

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**DEPRESIVITA, IMPULZIVITA A RIZIKOVÉ SPRÁVANIE U SLOVENSKÝCH
ADOLESCENTOV**

DEPRESSIVITY, IMPULSIVENESS AND RISKY BEHAVIOUR AMONG SLOVAK ADOLESCENTS



Magisterská diplomová práca

Autor: Bc. Ondrej Gergely

Vedúci práce: PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Olomouc

2020

Čestné prehlásenie

Miestoprísazne prehlasujem, že som magisterskú diplomovú prácu na tému: „Depresivita, impulzivita a rizikové správanie u slovenských adolescentov“ vypracoval samostatne pod odborným dohľadom vedúceho diplomovej práce a uviedol som všetky použité podklady a literatúru.

V.....dňa.....

Podpis.....

Podakovanie

Chcem sa poďakovať vedúcemu práce PhDr. Martinovi Dolejšovi, Ph.D. za jeho ochotný, odborný a ústretový prístup, a za všetok čas, ktorý strávil vedením tejto práce. Ďalej svojej priateľke, rodine a blízkym, ktorí ma podporovali (nie len) pri písaní. A v neposlednom rade sa chcem poďakovať každému, kto sa tohto výskumu zúčastnil alebo sa na ňom akýmkoľvek spôsobom podieľal.

Obsah

Úvod:.....	7
1 Adolescencia.....	8
1.1 Charakteristika obdobia dospievania.....	8
1.2 Emočný vývoj, socializácia.....	9
1.3 Vývoj osobnosti.....	12
2 Depresivita.....	13
2.1 Vymedzenie pojmu, prejavy.....	13
2.2 Depresia v MKCH-10	13
2.2.1 Depresívne epizódy (F32)	14
2.2.2 Recidivujúca depresívna porucha (F33).....	15
2.2.3 Pretrvávajúce afektívne poruchy (F34).....	15
2.3 Depresívne poruchy v DSM-5.....	15
2.4 Prevalencia	16
2.4.1 Prevalencia v Slovenskej republike	17
2.5 Depresia a depresivita u adolescentov	17
2.6 Depresia a depresivita v súvislosti s pohlavím.....	18
2.7 Vzťah depresie a depresivity k rizikového správaniu.....	18
3 Impulzivita	20
3.1 Vymedzenie pojmu, prejavy.....	20
3.2 Impulzivita v adolescencii	21
3.3 Vzťah impulzivity k rizikového správaniu.....	22
4 Rizikové správanie (v období dospievania)	24
4.1 Vymedzenie pojmu, prejavy.....	24
4.2 Formy	26
4.3 Prevalencia jednotlivých druhov rizikového správania.....	28
4.4 Prevencia rizikového správania.....	31
5 Hlavné výskumné problémy	34
5.1 Ciele výskumu.....	34
5.2 Výskumné hypotézy	34
6 Aplikovaná metodika	36
6.1 Výskumný dizajn.....	36

6.2	Psychodiagnostické nástroje.....	36
6.2.1	Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS)	36
6.2.2	Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS).....	37
6.2.3	Výskyt rizikového správania v adolescentnom veku (VRSA)	38
6.3	Metóda zberu dát.....	39
7	Metódy štatistického spracovania dát	42
8	Etika výskumu.....	43
9	Charakteristika skúmanej populácie a popis súboru.....	44
9.1	Popis základného súboru	44
9.2	Popis výskumného súboru	45
10	Popis a interpretácia výsledkov	47
10.1	Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS).....	47
10.1.1	Korelácie s dotazníkmi SIDS a VRSA.....	51
10.1.2	Overovanie hypotéz.....	52
10.2	Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS)	52
10.2.1	Korelácie s dotazníkmi SDDSS a VRSA	55
10.2.2	Overovanie hypotéz.....	55
10.3	Výskyt rizikového správania v adolescentnom veku (VRSA).....	56
10.3.2	Subškála delikvencia	65
10.3.4	Korelácie s dotazníkmi SDDSS a SIDS.....	69
10.3.5	Overovanie hypotéz.....	69
11	Diskusia	71
12	Závery.....	76
13	Súhrn.....	77

Úvod:

Diplomová práca pojednáva o depresivite, impulzivite a rizikovom správaní u slovenských adolescentov.

Obdobie dospievania je plné protikladov a zmien. Adolescent stojí pred náročnými úlohami. Zároveň si musí poradiť sám so sebou. Dospievajúci sú ovplyvňovaní svojimi vlastnými emóciami (ktoré majú v dôsledku hormonálnych zmien často búrlivý priebeh), sociálnym okolím, či vývojom vlastnej osobnosti. V tomto období dochádza k prvým „ozajstným“ láskam, ale aj prvým vážnym domácim hádkam. Sociálne vzťahy sú v dospievaní extrémne dôležité. Plnia funkciu odpútavania sa od rodičov. Adolescenti chcú začať žiť, žiť podľa seba. A to môže znamenať zisk, ale aj stratu.

Adolescencia je obdobie typické rizikovým správaním. Mladý človek sa učí, skúša. Chce niečo zažiť. A nemusia to byť len zážitky príjemné. Mnohokrát o tom ani nevie a pomaly si zatvára niektoré možnosti, či cesty v budúcnosti. Alebo stojí len krok od spôsobenia si vážnejšieho problému. My sa v tejto práci budeme venovať práve tomuto rizikovému správaniu. Budeme ho skúmať v súvislosti s depresivitou a impulzivitou. Zaujímá nás ich vzájomný vzťah, ale aj výskyt v rámci sledovanej populácie adolescentov.

Diplomová práca je zložená z dvoch častí. Prvá, teoretická časť, popisuje obdobie adolescencie, ďalej depresivitu, impulzivitú a nakoniec spomínané rizikové správanie. Druhá, výskumná časť informuje o výskumných cieľoch a hypotézach, aplikovanej metodike, použitých psychodiagnostických nástrojoch a výsledkoch, ktoré priniesli. V tejto, druhej časti, budeme analyzovať získané dáta, a pokúsime sa priniesť čo najzaujímavejšie zistenia.

Pred začiatkom prvej kapitoly ešte musíme upozorniť čitateľov, že prvú a druhú kapitolu sme s menšími úpravami prevzali z bakalárskej práce (Gergely, 2018).

Upozorňujeme čitateľov, že táto kapitola je s menšími úpravami prevzatá z bakalárskej práce (Gergely, 2018).

1 Adolescencia

Hartl a Hartlová (2015) definujú adolescenciu ako **obdobie dospievania**. Vzápätí však dodávajú, že sa jedná o termín používaný v odbornej literatúre dosť nejednoznačne. V našich podmienkach označuje obdobie medzi pubescenciou (kt. sa tradične vydeľuje ako samostatná fáza) a ranou dospelosťou. V anglicky hovoriacich krajinách sa má často na mysli celé dospievanie vrátane pubescencie (puberty).

1.1 Charakteristika obdobia dospievania

Toto obdobie je plné rozporov. Adolescent sa musí naučiť vyznať sám v sebe, nájsť si vo svete svoje miesto. Overiť si čo dokáže a čo vydrží. Dokončiť prípravu na spoločenské uplatnenie v práci alebo urobiť dôležité rozhodnutia v tomto smere (napr. nástup na VŠ). Vo vzťahu k druhému pohlaviu sa očakáva, že prežije niečo viac než len okúzlenie. Niečo, čo bude prinajmenšom vážnym hľadaním, pokusom poznať a byť poznaný. To sú náročné úlohy. Niet sa čomu diviť, že adolescenti v sebe často mávajú množstvo zmätku a nejasností. Obdobie dospievania je mnohokrát bolestné, spojené s vážnymi osobnými krízami či excesmi, ktoré vonkajší pozorovatelia – rodičia a učitelia – ťažko chápu a ťažko odpúšťajú. Obvykle až ku koncu sa objavuje radostnejšie ladenie, pocit vnútornej sily, mladosti a krásy. Dochádza k citovému a rozumovému prehĺbeniu a ukľudneniu (Říčan, 2014).¹

Vekovo vyplňa adolescencia predovšetkým **druhé desaťročie života**. Špecifikácia tohto obdobia sa ale u jednotlivých autorov rôzni. Langmeier & Krejčířová (2006) uvádzajú dolnú hranicu cca **11-12 rokov** a hornú hranicu približne **20-22 rokov**. Zároveň obdobie dospievania delia na dva ďalšie. A to obdobie **pubescencie** (zhruba od 11 do 15 rokov), ktoré rozdeľujú na fázu prepuberty a fázu vlastnej puberty, a obdobie **adolescencie** (zhruba od 15 do 22 rokov). Fáza prepuberty začína prvými známami pohlavného dospievania - objavením sa sekundárnych pohlavných znakov. U dievčat končí nástupom

¹ Zaujímavé je zmieniť, že adolescencia neexistovala odjakživa a neexistuje v každej kultúre. Napr. v našich kultúrnych podmienkach v minulom storočí pre väčšinu ľudí splývalo dosiahnutie pohlavnej zrelosti s dosiahnutím zrelosti sociálnej. Dievča sa mohlo vydať, chlapec mohol (resp. musel) prevziať hospodárstvo alebo sa začať sám živiť. Rada pracujúcich sa živila sama aj pred 15. rokom života. Dnes sa dosiahnutie plnej sociálnej zrelosti posúva do stále vyššieho veku (Říčan, 2014).

menarche (prvej menštruácie), u chlapcov prvou **emisiou semena** (nočná polúcia). Fáza vlastnej puberty nastupuje po prepuberte a trvá až kým jedinec nedosiahne reprodukčnú schopnosť (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Vágnerová (2012) zasadzuje dospievanie medzi **10. až 20. rok** života. Takisto ho delí, a to na **ranú adolescenciu** (pubescenciu), ktorá zahŕňa prvých päť rokov a trvá približne od 11. po 15. rok, a **neskorú** (pozdni) **adolescenciu**, ktorá trvá, s určitou individuálnou variabilitou, od 15 do 20 rokov. Najnápadnejšou zmenou v období ranej adolescencie je **telesné dospievanie**, spojené s **pohlavným dozrievaním** - pubertou. Vstup do neskorej adolescencie je vymedzený **pohlavným dozretím**. V tejto dobe často dochádza k prvému pohlavnému styku. Je to obdobie komplexnejšej psychosociálnej premeny. Dôležitým medzníkom je ukončenie profesijnej prípravy, nasledované nástupom do zamestnania resp. pokračovaním štúdia. S tým je spojené dosiahnutie či oddialenie ekonomickej samostatnosti, ktoré dosahujú najskôr (možno na prvý pohľad paradoxne) ľudia v robotníckych profesiách a najneskôr vysokoškooláci (Vágnerová, 2012).

Thorová (2015) radí adolescenciu jednoducho do obdobia neskorého (*pozdniho*) detstva, t.j. **od 12/13 po 19 rokov**.

Čo sa týka **zahraničných zdrojov**, tak napr. Arnett (2000) stanovuje vek pre adolescenciu od 10 do 18 rokov, Craig & Baucum (1999) od 12 do 18 až 21 rokov a Carlson, Buskits, & Martin (2000) od 13 do 20 rokov. APA uvádza pre svoje účely vek 10 až 18 rokov, avšak s dodatkom, že štandardný vekový rozsah pre definovanie adolescencie neexistuje a individuálne sa môže líšiť (2002).

1.2 Emočný vývoj, socializácia

Jednou zo zásadných oblastí, ktorá prechádza počas adolescencie búrlivým vývojom (a je značne badateľná) je emotivita. Emócie hrajú významnú rolu v psychickom a interpersonálnom živote človeka. Podľa mienenia väčšiny psychológov sa emócie skladajú z troch vzájomne prepojených zložiek, a síce zo **subjektívnych emocionálnych prežitkov, vonkajšieho expresívneho správania** a ich **fyzilogických korelátov** (Plháková, 2004). Emócie zahŕňajú odpovede na podnety prostredia, ktoré sa prejavujú na viacerých úrovniach. Reakcie nastávajú na subjektívnej (vlastné vyhodnotenie emocionálneho statusu, resp. afektu), fyzilogickej (vzrušenie a stresová odpoveď pomocou periférneho nervového systému) a regulačnej úrovni (McLaughlin, Garrard, & Somerville, 2015).

Vplyvom **hormonálnej aktivity sa mení emočné prežívanie**, ktorého výkyvy majú subjektívny aj objektívny dopad, a môžu ovplyvňovať aktuálne hodnotenie dospievajúceho (Vágnerová, 2012). Adolescenti prežívajú časté a intenzívne emócie, ktoré môžu byť zároveň sprevádzané problémom ich regulácie. Výskumy ukazujú, že v porovnaní s dospelými, potvrdzujú adolescenti väčšiu túžbu po zlepšení svojich negatívnych afektov a zároveň zmiernení pozitívnych afektov v každodennom živote. Priemerné dojmy mladých ľudí sa posúvajú v rozsahu – viac negatívnych a menej extrémne pozitívnych stavov (Larson, Moneta, Richards, & Wilson, 2002). Tento fenomén je pomenovaný ako tzv. obrátene hedonistická motivácia (counter-hedonic motivation) (McLaughlin et al., 2015). Larson et al. (2002) ďalej zistili, že zmeny v dennom rozsahu emócií u mladých ľudí spomaľujú medzi ranou a neskorou (late) adolescenciou. Raná adolescencia je v rozsahu emócií obdobím nízkej stability. Je to obdobie neistoty, v ktorom sa relatívny pocit šťastia u rozličných ľudí posúva. V neskoréj adolescencii sa tento stav zmierni. Výsledky štúdie ďalej naznačujú, že vplyv stresu na negatívne emócie sa výrazne nemení od ranej po neskorú adolescenciu, a že úroveň emočnej citlivosti alebo zraniteľnosti adolescentov vplyvom stresujúcich udalostí zostáva rovnaká.

V priebehu adolescencie sa tiež rozširuje akčný rádius emocionálnej odozvy na jednotlivé podnety. **Citové zážitky sa diferencujú, pribúdajú vyššie city.** Adolescencia je však z hľadiska emocionálneho vývoja pomerne dlhé obdobie a v jednotlivých etapách sú emocionálne prejavy odlišné (Macek, 2003).

Socializácia je ďalší zo zásadných procesov, ktoré sa počas obdobia adolescencie odohrávajú. **Sociálne vzťahy** sú v dospievaní obzvlášť dôležité – za účelom vytvorenia väčšej nezávislosti od rodičov sa adolescenti začínajú orientovať na seba a svojich rovesníkov v oveľa väčšom rozsahu, ako to robili v predchádzajúcich štádiách vývoja (APA, 2002). Obdobie dospievania je charakterizované rozsiahlymi zmenami v spoločenskom správaní. Rozhodujúcu pozíciu v riadení spoločenských interakcií majú sociálne kognitívne procesy, spojené s časťou mozgu nazývanou **sociálny mozog**. Pomocou behaviorálnych štúdií a zobrazovacích metód sa zistilo, že sociálny mozog a sociálna kognícia prechádzajú počas adolescencie významným vývojom (Kilford, Garrett, & Blakemore, 2016). Skutočnosť, že u ľudí existuje tento sociálny mozog, špecializovaný na sociálne interakcie, podporujú v menšom rozsahu tiež štúdie mozgových lézií (Frith, 2007).

Súčasný výskum ukazuje, že mozog v tejto etape života prechádza procesom reštrukturalizácie. Zdá sa, že neuronálna plasticita mozgu napomáha rozvoju sociálne-kognitívnych schopností, ktoré sú v období adolescencie nevyhnutné. Vo frontálnej (čelovej) a parietálnej (temennej) kôre dochádza ku synaptickej reorganizácii, ktorá má pravdepodobne vplyv na sociálne-kognitívne procesy, závisiace na týchto oblastiach mozgu, ako napr. mentalizácia či uchopenie perspektívy² (perspective taking). Uchopenie perspektívy je kognitívny mechanizmus, ktorý podlieha každodennej sociálnej interakcii (Choudhury, Blakemore, & Charman, 2006).

Takisto histologické a MRI štúdie v posledných rokoch ukázali, že mozog je počas adolescencie predmetom štruktúrného rozvoja. Oblasť mozgu, ktoré sú zapojené v sociálnej kognícii, vrátane častí prefrontálneho, parietálneho a superior temporálneho (spánkového) kortexu, podstupujú výrazné a dlhotrvajúce zmeny. Napriek tomu, vývoj sociálnej kognície a jej neuronálne opory zostávajú stále len veľmi málo pochopené.

Zmeny v spoločenskom správaní sú poháňané rovnako **sociálnymi aj biologickými faktormi**. Je pravdepodobné, že počas adolescencie ovplyvňujú sociálne správanie rovnako rovesnícke interakcie a spoločenské vplyvy, ako aj geneticky stanovené hormonálne prostredie (Choudhury, et al., 2006). Vývoj oblastí mozgu zapojených v sociálnej kognícii je dlhotrvajúci, s dozrievaním od neskorého detstva po ranú adolescenciu (Mills, Lalonde, Clasen, Giedd, & Blakemore, 2014).

Spoločenský vývoj adolescentov sa najlepšie zvažuje v kontexte, v ktorom sa vyskytuje. Spomeňme rovesníkov, rodinu, školu, prácu alebo komunitu. Pre väčšinu adolescentov je **škola poprednou časťou ich života**. V škole vychádzajú a rozvíjajú vzťahy s rovesníkmi. Majú možnosť rozvinúť svoje kognitívne schopnosti. Jedná sa o potenciálny zdroj bezpečnosti a stability. Zároveň, niektoré z rovnakých kvalít, ktoré charakterizujú rodiny adolescentov, ktorým sa darí dobre – silné vnímanie attachmentu, pripútanie sa, spolunáležitosť či pocit záujmu o svoju osobu – rovnako charakterizujú pozitívny vzťah adolescentov a ich učiteľov a škôl (APA, 2002).

