se nižší, než míra zjištěná v podobných výzkumech u stejně starých respondentů.

Druhou metodu, tedy Škálu depresivity administroval stejný počet respondentů jako první zmíněnou metodu. Následnou analýzou dat bylo zjištěno, že průměrný hrubý skór všech zúčastněných dosáhl hodnoty 36,87 bodů (SD 10,11). Podrobnější prozkoumáním ukázalo, že chlapci získali průměr hrubých skórů 34,54 bodů (SD 8,39). Dívčím byl vypočítán průměrný hrubý skór s hodnotou 39,77 bodů v této škále (SD 11,31). Z těchto výsledků je zřejmé, dívky získaly vyšší průměr hrubých skórů, což je možné interpretovat tak, že dívky obecně vykazují vyšší míru depresivity než chlapci. Studie, které byly uskutečněné na podobné téma, ale stejným dotazníkem uváděly velmi podobné výsledky. Maximální rozdíl celkových hrubých skórů, činil 0,6 bodů.

V návaznosti na zjištěné výsledky z obou dotazníků, byli zvoleni jedinci, kteří získali vysoké skóry v některém z dotazníků, pro druhou část výzkumu, která byla realizována individuálními rozhovory s žáky. Rozhovorů se celkem zúčastnilo 44 jedinců, 22 dívek a 22 chlapců, kdy 9 jedinců bylo vybráno na základě zvýšeného percentilového skóru v dotazníku SUDS, 6 žáků na základě zvýšeného percentilu v SDDSS a ostatních 29 na základě vysokého skórování v obou zmíněných dotaznicích ve srovnání s populací. Žáci otevřeně hovořili o svých zkušenostech, pocitech. Průměrná hodnota percentilového skóru těchto žáků u rysu úzkostnosti byla 79,64 (SD 13,33) s minimální hodnotou 48 a maximální 99. U rysu depresivity byla průměrná hodnota 80,32 (12,33) s minimálním skórem 52 a maximální 99.

Analýzou odpovědí, které jsme získali prostřednictvím individuálních rozhovorů, bylo zjištěno, že se jedinců, kteří měli vysoké skóre v některém z použitých dotazníků, projevují již od šestého ročníku určité formy rizikového chování, kterými jsou například užívání alkoholu, záškoláctví, sebepoškozování a netolismus. U žáků sedmého ročníku se k výše uvedeným přidává ještě kouření cigaret, užívání žvýkacího tabáku, popíjení energetických nápojů a drobné krádeže. Pouze v tomto ročníku jsme zaznamenali náznak jednoho případu kyberšikany. Výčet projevů rizikového chování v osmého ročníku se navíc rozšířil o užívání marihuany, kouření elektronických cigaret a užívání léků. Pouze v tomto ročníku jsme postřehli u jednoho respondenta nástin poruchy příjmu potravy. Výsledky rozhovorů žáků 9. ročníku uzavřely okruh zjišťovaného rizikového jednání. Kromě poruch příjmu potravy a kyberšikany se v tomto ročníku projevují všechny výše zmíněné formy rizikového chování. Po uskutečnění rozhovorů bylo také zřejmé, které druhy rizikového chování se u sledovaných jedinců objevují nejčastěji. Vůbec nejčastějším zaznamenaným fenoménem, který se objevil u všech respondentů, byl netolismus, který měl nejrůznější podoby, ať už se jednalo o hraní počítačových her, přes „pobyt“ na sociálních sítích až po různé formy chatů. Druhým nejčastějším projevem rizikového chování je užívání alkoholických nápojů a třetím užívání energetických nápojů. Tento výčet dále rozšířilo užívání žvýkacího tabáku, kouření cigaret, drobné krádeže, záškoláctví, sebepoškozování, užívání marihuany, zneužívání léků, kouření elektronických cigaret a v jednom případě se objevila porucha příjmu potravy a kyberšikana. Pořadí uvedených oblastí je seřazeno podle zjištěné četnosti.

Uskutečněný výzkum podal takové výsledky, které odpověděli na vytýčené výzkumné otázky.

## Seznam použitých zdrojů a literatury

Angold, A., Erkanli, A., Silberg, J., Eaves, L., & Costello, E. J. (2002). Depression scales cores in 8-17-year olds: Effects of age and gender. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(8), 1052-1063. doi/abs/10.1111/1469-7610.00232

Antal, M. (2013). *To dítě je nepozorné*. Praha: Mladá Fronta

Barkley, R., Fisher, M., & Smallish, L. (2002). The persistence of attention deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definitiv of disorder. *Journal Abnorm Psychol*, 111, 279-289. Získáno dne 10. listopadu 2019 z <https://link.springer.com/journal/10802>

Beard, K. W., & Wolf, E. M. (2001). Modification in the Proposed Diagnosis Criteria for Internet Addiction. *Cyber Psychology and Behavior*, 4, 377-383. doi.org/10.1089/109493101300210286

Benešová, D., & Mičová, L. (2003). *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií: recepty, rady lékaře*. Praha: MAC

Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I., & Cuevas, C. (2011). Child depression in the school context. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 29, 198-207. Získáno dne 7. listopadu z <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042811026863>

Blatný, M., Polišínská, V., Balaštíková, V., & Hrdlička, M. (2005). Problematika rizikového chování vývoje dětí a dospívajících. *Československá psychologie*, XLIX, 524-537.

Blinka, L. (2015). *Online závislosti: jednání jako droga? - online hry, sex a sociální sítě - diagnostika závislosti na internetu - prevence a léčba*. Praha: Grada Publishing.

Blouin, A. G. A., Bornstein, R., & Trite, R. (1978). Teen-age alcohol use among hyperactive children. *Journal Pediatr Psychol*, 3, 188-194. Získáno dne 11. října 2019 z <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA67/AA67>

Boková, L., Bukovská, L., Katrňák, T., Masáková, V., Procházková, J., & Schmidová, K. (2011). *Rodiče, děti a jejich problémy*. Praha: Sdružení Linka bezpečí.

Burešová, I., Klimusová, H., Bartošová, K., & Čerňák, M. (2012). *Výskyt sebepoškozování ve vztahu k úrovni sebehodnocení a jeho komponent*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV

Cahová, P., Pejčochová, J., & Ošlejšková, H. (2010). *Hyperkinetická porucha ADHD v dospívání a dospělosti*. Klinika dětské neurologie LF MU a FN Brno.