Vlastnosti komunity, resp. spoločenstva, v ktorom adolescenti žijú, môžu mať hlboký dopad na ich vývoj. Miesto žitia zahŕňa socioekonomické charakteristiky v susedstve, typy dostupných zdrojov a prostriedkov, služby mimo komunitu (vrátane

² Uchopenie perspektívy nám na komplexnejšej úrovni umožňuje vedieť, že ľudia pozerajúci sa na rovnakú scénu, ale z rozličných uhlov, prídu k inému popisu videného obrazu (Frith, 2007).

škôl), náboženské organizácie, médiá či ľudí, ktorí v komunite žijú. Niektoré oblasti sú bohaté na zdroje, ktoré poskytujú podporu a príležitosti pre adolescentov. Iné žiaľ bohaté nie sú (APA, 2002).

1.3 Vývoj osobnosti

Cakirpaloglu (2012) definuje osobnosť ako súhrn, súvislosť či prepojenie charakteru, temperamentu, schopností a tiež konštitučných vlastností človeka. Nowak, Hyník, & Janas-Kozik (2010) zase uvádzajú, že osobnosť je vnútorný systém regulácií dovoľujúci adaptáciu a vnútornú reguláciu myšlienok, pocitov a správania v danom prostredí a v časovom rámci (pocit stability).

Vývoj osobnosti znamená komplexnú a celoživotnú premenu človeka z biologického tvora v jedinečné ľudské bytie. Je to sociálny proces. Osobnosť sa vždy utvára v rámci ľudskej situácie (Cakirpaloglu, 2012). Adolescencia je obdobie, kedy má človek prvý krát kognitívnu kapacitu na to, aby mohol vedomie triediť to, kto je a čo ho robí jedinečným (APA, 2002). S využitím základných sociálnych schopností, ktoré si jednotlivec osvojil v detstve, a na základe nových emocionálnych a kognitívnych kapacít, rozširuje svoje kompetencie nevyhnutné pre výkon rolí a prijatie statusu dospelého človeka (Macek, 2003).

Na skúmanie vývoja osobnosti dospelých bolo vynaložené značné úsilie. Canals, Vigil-Colet, Chico, & Martí-Hennenberg (2005) uvádzajú, že nenašli žiadny efekt pubertálneho rozvoja na osobnostné dimenzie. Dopĺňajú však, že osobnosť je počas obdobia adolescencie nestabilná a sú prítomné osobnostné rozdiely medzi pohlaviami. Martin et al. (2002) skúmali vzťah medzi užívaním drog, úrovňou vyhľadávania nového a pubertálneho vývoja. Objavili, že vyhľadávanie nového bolo pozitívne asociované s pubertálnym vývojom adolescentov oboch pohlaví. Ako však trefne uvádzajú Canals et al. (2005) – vzťah medzi pubertálnym vývojom a osobnosťou nemusí byť priamy a niektoré premenné môžu interagovať so sociálnymi faktormi.

V tejto kapitole sme sa venovali adolescencii – obdobiu dospievania. Okrem jej charakterizovania sme sa zaujímali aj o emočný vývoj, socializáciu a vývoj osobnosti v tomto období ľudského života. Nasledovať bude kapitola o depresívite.

2 Depresivita

V prvej kapitole sme sa venovali ľudskému vývoju a jeho špecifikám. V tej nasledujúcej sa zameriame na **depresivitu a depresiu**. Vysvetlíme si rozdiel medzi týmito pojmami, a prenikneme viac do hĺbky tejto problematiky. Zároveň uvedieme aktuálne výskumné zistenia ohľadom depresivity a veku, pohlavia či rizikového správania, ktoré s našou prácou bezprostredne súvisia.

Upozorňujeme čitateľov, že táto kapitola je s menšími úpravami prevzatá z bakalárskej práce (Gergely, 2018).

2.1 Vymedzenie pojmu, prejavy

Depresivitu je možné chápať ako trvalé osobnostné ladenie manifestujúce sa smútkom, skleslosťou, pocitom opustenosti, beznádeje či inými depresívnymi prejavmi. Každý človek má určitú mieru depresivity - jedná sa o **osobnostný rys**. Jediniec so zvýšenou depresivitou bude teda vždy oproti norme vykazovať vyššiu mieru depresívnych prejavov (Dolejš, Skopal, Suchá, & Charvát, 2018).

Depresia (ako ju bežne nazývame), je duševné ochorenie, ktoré MKCH-10 radí medzi **afektívne poruchy**, s kódovým označením F30 až F39. MKCH-10 ich definuje ako *„poruchy, ktorých hlavnou črtou je zmena v afektoch alebo nálade do depresie (skľúčenosti so sprievodnou úzkosťou alebo bez nej), alebo do mánie (rozjarenosti). Zmenu nálady zvyčajne sprevádza zmena celkovej úrovne aktivity“* (Národné centrum zdravotníckych informácií, 2016, 233).

Podľa Rahna & Mahnkopfa (2000, 228) je depresia *„těžké duševní onemocnění, které může lidi dovést až na okraj jejich existence a dohnat je k sebevraždě. Postižené osoby přitom trpí nejenom „stísněností“, ale také ztrátou budoucích perspektiv a představ o dalším vývoji, stejně jako změn vůbec.“*

2.2 Depresia v MKCH-10

Napriek zažitosti pojmu depresia u bežnej, ale aj odbornej verejnosti, sa nejedná o jednotný názov, ktorý by popisoval jednu konkrétnu poruchu. Pod pojmom depresia sa ukrývajú viaceré ochorenia, roztriedené podľa závažnosti, cyklickosti či striedania nálad.

V nasledujúcich odstavcoch si ich viac priblížime. Vychádzať budeme z Medzinárodnej klasifikácie chorôb MKCH-10, ktorá sa v Európe používa, a diagnostických vodítok, ktoré udáva.

2.2.1 Depresívne epizódy (F32)

Pri **ľahkej, strednej a hlbkej** depresívnej epizóde (podľa množstva a závažnosti príznakov) pacient typicky trpí zhoršením nálady a znížením energie a aktivity. Narušená je schopnosť radowať sa. Oslabený je záujem a schopnosť koncentrácie. Častá je nápadná ukonanosť aj po minimálnej námahe. Zvyčajne je narušený spánok a tiež je znížená chuť do jedla. Sebadôvera a sebaocenenie sú znížené takmer vždy. Sebaobviňovanie a pocity bezcennosti sú časté aj pri miernych formách. Skľúčená nálada zväčša zo dňa na deň veľmi nekolíše, nereaguje na okolnosti. Môžu ju sprevádzať tzv. **somatické príznaky**, ako je strata záujmov a príjemných pocitov, raňajšie zobúdzanie sa niekoľko hodín pred obvyklým časom. Depresia je najhoršia **ráno**. Výrazná je psychomotorická retardácia alebo agitácia (telesný nepokoj, zvýšená pohyblivosť), strata chuti do jedla, pokles hmotnosti a zníženie libida (Národné centrum zdravotníckych informácií, 2016).

Epizóda ľahkej depresie (F32.0) sa zvyčajne prejavuje aspoň dvomi alebo tromi spomenutými príznakmi. Pacienta to síce trápi, ale pravdepodobne je schopný vykonávať väčšinu činností. Pri **epizóde stredne ťažkej depresie (F32.1)** by už mali byť prítomné minimálne štyri príznaky. Pacient má pravdepodobne dosť veľké ťažkosti pri pokračovaní v každodenných činnostiach. **Epizóda ťažkej (hlbkej) depresie** sa rozlišuje na tú **bez psychotických príznakov (F32.2)** a **s psychotickými príznakmi (F32.3)**. Pri oboch sú výrazné viaceré príznaky - typicky strata sebadôvery, pocity bezcennosti a viny. Časté sú suicidálne myšlienky a činy. Chorí mávajú veľa somatických príznakov. Pri verzii **s psychotickými príznakmi** sú navyše prítomné halucinácie, bludy, psychomotorická retardácia či ťažký stupor. Môžu byť prítomné život ohrozujúce javy, ako samovražda, dehydratácia alebo hladovanie. Halucinácie a bludy môžu, ale nemusia zodpovedať nálade. Z ďalších depresívnych porúch uvedieme ešte pomerne zaujímavú **larvovanú depresiu** z kategórie **Iných depresívnych epizód (F32.8)** (Národné centrum zdravotníckych informácií, 2016). Larvovaná depresia sa primárne manifestuje **funkčnými telesnými príznakmi**, ktoré maskujú podstatu poruchy. Sú to napr. bolesť a tlak pri srdci, búšenie srdca, bolesti hlavy, pocity ťažkých končatín či gastrointestinálne ťažkosti a pod. (Marko, 2009).

2.2.2 Recidivujúca depresívna porucha (F33)

Je charakterizovaná **opakovanými** epizódami depresie opísanými pri depresívnej epizóde (F32.-) bez anamnézy nezávislých epizód pozdvihnutej nálady alebo zvýšenej energie (mánia). Vplyvom antidepresívnej liečby sa však môžu vyskytnúť krátke epizódy mierne povznesenej nálady a hyperaktivity (hypománia). Ak sa vyskytne **manická fáza**, diagnóza sa má zmeniť na bipolárnu afektívnu poruchu (F31.-). **Terajšia epizóda** sa delí rovnako ako v kategórií depresívnych epizód (F32) **na ľahkú, strednú a ťažkú bez alebo s psychotickými príznakmi**. Variantom je aj recidivujúca depresívna porucha, teraz v remisii (F34), ak mal pacient v minulosti niekoľko depresívnych fáz, ale v súčasnosti je už viac mesiacov bez príznakov (Národné centrum zdravotníckych informácií, 2016).

2.2.3 Pretrvávajúce afektívne poruchy (F34)

Sú perzistujúce a zvyčajne kolísavé poruchy nálady, ktoré väčšinou **nie sú dost' hlboké** na to, aby spĺňali podmienky pre diagnózu hypomanickej alebo ľahkej depresívnej fázy. Keďže však **pretrvávajú viac rokov** (niekedy aj väčšinu života jedinca), spôsobujú nemalé utrpenie a zneschopnenie. Na pretrvávajúcu afektívnu poruchu môžu v niektorých prípadoch naviazať jednotlivá manická alebo depresívna epizóda. Patrí sem **cyklotýmia (F34.0)**, čo je pretrvávajúca nestabilita nálady zahŕňajúca **početné periódy depresie a miernej rozjarenosti**, z ktorých žiadna nie je dostatočne hlboká alebo netrvá dostatočne dlho, aby bolo možné diagnostikovať bipolárnu afektívnu poruchu (F31.-) alebo recidivujúcu depresívnu poruchu (F33.-), a **dystýmia**, čo je chronicky sklúčená nálada trvajúca viac rokov, ktorá však nie je dostatočne hlboká resp. jednotlivé epizódy nie sú dostatočne dlhé, aby oprávňovali na diagnózu ľahkej, strednej alebo ťažkej formy depresívnej poruchy (F33.-) (Národné centrum zdravotníckych informácií, 2016).

2.3 Depresívne poruchy v DSM-5

V českej verzii nedávno vydaný americký Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch DSM-5 (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, & Ptáček, 2015)³ obsahuje samostatnú kapitolu „Depresívne poruchy“, oddelenú od predošlej kapitoly „Bipolárne a súvisiace poruchy“. Medzi **depresívne poruchy** zaraďuje disruptívnu dysregulatívnu poruchu nálady, depresívnu poruchu (vrátane depresívnych epizód), perzistentnú

³ V USA vydaný v roku 2013. Oproti MKCH-10 je teda novší o 20 rokov.

depresívnu poruchu vyvolanú užívaním látok/liekov, depresívnu poruchu spôsobenú iným somatickým ochorením, inú špecifikovanú depresívnu poruchu alebo nešpecifikovanú depresívnu poruchu. Spoločným znakom všetkých týchto porúch je podľa DSM-5 (Raboch et al., 2015) prítomnosť pocitu smútku, prázdnoty alebo podráždenej nálady, doprevádzanej somatickými zmenami, ktoré významne ovplyvňujú jedincove funkčné schopnosti. **Rozdiely** medzi týmito poruchami spočívajú v dĺžke ochorenia, časovom priebehu a predpokladanej etiológii.

Typické diagnostické kritériá tejto skupiny porúch reprezentuje **depresívna porucha**. Charakteristické sú samostatné epizódy trvajúce aspoň **dva týždne**, zahŕňajúce zreteľné zmeny nálady, kognície a neurovegetatívnych funkcií, a obdobie remisie medzi jednotlivými epizódami. Diagnóza stanovená na základe jednej epizódy je možná, je ale nevyhnutné jej zváženie a odlíšenie od prirodzeného smútku alebo zármutku. Trvalejšia forma depresívnej poruchy, **perzistentná depresívna porucha (dystýmia)**, môže byť diagnostikovaná, pokiaľ trvá najmenej **dva roky** u dospelého človeka a najmenej **jeden rok** u dieťaťa. Táto diagnóza zahŕňa diagnostické kategórie chronickej veľkej depresie a dystýmie v DSM-IV.

V diagnostických kategóriách **depresívna porucha vyvolaná užívaním látok/liekov** a **depresívna porucha spôsobená iným somatickým ochorením** je zohľadnený fakt, že s prítomnosťou depresívnych symptómov je spojených množstvo typov zneužívaných látok, niektoré lieky vydávané na lekárske predpis a rada somatických ochorení (Raboch et al., 2015).

2.4 Prevalencia

Na celom svete trpí depesiou vyše 300 miliónov ľudí, čo sa rovná približne **4,4 %** (WHO, 2017). Prevalencia depresie sa celosvetovo **zvyšuje** (Burns & Field, 2002), a jej nárast medzi rokmi 2005 až 2015 dosiahol úrovne 18,0 % (WHO, 2017).

Čo sa týka Európy, tak podľa výskumu Wittchena & Jacobiho (2005), ktorí porovnávali 27 štúdií zo 16 európskych krajín, bola **veľká depresia** diagnózou s najväčšou prevalenciou za 12 mesiacov medzi ľuďmi od 18 do 65 rokov, s rozsahom odhadov 3,1 % až 10,1 % a mediánom **6,9 %**. Almássyová (2015) zase uvádza celoživotnú prevalenciu pre poruchy nálady 14,0 %, a za posledný rok 4,2 %. **Veľká depresia** bola najčastejšia

psychiatrická porucha s **13,0 %** celoživotnou prevalenciou a **4,0 %** ročnou prevalenciou. **Dystýmia** mala celoživotnú prevalenciu v Európe **4,1 %** (Almássyová, 2015).

2.4.1 Prevalencia v Slovenskej republike

Na základe údajov Národného centra zdravotníckych informácií (2016; 2018) sú afektívne poruchy (F30.0 - F39) **najčastejšou príčinou ambulantnej psychiatrickej liečby**. V roku 2016 tvorili **30,7 %** zo všetkých vyšetrených osôb. Zároveň afektívne poruchy predstavovali 14,4 % všetkých prijatí na hospitalizáciu. Aktuálnejšie údaje Národného centra zdravotníckych informácií (2018) hovoria o **31,3 %** príčin ambulantnej psychiatrickej liečby, a rovnakom percente prijatých pacientov na hospitalizáciu. Čo sa týka **celoživotnej prevalence**, tak Izáková (květen, 2013) ju uvádza na úrovni **16,0 - 17,0 %** a podľa epidemiologickej štúdie Heretika, Pečeňáka, Heretika jr. & Ritomského (2013) trpelo aktuálnou depresiou **22,6 %** participantov.

Zo spomenutých údajov sa teda zdá, že Slovenská republika je oproti celosvetovému a európskemu priemeru **depresívnejšia**. Smolík (2002) však uvádza, že existujú štúdie preukazujúce celkovú prevalenciu na úrovni od 9 až do 20 %. Treba však mať na zreteli rozličnosť použitej metodológie, diagnostiky a pridružených hodnotiacich kritérií.

2.5 Depresia a depresivita u adolescentov

Depresívne stavy v detstve boli dlhú dobu považované za mýtus a prevládal názor, že neexistujú. Bolo to spôsobené nazeraním na detstvo ako jedno z najšťastnejších období života, resp. bezstarostnú časť života (Říčan et al., 2006; Hort et al., 2008). Opak je však pravdou. Depresívne symptómy môžu byť prítomné od **detstva** a zasahovať do výkonu v škole a medziľudských vzťahoch. Dôkazy hovoria o tom, že klinické vlastnosti depresie u detí a adolescentov sa výrazne nelíšia od tých v dospelosti. Rovnaké sú aj diagnostické kritériá pre depresívnu poruchu v MKCH-10 a DSM-IV (Gorenstein, Andrade, Zanolio, & Artes, 2005). Ba čo viac, Amorosi, Ruggieri, Franchi, & Masci (2012) uvádzajú, že počas **adolescencie** je **zvýšená šanca výskytu depresie** (a rovnako aj vývoja závislého správania, ako napr. patologického hráčstva, nadmerného užívania internetu či nutkavého nakupovania). Marcelli & Braconier (2000) dopĺňajú, že adolescencia by sa dala popísať aj ako obdobie depresie, a že adolescencia bez depresie neexistuje. Stabilitu depresívnej

nálady počas obdobia dospievania potvrdila aj šesťročná longitudinálna štúdia Holsena, Krafta, & Vittersona (2000).

Merikangas et al. (2010) uvádzajú, že **50 %** depresívnych porúch má začiatok vo veku **13** rokov. Priemerný vek začiatku veľkej depresie a dystýmie je medzi 11-14 rokmi, so stálym zvyšovaním incidencie naprieč adolescenciou až po ranú dospelosť. **Zvýšenie prevalence** v skupine 17-18 ročných oproti skupine 13-14 ročných je takmer **dvojnásobné**. Tento trend nárastu potvrdzujú aj výskumy Todda & Gellera (1995) či Gorensteina & kol. (2005). **Depresia a úzkosť sú najčastejšie uvádzanými problémami duševného zdravia u mladých ľudí** (Burns & Field, 2002) spolu s poruchami chovania a poruchami zapríčinenými užitím psychoaktívnych látok (Merikangas, Nakamura, & Kessler, 2009). Čo sa týka komorbidity, tak u teenagerov sa veľká depresia často spolu vyskytuje s GAD, sociálnou fóbiou a ADHD (Blom, Bech, Högberg, Larsson, & Serlachius 2012). Prevalencia depresie u mladých ľudí je okolo **8 %** (Ronning et al., 2011; Gorenstein et al. kol., 2005).

2.6 Depresia a depresivita v súvislosti s pohlavím

Rozdiely medzi pohlaviami patria k tradičným oblastiam záujmu vo výskume. Depresia je vo všeobecnosti **častejšia u žien**, a to takmer **dvojnásobne** (WHO, 2017; Merikangas et al., 2010). Podľa Holsena et al. (2000) dievčatá vykazujú vyššie priemerné skóre depresívnej nálady vo všetkých vekových kategóriách (najviac badateľné vo veku od 13 do 19 rokov). U chlapcov sa podstatné zmeny vo vývoji depresívnej nálady nenašli. Dievčatá dosahovali maximálne hodnoty v období strednej adolescencie. Zároveň v rozmedzí 15. až 19. roku života bola prítomná tendencia udržiavať si relatívnu úroveň depresívnej nálady (Holsen et al., 2000). Cyranowski, Frank, Young, & Shear (2000) mierne v rozpore s predchádzajúcimi tvrdeniami konštatujú, že prepubescentní chlapci sú viac náchylní voči depresii ako dievčatá. Počas adolescencie však nastáva dramatická zmena a medzi 11 a 13 rokom sa tento trend zmení. Vo veku **15 rokov** sú ženy približne **dvakrát** náchylnejšie zažiť depresívnu epizódu. Tento rozdiel pretrváva až do veku 35 - 40 rokov.

2.7 Vzťah depresie a depresivity k rizikového správaniu

Foley et al. (2019) našli **priamu dlhodobú spojitosť** medzi **depresívnymi symptómami a sexuálnou aktivitou** s dvoma alebo viacerými partnermi u adolescentiek,

a nepriamu súvislosť depresívnej symptomatiky a používania prezervatívu u oboch pohlaví. Savioja, Helminen, Fröjd, Marrttunen, & Kaltiala-Heino (2017) sa zamerali na vzťah **delikvencie a sexuálnych aktivít** počas adolescencie. Zistili, že delikvencia bola spojená s pohlavným stykom naprieč všetkými vekovými skupinami, a súvisela s udávaním väčšieho počtu sexuálnych partnerov medzi sexuálne aktívnymi adolescentami. Delikvencia a depresivita boli nezávisle asociované so skúmaným sexuálnym správaním. **Sexuálna aktivita je spojená s depresivitou** až po strednú adolescenciu. Foley et al. (2019) ďalej uvádzajú, že vysoká prevalencia depresívnych symptómov bola vo vzorke adolescentov, ktorí udávali nedávny (t.j. v posledných troch mesiacoch) vaginálny sex. Základné symptómy depresie predikovali vaginálny sex, s dvoma alebo viacerými partnermi v priebehu posledných šiestich mesiacov, iba u ženských participantiek, čo naznačuje, že **nálada je rozlične asociovaná so sexuálnou aktivitou u mužov a žien**. Je možné, že si adolescentky ženského pohlavia kompenzujú negatívne hodnotenie samej seba externou kontrolou platnosti (validáciou), vrátane sexuálneho kontaktu. Zároveň sa to spája s menšími obavami z negatívnych následkov na svoje zdravie (Foley et al., 2019).

Schuster, Mermelstein, & Wakschlag (2013) zistili, že **depresívne symptómy** môžu byť **genderovo špecifický rizikový faktor** pre určité ukazovatele **rizikového sexuálneho správania**.

V tejto kapitole sme sa zaoberali depresivitou. Rozlíšili sme medzi pojmami depresia a depresivita. Okrem toho sme sa venovali aj prevalencii depresie, depresivite u adolescentov, depresivite v súvislosti s pohlavím, či vzťahom depresie a depresivity k rizikovému správaniu. Nasledovať bude kapitola o impulzivite.

3 Impulzivita

Ako uvádzajú Dolejš & Orel (2017), **impulzivita** je považovaná za jeden z **hlavných rizikových osobnostných rysov**. Navyše je relatívne stálou charakteristikou adolescenta. V nasledujúcej kapitole si viac priblížime význam pojmu, prejavy a špecifiká. Pozrieme sa na vplyv impulzivity v období adolescencie, a konečne na jej vzťah s rizikovým správaním.

3.1 Vymedzenie pojmu, prejavy

Hartl & Hartlová (2015) definujú impulzivitu ako **sklon osobnosti jednať náhle, nepremyslene a bez úvahy o následkoch**. Impulzívni jedinci realizujú rôzne **neplánované a nedomyslené aktivity, ktorými ohrozujú seba a svoje okolie** (Dolejš & Orel, 2017). APA (2018) hovorí o popisovanom alebo prejavovanom **správaní**, ktoré je charakterizované malou alebo žiadnou prezieravosťou (forethought), premyslenosťou alebo nízkym uvážením dôsledkov konania, čiastočne takého, ktoré spôsobuje riziko. Impulzivita je **multidimenzionálny konštrukt** (Herdoiza-Arroyo & Chóliz, 2019; Whelan et al., 2012), ktorý sa v poslednom desaťročí stáva v psychológii a psychiatrii čoraz významnejším (Suchá & Dolejš, 2016).

Impulzivita sprevádza radu psychických ochorení. **Impulzívne jednanie** (impulzívna reakcia) je z hľadiska **psychopatológie** považované za jednu z porúch jednania (Orel et al., 2016). Impulzívne jednanie „obchádza volní proces, mívá pudový podklad – po počátečným impulzu dochádza okamžite k prudké a dynamické reakci (zcela bez ujasnení motivace, priorit, dôsledků či vhodnosti)“ (Orel et al., 2016, 127). Impulzivita je tiež súčasťou niekoľkých ďalších duševných porúch, porúch správania či porúch osobnosti, napr. emočne nestabilnej (poruchy) osobnosti (F60.3) alebo hyperkinetickej poruchy správania (F90.1).

Rochat, Billieux, Gagnon, & Van der Linden (2017) taktiež považujú impulzivitu za multidimenzionálny konštrukt, ktorý obsahuje **štyri fazety**: bezodkladnosť (urgency), nepremyslenosť, nedostatok vytrvalosti a vyhľadávanie nového (sensation seeking).

Jakubczyk et al. (2013) identifikovali tri druhy impulzivity: **kognitívna impulzivita** môže niesť zodpovednosť za rozhodnutie začať potenciálne škodlivú aktivitu (nazývané aj rizikové rozhodovanie – risky decision), **motorická impulzivita** môže zamedziť proces včasného zastavenia rizikovej aktivity, a **pozornostná impulzivita** môže pôsobiť rušivo na

správne vyhodnotenie faktorov ovplyvňujúcich priebeh práve začatej činnosti. To môže viesť k potenciálne škodlivej udalosti (Jakubczyk et al., 2013).

Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, & Swann (2001) nazerajú na impulzivitu z **bio-psycho-sociálnej perspektívy**. Impulzivita je podľa Moellera et al. (2001) odpoveďou na vonkajšie i vnútorné podnety, bez ohľadu na negatívne dôsledky. Zahŕňa pripravenosť na okamžité a neplánované pôsobenie. Táto definícia obsahuje niekoľko dôležitých faktorov. Impulzivita je považovaná za potenciál, ktorý by mohol byť súčasťou behaviorálneho modelu. Ďalej poukazuje na to, že súčasťou impulzivity je okamžitý a neplánovaný úkon, ktorý sa uskutočňuje aj napriek nedostatočnej šanci na zhodnotenie následkov. Týmto je impulzivita odlišovaná od nepriaznivého úsudku alebo kompulzívneho správania (v ktorom sa plánovanie uskutočnilo už pred akciou). Konečne, poukazuje na to, že impulzívny jednotlivec koná bez ohľadu na dôsledky.

Čo sa týka **biologických korelátov impulzivity**, tak je pravdepodobné, že sa na jej kognitívnych, klinických a emocionálnych aspektoch podieľajú odlišné neuronálne siete (Whelan et al., 2012). Impulzivita je **dedičná**, ďalej je tiež spojená s **nízkou hladinou serotonínu** a so **špecifickou aktivitou v prefrontálnej kôre** (Vavrysová, 2018). Hypofunkcia špecifických orbitofrontálnych kortikálnych sietí sa spája s vyššou pravdepodobnosťou iniciácie užívania drog v ranej adolescencii. Aktivita v interior frontálnej oblasti zase súvisí s rýchlosťou inhibície tohto procesu. Užívanie omamných (návykových) látok je ovplyvňované individuálnymi odchýlkami v norepinefrínovom transportnom géne (Whelan et al., 2012).

3.2 Impulzivita v adolescencii

U dospievajúcich je impulzivita považovaná za jeden z rysov, ktorý má **vzťah k užívaniu a zneužívaniu návykových látok** (Suchá & Dolejš, 2016; Hamilton et al., 2019) a je všeobecne **spojená s rizikovým správaním** v adolescencii (Herdoiza-Arroyo & Chóliz, 2019), a aj s jeho najhazardnejšími formami (Romer, 2010). Impulzivita a rizikové správanie, ktoré sú pozorovateľné medzi mladými ľuďmi, vedú k **individuálnym aj spoločenským problémom** (Erel & Gölge, 2015). Impulzivita je jadrová charakteristika a robustný **prediktor užívania alkoholu v adolescencii** (Gullo et al., 2017). Úroveň impulzivity v ranej adolescencii predpovedá závažnosť užívania alkoholu v rámci celého obdobia (Hamilton et al., 2019). Kauzálne mechanizmy, prostredníctvom ktorých impulzivita ovplyvňuje

užívanie alkoholu sú zároveň ovplyvnené kľúčovými sociálnymi faktormi, v tomto veku hlavne vplyvom rovesníkov (peer influence) (Gullo et al., 2017). Počas obdobia adolescencie impulzivita vo svojich úrovniach a dimenziách kolíše (Herdoiza-Arroyo & Chóliz, 2019). Jedna z jej foriem – vyhľadávanie nového, v adolescencii dramaticky stúpa a zvyšuje riziko ohrozenia zdravého vývoja (Romer, 2010). Vyhľadávanie nového bolo pozitívne asociované s pubertálnym vývojom u adolescentov oboch pohlaví (Martin et al., 2002).

3.3 Vzťah impulzivity k rizikovému správaniu

Impulzivita predstavuje **kľúčový faktor** rizikového správania (Rochat et al., 2017; Suchá & Dolejš, 2016; Jakubczyk et al., 2013). Výsledky výskumu Reynoldsa, Bassoa, Millera, Whitesidea, & Combsa (2019) naznačujú, že spolu **s rozhodovaním a perseveráciou**, hrá **impulzivita** významnú úlohu pri prejavoch rizikového správania u mladých ľudí. V štúdií Reynoldsa et al. (2019) bola impulzivita nekonzistentne asociovaná so **všetkými druhmi rizikového správania**. Impulzivita ako črta bola kladne asociovaná so sexuálnym správaním. Suchá & Dolejš (2016) pripisujú impulzivite tiež vlastnosť rizikového faktoru agresie.

Jardin, Sharp, Garey, & Zvolensky (2017) poukazujú na vzťah medzi rizikovým sexuálnym správaním a negatívnymi afektami, a skutočnosťou, že **úroveň impulzivity zvyčajne narastá počas negatívnych afektívnych stavov**. Negatívne afekty nepriamo vplývajú prostredníctvom impulzivity na počet sexuálnych partnerov u oboch pohlaví, a na zanedbanie použitia ochrany pri sexe u žien. Spojitosť s emóciami prezentujú vo svojej štúdií aj Weiss et al. (2015), a poskytujú tým predbežnú experimentálnu podporu pre rolu emočnej dysregulácie v rizikovom správaní. Odhaľujú, že zlepšenie emočnej dysregulácie je zodpovedné za významnú redukciu v čase pozorovaného rizikového správania. Tieto zistenia naznačujú, že maladaptívne spôsoby reagovania na emócie, ako napríklad problémy s kontrolou správania pri strese (distrese), a nedostatok prístupu k adaptívnym stratégiám na modulovanie trvania a/alebo intenzity nepríjemných (averzívnych) emočných zážitkov, môžu viesť k väčšiemu zapojeniu v rizikovom správaní (Weiss et al., 2015).

Signifikantný vzťah medzi impulzivitou a rizikovým správaním potvrdila aj štúdia Jakubczyka et al. (2013) v špecifickej skupine pacientov závislých na alkohole.

Multivariačná analýza odhalila, že **impulzivita bola najdôležitejším prediktorom rizikového správania**, spolu s ďalšími významnými faktormi – vekom, súhrnnou psychopatológiou a závažnosťou závislosti na alkohole. Jedinci s vyšším skóre impulzivity na škále BIS (Barratt's Impulsiveness Scale) sa správali častejšie rizikovým spôsobom a mali signifikantne viac nehôd po užití alkoholu. Vzťah rizikového správania a impulzivity bol silnejší v subškálach, ktoré sú zamerané na pozornosť a neplánovanosť. S motorickou impulzivitou bola čiastočne asociovaná frekvencia nehôd.

Dolejš & Orel (2017) skúmali 2417 žiakov a žiačok základných škôl a viacročných gymnázií v Moravskosliezskom a Zlínskom kraji. Jedná sa o žiakov, ktorí navštevujú 6. až 9. triedu ZŠ a 1. až 4. ročník viacročných gymnázií. VYPLÝVA, že impulzívnejší jedinci sú vo väčšej miere aj realizátormi rizikových aktivít. Adolescent, ktorý získal vyšší počet bodov, je nerozvážny a jeho reakcie sú bez zábran. Nedomyšľa následky svojich rozhodnutí a reakcií. Vyznačuje sa značnou energickosťou, ale nedokáže dlho zotrvať u danej aktivity. Impulzivita ako osobnostný rys má vplyv na správanie, jednanie a reakcie adolescenta. Testovaní adolescenti z oboch krajov boli rozdelení do dvoch skupín podľa výsledkov v škále impulzivity Dolejše a Skopala (2016). Veľmi impulzívní jedinci získali v celkovej rizikivosti 6,25 hrubých bodov, pričom neimpulzívní v priemere o 3,85 bodov menej. Vzťah celkovej rizikivosti a impulzivity je stredne silný (a štatisticky významný). Vo dvoch štúdiách presiahla korelácia hodnotu 0,50. Ako významný môžeme vnímať vzťah krádeží alebo poškodzovania cudzieho majetku s impulzivitou. Adolescenti realizujúci tieto aktivity väčšinou reagujú bez rozmyslenia, náhle a bez uvedomenia si hrozieb a následkov.

Táto kapitola bola venovaná impulzivite. Vymedzili sme si pojem impulzivita a opísali jej prejavy. Zacielili sme na vplyv impulzivity v období adolescencie a jej vzťah k rizikovému správaniu. Nasledovať bude kapitola o rizikovom správaní.

4 Rizikové správanie (v období dospievania)

Adolescencia je **najdynamickejšou vývojovou etapou**, ktorou človek prechádza. Vo všetkých oblastiach osobnosti dochádza k výrazným zmenám, ktoré so sebou prinášajú množstvo nedorozumení, nástrah a prekážok. Toto obdobie je sprevádzané tiež rôznymi typmi **experimentovania a spoznávania** sveta, svojho okolia a seba samého. Adolescent vykonáva širokú paletu aktivít. Niektoré môžeme považovať za **bezpečné** (rôzne krúžky, organizovaný šport či umelecké záujmy), a niektoré zase za **nebezpečné a rizikové** (napr. experimentovanie s drogami, vandalizmus a iné) (Dolejš & Orel, 2017). V poslednej, štvrtej kapitole teoretickej časti, sa zameriame práve na toto rizikové správanie – jeho prejavy a formy, uvedieme niektoré údaje o prevalencii jednotlivých typov rizikových aktivít, a na záver sa budeme stručne venovať prevencii.

4.1 Vymedzenie pojmu, prejavy

Pojem **rizikové správanie** zahŕňa rozmanité formy správania, ktoré majú **negatívny dopad na zdravie, sociálne či psychologické fungovanie** jedinca, alebo ohrozujú jeho **sociálne okolie** (Miovský et al., 2015). Dolejš & Matějková (2019) pod rizikovým správaním vymedzujú také formy správania adolescentov, ktoré **nie sú akceptované spoločnosťou alebo kultúrou**, v ktorej žijú, a často sú aj zakázané a trestané. Rizikové správanie má mnohokrát dramatické **psychosociálne dôsledky** (Rochat et al., 2017). V minulosti bolo označované pojmami ako sociálne patologické javy, delikventné, problémové či disociálne správanie. Rizikové správanie je **multidisciplinárny a sociálny konštrukt**, ktorého užšia definícia je ovplyvňovaná predmetom daného vedného odboru, spoločenským, historickým, vývojovým a kultúrnym kontextom (Miovský et al., 2015). Sobotková, Blatný, Hrdlička, & Jelínek (2014) uvádzajú ďalšie **príbuzné termíny**: abnormálne správanie, agresívne, antisociálne, asociálne, disociálne správanie, sociálne patologické javy, delikvencia, kriminálne správanie, maladaptívne správanie, návykové či neprispôsobivé správanie.