- Carr-Gregg, M. (2010). *Mental health problems in teenagers*. Australia: Penguin Group
- Carr-Gregg, M., & Shale, E. (2010). *Puberťáci a adolescenti: průvodce výchovou dospívajících*. Praha: Portál.
- Castellanos, N., & Conrod, P. (2006). The brief interventions targeting personality risk factors for adolescent substance misuse reduce depression, risk-taking and panic behaviours. *Journal of Mental Health*, 15 (6), 645–658. Získáno dne 15. listopadu z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3565714>
- Coghlan, M., & Macdonald, S. (2010). The role of substance use and psychosocial characteristics in explaining unintentional injuries. *Accid Anal Prev*, 42(2), 476–479. doi/10.1177/0748233708034332
- Conrod, P. J., Comeau, M. N. & Stewart, S. H. (2004). *Learning to deal with impulsivity*. Canada: Javin Creative.
- Cooper, P. J. (2014). *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál.
- Csémy, L., Chomynová, P., & Sadílek, P. (2007). *Prevence zneužívání léků a přístupy při zvládnutí lékové závislosti*. Získáno 13. října 2019 z [www.drnespor.eu/ESPAD07.doc](http://www.drnespor.eu/ESPAD07.doc)
- Čerešník, M., Dolejš, M., & Skopal, O. (2016). *Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS). Příručka preprax*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Čermák, I., Klimusová, H., Vízdalová, H. (2005). Deprese v dětství a její vztah k problémům chování. *Československá psychologie*, 49, 3, 223-236.
- Čermáková, M., Papežová, H., & Uhlíková, P. (2013). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD/ADD)*. Získáno 20. listopadu 2019 z [www: nepozornidospeli.cz](http://www.nepozornidospeli.cz) <https://docplayer.cz/1530449-Poruchy-pozornosti-a-hyperaktivita-adhd-add.html>.
- Černá, M. (1999). *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Karolinum.
- Červený, K., & Kubešová, D. (1996). Šikanování jako projev nežádoucí agresivity. *Československá psychologie*, 40, 2, 146-154.
- Český statistický úřad. (2019). Získáno dne 10. října 2019 z <https://www.czso.cz/csu/czso>
- Čížková, A. (2019). *Vývoj relační agrese, genderové rozdíly v relační agresi a vztah s depresí a úzkostností u dětí na 2. stupni ZŠ*. (nepublikovaná magisterská práce). Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc.

- Daviss, W. B. (2008). A Review of Co-Morbid Depression in Pediatric ADHD: Etiologies, Phenomenology, and Treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18(6), 565–571. doi.org/10.1089/cap.2008.032.
- Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.
- Duffy, M., & Karlin, B. (2006). *Treating Depression in Nursing Homes: Beyond the Medical Model*. New York: Springer Publications.
- Dolejš, M. (2010). *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., Skopal, O., & Suchá, J. (2014). *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., & Skopal, O. (2015). *Výskyt rizikového chování u adolescentů Dolejš a Skopal (VRCHA)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., & Skopal, O. (2016a). *Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS). Příručka pro praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., & Skopal, O. (2016b). *Škála úzkostnosti Dolejš a Skopal (SUDS). Příručka pro praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., & Orel, M. (2017). *Rizikové chování u adolescentů a impulzivita jako prediktor tohoto chování*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J., & Charvát, M. (2018). *Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Drapela, V. (2011). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.
- Drtílková, I. (2007). *Hyperaktivní dítě*. Praha: Galén.
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. NY: W. W. Norton.
- Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146, (4), 348-361. Získáno dne 14. listopadu 2019 z <https://gwern.net/docs/modafinil/2003-turner.pdf>
- Falk, A., Fischbacher, U. & Gächter, S. (2013). Living in two neighbourhoods - social interaction effects in the laboratory. *Economic Inquiry*, 51(1), 563–578.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.

Fleischman, A. R, Barondess, J. A. (2004). Adolescent suicide: Vigilante and Action to reducethetoll, *Contemporary pediatrics*, 21(12). 157-168.[doi/10.1177/0748233708089020](https://doi.org/10.1177/0748233708089020)

Fleming, J. E. &Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(4), 571.[doi/10.1447/54217.2569855665](https://doi.org/10.1447/54217.2569855665)

Fulgini, A. J. (2001). Early Adolescent Peer Orientation And Adjustment During High School. *Developmental Psychology*, 37(1). Získáno dne 18. listopadu 2019 z <https://www.psc.isr.umich.edu/pubs/abs/1727>

Geldard, K., & Geldard, D. (2002). *Counselling children*. London: Sage Publications.

Goetz, M. (2005). Deprese u dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi*, 6(6), 271-274. Získáno dne 7. listopadu 2019 z <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2005/06/03.pdf>

Goetz, M., & Uhlíková, P. (2009). *ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén.

Goodman, G., Stroh, M., & Valdez, A. (2012). Do attachment representations predict depression and anxiety in psychiatrically hospitalized prepubertal children? *Bulletin of the Menninger Clinic*, 76(3), 260–289. [doi.org/10.1521/bumc.2012.76.3.260](https://doi.org/10.1521/bumc.2012.76.3.260)

Grigoryan, G. A. (2012). The Serotonin and the impulsivity. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 42(8). Získáno dne 1. listopadu 2019 z <https://link.springer.com/article/10.1007/s11055-012-9654-3>

Grogan, S. (2000). *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing.

Hamidovic, A., Dlugos, A., Skol, A., Palmer, A. A., & de Wit, H. (2009). The Evaluation of genetic variability in the dopamine receptor and impulsivity. *Experimental and clinical psychopharmacology* 17(6), 374–383. [doi:10.1037/a0017840](https://doi.org/10.1037/a0017840)

Hammen, C. (2009). Adolescent Depression: Stressful Interpersonal Contexts and Risk for Recurrence. *Current Directions in Psychological Science*, 18(4), 200–204. [doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01636.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01636.x)

Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.

Health Behavioor in School-aged Children user survey. Získáno dne 15. listopadu 2019 z [http://www.Hbsc.upol.cz/download/tz\\_tz\\_hbsc\\_olomouc\\_2016.pdf](http://www.Hbsc.upol.cz/download/tz_tz_hbsc_olomouc_2016.pdf).

- Herman, E., & Doubek, P. (2008). *Deprese a stres*. Praha: Maxdorf
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Hulanová, L. (2012). *Internetová kriminalita páchaná na dětech: psychologie internetové oběti, pachatele a kriminality*. Praha: Triton.
- Chamorro, J., Bernardi, S., Potenza, M. N., Grant, J. E., Marsh, R., Wang, S., & Blanco, C. (2012). Impulsivity in the general population: A national study. *Journal Of Psychiatric Research*, 46, s. 994–1001. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.04.023.
- Jacobi, C., Paul, T., & Thiel, A. (2006). *Poruchy příjmu potravy: pokroky v psychoterapii*. Trenčín: Vydavatelství F.
- Jackson, C. A., Henderson, M., Frank, J. W., Haw, S. J. (2012). An overview of preventiv of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *Journal of Public Health*. 34 (1).i31 – i40. doi.org/10.1093/pubmed/fdr113
- Janíček, J. (2008). *Když úzkost bolí*. Praha: Portál.
- Jenett, W. (2013). *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Brno: Edika.
- Kalina, K., et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S. Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J. & Merikangas, K. R. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the national comorbidity surffy replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69 (4), 372 – 308. Získáno dne 5. října 2019 z <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2470680>.
- Knop, J., Penick, E. C., Nickel, E. J., Mortensen, E. L., Sullivan, M. A., Murtaza, S., Jensen, P., Manzardo, A. M., & Gabrielli, W. F. (2009). Childhood ADHD and conduct disorder as independent predictors of male alcohol dependence at age 40. *Stud Alcohol Drugs*, 70(2): 169–177. Získáno dne 28. října 2019 z <https://link.springer.com/article/10.1007/s11055-012-9654-3>
- Kocourková, J., & Kohoutek, J. (2002). Posuzování suicidálního rizika u dětí a adolescentů. *Československá psychologie*, 46(2), 178-183. Získáno dne 4. listopadu 2019 z <http://cspsych.psu.cas.cz/archiv.php?from=170&to=575&what=3/2009>
- Kolář, M. (2001). *Bolest šikanování*. Praha: Portál.