Rizikové správanie je zložitý, komplexný a vyvíjajúci sa jav. Rôzne formy rizikového správania sú vždy výsledkom interakcie rôznych premenných. Poznáme **biologické** (genetické, vrodené, dedičné atď.), **psychologické** (temperament, charakter, kognícia, osobnostné rysy atď.), **sociálne** (spoločnosť, rodina, vrstovníci atď.) a **duchovné** (napr.

strata zmyslu života) (Dolejš & Matějková, 2019). Pre doplnenie ešte uvádzame **kategórie teoretických konceptov sociálnych deviácií** podľa Dolejša (2010):

- **biologické:** teória vrodeneho zločinca (Lombroso, Ferri, Garofalo), teória inteligencie vs. deviácie (Goddard), telesná stavba vs. deviácia (Sheldon), genetické a fyziologické teórie (Prince, Miller, Skurský, Khayrollah, Lamert);
- **psychologické:** hlbinne orientované teórie (Freud, Horneyová, Adler), teória frustrácie – agresie (Dollard), teórie zamerané na vlastnosti osobnosti (Ewans, Gottfredson, Cattell), behaviorálne teórie a teórie sociálneho učenia (Eysenck, Kaplan, Bandura);
- **štrukturálne:** sociologizmus a teória anómie (Durkheim), teória sociálnej dezorganizácie – Chicagská škola (Park, Burgess, Wirth), funkcionalizmus a teória anómie (Parsons, Merton);
- **subkultúrne:** subkultúrne teórie (Cohen, Kitsuse, Dietrick, Cloward, Matza);
- **konfliktové:** marxistické teórie (Bonger, Marx, Engels), nemarxistické konfliktové teórie (Selin, Vold), konfliktové teórie (DeLamater, Simon);
- **kontrolné:** teória sociálnej kontroly (Hirschi, Gottfredson, Toby), zastrahujúce teórie (Tittle, Logan, Andersonova, Reckless).

Pomer bezpečných a rizikových aktivít je vždy **individuálny**, a pôsobí na neho veľa premenných. Isté však je, že každý jedinec sa do istej miery správa rizikovo, a realizácia týchto aktivít je súčasťou ľudského života a ontogenézy (Dolejš & Orel, 2017). Čerešník & Dolejš (2015) uvádzajú, že až **50 % dospelujúcich sa aspoň raz** v danom období **správa rizikovo**. Prevalencia množstva typov rizikového „anti-sociálneho“ správania sa **zvyšuje počas adolescencie a ranej dospelosti** (Echazu & Nocetti, 2018). Väčšinou je takéto **správanie dočasné a samo s vekom odznie**, pričom vo väčšej časti prípadov neprekročí hranicu trestného činu. Rizikové správanie býva veľmi často – vzhľadom k osobnostnému vývoju jedinca – **účelové** a v tomto zmysle **funkčné**. **Pomáha riešiť aktuálne potreby** (zvýšiť vlastné sebavedomie či pocit identity, sebadôveru, zapojiť sa do skupiny vrstovníkov a pod.), to však nijak neznižuje možné nebezpečenstvo následkov (Sobotková et al., 2014). **V neskorom detstve sa zvyšuje** tiež výskyt rôznych **kriminálnych aktivít**, ktorý **vrcholí v tínedžerských rokoch**. Potom klesá postupne s vekom – najprv rýchlo a neskôr pomalšie. Tento vzor je pozorovaný naprieč pohlaviami, štátmi a historickými

obdobiami. **Tendenciu vrcholiť počas adolescentných rokov** má aj **zapájanie sa do rozličných bitiek, dopravné nehody či rizikové sexuálne aktivity** (Echazu & Nocetti, 2018). Dôvodom môže byť aj to, že určité aspekty osobnosti, ktoré sú zodpovedné za konanie rozhodnutí (decision-maker's personality), môžu byť v mladom veku neznáme, a adolescent ich odhaľuje až pomocou skúsenostného učenia. **Adolescenti spoznávajú svoju osobnosť, prehodnocujú očakávaný zisk a benefity.** Pre niektorých sa rizikové rozhodnutie vyvinie zle a je (nimi samými) vnímané ako významná ujma. V tomto bode sa jedni rozhodnú odvrátiť od rizikového správania, naopak, iní sú schopní prenieť sa cez zranenie relatívne ľahko a v rizikových aktivitách pokračujú (Echazu & Nocetti, 2018). Na druhej strane, motív experimentovania klesá, pokiaľ rizikové správanie môže viesť k trvale nižším legálnym možnostiam (napr. stigma pobytu vo väzení a s tým súvisiace menšie možnosti uplatnenia na trhu práce alebo vyššie tresty v prípade recidívy) (Flouri & Ioakemidi, 2018). Čo sa týka **rozdielov medzi pohlaviami**, tak Erel & Gölge (2015) uvádzajú, že univerzitní študenti majú tendenciu zapojiť sa v rizikovom správaní viac ako študentky ženského pohlavia, s výnimkou sexu bez ochrany pri jednorazovej schôdzke.

4.2 Formy

Medzi **formy rizikového správania** sa radia rizikové zdravotné návyky, rizikové sexuálne správanie, agresívne správanie, delikventné správanie, rizikové správanie ku spoločenským inštitúciám, hráčstvo a rizikové športové aktivity. Z **psychopatologického hľadiska** je možné v rámci kategórií MKCH-10 rizikové správanie zaradiť medzi: poruchy správania (F91), iné špecifikované poruchy správania a emócií so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania (F98.8), poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím psychoaktívnych látok (F10-F19), abúzus látok, ktoré nevytvárajú závislosť (F55), poruchy návykov a impulzov (F63), poruchy sexuálneho správania – poruchy voľby sexuálneho objektu (F65). Dôležité je však podotknúť, že nie všetky formy rizikového správania sú klasifikované v medzinárodných klasifikáciách chorôb, a tým pádom toto vymedzenie nie je vyčerpávajúce (Kulišek & Dolejš, 2019). Jednotlivé formy rizikového správania sa u jedinca často vyskytujú súčasne, tento jav je označovaný ako **syndróm rizikového správania** (Miovský et al., 2015). Sobotková et al. (2014) uvádza **tri skupiny faktorov**, o ktoré sa tento syndróm problémového správania opiera:

- **biologické:** pohlavie, hormonálny systém, telesná konštitúcia, fyzická odolnosť voči bolesti, vrodené handicapy atď.;
- **psychologické:** rysy osobnosti, sebapoňatie, hodnotová orientácia, postoje;
- **sociálny kontext:** sociodemografické charakteristiky, prostredie, rodinná konštelácia, vrstovníci, sociálna kognícia; ďalej sociálne správanie adolescenta – štruktúra problémového a konvenčného správania sa.

Tieto **faktory** sa ďalej rozdeľujú v oblasti osobnosti, správania sa a sociálneho prostredia na **protektívne (P)** a **rizikové (R)**. Na úrovni **osobnosti** jedinca nachádzame inteligenciu (P), sebaúctu (P), impulzivitu (R), neuroticizmus (R); na úrovni **správania sa** plnenie povinností (P), dobrovoľníctvo (P), odmietanie pravidiel (R), školský neúspech (R); na úrovni **sociálneho prostredia** pozitívne orientovanú výchovu (P), sociálnu oporu vrstovníkov (P), autoritatívnu alebo liberálnu výchovu (R) a chudobu (R) (Sobotková et al. 2014)

Podrobnejšie vymedzenie jednotlivých foriem rizikového správania podľa Miovskeho et al. (2015):

- **rizikové zdravotné návyky** (napr. pitie alkoholu, fajčenie, užívanie drog, ale aj nezdravé stravovacie návyky, nedostatočná alebo nadmerná pohybová aktivita);
- **sexuálne správanie** (napr. predčasné zahájenie pohlavného života, promiskuita, nechránený pohlavný styk, pohlavný styk s rizikovými partnermi, predčasné materstvo a rodičovstvo);
- **interpersonálne agresívne správanie** (napr. násilné správanie, šikana, týranie, rasová neznášanlivosť a diskriminácia niektorých skupín, extrémizmus);
- **delikventné správanie vo vzťahu k hmotným majetkom** (napr. krádeže, vandalizmus, sprejerstvo);
- **hráčstvo** (gambling);
- **rizikové správanie vo vzťahu k spoločenským inštitúciám** (napr. problémové správanie v škole ako záškoláctvo, neplnenie školských povinností, predčasné ukončenie vzdelávania);
- **rizikové športové aktivity** (napr. adrenalínové a extrémne športy).

Kloep, Güney, Çok, & Simsek (2009) klasifikujú rizikové správanie na základe jeho **motívov** a funkcie do troch kategórií:

- **nezodpovedné rizikové správanie** (irresponsible risk behaviour) je prostriedkom k dosiahnutiu iného cieľa, napr. neužitie kondómu pri pohlavnom styku. Človek v danej situácii neodhadne možné negatívne dôsledky svojho správania alebo nie je ochotný vzdať sa aktuálneho prežitku, napriek tomu, že mieru rizika dokáže realisticky zhodnotiť. Primárnym cieľom teda nie je prežitok samotného rizika.
- **publikom kontrolované riskujúce správanie** (audience-controlled risk-taking behaviour) je motivované strachom zo straty sociálnej opory alebo túžbou po ocenení a prijatí zo strany dôležitých osôb (napr. iniciačné rituály po prijatí do vrstovnickej skupiny).
- **vzrušenie vyhľadávajúce správanie** (thrill seeking behaviour) je vedené túžbou po vyhľadávaní nových výziev a testovaním vlastných limitov. Príkladom je prevádzkovanie extrémnych a adrenalínových športov.

Špeciálnou témou, ktorej sa v poslednom desaťročí venuje pozornosť je **rizikové správanie pri vedení motorových vozidiel**. Medzi jeho prejavy patrí rýchla jazda, jazda bez zapnutých bezpečnostných pásov, agresívna alebo bezohľadná jazda, jazda pod vplyvom alkoholu alebo drog, jazda v aute so šoférom, ktorý je pod vplyvom alkoholu alebo drog (Miovský et al., 2015).

4.3 Prevalencia jednotlivých druhov rizikového správania

V rámci merania výskytu jednotlivých foriem rizikového správania bolo realizovaných množstvo výskumov, štúdií a štatistických zisťovaní. Uvedieme niektoré z prostredia Českej a Slovenskej republiky.

Školský prieskum ESPAD (Nociar, 2015), ktorý prebieha na úrovni členských krajín EÚ a koná sa raz za štyri roky, medzinárodne porovnáva kohortu 16 ročných študentov. Na celoštátnej úrovni zbiera dáta o populácii zo štyroch ročníkov stredných škôl a deviatich tried základných škôl, t.j. vo veku od 16 do 19 rokov. Celoživotná prevalencia legálnych drog u študentov prvých až štvrtých ročníkov: jeden a viackrát počas života fajčilo 80,0 % študentov; jeden a viackrát počas života pilo alkohol 96,4 % študentov.

Dolejš, Skopal, Suchá, Cakirpaloglu, & Vavrysová (2014) realizovali projekt k téme výskytu rizikového správania v sledovanej populácii žiakov a žiačok druhého stupňa základného vzdelania. Výskumu sa zúčastnili dve stovky respondentov vo vekovom rozmedzí 11-15 rokov. Otázky sa zamerali na skúsenosti s alkoholom či tabakom a na výskyt hostilného správania. Analýza dát ukázala, že sledovaní žiaci a žiačky majú v 78 % skúsenosti s alkoholom a 41 % má tieto skúsenosti počas posledných 30 dní. Subjektívnu opitost' kladne potvrdzuje 5 % oslovených. Skúsenosti s tabakom má 31 % a denne vyfajčí minimálne 5 cigariet 3 % pubescentov.

Štúdia Lepíka (2010, in Dolejš et al., 2014) pracovala s reprezentatívnym sú adolescentov, a zamerala sa na žiakov 6.-9. ročníka základných škôl a študentov 1. a 2. ročníka stredných škôl, navštevujúcich školské zariadenia v Karlovarskom kraji. Autori štúdie sa zamerali napríklad na prevalenciu výskytu šikany – ako obeť zosmiešňovania v rámci kolektívu bolo identifikovaných 23 % respondentov (minimálne raz za mesiac), každý deň sú zosmiešňované cca 4 % jedincov. S fyzickým útokom sa stretáva 6 % opýtaných (minimálne raz za mesiac), pričom každý deň zažívajú fyzické ubližovanie 2 % respondentov. Jednou z tém, ktoré štúdia riešila, bola kriminalita. Výskum potvrdil, že dievčatá odcudzujú rodičom peniaze častejšie ako chlapci (kladne odpovedalo 27 % dievčat a 25 % chlapcov). Z výberového súboru malo problémy s políciou 31 % chlapcov a 16 % dievčat. Autori uvádzajú, že viac než päť cigariet denne vyfajčí 25 % respondentov. Zistilo sa, že žiaci a študenti gymnázií majú menšie skúsenosti s užívaním tabaku než žiaci základných škôl a študenti odborných učilíšť. Podobný vzťah je aj s ohľadom k pohlaviu, dievčatá užívajú tabakové výrobky častejšie než chlapci. Za posledný mesiac užilo alkoholický nápoj minimálne raz 52 % žiakov a študentov. Najčastejšie užívaným alkoholom je pivo. Dievčatá zažívajú svoju prvú opitost' neskôr ako chlapci. Alkohol je užívaný v prostredí domova alebo v parkoch.

Dolejš & Orel (2017) skúmali 2417 žiakov a žiačok základných škôl a viacročných gymnázií v Moravskosliezskom a Zlínskom kraji. Jedná sa o žiakov, ktorí navštevujú 6. až 9. triedu ZŠ a 1. až 4. ročník viacročných gymnázií. Za posledných 30 dní pilo alkohol 24,57 % adolescentov Moravskosliezskeho kraja, v Zlínskom kraj to bolo o 3 % viac. Každodenných fajčiarov je v populácii zlínskych adolescentov 2,26 % a v populácii Moravskosliezskych ich je 3,94 %. Stav opitosti počas posledného mesiaca zažilo menej jedincov z Moravskosliezskeho kraja (2,44 %) než zo Zlínskeho kraja (3,14 %). Verbálnu agresiu musí znášať

21 % adolescentov a to v oboch sledovaných krajoch. 30 % má skúsenosti s krádežami nejakej veci. Viac než 18 % štrnásťročných chlapcov má skúsenosti s krádežou v obchode, u pätnásťročných má túto skúsenosť za sebou vyše 28 %. U chlapcov dochádzalo k významnému nárastu rizikovosti medzi 13. a 14. rokom, u dievčat už medzi 12. a 13. rokom. Od 11 do 16 rokov vzrastá rizikovosť všeobecne dvakrát. Užívanie alkoholu, tabaku či drog vzrastá medzi 13. a 14. rokom.

Na koniec ešte prikladáme tabuľku s vybranými výsledkami niektorých výskumov tejto problematiky v ČR a SR (Čerešník & Dolejš, 2015):

Tab. 1: Prehľad niektorých výskumov v oblasti rizikového správania v Českej republike a na Slovensku

Autorstvo	Krajina	Rok	Výskumná vzorka	Niektoré prevalenčné hodnoty
Vacek	ČR	2008	803	obeť zosmiešňovania (33 %) užitie ilegálnej drogy (21 %) užitie marihuany počas posledného mesiaca (14 %)
Baška, Kolarčík	SR	2009	1252	fajčenie tabaku aspoň raz za týždeň (15% D, 19 % CH) pitie alkoholu aspoň raz za týždeň (22 % D, 33 % CH) skúsenosť s opitostou (31 % D, 40 % CH) skúsenosť s bitkou (8 % D, 40 % CH)
Kolarčík, Baška, Madarasová	SR	2009	1252	sexuálna skúsenosť (11 % D, 13 % CH)
Lepík a kol.	ČR	2010	2256	pitie alkoholu počas posledného mesiaca (52 %) skúsenosť s marihuanou (41 %) krádež peňazí rodičov (26 %) obeť zosmiešňovania (23 %)
Skopal	ČR	2012	835	krádež v obchode (29 %) napomenutie učiteľkou/učiteľom (27 % D, 40 % CH) zámerné sebapoškodzovanie (11 %) užívanie alkoholu a marihuany (10 %)
Dolejš, Skopal	ČR	2014	200	skúsenosť s alkoholom (76 %) falšovanie podpisu rodičov (30 %) prítomnosť noža alebo zbrane v škole (21 %) záškoláctvo (18 %)
Dolejš, Skopal, Suchá	ČR	2014	4198	pitie alkoholu počas posledného mesiaca (31 %) falšovanie podpisu rodičov (30 %) zámerné sebapoškodzovanie (25 %) užívanie marihuany (11 %)
Zemanová, Dolejš	ČR	2015	278	fajčenie 5 a viac cigariet denne (38 %) záškoláctvo (27 %) užívanie marihuany (39 %) problémy s políciou (31%)

Legenda: ČR = Česká republika; SR = Slovenská republika; D = dievčatá; CH = chlapci

4.4 Prevencia rizikového správania

Pojmom prevencia sú označované všetky **opatrenia smerujúce k predchádzaniu a minimalizácii javov spojených s rizikovým správaním a jeho dôsledkov**. Prevenciou môže byť akýkoľvek typ **výchovnej, vzdelávacej, zdravotnej, sociálnej či inej intervencie** smerujúcej k predchádzaniu výskytu rizikového správania, zamedzujúcej jeho ďalšej progresii, zmierňujúcej už existujúce formy a prejavy rizikového správania alebo pomáhajúcej riešiť jeho dôsledky (Miovský et al., 2015). Existuje **primárna, sekundárna a terciárna prevencia**. **Primárne preventívne aktivity** na úrovni **všeobecnej prevencie** smerujú k čo najširšej populácii, aby podchytili a pozitívne ovplyvňovali čo najväčšiu skupinu jedincov v rámci spoločnosti. Na úrovni ohrozených a inak znevýhodnených skupín sú vyvíjané preventívne stratégie na úrovni **selektívnej prevencie**. Pokiaľ ide o priamo ohrozených jedincov a jedincov, u ktorých sa už objavuje rizikové správanie, potom využívame intervenciu na úrovni **indikovanej prevencie**. Ak zlyhávajú (resp. sú nedostatočné) stratégie na úrovni selektívnej a indikovanej prevencie, nastupuje prevencia **sekundárna a terciárna**, určená jedincom, ktorí vykazujú vážne formy rizikového správania, ktoré už nie je možné zvládať bežnými preventívnymi opatreniami (drogová závislosť, sexuálna agresia, kriminálne jednanie a pod.). Sekundárna a terciárna prevencia majú zabrániť ďalšej recidíve a eliminovať čo najviac rizík súvisiacich s daným typom (či kombináciou typov) rizikového správania a životným štýlom jedinca. V súvislosti s terciárnou prevenciou hovoríme rovnako o **redukácii**, t.j. cielenom posilňovaní pozitívnych vlastností osobnosti, ktoré sa nedostatočne rozvinuli, **resocializácii**, t.j. pomoci nasmerovať závislého či problémového jedinca k novým životným hodnotám a životu bez patológie a závislosti (Miovský et al., 2015).