- Kopecký, K. (2011). *Úvod do problematiky netolismu*. Získáno 15. listopadu 2019 z [www.e-bezpeci.cz/index.php/rizikove-jevyspojene-s-online-komunikaci/dalsi-temata/331-uvod-do-problematiky-netolismu](http://www.e-bezpeci.cz/index.php/rizikove-jevyspojene-s-online-komunikaci/dalsi-temata/331-uvod-do-problematiky-netolismu)
- Koutek, J. (2008). Suicidalita u adolescentů - rizikové faktory a prevence rizikové faktory a prevence. *Dětská psychiatrická klinika FN Motol a UK 2. LF, Praha Pediatrice pro Praxi*, 9(5), 302–304. Získáno dne 4. října 2019 z [https://www.solen.cz/artkey/ped-200805-0007\\_Suicidalita\\_u\\_adolescentu\\_.php](https://www.solen.cz/artkey/ped-200805-0007_Suicidalita_u_adolescentu_.php)
- Kovacs, M., Freinberg, T. L., Crouse-Novak, M. A., Paulauskas, S. L., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood. I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41(3), 229-237. doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01636.x
- Kramer, J., Loney, J., (1978). Predicting adolescent antisocial behavior among hyperactive boys. *Science*, 199, 560-563. Získáno dne 25. října 2019 z [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4613-9820-2\\_4](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4613-9820-2_4)
- Krch, F. D. (2003). *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing.
- Krch, F. D., Csémy, L., & Drábková, H. (2004). Rizikové jídelní chování a postoje českých adolescentů. *Praktický lékař*, 9; 492-497.
- Krch, F. D., & Mičová, L. (2002). *Mentální anorexie: recepty, rady lékaře*. Praha: Portál.
- Kriegelová, M. (2008). *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada Publishing
- Křivohlavý, J. (2013). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada Publishing
- Kulhánek, J. (2015). Anorexie, bulimie, přejídání. *První info*. Získáno dne 7. listopadu z [www.idealni.cz/prvni-info-anorexie-bulimie-prejidani](http://www.idealni.cz/prvni-info-anorexie-bulimie-prejidani).
- Labáth, V. et al. (2001). *Riziková mládež*. Praha: Slon.
- Lahno, A. M., & Serra-Garcia, M. (2015). Peer effects in risk taking: Envy or conformity? *Journal of Risk and Uncertainty*, 50(1), 73–95. doi/abs/10.1111/1469-7610.00232
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Laver, C., Thompson, M., & Weeks, A. (2010). *Step by step for Children with ADHD*. London: Jessica Kingsley Publishers.

- Libigerová, E. (2005). Úzkostné poruchy v primární péči. *Postgraduální medicína*. 7: 66–72. Získáno dne 30. října 2019 z <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/uzkostne-poruchy-v-primarni-peci-165281/check-status/>
- Linhartová, P., & Kašpárek, T. (2017a). Současné modely, testy a metodologické aspekty měření impulzivity v psychologii a psychiatrii. *Československá psychologie*, 61 (1), 29–42. Získáno dne 30. října 2019 z <https://is.muni.cz/publication/1377694/cs>
- Linhartová, P., Širůček, J., Barteček, R., Theiner, P., Jeřábková, B., Rudišínová, D., & Kašpárek, T. (2017b). České verze sebesposuzovacích modelů impulzivity Barrattovy škály a škály UPPS-P a jejich psychometrické charakteristiky. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 113 (4): 149–157. Získáno dne 14. října 2019 z [www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1163](http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1163)
- Lipárová, M. (2019). *Depresivita u adolescentů v psychosociálním kontextu*. (nepublikovaná postupová práce). Zlín: Univerzita Tomáše Bati.
- Lynch, A., Glod, C. A., & Fitzgerald, F. (2001). Psychopharmacologic treatment of adolescent depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(1), 41–47. doi/abs/10.1111/1469-7610.08795
- Malá, E. (2004). *Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství*. Praha: Tigis.
- Malá, E. (2008). *Deprese*. Praha: Portál.
- Mečír, J. (1989). *Starosti s dospíváním*. Praha: Mona.
- Mendlínová, B. (2000). Trendy v experimentování a zneužívání návykových látek u dětí na ZŠ. *Pedagogika*, 50 (3), 256–271. Získáno dne 15. listopadu 2019 z [https://pages.pedf.cuni.cz/pedagogika/?attachment\\_id=2365&edmc=2365](https://pages.pedf.cuni.cz/pedagogika/?attachment_id=2365&edmc=2365)
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. (2017). *Co dělat, když – intervence pedagoga: Rizikové chování ve školním prostředí – rámcový koncept*. Příloha č. 4 Alkohol u dětí školního věku. Získáno 16. září 2018 z <http://www.msmt.cz/>.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M., Trapoková, B., & Miovská, L. (2004). Názory a postoje k návykovým látkám a jejich užívání u žáků šestých tříd základních škol: metoda ohniskových skupin. *Adiktologie* 4 (3), 306–317. získáno dne 5. října 2019 z <https://www.adiktologie.cz/vyvoj-a-overeni-metodiky-evaluace-komunitniho-typu-primarne-preventivniho-programu-uzivani-navykovych-latek>

Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., & Novák, P. (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Tišnov: Sdružení SCAN.

Miovský, M. et al. (2015). *Prevence rizikového chování ve školství I*. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.

Morschitzky, H., & Sator, S. (2014). *Deset tváří úzkosti*. Praha: Portál.

Munder, A., & Arcelus, J. (2002). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.

Nauert R. (2010). Childhood Anxiety May Be Inherited. *The Journal of Neuroscience*; 30: 7466–7472. doi/abs/10.1111/1469-7610.02589

Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.

Nielsen Sobotková, V. et al. (2014). *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada Publishing.

Olino, T., M., Klein, D., N., Lewinsohn, P, M., Rohde, P. & Seeley, J., R. (2010). Latent trajectory classes of depressive and anxiety disorders from adolescence to adulthood: Description of classes and associations with risk factors. *Comprehensive Psychiatry*. 51 (3), 224 – 235. Získáno dne 7. října 2019 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20399331>

Orel, M. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing.

Orvin, G. H. (2001). *Dospívání - Kniha pro rodiče*. Praha: Grada Publishing.

Oyama, O., & Piotrowski, N. A., (2013). *Depression. Magill's Medical Guide*. Salempress. Získáno 8. října 2019 z [/www.cengage.com/search/productOverview.do;jsessionid=04846CF1](http://www.cengage.com/search/productOverview.do;jsessionid=04846CF1).

Paclt, I., Florian, J., Hellerová, P., Hamanová, J. (1998). Suicidální chování u dětí a adolescentů. *Česko-slovenská pediatrie*, 53(1), 48-52.