Medzi svoje priority radí prevenciu sociálno-patologických javov aj Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky (nedat.). V tejto oblasti vychádza zo Stratégie prevencie kriminality v SR, ktorú rozpracováva na podmienky rezortu školstva. Odporúčania sa týkajú opatrení škôl a školských zariadení na zvýšenie bezpečnosti a prevenciu nežiaducich javov. Prevencia drogových závislostí vychádza z článku 33 Dohovoru o právach dieťaťa a Európskej protidrogovej stratégie. Primárnou oblasťou podpory sú projekty zamerané na formovanie vzťahu k zdravému životnému štýlu, ochranu telesného a duševného zdravia, odstraňovanie zdraviu škodlivých vplyvov a prevenciu rizikového správania, či zlepšenie psychosociálnej klímy. Školám a školským

zariadeniam sa odporúča vypracovanie vlastných školských a triednych programov prevencie šikanovania v súlade so **Smernicou č. 36/2019 k prevencii a riešeniu šikanovania detí a žiakov v školách a školských zariadeniach**. Pri realizácii preventívnych aktivít a programov je odporúčaná spolupráca s príslušným centrom pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie. Podľa Štátneho pedagogického ústavu (nedat.) je **hlavným cieľom prevencie rizikového správania** v školskom prostredí dosiahnuť, aby mal mladý človek na úrovni primeranej svojmu veku **vedomé úsilie uprednostňovať nerizikové správanie a zdravie neohrozujúci spôsob života**.

Toto bola štvrtá, posledná kapitola teoretickej časti. Venovali sme sa v nej rizikovému správaniu. Zamerali sme sa na jeho formy, prejavy, prevalenciu jednotlivých druhov rizikového správania, a nezabudli sme ani na prevenciu. Nasledovať už bude prvá kapitola výskumnej časti.

5 Hlavné výskumné problémy

Teoretická časť práce je za nami. Nastal čas venovať sa výskumu ako takému. V nasledujúcej kapitole oboznámime čitateľov s hlavnými výskumnými problémami a cieľmi. Predstavíme gro našej štúdie, jej logiku a prípadné praktické využitie. Stanovíme si výskumné hypotézy, ktoré následne pomocou vybraných štatistických metód otestujeme. Hlavným zámerom tohto výskumu je identifikácia vybraných foriem rizikového správania u (slovenských) adolescentov, spolu s prešetrením depresivity a impulzivity, ich miery výskytu a špecifik v adolescentnej populácii. Na tento účel sme vybrali kvantitatívny prístup, a síce dotazníkové šetrenie. Budeme pracovať s tromi psychodiagnostickými metódami. Prvou z nich je Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS), ktorá je zameraná na zisťovanie miery depresivity, a je vhodná na použitie u dospelých. Ďalší nástroj, dotazník, Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS) meria impulzivitu. Ako sme uviedli v kapitole 3.3, impulzivita predstavuje kľúčový faktor rizikového správania. Tretí, dotazník Výskyt rizikového správania u adolescentov (VRSA), sa rizikovým správaním priamo zaoberá.

5.1 Ciele výskumu

Cieľom tohto výskumu je identifikácia vybraných foriem rizikového správania, v súvislosti s mierou depresivity a impulzivity. Praktická časť je postavená na popise (deskripcii) rizikového správania a rysov depresivity a impulzivity. Ide nám o nájdenie vzťahov a súvislostí medzi týmito tromi skúmanými problémami, a bližšie určenie miery ich výskytu v rámci populácie dnešných dospelých na Slovensku. Z tohto hlavného výskumného cieľa, nám vyvstávajú čiastkové ciele. Tým je najmä vytvorenie kvalitného teoretického zázemia, ktoré nám poslúži ako kompas pri orientovaní sa v problematike, a hlbšie preniknutie do špecifik tejto problematiky v rámci vlastného poznania.

5.2 Výskumné hypotézy

Stanovili sme si tieto základné hypotézy:

Pre dotazník SDDSS:

- H1: Dievčatá dosahujú v dotazníku SDDSS štatisticky významne vyššie hrubé skóre než chlapci.

- H2: Študenti gymnázií dosahujú v dotazníku SDDSS štatisticky významne vyššie hrubé skóre než žiaci základných škôl.
- H3: Existuje štatisticky významná súvislosť medzi celkovým skóre depresivity (SDDSS) a impulzivitou (SIDS).
- H4: Existuje štatisticky významná súvislosť medzi celkovým skóre depresivity (SDDSS) a rizikového správania (VRSA).

Pre dotazník SIDS:

- H5: Chlapci dosahujú v dotazníku SIDS štatisticky významne vyššie hrubé skóre než dievčatá.
- H6: Študenti gymnázií dosahujú v dotazníku SIDS štatisticky významne vyššie hrubé skóre než žiaci základných škôl.
- H7: Existuje štatisticky významná súvislosť medzi celkovým skóre impulzivity (SIDS) a depresivitou (SDDSS).
- H8: Existuje štatisticky významná súvislosť medzi celkovým skóre impulzivity (SIDS) a rizikovým správaním (VRSA).

Pre dotazník VRSA:

- H9: Chlapci dosahujú v dotazníku VRSA štatisticky významne vyššie hrubé skóre než dievčatá.
- H10: Chlapci dosahujú v subškále abúzus psychoaktívnych látok štatisticky významne vyššie hrubé skóre než dievčatá.
- H11: Chlapci dosahujú v subškále delikvencia štatisticky významne vyššie hrubé skóre než dievčatá.
- H12: Chlapci dosahujú v subškále šikana štatisticky významne vyššie hrubé skóre než dievčatá.
- H13: Študenti gymnázií dosahujú v dotazníku VRSA štatisticky významne vyššie hrubé skóre než žiaci základných škôl.
- H14: Existuje štatisticky významná súvislosť medzi celkovým skóre rizikového správania (VRSA) a depresivitou (SDDSS).
- H15: Existuje štatisticky významná súvislosť medzi celkovým skóre rizikového správania (VRSA) a impulzivitou (SIDS).

6 Aplikovaná metodika

V druhej kapitole praktickej časti si priblížime dizajn výskumu, metódu zberu dát, popíšeme kroky a činnosti, ktoré sprevádzali celú administráciu, od fázy prípravnej, až po samotné testovanie žiakov a študentov na školách. Predstavíme si metódy, s ktorými sme pracovali, a ktoré budeme priamo využívať na analýzu získaných dát v našej diplomovej práci.

6.1 Výskumný dizajn

Vzhľadom na stanovené výskumné ciele sme zvolili kvantitatívny výskumný dizajn. Naším cieľom je po teoretickom štúdiu testovať hypotézy. Zber dát prebiehal dotazníkovou formou. Dáta, s ktorými pracujeme, majú číselnú podobu. Výskumné hypotézy budeme overovať štatistickými metódami.

6.2 Psychodiagnostické nástroje

Pri testovaní žiakov sme pracovali s dotazníkovou batériou zostavenou z piatich nástrojov: Výskyt rizikového správania v adolescentom veku (VRSA), Dotazník pripútania k rodičom a priateľom (IPPA), Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS), Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS) a Dotazník hrania digitálnych hier (DGQ). Na samotnú analýzu vymedzených výskumných problémov však využijeme len tri dotazníky, keďže zvyšné dva sú mimo zamerania našej práce. Túto trojicu si v krátkosti priblížime.

6.2.1 Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS)

Za účelom merania depresivity sme použili škálu českých autorov Dolejša, Skopala a Sucheja, preloženú v rámci minulého výskumu do slovenčiny (Gergely, 2018). SDDSS vychádza z pojatia depresivity podľa **Becka**. Posudzuje depresivitu ako **stav, nie ako osobnostný rys**, v ktorom sa prejavujú rôzne príznaky depresie. Ide teda o individuálnu charakteristiku, ktorá však nemusí dosahovať **klinickú významnosť** (Dolejš et al., 2018). Metóda SDDSS bola oproti BDI-II upravená pre testovanie neklinickej populácie a adolescentov. Skladá sa z **20** položiek. Respondent má na výber **jednu zo štyroch odpovedí**: rozhodne nesúhlasím, nesúhlasím, súhlasím, rozhodne súhlasím. Hrubé skóre sa pohybuje v rozmedzí **20 až 80 bodov** (Suchá, 2016). Čím viac hrubých bodov respondent dosiahne, tým pravdepodobnejšie je depresívny. Za **významne depresívnych**

môžeme považovať tých adolescentov, ktorí získajú **viac bodov**, než je **priemerná smerodajná odchýlka plus jedna**. Reliabilita vnútornej konzistencie vypočítaná pomocou Cronbachovej alfy z Pearsonových korelácií je **0,91**. Hodnota ordinálnej alfy činí 0,94. Rovnako aj koeficient reliability omega = 0,94 (Dolejš et al., 2018) Vo výskumnej štúdii realizovanej v rámci bakalárskej práce sme namerali hodnotu Cronbachovej alfy 0,93 (Gergely, 2018). Tabuľka 3 znázorňuje korelácie s faktormi ďalších dotazníkov.

Tab. 2: Vzťah SDDSS s faktormi ďalších dotazníkov (Dolejš et al., 2018)

	SDDSS
Negatívne myslenie (H/NT) – SURPS	0,35
Precitlivenosť (AS) – SURPS	0,33
Pasívny komunikačný štýl - Dotazník komunikačných štýlov	0,42
Citová nestálosť (C-) – HSPQ	0,35
Úzkostná nesebaistota (O+) – HSPQ	0,41
Sebahodnotenie – RŠS	-0,68
Úzkosť – STAI	0,68
Úzkostlivosť – STAI	0,68
Úzkostlivosť – ŠAD	0,66
Neuroticizmus (N) - NEO-FFI	0,65

Vysvetlivky: SURPS = Škála osobnostných rysov predstavujúcich riziko z hľadiska užívania návykových látok, HSPQ = Osobnostný dotazník pre mládež, RŠS = Rosenbergová škála sebahodnotenia, STAI = State-Trait Anxiety Inventory, ŠAD = Škála na merania úzkosti a úzkostlivosti, NEO-FFI = Päťfaktorový osobnostný inventár.

6.2.2 Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS)

Škála SIDS je zameraná na **posúdenie miery impulzivity u adolescentov**. Ako už bolo zmienené (viď. kapitola 3.3), impulzivita je považovaná za jeden z prediktorov rizikového správania. Škála impulzivity obsahuje 24 tvrdení, napríklad: „Skôr ako niečo poviem, dôkladne si to rozmyslím“ alebo „Často nedokončím prácu, ktorú začnem.“ Adolescent vyberá jednu zo štyroch možností: rozhodne nesúhlasím, nesúhlasím, súhlasím, rozhodne súhlasím. Dotazník obsahuje 19 nereverznych a 5 reverzných otázok, pre respondenta je teda ťažké odhadnúť konštrukciu dotazníku. Minimálny počet bodov, ktorý adolescent môže získať, je 24 a maximálny 96. Administrácia zaberie približne 10 minút. Je možné zvoliť individuálnu či skupinovú formu. Metóda bola v rámci Českej

a Slovenskej republiky využitá v niekoľkých celonárodných štúdiách. Spĺňa metodologické požiadavky, ktoré sú na tento psychodiagnostický nástroj kladené.

Vnútoraná konzistencia dotazníka sa pohybuje v rozmedzí 0,83 – 0,87 Cronbachovej alfy (Dolejš & Orel, 2017). Metóda bola tiež testovaná v čase. Melecká (2016) realizovala longitudinálny výskum stredoškolských študentov a študentiek. Vo všetkých troch meraniach dosiahla Cronbachova alfa hodnoty 0,83 až 0,85. Bol však realizovaný aj výskumný projekt, ktorý u 14 ročných českých adolescentov nameral cca o 0,2 Cronbachovej alfy menej (Suchá, 2014, in Dolejš & Orel, 2017). V štúdiu, ktorá slúžila ako podklad pre testovú príručku, korelujú položky s celkovým skórom v rozmedzí $r = 0,22$ až $r = 0,63$. Väčšina je teda v pásme stredne silného vzťahu, pri hladine významnosti $p = 0,001$ (Dolejš et al., 2014). **Faktorová záťaž sa pohybovala od hodnôt 0,17 až po 0,63** (Dolejš & Orel, 2017). Impulzivita ako rys je v úzkom spojení s verbálnou a fyzickou agresivitou, hnevom, naliehavosťou, emočnou nestálosťou. V negatívnom vzťahu je so sebadôverou, prívetivosťou, citovou zrelosťou, kladným postojom k budúcnosti. **Celkový skór rizikovosti** v dotazníku VRSA je v **strednom vzťahu s impulzivitou**, a to na hladine významnosti 0,001. Vo významnom vzťahu s impulzivitou sú tiež jednotlivé subškály. Tieto údaje nás informujú o tom, že **impulzivita môže byť určitým spúšťačom rizikového správania**. V rizikových aktoch je často vidieť skratkovité správanie, ktoré nie je domyslené, a aktér často nevníma závažnosť tohto správania (Dolejš & Orel, 2017).

6.2.3 Výskyt rizikového správania v adolescentnom veku (VRSA)

Dotazník *Výskyt rizikového správania u adolescentov* (VRSA; Čerešník, 2013) je slovenskou modifikáciou pôvodného dotazníka *Výskyt rizikového chování u adolescentů* (VRCHA; Dolejš & Skopal, 2013). VRSA (resp. VRCHA) umožňuje získať **informácie o rizikovosti**, teda o tom, **do akej miery je daný dospelievajúci rizikový**. Poskytuje celkové skóre rizikového správania v bodovom rozpätí 0 až 18 bodov (Čerešník, 2016). Pokiaľ adolescent získa **0 bodov**, je považovaný za **nerizikového**; do 3 bodov sa jedná o bežnú rizikovosť, zvýšená rizikovosť je medzi 4 až 6 bodmi a tí, ktorí získajú **7 a viac bodov**, sú **vysoko rizikovní** (Dolejš & Skopal, 2016). Úlohou participantov/participantiek je vyjadrenie súhlasu alebo nesúhlasu s položkami dotazníka (odpovede áno – nie). Dotazník obsahuje 18 položiek zoskupených do troch subškál:

- *abúzus psychoaktívnych látok*: je zameraná na aktivity, pri ktorých človek užíva, resp. zneužíva legálne či nelegálne látky, na ktoré môže vzniknúť psychická a/alebo fyzická závislosť. Možné bodové rozpätie v tejto subškále je 0 až 7 bodov;
- *delikvencia*: je zameraná na skúsenosti s odcudzovaním vecí alebo s falšovaním a/alebo poškodzovaním cudzích vecí. Možné bodové rozpätie v tejto subškále je 0 až 7 bodov;
- *šikanovanie*: je zameraná na skúsenosti so šikanujúcim správaním v podobe objektu šikanovania. Možné bodové rozpätie v tejto subškále je 0 až 4 body (Čerešník, 2016).

Reliabilita subškál vymedzená Cronbachovou alfou (α) bola v rozmedzí 0,55 až 0,83 (Čerešník & Dolejš, 2015). V tabuľke 2 uvádzame analýzu vzájomných vzťahov medzi jednotlivými dimenziami rizikového správania. Môžeme konštatovať, že všetky škály sú k sebe navzájom v štatisticky významných ($p \leq 0,01$) pozitívnych vzťahoch. Celkové skóre sa signifikantne, pozitívne a silne viaže so škálou abúzus ($r = 0,87^{**}$), so škálou delikvencia ($r = 0,90^{**}$) aj so škálou šikanovanie ($r = 0,53^{**}$). Rovnako, signifikantný, pozitívny a silný vzťah nachádzame aj medzi škálami abúzus a delikvencia ($r = 0,68^{**}$). Signifikantný, ale slabý vzťah konštatujeme medzi škálami šikanovanie a abúzus ($r = 0,24^{**}$) aj medzi škálami šikanovanie a delikvencia ($r = 0,28^{**}$) (Kulišek & Dolejš, 2019). **Faktorová záťaž položiek je 0,15 až 0,74** (Dolejš, 2017).

Tab. 3: Interkorelácie faktorov dotazníka VRSA

Faktor	VRSA	Abúzus	Delikvencia
Abúzus	0,87**		
Delikvencia	0,90**	0,68**	
Šikanovanie	0,53**	0,24**	0,28**

** $p \leq 0,01$

6.3 Metóda zberu dát

Počiatočná fáza výskumu bola zahájená rešeršou literatúry a dostupných diagnostických metód súvisiacich s našim zámerom. Keďže mal zber dát prebiehať na území Slovenskej republiky (SR), konzultovali sme výskumný zámer a možnosti spolupráce s Katedrou pedagogickej a školskej psychológie Pedagogickej fakulty Univerzity

Konštantína Filozofa v Nitre. Výsledkom dohodnutej spolupráce bol spoločný postup a vzájomná pomoc pri zbere dát a metodologických otázkach. Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre by mala nasledovne štandardizovať niektoré z metód (SDDSS, SIDS) na slovenské podmienky. Po zvolení vhodných nástrojov nasledovala tvorba testovej batérie. Celkovo obsahovala testová batéria päť dotazníkov, v rámci tejto diplomovej práce pracujeme s tromi z nich.⁴ Okrem jednotlivých psychodiagnostických metód bola tvorená úvodnou stranou so základnými informáciami o realizovanom výskume, zachovaní anonymity a spôsobe vyplňovania. Ďalej nasledovala časť so základnými identifikačnými údajmi respondentov (ročník, vek, pohlavie, mesiac a rok narodenia, dátum administrácie). Samotné **vyplňanie** prebiehalo formou **pero-papier**.