Paclt, I. et al. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing.

Papežová, H. (2000). *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky*. Praha: Psychiatrické centrum.

Papežová, H. (2003). *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum.

Park, R. J., & Goodyer, I. M. (2000). Clinical guide lines for depressive disorders in childhood and adolescence. *European Child Adolescent Psychiatry*.9 (3).147-161. Získáno dne 18. listopadu 2019 z [https://www.researchgate.net/publication/12232943\\_Clinical\\_guidelines\\_for\\_depressive\\_disorders\\_in\\_childhood\\_and\\_adolescence](https://www.researchgate.net/publication/12232943_Clinical_guidelines_for_depressive_disorders_in_childhood_and_adolescence)

Pavlová, B. (2010). *Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing

Paulus, D., Vanwoerdena, S., Nortonb, P. J., & Sharpa, C. (2016). From neuroticism to anxiety: Examining unique contributions og tree transdiagnostic vulnerability factors. *Personality and Individual Differences*. 94 (3), 38 – 43. Získáno dne 8. září 2019 z <https://research.monash.edu/en/publications/from-neuroticism-to-anxiety>

Petersen, A., Compas, B., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48(2), 155-168. doi/abs/10.1111/1469-7610.07854

Pöthe, P. (2011). *Psychoterapie dítěte*: Grada Publishing.

Pleva, D. (2019). *Indikovaná prevence u žáků II. stupně ZŠ*. (nepublikovaná magisterská práce). Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc

Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy*. Praha: Portál

Praško, J., Vyskočilová, J., & Prašková, J. (2006). *Úzkost a obavy*. Praha: Portál

Praško, J., Buliková, B., & Sigmundová, Z. (2012). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén

Ptáček, R., & Kuželová, H. (2013). *Vývojová psychologie pro sociální práci*. Praha: MPSV ČR.

Ptáček, R., & Ptáčková, H. (2018). *ADHD variabilita v dětství a dospělosti*. Praha: Karolinum.

Pulkkinen, L. & Pitkänen, T. (1994). Theprospective study on the precursors to problem drinking in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 578-587. Získáno dne 6. listopadu 2019 z <http://europepmc.org/article/MED/7990468>

Rao, U., Hammen, C., & Daley, S. E. (1999). Continuity of Depression During theTransition to Adulthood: A 5-Year Longitudinal Study of Young Women. *Journal Of The American Academy Of Child& Adolescent Psychiatry*, 8908-915. doi:10.1097/00004583-199907000-00022



Regenermelová, L. (2010). *Sebepoškozování - úleva od psychických problémů?*. Získáno 10. října 2019 z <https://dusevni-poruchy.zdrave.cz/sebeposkozovani/#comments>

Reinherz, H. Z., Paradis, A. G., Giaconia, R. M., Stashwick, C. K., Fitzmaurice, G. (2003). Childhood and adolescent predictors of major depression in the transition to adulthood. *The American journal of psychiatry*, 160(12), 2141-2147. Získáno dne 7. září z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3134368/>

Richards, C. S., & O'Hara, M. W. (2014). *The Oxford handbook of depression and comorbidity*. Oxford ; New York: Oxford University Press.

Rogge, J. (1999). *Dětské strachy a úzkosti*. Praha: Portál.

Řičan, P. (2014). *Cesta životem*. Praha: Portál.

Sanci, L., Webb, M., Hocking, J. (2018). Risk-taking behaviour in adolescents. *Australian Journal of generak practice*. doi: 10.31128/AJGP-07-18-4626

Saules, K. K., Pomerleau, C. S., & Schubiner, H. (2003). Patterns of inattentive and hyperactive symptomatology smokers diagnosed with ADHD. *Journal of Addictive Diseases*. 22 (2), 71-78. Získáno dne 7. listopadu z <https://www.doximity.com/pub/howard-schubiner-md>

Seitz, J., Kahraman-Lanzerath, B., Legenbauer, T., Sarrar, L., Herpertz, S., SalbachAndrae, H., Konrad, K., Herpertz-Swahn, M. H., Ali, B., Bossarte, R. M., Van Dulmen, M., Crosby, A., Jones, A. C., & Schinka, K. C. (2012). Self-harm and suicide attempts among high-risk, urban youth in the U. S. *Journal Environ Res Public Health*, 2012, 9(1), 178–191. doi/abs/10.1111/1469-7610.078474

Schwarz, C., Wright, Ch., Shin, L. et al. (2001). Differential Amygdalar Response to Novel 9.Ft Newly Familiar Neutral Faces: A Functional MRI Probe Developed for Studying Inhibited Temperament. *Biolog Psych*; 53, 854– 862.

Serfontein, G.(1999). *Potíže dětí s učením a chováním*. Praha: Portál.

Silberg, J. L., Maes, H., &Eaves, L. J. (2010). Genetic and environmental influences on the transmission of parentel depression to children's depression and conduct disturbance: anextended Childrenof Twins study: Genetic and environmental influences on the transmission of parentaldepression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 734–744. doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02205.x

Spitzer, M. (2014). *Digitální demence: jak připravujeme sami sebe a naše děti o rozum*. Brno: Host.

Steinberg, L., & J. M. Chein. (2015). Multiple accounts of adolescent impulsivity. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112 (29), 8807-8808. Získáno dne 4. září z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4517225>

Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. (2015). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.

Swahn, M. H., Bossarte, R. M., & Sullivent, E. E. (2008). Age of alcohol use initiation, suicidal behavior, and peer and dating violence victimization and perpetration among high-risk. *Pediatrics*, 121(2), 297-305. Získáno 5. října 2019 z [https://scholarworks.gsu.edu/iph\\_facpub/18/](https://scholarworks.gsu.edu/iph_facpub/18/)

Šimíčková - Čížková, J. (2004). *Kompendium obecné a vývojové psychologie*. Ostrava: Ostravská univerzita.

Širůčková, M. (2009). *Psychosociální souvislosti rizikového chování v adolescenci: role vrstevnických a rodinných vztahů*. Brno: Masarykova univerzita.

Tørmoen, A. J., Rossow, I., Larsson, B., & Mehlum, L. (2013). Nonsuicidal self-harm and suicide attempts in adolescents: differences in kind or in degree? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(9), 1447-1455. doi.org/10.1007/s00127-012-0646-y

Thompson, A. (2016). *The boy from the hell*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.

Tomšík, R., Dolejš, M., Čerešník, M., Suchá, J., & Skopal, O. (2017). Rizikové správanie študentov gymnázií Českej republiky (Reprezentatívny výskum metódou VRCHA). *Adiktologie*, 17 (1), 46-55. Získáno dne 8. listopadu 2019 z <https://adiktologie-journal.eu/journal-archive/2017-2/1-2017/>

Train, A. (1997). *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha: Portál.

Train, A. (2000). *Children Behaving Badly. Could My Child Have a Disorder?* London: Souvenir Press.

Trávníčková, I. (2000). *Pachatelé drogové kriminality z perspektivy jejich kriminální kariéry*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci

Twenge, J. (2017). *Have smartphones destroyed a generation?* Získáno 7. listopadu 2019 z [www.theatlantic.com](http://www.theatlantic.com)

Ústav zdravotnických informací a statistiky. (2018). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Získáno 11. října 2018 z <http://www.uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-cr>.

Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.

Vavrysová, L. (2018). *Vztah rizikových aktivit, depresivity a vybraných osobnostních rysů u českých adolescentů*. (dizertační práce). Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc.

Vladíková, I. (2017). *Sebepoškozování v pubertě jako závislost*. Získáno dne 28. 12. 2019 z [www.spektrumzdravi.cz](http://www.spektrumzdravi.cz)

Vymětal, J. (2004). *Úzkost a strach u dětí*. Praha: Portál

World Health Organization. (2012). *International statistical classification of diseases and related health problems*. Geneva: World Health Organization. Získáno den 7. listopadu 2019 z <http://www.who.int/en/>

Wojcik, P. A., Steward, S. H, Pihl, R. O, & Conrod, P. J. (2009). Innovations in adolescent substance abuse. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23, 236-292. Získáno dne 29. září 2019 z <https://onlinelibrary.wiley.com/journal/15300277>

Wojnarová, D. (2017). *Vybrané osobnostní rysy a výskyt rizikového chování u adolescentů studujících čtyřletý technický obor zakončený maturitní zkouškou v moravskoslezském kraji*. (nepublikovaná postupová práce). Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc.

Young, K. S. (2004). *Internet Addiction: A New Clinical Phenomenon and Its Consequences*. Získáno dne 9. září 2019 z <https://www.researchgate.net/publication/232496700>

Zarrett, N., & Eccles, J. S. (2006). The Passage To Adulthood: Challenges Of Late Adolescence. *New Directions for Youth Development*, 111, 13–28. Získáno dne 7. listopadu 2019 z <https://rhyclearinghouse.acf.hhs.gov/library/2006/passage-adulthood-challenges-late-adolescence>

Zuckerman, M. (1995). Good and badhumors: Biochemical Basesof Personality and Its Disorders. *Psychological Science* 6 (6), 325–332.[doi.org/10.1111/j.1467-9280.1995.tb00521.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1995.tb00521.x)

Žáčková, H., & Jucovičová, D. (2017). *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita*. Praha: Grada Publishing.

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Počet úmrtí mladistvých v letech 2011 až 2013

Tabulka č. 2 : Přehled účastníků rozhovorů

Tabulka č. 3: Rozložení respondentů dle ročníků

Tabulka č. 4: Rozložení respondentů dle věku

Tabulka č. 5: Věkový průměr v jednotlivých ročnících

Tabulka č. 6: SUDS - průměr hrubých skóru v rodech

Tabulka č. 7: SUDS . průměr hrubých skóru v ročnících

Tabulka č. 8: SDDSS - průměr hrubých skóru v rodech

Tabulka č. 9: SDDSS - průměr hrubých skóru v ročnících

Tabulka č. 10: Výběr žáků z 6. ročníku

Tabulka č. 11: Výběr žáků ze 7. ročníku

Tabulka č. 12: Výběr žáků z 8. ročníku

Tabulka č. 13: Výběr žáků z 9. ročníku

Tabulka č. 14: Výběr žáků pro individuální rozhovory

Tabulka č. 15: Formy rizikového chování

Tabulka č. 16: Frekvence jednotlivých forem rizikového chování

## Seznam schémat

Schéma č 1 : Vymezení pojmu rizikové chování

## Seznam grafů

Graf č. 1: Rozložení respondentů podle rodu

Graf č. 2 : Rozložení respondentů podle věku

Graf č. 3: Porovnání úzkostnosti podle rodu

Graf č. 4: Porovnání úzkostnosti, věk 11 let

Graf č. 5: Porovnání úzkostnosti, věk 12 let

Graf č. 6: Porovnání úzkostnosti, věk 13 let

Graf č. 7: Porovnání úzkostnosti, věk 14 let

Graf č. 8: Porovnání úzkostnosti, věk 15 let

Graf č. 9: Průměr hrubého skóru úzkostnosti podle rodu

Graf č. 10: Rozložení úzkostnosti, HS

Graf č. 11: Rozložení úzkostnosti, percentilový skór

Graf č. 12: Porovnání depresivity podle rodu

Graf č. 13: Porovnání depresivity, věk 11 let

Graf č. 14: Porovnání depresivity, věk 12 let

Graf č. 15: Porovnání depresivity, věk 13 let

Graf č. 16: Porovnání depresivity, věk 14 let

Graf č. 17: Porovnání depresivity, věk 15 let

Graf č. 18: Průměr hrubého skóru depresivity podle rodu

Graf č. 19: Rozložení depresivity, HS

Graf č. 20: Rozložení depresivity, percentilový skór

## **Přílohy**

Příloha č. 1: Abstrakt rigorózní práce v českém a anglickém jazyce

### **Abstrakt rigorózní práce**

**Název práce:** Projevy rizikového chování u vybraných osobnostních rysů žáků II. stupně ZŠ

**Autor práce:** Mgr. Lic. Dagmar Pleva

**Počet stran:** 103

**Počet znaků:** 165 174

**Počet příloh:** 2

**Počet titulů použité literatury:** 158

Cílem předložené práce bylo vymezit druhy rizikového jednání a chování žáků II. stupně ZŠ, konkrétně těch, které se projevují u jedinců se zvýšenou mírou úzkostnosti a depresivity. Výzkumný projekt byl pojat jako pilotní implementace screeningového procesu, jako předstupně individuálních rozhovorů s žáky. Vymezenými cíly bylo uskutečnit screening žáků za použití diagnostických metod a na základě analýzy dat poté identifikovat jedince, kteří skórovali vysoko. Poté realizovat individuální rozhovory s těmito jedinci. Průzkumem jsme se snažili podat odpovědi na stanovené výzkumné otázky, jež se týkaly druhů rizikového chování, dále četnosti výskytu rizikového jednání a chování a také souvislosti mezi úzkostností či depresivitou a rizikovým chováním. Pro získání výsledků byl zvolen kvalitativní design. První jeho etapa byla realizovaná na platformě dotazníkového šetření. Druhá etapa byla uskutečněna formou terénního výzkumu za pomoci metody individuálních nestrukturovaných rozhovorů. Základní soubor byl tvořen 173 jedinci, z něhož bylo vybráno 44 respondentů, pro individuální rozhovory. Zjistili jsme, že existuje jistá souvislost mezi projevy rizikového chování a zvýšenou úzkostností či depresivitou.

**Klíčová slova:** pubescence, úzkostnost, depresivita, rizikové chování

## **Abstract of thesis**

**Title:** Displays of the risk behavior in selected personality traits of secondary School pupils

**Author:** Mgr. Lic. Dagmar Pleva

**Number of pages:** 103

**Number of characters:** 165 174

**Number of appendixes:** 2

**Number of references:** 158

The aim of the work presented was to define the types of risk behaviour and behaviour of pupils II. grades, namely those that manifest themselves in individuals with increased levels of anxiety and depressiveness. The research project was seen as a pilot implementation of the screening process as a precursor to individual interviews with pupils. The stated objectives were to carry out screening of pupils using diagnostic methods and, on the basis of data analysis, then identify individuals who scored high. Then conduct individual interviews with these individuals. Through the survey, we sought to provide answers to the research questions identified on the types of risk behaviour, the frequency of risk behaviour and behaviour, as well as the link between anxiety or depressiveness and risky behaviour. Qualitative design was chosen to get results. The first stage of its was carried out on the questionnaire survey platform. The second stage was carried out in the form of field research using the method of individual unstructured conversations. The basic set consisted of 173 individuals and a selection set then 44 respondents. We found that there is a certain link between behaviour and increased anxiety or depressiveness.