Čo sa týka výberu škôl, postupovali sme **náhodným výberom**. Presnejšie sa jednalo o **skupinový výber** (Ferjenčík, 2010). Pracovali sme so zoznamom siete škôl a školských zariadení SR (Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky, 2018). Školy boli rozdelené podľa ôsmich krajov SR (tak, aby mal každý kraj svojho zástupcu pri výbere). Zároveň boli školy rozdelené na základné školy a gymnáziá. Z každej kategórie a **pre každý kraj sme náhodne vylosovali jednu školu**, ktorú budeme primárne kontaktovať, a ešte **jednu ďalšiu ako náhradu**, keby sa nám s vedením školy nepodarilo spojiť, resp. dohodnúť spoluprácu. Takto sme si pripravili šesťnásť škôl (plus šesťnásť záložných), ktoré sme oslovili **so žiadosťou o spoluprácu vo výskumnej štúdií**. Jednalo sa o dokument, ktorý v krátkosti popisoval, kto sme, čo chceme skúmať (čo je našim cieľom) a čo by sme od jednotlivých škôl potrebovali. Z našej strany bola požiadavka na jednu, resp. dve triedy (ak takáto možnosť existovala) z 5. až 9. ročníka ZŠ/1. až 4. ročníka stredného typu vzdelávania (poprípade kvinty až oktávy). Časovo sme vždy žiadali jednu vyučovaciu hodinu (45 minút) na každú triedu.⁵ Ďalej nasledovali **informácie pre vedenie školy k výskumnej štúdií**. Tento text slúžil na bližšie oboznámenie s procedurálnou stránkou našej prípadnej spolupráce na výskumnej štúdií, a zároveň sme v ňom rozoberali zloženie testovej batérie. Každý dotazník bol v krátkosti opísaný, spolu s dvoma príkladmi otázok, ktoré obsahuje. Priložili sme tiež výskumné zameranie a prehľad publikácií garantov štúdie, t.j. doc. PhDr. Michala Čerešníka, PhD. (UKF v Nitre) a PhDr.

⁴ Získané dáta z celej testovej batérie budú použité vo vlastnej výskumnej štúdií UKF v Nitre.

⁵ Väčšinou prebiehala administrácia spôsobom 1 trieda = 1 vyučovacia hodina. V niekoľkých prípadoch bolo zlúčených dohromady viac tried, v jednom prípade vyplňovali dotazníky všetci dostupní žiaci zo všetkých požadovaných tried naraz, v aule školy.

Martina Dolejše, Ph.D. (UP v Olomouci). Posledným dokumentom bol **súhlas rodičov žiaka s účasťou vo výskumnej štúdii**, ktorý informoval rodičov o prípadnom zapojení ich detí do výskumnej štúdie. Obsahoval krátke zhrnutie výskumu, priebeh zberu dát, informácie o dobrovoľnosti účasti a anonymite, kontakt, kam sa rodičia môžu obrátiť s prípadnými otázkami, a na záver vyjadrenie súhlasu/nesúhlasu s účasťou dieťaťa vo výskumnom šetrení. Získavanie súhlasov si v prípade dohodnutia spolupráce zabezpečovala škola sama. Vedenie školy sme najprv oslovili **elektronickou formou** (e-mailom), po uplynutí jedného týždňa sme vyššie spomenuté dokumenty zaslali na adresu školy **poštou**. Pokiaľ nám nebolo doručené negatívne stanovisko (väčšinou odpoveďou na e-mail), tak sme vedenie školy kontaktovali aj **telefonicky**. Pri tomto telefonickom kontakte väčšinou došlo k upresneniu požiadaviek a prípadnému dohodnutiu si termínu, v ktorom bude zber dát realizovaný. Výnimočne prebehlo všetko formou e-mailovej komunikácie.

Samotný zber dát prebiehal vždy prostredníctvom poverenej osoby/osôb z jednej z univerzít. Počas vyplňovania dotazníkov sme preferovali neprítomnosť pedagóga (kvôli možnému rušivému pôsobeniu). Vo väčšine prípadov nám bolo v tomto ohľade vyhovené a zber dát prebiehal bezproblémovo. Treba však dodať, že v niektorých prípadoch (ťažšie zvládateľní jedinci v kolektíve alebo špecifický kolektív) bola prítomnosť pedagóga žiaduca, resp. nevyhnutná.

Čo sa týka **priameho popisu zberu dát**, tak ten zvyčajne prebiehal tak, že sme po predchádzajúcej telefonickej (výnimočne len e-mailovej) dohode prišli do vybranej školy, vyhľadali riaditeľa/riaditeľku, ktorý/ktorá nás poslala za poverenou osobou, s ktorou sme doladili priebeh administrácie a prípadné organizačno-technické otázky. Následne sme sa (spravidla spoločne) vydali do konkrétnej triedy, kde nás pedagóg, prípadne školský psychológ v krátkosti uviedol. Nasledovalo predstavenie vlastnej osoby, univerzity a realizovanej štúdie. Podali sme ešte krátke inštrukcie k vyplňovaniu dotazníkov, a objasňovaniu prípadných nejasností a otázok. Žiaci/študenti boli uistení, že nám môžu položiť akúkoľvek otázku a vždy sa im budeme snažiť adekvátne odpovedať. Potom už nasledovala ich vlastná práca na vyplňaní testovej batérie. Čas 45 minút na prácu s testovou batériou, bol vo väčšine prípadov dostatočný. Rýchlosť samozrejme rástla s vekom. Spravidla nám teda ešte na konci hodiny zostal priestor na krátku reflexiu pocitov z administrácie (zhodnotenie náročnosti, pochopiteľnosti otázok a pod.), prípadne diskusiu nad využitím a prínosmi našej štúdie.

7 Metódy štatistického spracovania dát

Po ukončení administrácie a vizuálnej kontrole papierových dotazníkov boli dáta manuálne prevedené do elektronickej podoby pomocou programu Microsoft Excel 2016. V ňom prebehla ďalšia kontrola a sumarizácia dát do vhodného formátu. Následne bola prevedená deskripcia a matematicko-štatistická analýza s využitím softwaru Statistica 13.

Najprv bola otestovaná normalita rozdelenia všetkých sledovaných výberových súborov pomocou Shapiro-Wilkovho testu a zobrazenia dát histogramom. Aj keď vykazovali odlišnosti od normálneho rozdelenia, tak sme v súlade s centrálnym limitným teorémom pristúpili k použitiu parametrických metód.

Na posúdenie rozdielov medzi zvolenými premennými výberových súborov sme použili t-test pre dva nezávislé výbery. Na preskúmanie toho, ako spolu jednotlivé nástroje (a tým aj skúmané charakteristiky) korelujú, sme použili Pearsonov korelačný koeficient.

8 Etika výskumu

Pri realizácii tejto výskumnej štúdie boli dodržiavané základné etické zásady a právne vzťahy k respondentom, osobám, s ktorými sme spolupracovali, ostatným zúčastneným osobám a získaným údajom a dátam. Uvádzame jednotlivé etické pravidlá podľa Ferjenčíka (2010):

- a) rešpekt a ohľad voči účastníkom výskumu;
- b) právo na informácie;
- c) právo na súkromie a dôvernosť informácií o účastníkoch;
- d) právo odstúpiť z výskumu.

Pri testovaní bola dodržaná anonymita. Zákonní zástupcovia žiakov a študentov súhlasili podpísaním informovaného súhlasu so spracovaním osobných údajov obsiahnutých v jednotlivých psychodiagnostických dotazníkoch v zmysle § 11 ods. 7 zákona č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, podľa §18 ods. 1 zákona 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a podľa § 11 ods. 7 zákona č. 199/1994 Z. z. o psychologickú činnosti a Slovenskej komore psychológov. So všetkými vyplnenými časťami tohto dotazníku boli ako zákonní zástupcovia oboznámení, všetky údaje poskytli dobrovoľne. Samotné testové materiály budú po spracovaní výsledkov skartované.

9 Charakteristika skúmanej populácie a popis súboru

V tejto kapitole sa budeme zaoberať popisom základného súboru, ktorý slúžil ako podklad pre náhodný výber škôl a charakteristikou výskumného súboru respondentov, ktorí sa do štúdie zapojili.

9.1 Popis základného súboru

Základný súbor tvoria všetky základné školy a gymnáziá na území Slovenskej republiky (SR). Ich počet a percentuálny podiel uvádzame v tabuľke 4 (Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky, 2018). Najviac základných škôl je na východe krajiny (v Prešovskom a Košickom kraji). Naopak, najviac gymnázií, takmer pätina z celkového počtu, sa nachádza v okolí hlavného mesta, v Bratislavskom kraji.

Tab. 4: Počty a percentuálny podiely ZŠ a Gymnázií v krajoch SR

Kraj	Základné školy	Podiel v %	Gymnáziá	Podiel v %
Bratislavský	163	7,8	45	19,1
Trnavský	212	10,1	20	8,5
Trenčiansky	195	9,3	19	8,1
Nitriansky	290	13,9	22	9,3
Žilinský	254	12,2	29	12,3
Banskobystrický	270	12,9	29	12,3
Prešovský	402	19,2	37	15,7
Košický	303	14,5	35	14,8
Celkovo	2089	100,0	239	100,0

Ďalej uvádzame **počet žiakov** 5. – 9. ročníka základných škôl a študentov 1 až 4. ročníka stredného typu vzdelávania (poprípade kvinty až oktávy), spolu s ich percentuálnym zastúpením v základnom súbore (tabuľka 5). Z uvedených počtov je badateľné, že žiaci základných škôl tvoria v základnom súbore výraznú väčšinu (94, 8 %).

Na záver popisnej časti základného súboru ešte uvádzame v tabuľke 6 **pomer pohlaví** žiakov 5. – 9. ročníka základných škôl a študentov 1. až 4. ročníka stredného typu vzdelávania (poprípade kvinty až oktávy). Na základných školách majú v sledovaných ročníkoch miernu prevahu chlapci. Na gymnáziách je ale o vyše päť percent viac dievčat.

Tab. 5: Počty a percentuálny podiel žiakov 5. - 9. ročníka ZŠ a 1. - 4. ročníka gymnázií v krajoch SR

Kraj	ZŠ	%	GYM	%	Spolu	%
Bratislavský	24765	10,5	3510	1,5	28275	12,0
Trnavský	22615	9,6	1088	0,5	23703	10,1
Trenčiansky	22692	9,6	974	0,4	23666	10,0
Nitriansky	26690	11,3	908	0,4	27598	11,7
Žilinský	31295	13,3	1902	0,8	33197	14,1
Banskobystrický	25573	10,9	855	0,4	26428	11,2
Prešovský	36813	15,6	1276	0,5	38089	16,2
Košický	32872	14,0	1656	0,7	34528	14,7
Celkovo	223315	94,8	12169	5,2	235484	100,0

Tab. 6: Pomer pohlaví žiakov 5. - 9. ročníka ZŠ a 1. - 4. ročníka gymnázií v SR

Základné školy:		Gymnázia:		Spolu:	
Chlapci	Dievčatá	Chlapci	Dievčatá	Muži	Ženy
51,2%	48,8%	44,5%	55,5%	50,9%	49,1%

9.2 Popis výskumného súboru

Výskumný súbor tvorilo celkom **802** respondentov. Z tohto počtu pripadalo **574 na základné školy** a **228 na gymnáziá**. Najviac respondentov (podľa miesta školy) bolo z Nitrianskeho kraja – 232 (študentov ZŠ 129 a gymnazistov 103). Na opačnej strane je Prešovský kraj s 11 žiakmi ZŠ. Dva kraje – Žilinský a Košický, zostali bez reprezentantov. V žiadnej škole vybranej z týchto krajov sa nám nepodarilo dohodnúť spoluprácu (pripadlo to na vrub buď nabitému programu škôl, náročnosti výuky alebo častej účasti žiakov v rôznych štúdiách). **Počty a percentuálny podiel škôl vo výskumnom súbore** uvádzame v tabuľke 7. Najvýraznejšie zastúpenie má Banskobystrický kraj s troma školami. V tabuľke 8 uvádzame rozloženie respondentov v jednotlivých krajoch Slovenskej republiky. **Pomer pohlaví** (tabuľka 9) je 47,6 % ku **52,4 % v prospech dievčat**. Oproti základnému súboru dievčatá dominujú v každej sledovanej kategórii. Nejedná sa však o výrazné rozdiely. Väčší počet dievčat na gymnáziách sa podarilo zachovať aj vo výskumnom súbore.

Tab. 7: Počty a percentuálny podiel základných škôl a gymnázií vo výskumnom súbore

Kraj	Základné školy	Podiel v %	Gymnázia	Podiel v %
Bratislavský	2	15,4	1	7,7
Trnavský	1	7,7	1	7,7
Trenčiansky	1	7,7	0	0,0
Nitriansky	2	15,4	1	7,7
Žilinský	0	0,0	0	0,0
Banskobystrický	3	23,1	0	0,0
Prešovský kraj	1	7,7	0	0,0
Košický kraj	0	0,0	0	0,0
Celkovo	10	76,9	3	23,1

Tab. 8: Rozloženie respondentov v krajoch SR (podľa miesta školy)

Kraj	ZŠ	%	GYM	%	Spolu	%
Bratislavský	143	17,8	66	8,2	209	26,1
Trnavský	100	12,5	59	7,4	159	19,8
Trenčiansky	33	4,1	0	0,0	33	4,1
Nitriansky	129	16,1	103	12,8	232	28,9
Žilinský	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Banskobystrický	158	19,7	0	0,0	158	19,7
Prešovský	11	1,4	0	0,0	11	1,4
Košický	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celkovo	574	71,6	228	28,4	802	100

Tab. 9: Pomer pohlaví žiakov ZŠ a gymnázií v SR

ZŠ - pohlavie:		GYM - pohlavie:		Pohlavie celkovo:	
Chlapci	Dievčatá	Chlapci	Dievčatá	Muži	Ženy
49,3%	50,7%	43,4%	56,6%	47,6%	52,4%

10 Popis a interpretácia výsledkov

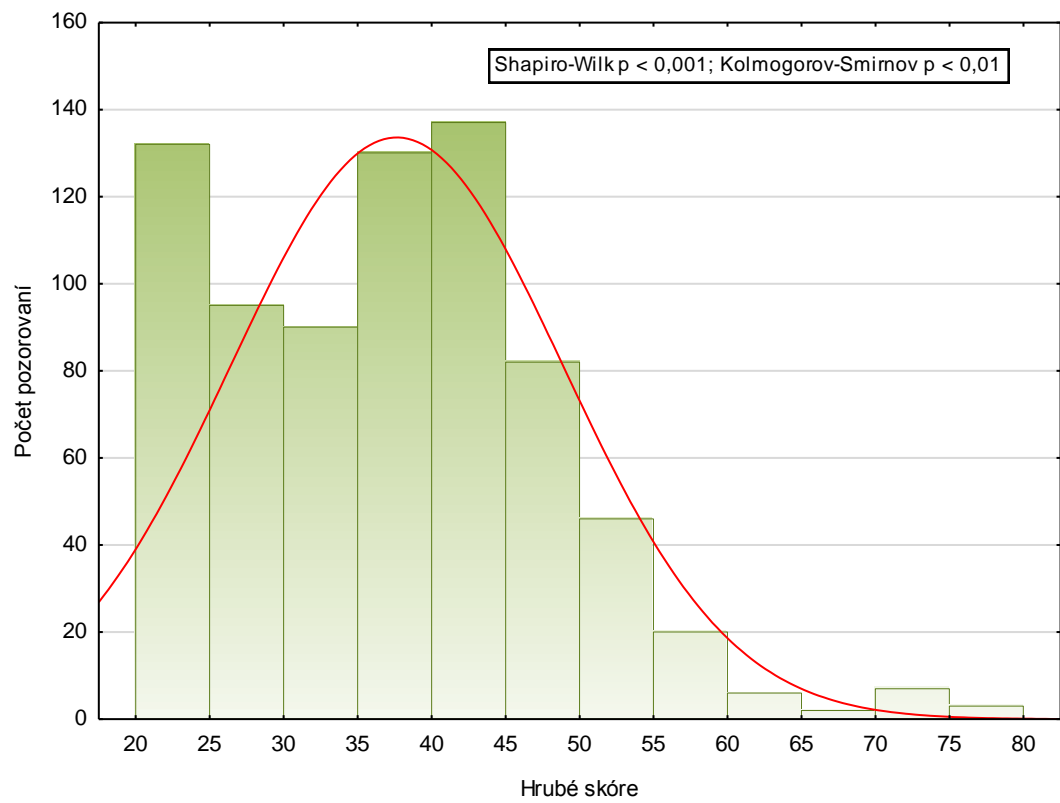
V predošlých kapitolách sme popísali stanovené výskumné ciele a hypotézy, ktoré chceme overovať. Rozobrali sme si dizajn štúdie, aplikovanú metodiku a použité diagnostické nástroje. Prešli sme krok za krokom proces zberu dát. Nasledujúce pasáže tejto práce budú venované popisu získaných výsledkov. Budeme ich sťahovať k stanoveným cieľom výskumu a hypotézam. Pre prehľadnosť a pochopiteľnosť textu pôjdeme rad za radom jednotlivými testovými metódami. Je dôležité zmieniť, že u každej metódy sa môže počet respondentov líšiť. Dôvodom je buď vyradenie niektorých dotazníkov kvôli chýbajúcim odpovediam alebo nevyplnenie určitého dotazníka.