**Keywords:** pubescence, anxiety, depression, risky behavior

## Příloha č. 2: Přepis uskutečněných rozhovorů

### **Chlapec, 8. ročník, 13 let – SUDS – percentil 83; SDDSS – percentil 82**

Díky, že ses rozhodl se mnou mluvit.

*„No, je to lepší než jít do hodiny...“*

Můžeš mi prosím Tě říct, jak trávíš svůj volný čas?

*„Hmm, jsem na počítači.“*

A kromě toho, co ještě děláš?

*„Nic.“*

Jako vůbec nic, tomu se mi nechce věřit?

*„Ne, nic. Nevím, co jiného bych měl dělat, vlastně mě nic jiného ani nebaví. Hry jo, ty mě baví, můžu si tam, co chci.“*

Určitě máš nějaké kamarády? Chodíte spolu ven nebo na nějaké společné akce?

*„Ne. Vlastně jsem nikdy neměl žádné kamarády. Občas se bavím jen s někým ze třídy, ale to nejsou žádní kamarádi. Jen si vyměníme nějaké informace. Nechodím s nimi nikam, prostě žádné kamarády nemám. Ze školy jdu domů a tam hraju hry. Co jiného bych měl dělat? Nejlepší by bylo, kdybych nemusel ani do školy. Všichni se na mě blbě dívají, kritizují...že jsem tlustý...“*

A co tě na těch hrách tak baví?

*„No nevím, hry jsou v klidu. Nikam nemusím, nic nevysvětluju, prostě si hraju. Když mě někdo našťve tak ho zlikviduju. Prostě tam to mám pevně v rukou, já rozhoduju, jak se to bude hrát, vedu to. Hraju asi 5 let. Vlastně je to můj svět. Ze začátku se mě naši snažili někam vytáhnout, ale teď už to tak berou, asi to vzdali. Vstanu doma od her akorát k jídlu apod. a i to jsem našťvaný, že to musím přerušit. Vlastně k jídlu už taky nechodím, jen si pro ně zajdu a jím u hry. Možná jsou naši rádi, že sedím u počítače a nevztekám se.“*



*Teda u her se taky někdy vzteknu, ale to pak někoho zlikviduju, zastřelím a tak, a jsem zase v klidu.“*

A nepřemýšlíš někdy o tom, že bys šel někam ven, na výlet, do kina?

*„Ne. Přemýšlím, akorát jak budu dál hrát, vymýšlím si strategii. O jiných věcech nepřemýšlím. Jen když mě někdo naštve, tak si představím, jak bych ho vyřešil ve hře, zastřelil nebo aspoň zmlátil. Ve hrách jsem dobrý, tam se posunuju, patřím mezi elitu. Škola a ostatní věci mě jen zdržují a k ničemu mi nejsou.“*

A co na to tvoji rodiče? Nevadí jim, že veškerý volný čas trávíš u počítače?

*„Myslím, že ani ne. Občas měli nějaké kecy k tomu, ale nakonec jsou myslím rádi, že mají ode mě pokoj. V podstatě je neprudím, nic nechci, jen abych měl klid na hru. Myslím, že je moc nezajímám. A pro mě lepší že mám tím pádem od nich klid, než abych poslouchal jejich blbé poznámky, že jsem k ničemu. Než nějaké hádky a konflikty, to mám raději klid a můžu hrát, co chci a jak chci. Vlastně nikoho nepotřebuju.“*

A ty jsi mi naznačil, že sis sám někdy i ublížil, jak to bylo a proč?

*„No nevím, byla to taková blbá situace. Jsem se vztekl sám na sebe. Doma se všichni hádali, ve škole jsme měli psát nějaký test, vzal jsem nůžky a trochu jsem se s nima poškrábal. A to pomohlo, tak nějak se mi tím ulevilo. Vlastně se mi ulevilo hned, jak jsem viděl svoji krev. Ani mě to moc nebolelo, spíše jsem cítil úlevu a nemyslel jsem na nic špatného, spíše mě to uklidnilo. Takže jsem si hned říkal, že je to dobré na depku. Že když je všechno na nic, je to lepší než brát nějaký prášek, a že to funguje hned. Naši to nevědí, škrábu se tak, aby to nebylo vidět. Už tak si o mě myslí, že jsem blázen, tak kdyby věděli, že se občas říznu, poslali by mě na psychinu.“*

Kdy ses naposledy škrábnul?

*„No, to je už delší dobu. Už to vlastně ani tak často nedělám, prostě více hraju na počítači a s našima se raději moc nebavím. Mě ty hry dost uklidňují, takže jsem nejraději zavřený ve svém pokoji a hraju třeba do 2 hodin do rána. Hraju prostě pořád.“*

**Chlapec, 8. ročník, 14 let – SUDS – percentil 72; SDDSS – percentil 84**

Děkuji Ti, že jsi svolil k rozhovoru se mnou.

*„Jo, a o čem si chcete povídat?“*

Chtěla bych si s tebou povídat, jak tráví svůj volný čas takový kluk, jako jsi ty? Můžeš mi prosím Tě o tom něco říct?

*„No, já jsem pořád sám. Mamka je dlouho v práci a já jsem sám doma.“*

Určitě máš nějaké kamarády? Chodíte spolu ven nebo na nějaké společné akce?

*„Já nemám kamarády. Já se nerad kamarádím. Já jsem rád, když jsem sám.“*

To je zajímavé. Takže chodíš někam ven, třeba sám nebo jsi častěji doma?

*„Já jsem prostě rád doma, mám tam klid a mám to tam rád.“*

A čím se bavíš, když jsi teda doma sám?

*„No hraju na počítači.“*

A kromě toho, co ještě děláš?

*„Nic. No vlastně, tak já se vám přiznám, ale nikdo to neví...Já si někdy dám žvýkací tabák. On je v několika příchutích. Já když si ho dám, tak se potom začnu trošku kývat, v hlavě se mi začne úplně točit. Potom cítím, že mě jemně rozehřívá a příjemně se mi točí v hlavě. Když si ho potom vyndám, tak to přestane účinkovat tak 20 minut.“*

A potom jsi úplně v pohodě?

*„No, úplně ne, je mi sice potom trošku špatně, ale to přejde. Dokonce se na té krabičce píše, že vám může být špatně, ale ono když si to vyndáte, tak to začne působit ještě víc.“*

Jako je to možné?

*„Asi to zůstane ve slinách. Ale ta krabička je taková zvláštní, že je tam taková mřížka, do které ten použitý tabák můžete dát a on se jakoby vysuší a pak ho můžete použít ještě jednou, ale to už není tak silný.“*

Kolik takový tabák stojí?