10.1 Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS)

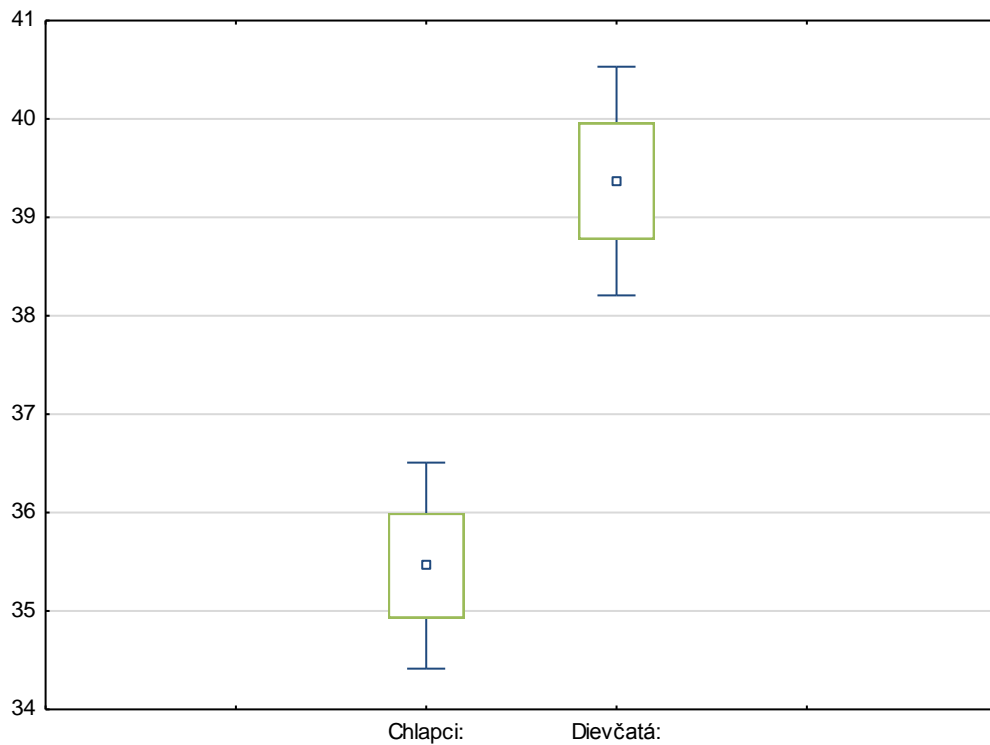
V tejto podkapitole sa budeme venovať rozboru dát získaných metódou Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS). Postupne uvedieme deskriptívnu a rozdielovú analýzu. Výskumný súbor rozdelíme podľa pohlavia, veku a podľa toho, či je respondent žiakom základnej školy alebo študentom gymnázia. Pri analýze metódy SDDSS sme museli z celkového počtu **802 vyzbieraných dotazníkov** vyradiť päťdesiatdva kusov, kvôli dvom a viacerým chýbajúcim odpovediam. Celkovo bolo teda do analýzy zahrnutých 750 žiakov a študentov zo základných škôl a gymnázií, z toho 349 chlapcov (46,53 %) a 401 dievčat (53,47 %). Podľa grafu 1 môžeme vidieť, že rozloženie hodnôt hrubého skóre získaného v dotazníku SDDSS sa signifikantne ($p < 0,01$) odlišuje od normálneho rozloženia. Zodpovedný je za to predovšetkým fakt, že veľká časť populácie nevykazuje depresívnu symptomatiku, resp. jej hodnoty sa nachádzajú v pásme priemeru. Nami zistený koeficient **Cronbachovej alfy** pre túto škálu bol 0,93. Reliabilita **split-half** dosiahla úplne rovnakej úrovne 0,93. Tieto hodnoty sú v súlade s tými uvedenými v kapitole 6.2.1.

Adolescenti získali v dotazníku depresivity **v priemere 37,55 bodov**, so smerodajnou odchýlkou 11,20 bodov. Podľa tohto údaju môžeme za **významne depresívnych** považovať **12,27 %** adolescentov (11,46 % chlapcov a 12,97 % dievčat). Rozdiel medzi chlapcami a dievčatami **v miere depresivity je štatisticky signifikantný** ($p < 0,001$; $t = -4,839$). Chlapci dosiahli priemerné skóre 35,46 bodov, dievčatá 39,37 bodov (graf 2). Medzi priemernými hodnotami je to teda rozdiel 3,91 bodov. Vyššia miera depresivity u dievčat, resp. žien sa potvrdzuje aj v adolescentom veku.

Graf 1: Rozloženie hrubého skóre získaného v dotazníku SDDSS



Graf 2: porovnanie hrubého skóre chlapcov a dievčat v dotazníku SDDSS



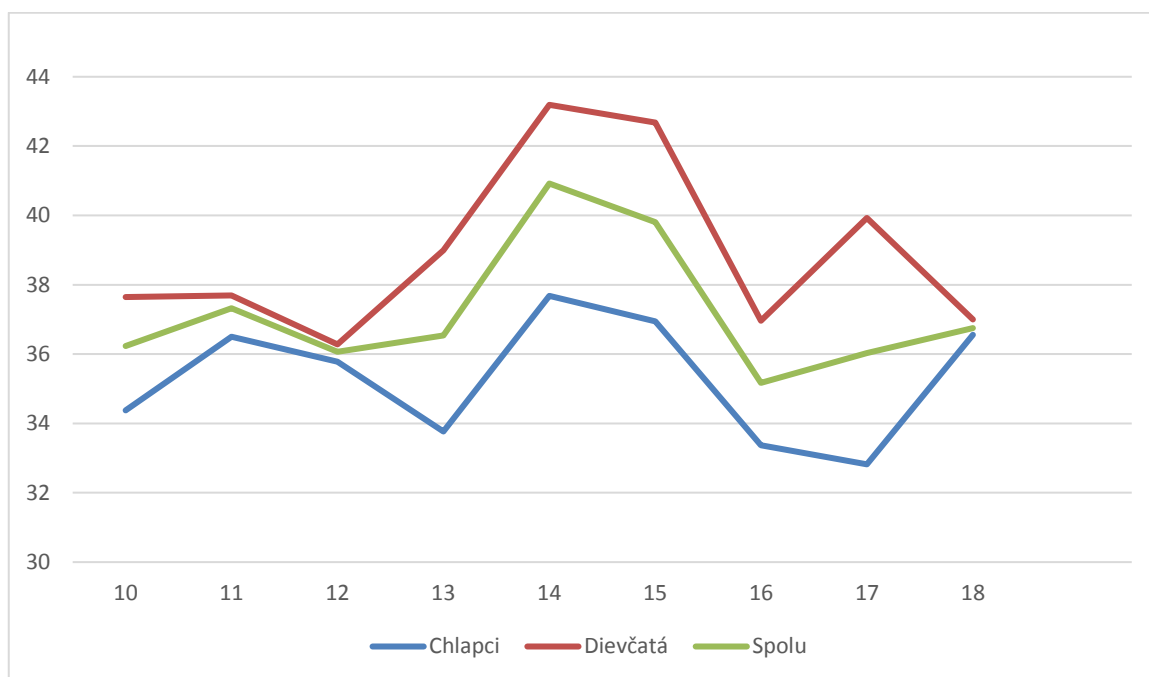
V rámci popisu priemerného hrubého skóre získaného z odpovedí v celom dotazníku uvádzame **priemerné hodnoty a ich smerodajné odchýlky** (tabuľka 10). Predkladáme jeho hodnoty v závislosti od veku a podľa pohlavia.

Tab. 10: Priemerné hrubé skóre získané v dotazníku SDDSS, podľa veku a pohlavia

SDDSS	Vek	Chlapci N=344	Dievčatá N=402	Spolu N=746
	10	34,38 (9,22)	37,65 (7,55)	36,23 (8,47)
	11	36,50 (7,55)	37,69 (13,26)	37,32 (11,87)
	12	35,78 (8,89)	36,28 (11,16)	36,07 (10,26)
	13	33,77 (10,74)	38,99 (12,06)	36,54 (11,75)
Celkové skóre	14	37,68 (9,94)	43,19 (10,42)	40,92 (10,58)
	15	36,94 (9,41)	42,68 (12,86)	39,81 (11,62)
	16	33,37 (7,75)	36,96 (10,50)	35,17 (9,40)
	17	32,82 (12,72)	39,93 (9,67)	36,03 (11,97)
	18	36,56 (8,90)	37,00 (11,40)	36,75 (10,05)

Tieto hodnoty, ktoré chlapci či dievčatá v určitom veku dosiahli, sú vyobrazené tiež na grafe 3. Môžeme z neho vyčítať niekoľko informácií. Je pekne vidieť **rozdiel v miere depresivity medzi chlapcami a dievčatami** – kým u jedenásť a dvanásťročných sú hodnoty priemerného hrubého skóre ešte podobné, s pribúdajúcim vekom sa „nožnice roztvárajú“. Hodnoty, ktoré dosahujú dievčatá sú konštantne vyššie. Ďalej je jasne zreteľný **nárast depresívnej symptomatiky** u chlapcov aj dievčat **medzi trinástym až pätnástym rokom života**. Obe pohlavia tu dosahujú najvyššie hodnoty. Rozdiel je v období šestnásteho až osemnásteho roku života – u dievčat miera depresivity stúpa do sedemnástich rokoch, potom poklesne. U chlapcov najprv mierne klesá a potom začne stúpať. Priemerné hodnoty hrubého skóre oboch pohlaví sa nakoniec stretnú vo veku osemnásť rokov.

Graf 3: Depresivita podľa hrubého skóre dotazníka SDDSS v závislosti na veku a pohlaví



Tabuľka 11 obsahuje percentuálny podiel adolescentov z výskumného súboru, ktorých môžeme na základe hrubého skóre dosiahnutého v dotazníku SDDSS, považovať za významne depresívnych. **Najvyššie hodnoty** pozorujeme **u chlapcov** vo veku **jedenásť rokov**. Vtedy je percentuálny podiel na úrovni **19,57 %**. Druhú najvyššiu hodnotu (14,81 %) dosiahnu v šestnástich rokoch. **Dievčatá** majú **najvyššie hodnoty vo veku dvanásť rokov (17,91 %)**, a potom **v období od šestnásteho do osemnásteho roku života**, keď tento podiel postupne klesá z **22,22 % na 16,67 %**. Pre obe pohlavia teda vieme identifikovať dve obdobia, kedy sú tieto hodnoty výrazne vyššie. Určite stojí za pozornosť, že v týchto fázach života dosiahla až pätina dospelujúcich na škále SDDSS hodnoty, ktoré umožňujú zaradenie medzi výrazne depresívnu časť populácie.

Tab. 11: Percentuálny podiel významne depresívnych jedincov, podľa veku a pohlavia

Vek	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Chlapci %	7,69	19,57	12,24	11,69	4,26	9,43	14,81	5,88	6,25
Dievčatá %	5,88	10,91	17,91	11,49	8,96	11,32	22,22	21,43	16,67

Zároveň je ale zaujímavé, že hoci sme najvyššie priemerné hodnoty hrubého skóre (u oboch pohlaví) namerali medzi **trinástym a pätnástym rokom** života, tak sa tieto čísla neodzrkadľujú v počte jedincov, ktorých môžeme označiť za výrazne depresívnych. Z toho môže vyplývať, že sa v tejto vekovej skupine **stáva vyššia miera depresivity skupinovou normou**.

Čo sa týka **porovnania žiakov základných škôl a študentov gymnázií**, tak pomocou t-testu pre dva nezávislé výbery **nebol nájdený** medzi týmito dvoma skupinami signifikantný rozdiel. Je však nutné dodať, že sa nejedná o vekovo ekvivalentné skupiny, a tak môže byť výsledok skresľujúci.

Tab. 12: Porovnanie priemerného hrubého skóre v metóde SDDSS u žiakov ZŠ a gymnázií

SDDSS	Vek	Základná škola N=530	Gymnázium N=209
	10	36,23 (8,47)	
	11	37,32 (11,87)	
	12	36,62 (10,05)	33,73 (10,80)
	13	36,30 (12,11)	37,74 (9,61)
Celkové skóre	14	39,86 (9,40)	44,92 (13,41)
	15	41,15 (11,49)	35,48 (10,98)
	16		35,17 (9,58)
	17		36,03 (11,97)
	18		36,75 (10,05)

10.1.1 Korelácie s dotazníkmi SIDS a VRSA

V rámci korelačnej analýzy vzájomných vzťahov medzi dotazníkmi sme korelovali dotazník Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS) s dotazníkmi Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS) a Výskyt rizikového správania u adolescentov (VRSA). Medzi dotazníkmi **SDDSS a SIDS** sme pomocou Pearsonovho korelačného koeficientu našli **štatisticky významný, pozitívny a stredne silný vzťah** ($p < 0,001$; $r = 0,45$). Medzi dotazníkmi **SDDSS a VRSA** sme našli takisto **štatisticky významný, pozitívny a stredne silný vzťah** ($p < 0,001$; $r = 0,32$).

10.1.2 Overovanie hypotéz

Na koniec analýzy dát získaných dotazníkom SDDSS uvádzame testované hypotézy (tabuľka 13) aj s učenými závermi. Potvrdil sa predpoklad, že dievčatá dosiahnu na škále SDDSS štatisticky významne vyššie priemerné hrubé skóre ako chlapci. Taktiež sa potvrdila štatisticky významná súvislosť medzi celkovým skóre depresivity (SDDSS) a impulzivitou (SIDS) a rizikovým správaním (VRSA).

Tab. 13: Prehľad testovaných hypotéz

Hypotéza	p-hodnota	Záver
H1	< 0,001	prijímame
H2	0,212	neprijímame
H3	< 0,001	prijímame
H4	< 0,001	prijímame

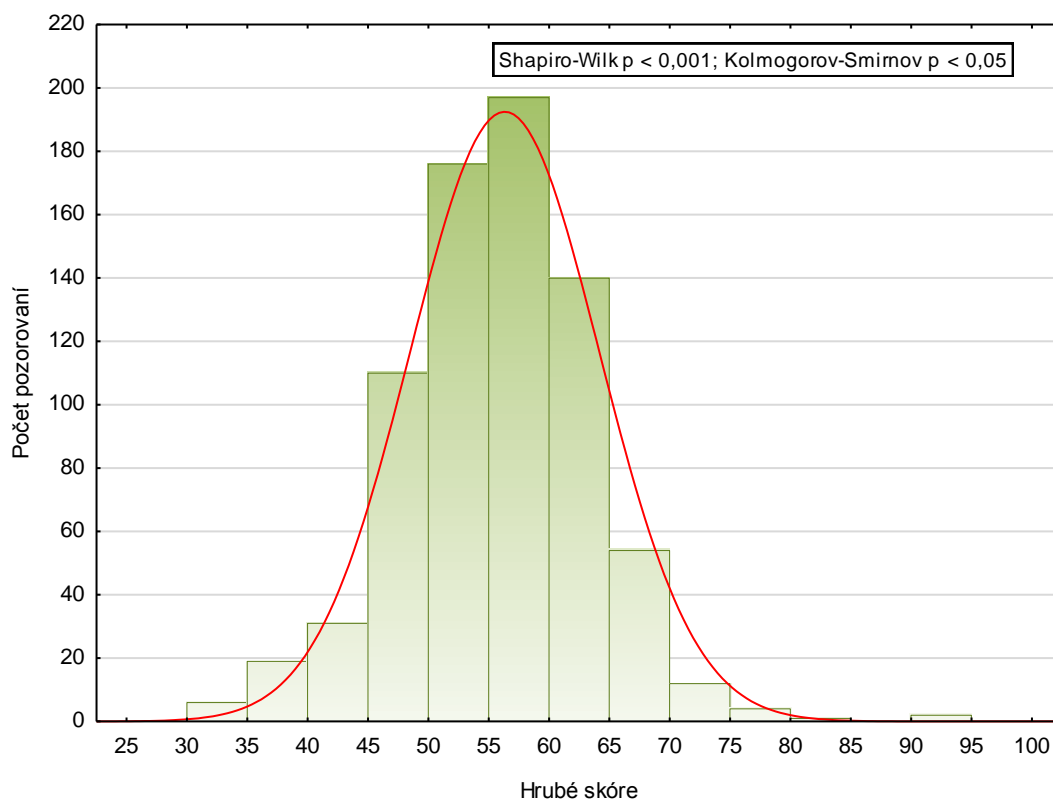
10.2 Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS)

Ďalej sa budeme venovať rozboru dát získaných metódou Škála impulzivity Dolejš, a Skopal (SIDS). Vykonáme deskriptívnu a rozdielovú analýzu. Popisovaný výskumný súbor si rozdelíme podľa pohlavia, veku a podľa toho, či je respondent žiakom základnej školy alebo študentom gymnázia. Pri analýze metódy SIDS sme museli z celkového počtu **802 vyzbieraných dotazníkov** vyradiť päťdesiat kusov, kvôli dvom a viacerým chýbajúcim odpovediam. Celkovo bolo teda do analýzy zahrnutých 752 žiakov a študentov zo základných škôl a gymnázií, z toho 348 chlapcov (46,28 %) a 404 dievčat (53,72 %). Títo adolescenti **získali v priemere 56,16 bodov** na škále impulzivity, so smerodajnou odchýlkou 7,79 bodov. Podľa grafu 4 môžeme vidieť, že rozloženie hodnôt hrubého skóre získaného v dotazníku SIDS sa signifikantne ($p < 0,05$) odlišuje od normálneho rozdelenia. Väčšina respondentov je naskladaných okolo stredových hodnôt.

Koeficient **Cronbachovej alfy** pre túto škálu bol **0,76**. Reliabilita **split-half** mala hodnotu **0,83**. Tieto výsledky sú podobné tým, ktoré uvádzame v kapitole 6.2.2.