*„Ta krabička stojí 120 Kč a nejvíce to používají ve Švédsku a tam v těch severských zemích, protože tam jsou cigarety a alkohol hrozně drahý.“*

Takže ty ve volném čase hraješ na počítači a užíváš žvýkací tabák.

*„No, to má tu výhodu, že to není vidět. I když je třeba mamka doma, tak si to někdy dám. Dávám si ten „trojkový“ tabák. Jednou se mi stalo, že jsem po tom dokonce usnul.“*

A jak se k tomu tabáku dostaneš, to ti někde prodají?

*„No, první dostanete zadarmo od té společnosti Lyft, to si necháte poslat poštou. No a tady blízko je obchod, kde mi to normálně prodají, a nemusím mít 18. Ten tabák krásně voní, nejraději mám berryfrost, ale jsou i jiné příchutě. V tom obchodě mi prodají i „trávu“. Někdy si ji koupím a jdu sám do lesa a tam ji vyhulím. Ale trávu mám jenom někdy, ten tabák mám hodně často, třeba dvakrát za den.“*

A jak to přesně užíváš?

*„Někdy si to dávám pod ret a někdy pod jazyk. Když si to tam dáte, tak ze začátku to trošku brní a štípe. Ale mě to nevadí. To potom přestane a já mám takový zvláštně dobrý pocit.“*

**Chlapec, 9. ročník, 15 let – SUDS – percentil 72; SDDSS – percentil 92**

Ahoj, děkuji Ti, že jsi přistoupil k tomu, abychom si spolu popovídali.

*„No.“*

Mě by zajímalo, co děláš ve svém volném čase?

*„No tak ten moc nemám. Chystám se na přijímačky. Máma mě pořád nutí, ať se učím, ale mě se moc nechce. Chce, abych šel na gympl. Já vím, že ba to bylo dobré tam jít, protože jinak nevím, kam bych šel.“*

No, ale nějaký volný čas možná někdy máš, že?

*„Ale jo, někdy...“*

No a co děláš ve volném čase?

*„Hraju na počítači, The Witcher, to je teď hra number one. Ta mě fakt baví. A hraje ji i můj dobrý kámoš. Je to fakt super hra.“*

Takže máš i kamarády, chodíte někam spolu?

*„Nemám kamarády, mám jenom jednoho, to je můj nejlepší kámoš, je jako můj brácha. S tím hraju ty hry.“*

A chodíte někam spolu nebo děláte nějaké jiné aktivity?

*„My moc nikam nechodíme. Vlastně chodíme buď k nám domů, nebo k němu domů, když nejsou rodiče doma, ale i když jsou.“*

A co děláte, když máš volný čas a třeba se potkáš s kamarádem?

*„My..... my když se potkáme, tak si chceme spravit náladu po škole a od toho učení, tak si dáme nějaké domácí pití.“*

Hmm, domácí pití a co si pod tím mám představit?

*„... víte, my si mícháme Colu s Robitussinem. No a v Robitussinu je alkohol. Dáváme si lahvičku do litrové Coly. To potom voní jako Cola, ten alkohol nejde cítit. To hodně pijeme. Někdy si to vezmeme i do školy.“*

**Dívka, 9. ročník, 15 let – SUDS – percentil 84; SDDSS – percentil 96**

Ahoj, děkuji Ti, že jsi svolila ke společnému rozhovoru.

*„Jo, v pohodě.“*

Chci se Tě zeptat, jak trávíš volný čas?

*„Můj volný čas..... Hmmmm ... ani nevím. Mě nic moc nebaví. Já budu mít volný čas, až odejdu z domu, už aby to bylo, protože tam mě to vůbec nebaví. Až odejdu ze základky, půjdu bydlet ke svému příteli a od všech budu mít klid.“*

Je to doma tak hrozné?

*„Jo, je. Už jsem si i kvůli tomu ublížila.“*

A chtěla bys mi o tom něco říct?

*„No, už jsem to někdy udělala, mám s tím zkušenost. Řezala jsem se. Já už to ale dlouho nedělám. Ale dělala jsem to, protože jsme měli rodinné problémy. Já s mojí matkou ne vycházím moc dobře. Mám s ní pořád hodně problémy, a proto jsem to dělala. Já to nechápu, že jsem to vůbec dělala. Ale když jsem cítila tu nekonečnou bezmoc každý den. A když jsem chtěla pomoci, tak tady nikdo nebyl, kdo by mi pomohl nebo nějak poradil, co mám dělat. Všichni se ke mně obrátili zády, nikdo tu nebyl, a tak jsem to potom prostě udělala. Já jsem si pořád vyčítala, že jsem taková, jaká jsem a že za to, jaký mám vztah s mojí matkou, můžu jenom já. Brala jsem si to hodně na sebe. A proto jsem měla takový pocit, že se musím nějak potrestat. Ted' už to vidím úplně jinak. Už jsem si uvědomila různé věci. Třeba to, že všechno není jen moje vina, že jsou věci a situace, za které vůbec nemůžu, ale předtím jsem to tak neviděla. Ted' už to dělám jinak. Matku si vyslechnu a už to neřeším. A potom někam odejdu, třeba k babičce. Prostě se snažím být co nejmíň doma. Nesnáším ty její kecy. Jsme doma čtyři. Já jsem tátova, mladší sestra*

*a brácha jsou matky, teda vlastně macechy a tříletá sestra je jejich společná. Já vím, že mě macecha nemá ráda, chová se ke mně jinak než k ostatním a pořád něco po mě chce. Ale já už na ni kašlu.“*

No, to je teda nepříjemná situace. Takže teď se už neřežeš?

*„Ne, teď už ne. Teď, když už mám toho plné zuby, těch narážek, že jsem jiná a to že za všechno můžu a podobně...no prostě jdeme s holkama ven a koupíme si třeba láhev červeného vína nebo někdy i vodku, když je v akci.“*

Takže teď, když se necítíš úplně v pohodě, tak si dáš s holkama nějaký alkohol?

*„A zapálíme si k tomu i cigaretu. To tak nějak k sobě patří, ale vykouřím tak pět cigaret za den a to oproti jiným není moc. A hlavně jsem potom klidnější.“*

#### **Dívka, 7. ročník, 13 let – SUDS – percentil 92; SDDSS – percentil 95**

Ahoj, děkuji Ti, že jsi byla ochotná si se mnou popovídat.

*„Ano.“*

Chci se Tě zeptat, co děláš ve svém volném čase?

*„No, když mám volno, jsem na telefonu. No.“*

Na telefon?

*„Na sociálních sítích, chatuji si s kamarády, jsem na Facebooku, Instagramu, sleduji, co je nového. Zajímá mě móda, tak sleduji, co se nosí, jaké jsou nové trendy v líčení a česání. Také sleduji nějaké lidi, tak se dívám na jejich příspěvky, co píšou. Někdy se dívám na youtube na videa. Vlastně jsem se všema kámoškama i klukama, s celým světem.“*

Sleduješ nějaké lidi?

*„Já sleduji 1283 lidí a 586 sleduje mě, takže to znamená, že musím hodně fotit a zveřejňovat, aby na mojem účtě byl stále pohyb, aby něco stále přibývalo.“*

To asi vyžaduje hodně času, abys to všechno stihla?

*„To to teda vyžaduje. Jsem na telefonu každou volnou chvíli, abych věděla, co se změnilo a abych si mohla psát se známými.“*

A kdy ten telefon odkládáš?

*„Jsem na mobilu tak do jedné až dvou hodin ráno. Když má někdo další den narozeniny, tak počkám do půlnoci a přesně o půlnoci mu pošlu přání.“*

A to následující den nejsi ve škole unavená, nechce se Ti spát?

*„Abych vydržela večer tak dlouho, piju energetáky. Někdy je piju i ve škole. Jsem na nich už závislá. Piju je každý den. Někdy mě z nich bolí srdce, ale já je musím pít. A proto vydržím tak dlouho na tom mobilu, je to jako droga. Já si lehnu do postele, rodiče se myslí, že jsem už šla spát a já si píšu s kamarády a sleduji všechno.“*

A povídáš si takhle s kamarády i ve škole nebo s kamarády mimo školu?

*„Ne, ve škole se s nikým moc nebavím. Já i sedím sama, protože tam nemám žádnou kamarádku. Ve škole se s nikým nebavím, ani nevím, o čem bych se s nimi bavila. Oni jsou takoví divní. Možná s jednou holkou ze sedmičky. S tou se někdy bavíme.“*

No a co ti ostatní, mimo školu?

*„S těmi si raději píšu, my se moc nevidíme, protože se známe třeba s Facebooku nebo Instagramu. S pár holkama se potkávám jednou týdně na koních, jezdím v jezdeckém oddíle, takže tam spolu mluvíme, jinak si píšeme. To je lepší a posíláme si fotky a nějaké odkazy a tak.“*

Takže dáváš přednost psaní SMS a psaní přes mobil před setkáním se s kamarády?

*„Jo, určitě. Přes mobil si toho řekneme mnohem víc a je větší sranda než když se někde potkáme.“*

**Dívka, 9. ročník, 14 let – SUDS – percentil 97; SDDSS – percentil 73**

Ahoj, jsem ráda, že jsi přistoupila na rozhovor se mnou, děkuji.

*„Nemáte za co, máme matiku a ta mě nebaví.“*

Chtěla bych se Tě zeptat, jak trávíš volný čas.

*„Jak kdy.“*

Máš nějakou kamarádku, se kterou bys chodila ven nebo třeba na kolo?

*„Já nevím, já asi nemám kamarádku. Někdy jsem s Lenkou, ale spíše jsem sama. Já když jsem s někým, tak jsem nervózní. Já jsem s ní někdy ráda, ale raději jsem sama. A když jsem sama, tak mám takový divný pocit, že mě nikdo nemá rád, cítím se tak osaměle...“*

A jak poznáš, že jsi nervózní, jak se to projevuje?

*„No jsem taková...Když jsem nervózní tak si začnu škrábat tady ty lokty tady uvnitř, někdy se je rozškrábu docela hodně, až je mám červené, někdy až krvavé.“*

A co potom s těma rukama děláš, aby to nebylo vidět?

*„No, já nosím často mikinu, takže to není tak vidět. Ale to není moc často, já se nějak uklidním a potom je to už docela v klidu.“*

Jak se zklidníš?

*„Moje mamka má...ona má takové tabletky a já si je někdy tajně vezmu a potom už nejsem nervózní. Ale beru jí je tajně.“*

A jaké to jsou tabletky, víš, jak se jmenují?

*„Mamka je bere, aby byla v pohodě, tak jsem to zkusila taky a to mi pomáhá. Jsem pak v pohodě taky.“*

A víš, jak se jmenují?

*„Jo, ty jedny se jmenují Lexaurin a ty druhé Stilnox.“*



A mamky ty tabletky bere na jaké potíže?

*„Ty jedny, aby byla v pohodě a ty druhé, aby mohla spát.“*

A ty teda bereš které ty tabletky?

*„Já si někdy vezmu ty jedny, a když chci rychleji usnout, abych neměla ten pocit samoty, tak raději usnu a už na to nemusím myslet. Já mám někdy takový pocit, že tady ani nechci být.“*

A jak často bereš ty tabletky?

*„Myslím, že tak tři za týden.“*

A není to někdy náhodou více?

*„No je, beru je, abych měla klid. Máma se pořád hádá s tátou a já to nechci poslouchat.“*

A co ten volný čas, co děláš?

*„Jsem na telefonu, na Instagramu. Tam mě to baví. Jsou tam lidi, s kterými si píšeme, ti jsou dobří.“*

**Dívka, 7. ročník, 11 let – SUDS – percentil 94; SDDSS – percentil 74**

Ahoj, jsem ráda, že sis se mnou přišla popovídat, děkuji. Jak se máš?

*„Ale jo, dobrý. Až na to, že dneska máme tělocvik.“*

Tělocvik je předmět, který tě nebaví.

*„No.“*

Hmm.

*„No, já ho úplně nesnáším.“*

Nerada cvičíš nebo...

*„Já to neumím moc vysvětlit, ale nemám ráda tělocvik. Nerada se převlékám před ostatníma holkama, protože nejsem tak štíhlá jako ony, mám břicho, zadek a blbé kalhotky. Nesnáším běhání, šplhání hry s balónem, je to děs. Když nějakou takovou hru hrajeme, tak se vždycky nechám vybit co nejdříve a pak nemusím už hrát.“*

Aha...rozumím...

*„Paní učitelka se proto na mně zlobí a nutí mně cvičit, i když jí řekla, že mně to nebaví a nemám to ráda. Když se mi něco nepovede, tak se mi ostatní smějou. Prostě jsem spokojenější, když na ten blbý tělocvik nejdu.“*

Co to znamená, když na ten tělocvik nejdu?

*„No, jako že nejdu někdy do školy.“*

Aha, takže když máte v rozvrhu tělocvik, tak nejdeš do školy?

*„No, je to pro mě tak lepší.“*

A co doma děláš?

*„Naši odcházejí do práce dřív a tak mám celý byt jenom pro sebe a můžu si dělat, co chci. Všude je klid, nikdo na mně nekřičí a nemusím dělat to, co nechci. Dívám se na televizi nebo si pouštím youtube. Nebo někdy se jenom tak válím v posteli a jsem na telefonu, to mně baví nejvíc.“*

S jakými pocity jdeš znovu do školy?

*„Úplně dobře se necítím, protože musím vymyslet nějakou omluvenku. Ale řeknu mamce, že mi nebylo dobře, že mě bolelo břicho..“*

Ale to se může někdy provalit...

*„Hmm, ale já tělocvik prostě nesnáším a nechci si nechat nadávat a zesměšňovat se.“*

Víš, že nezameškáváš jenom tělocvik, ale i další předměty, které ten den máte?

*„Vím, ale jsem raději v klidu doma, než být celý den ve strachu z tělocviku. Ale já to dělám jen někdy.“*

Co bys chtěla změnit, abys zase ráda chodila do školy?

*„Chtěla bych, aby zrušili tělocvik, nebo aby alespoň nebyl povinný. Každý by se měl sám rozhodnout, jestli chce cvičit.“*