V rámci popisu priemerného hrubého skóre získaného z odpovedí v celom dotazníku, uvádzame v tabuľke 14 **priemerné hodnoty a ich smerodajné odchýlky**. Rozdelené sú v závislosti od veku a pohlavia. Vývoj impulzivity podľa hrubého skóre v dotazníku SIDS v závislosti na veku a pohlaví zobrazuje graf 5.

Graf 4: Rozloženie hrubého skóre získaného v dotazníku SIDS

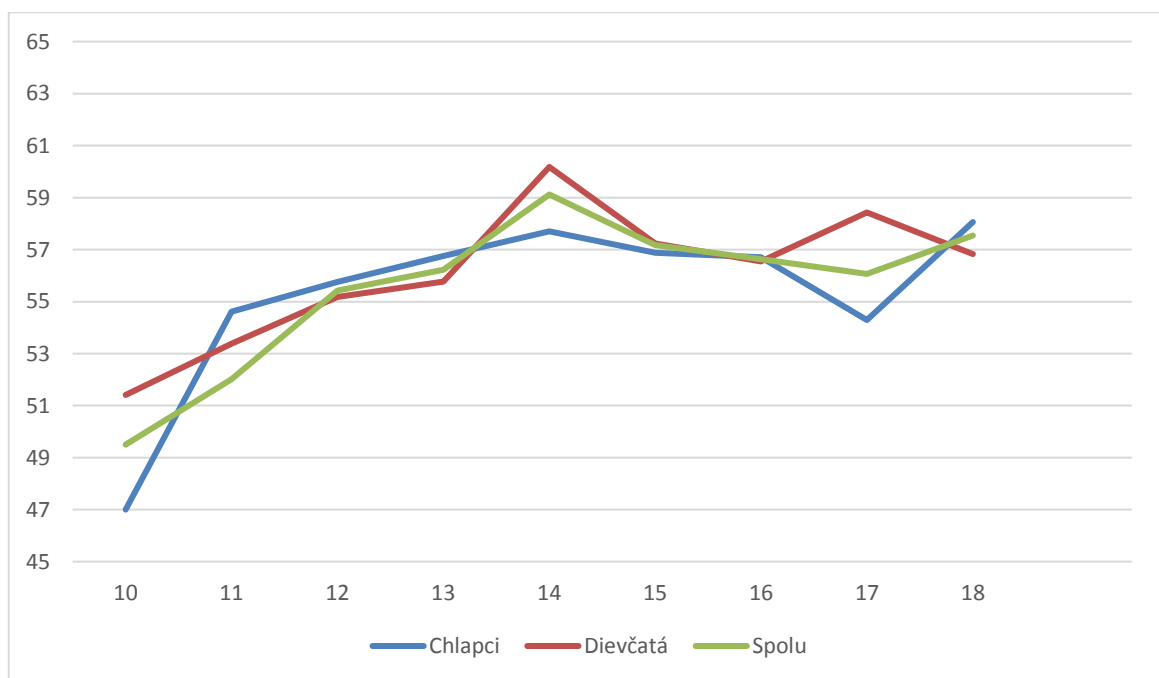


Tab. 14: Porovnanie priemerného hrubého skóre získaného v dotazníku SIDS

SIDS	Vek	Chlapci	Dievčatá	Spolu
		N=344	N=402	N=746
	10	47,00 (7,75)	51,41 (7,79)	49,50 (8,07)
	11	54,61 (8,59)	53,38 (8,56)	52,02 (12,00)
	12	55,76 (7,03)	55,18 (9,68)	55,43 (8,65)
	13	56,76 (8,81)	55,77 (7,32)	56,23 (8,07)
Celkové skóre	14	57,70 (5,45)	60,18 (57,23)	59,12 (6,69)
	15	56,88 (6,98)	57,23 (6,27)	57,17 (6,58)
	16	56,71 (4,78)	56,54 (6,27)	56,63 (5,51)
	17	54,29 (3,91)	58,43 (5,07)	56,06 (4,87)
	18	58,06 (7,66)	56,83 (5,41)	57,54 (6,82)

Vo všetkých súboroch, čiže u chlapcov, dievčat a aj v spoločnom súhrne, je bada-
 telný **nárast s vrcholom okolo štrnásteho veku života**. Napriek pomalšiemu štartu tu
 dievčatá chlapcov jednoznačne predbiehajú (60,18 priemerného hrubého skóre u dievčat
 oproti 57,70 u chlapcov). Potom nastáva **plynulý pokles**, s opätovným **vyvrcholením**
v sedemnástom roku života u dievčat, a v osemnástom roku života u chlapcov. Oproti
 počiatočným hodnotám sa jedná o pomerne výrazný posun. V sledovanom období sa už
 úroveň impulzivity nevracia ani nepribližuje k pôvodným nižším hodnotám. Pomocou
 štatistického testovania (t-test pre dva nezávislé výbery) sme **ne našli** signifikantný rozdiel
 medzi pohlaviami.

Graf 5: Impulzivita podľa hrubého skóre v dotazníku SIDS v závislosti na veku a pohlaví



Ďalej v tabuľke 15 uvádzame hodnoty priemerného hrubého skóre podľa druhu
 školy (základná škola alebo gymnázium). Trendy, ktoré sme evidovali pri vývoji impulzivity
 podľa veku a pohlavia sú stále badateľné. Pri štatistickom testovaní (t-test pre dva
 nezávislé výbery) sme **ne našli** signifikantný rozdiel v miere impulzivity medzi žiakmi
 základných škôl a študentami gymnázií. Opäť ale treba dodať, že obidva súbory sú vekovo
 neekvivalentné.

Tab. 15: Porovnanie priemerného hrubého skóre v metóde SIDS u žiakov ZŠ a gymnázií

SIDS	Vek	Základná škola N=530	Gymnázium N=209
	10	49,50 (8,07)	
	11	53,75 (8,73)	
	12	56,12 (9,02)	52,84 (6,44)
	13	56,30 (8,19)	55,93 (7,41)
Celkový skór	14	58,92 (6,92)	59,84 (5,71)
	15	57,42 (7,03)	55,92 (5,01)
	16		56,44 (5,52)
	17		56,06 (4,87)
	18		57,54 (6,82)

10.2.1 Korelácie s dotazníkmi SDDSS a VRSA

V rámci skúmania vzájomných vzťahov medzi dotazníkmi, pomocou korelačnej analýzy, sme korelovali dotazník Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS) s dotazníkmi Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS) a Výskyt rizikového správania u adolescentov (VRSA). Medzi dotazníkmi **SIDS a SDDSS** sme pomocou Pearsonovho korelačného koeficientu našli **štatisticky významný, pozitívny a stredne silný vzťah** ($p < 0,001$; $r = 0,45$). Medzi dotazníkmi **SIDS a VRSA** sme takisto našli **štatisticky významný, pozitívny a stredne silný vzťah** ($p < 0,001$; $r = 0,46$).

10.2.2 Overovanie hypotéz

V tabuľke 16 uvádzame testované hypotézy aj s učenými závermi. Rozdiely medzi pohlaviami ani medzi žiakmi základných škôl a študentami gymnázií sa nepotvrdili. Priemerné hrubé skóre dosiahnuté v dotazníku SIDS sa ani medzi jednou z porovnávaných skupín štatisticky významne nelíšilo. Taktiež sa potvrdila signifikantná súvislosť medzi celkovým skóre impulzivity (SIDS) a depresivitou (SDDSS) a rizikovým správaním (VRSA).

Tab. 16: Prehľad testovaných hypotéz

Hypotéza	p-hodnota	Záver
H5	0,742	neprijímame
H6	0,614	neprijímame
H7	< 0,001	prijímame
H8	< 0,001	prijímame

10.3 Výskyt rizikového správania v adolescentnom veku (VRSA)

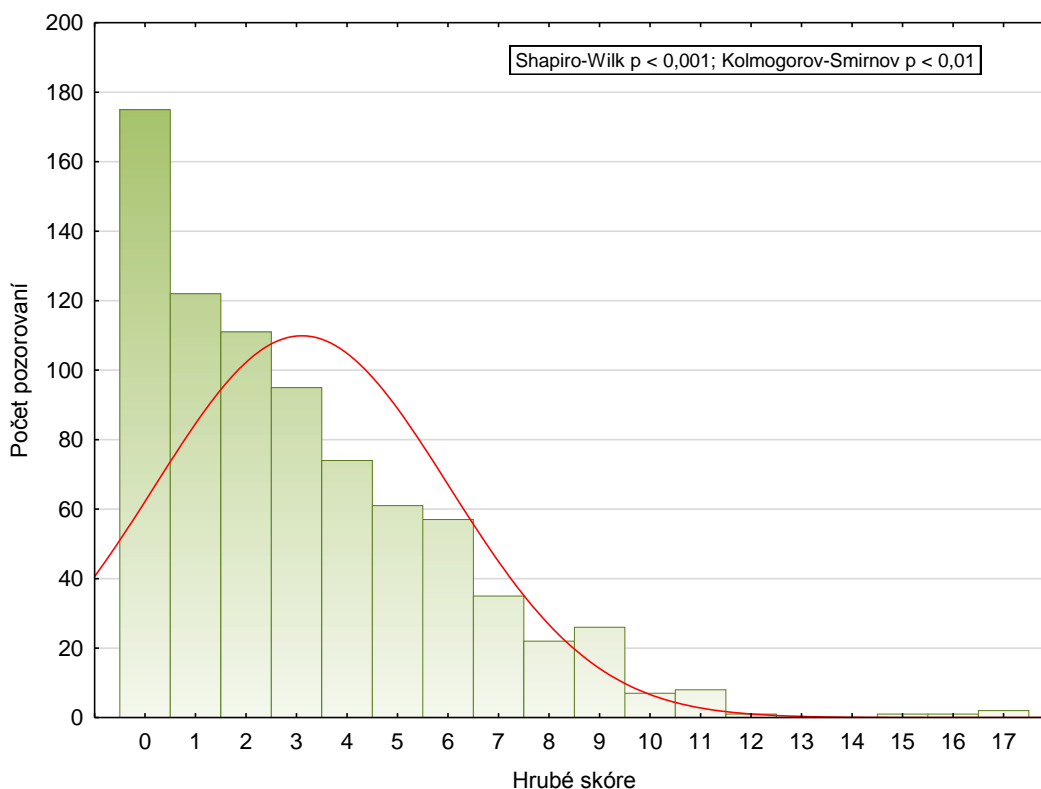
V tejto podkapitole sa budeme venovať rozboru dát získaných metódou Výskyt rizikového správania v adolescentnom veku - VRSA. Uvedieme si deskriptívnu, rozdielovú a na záver aj korelačnú analýzu. Ukážeme si priemerné hodnoty hrubého skóre získaného v celom dotazníku, a tiež v jeho jednotlivých subškálach (*abúzus psychoaktívnych látok, delikvencia, šikanovanie* v podobe objektu šikany). Takisto si uvedieme **počty kladných odpovedí na jednotlivé otázky**. Z toho sa dá usudzovať na výskyt jednotlivých typov rizikového správania v sledovanej populácii. Pri analýze metódy VRSA sme museli z celkového počtu **802 vyzbieraných dotazníkov** vyradiť štyri kusy, kvôli dvom a viacerým chýbajúcim odpovediam.⁶ Celkovo bolo teda do analýzy zahrnutých 798 žiakov a študentov zo základných škôl a gymnázií, z toho 381 chlapcov (47,74 %) a 417 dievčat (52,26 %). Títo adolescenti **získali v priemere 3,09 bodov** v celej škále rizikového správania, so smerodajnou odchýlkou 2,87 bodov. Z grafu 6 môžeme vyčítať, že rozloženie hodnôt hrubého skóre získaného v dotazníku VRSA sa signifikantne ($p < 0,01$) odlišuje od normálneho rozdelenia. Väčšina respondentov je totiž nerizikových alebo sa nachádza v pásme nízkej rizikovosti.

Reliabilita vyjadrená **Cronbachovou alfou** dosiahla hodnotu **0,76**. Reliabilita **split-half** dosiahla rovnaké číslo **0,76**. Reliabilita **subškál** vymedzená Cronbachovou alfou bola **v rozmedzí 0,52 až 0,76**. Hodnoty sú podobné tým, ktoré sme uviedli v kapitole 6.2.3.

V rámci popisu priemerného hrubého skóre získaného z odpovedí v celom dotazníku uvádzame **priemerné hodnoty a ich smerodajné odchýlky**. Delíme ich podľa pohlavia a tiež na základe jednotlivých vekových kategórií (tabuľka 17).

⁶ Dotazník bol v testovej batérii prvý v poradí, zrejme preto má najmenší počet vyradených kusov.

Graf 6: Rozloženie hrubého skóre získaného v dotazníku VRSA



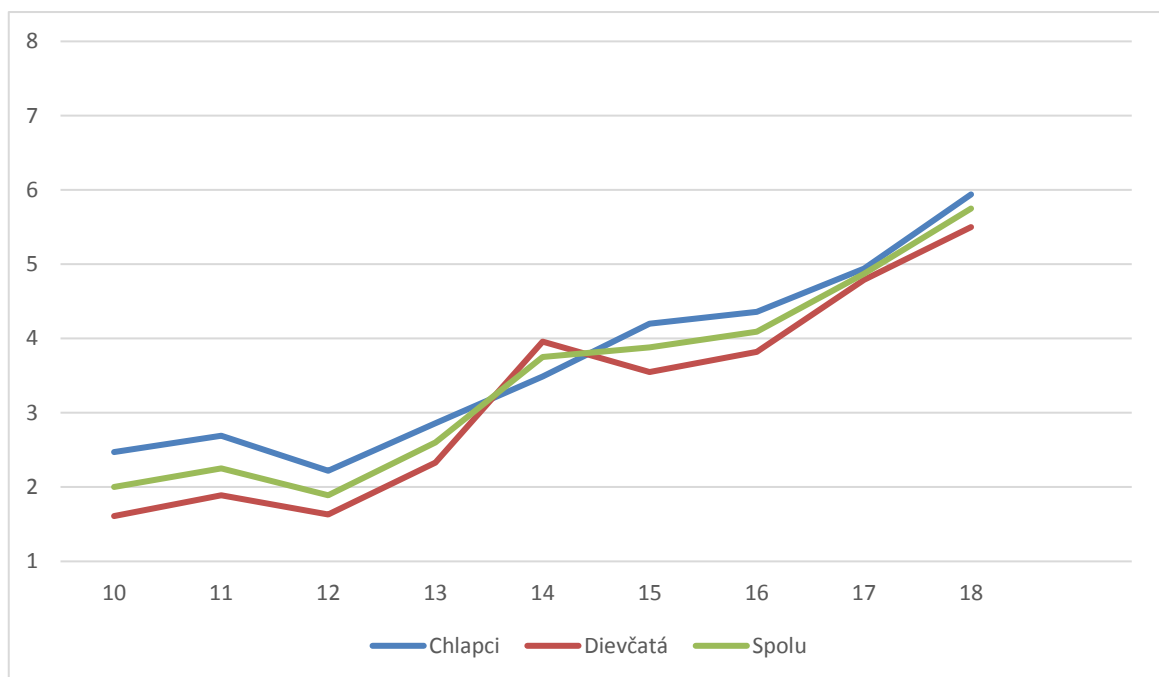
Tab. 17: Porovnanie priemerného hrubého skóre získaného v dotazníku VRSA

VRSA	Vek	Chlapci	Dievčatá	Spolu
		N=377	N=415	N=792
	10	2,47 (2,28)	1,61 (2,24)	2,00 (2,30)
	11	2,69 (3,66)	1,89 (2,77)	2,25 (3,22)
	12	2,22 (1,96)	1,63 (1,98)	1,89 (1,99)
	13	2,86 (2,76)	2,33 (2,46)	2,60 (2,63)
Celkové skóre	14	3,49 (2,42)	3,96 (2,73)	3,75 (2,61)
	15	4,20 (2,84)	3,55 (3,43)	3,88 (3,16)
	16	4,36 (2,62)	3,82 (3,05)	4,09 (2,86)
	17	4,94 (2,41)	4,79 (2,45)	4,87 (2,46)
	18	5,94 (2,93)	5,50 (1,98)	5,75 (2,57)

Z priemerného hrubého skóre získaného v dotazníku VRSA, môžeme vyčítať nasledovné (graf 7). Od veku **10 rokov až po vek 18 rokov** (ďalej už naša analýza nesiahá) môžeme sledovať takmer **konštantný rast hodnôt výskytu rizikového správania**

u adolescentov. Jedinou výnimkou dvanásť rok života. Vtedy dochádza k poklesu približne na úroveň pred týmto vekom. Toto je badateľné u oboch pohlaví. S trinástimi rokmi sa všetko opäť vracia k predchádzajúcemu trendu. **Najvyššie hodnoty dosahujú adolescenti vo veku 18 rokov.** Ide o dvoj alebo viacnásobný nárast výsledného priemerného hrubého skóre oproti počiatočnej hodnote. Chlapci skórujú v ôsmich z deviatich vekových skupín vyššie ako dievčatá. Dievčatá sú „rizikovejšie“ ako chlapci len vo veku 14 rokov. Potom ale ich priemerné hrubé skóre klesne, a vedenie prevezmú opäť chlapci. Tieto skutočnosti sa však pri štatistickom testovaní **neprejavili ako signifikantné.**

Graf 7: Rizikovosť podľa hrubého skóre v dotazníku VRSA v závislosti na veku a pohlaví



Pri porovnávaní žiakov základných škôl a študentov gymnázií (tabuľka 18) môžeme opäť tieto trendy pozorovať. Obe skupiny sme podrobili štatistickému testovaniu (t-test pre dva nezávislé výbery). Prvotná analýza ukázala signifikantný rozdiel. Študenti gymnázií dosiahli 3,66 bodov celkového priemerného hrubého skóre, oproti 2,86 bodov žiakov základných škôl ($p < 0,001$; $t = -3,538$). Keďže však boli zvýhodnení vyšším vekom, s ktorým sa spájajú aj vyššie hodnoty skóre, tak sme pristúpili k testovaniu vekovo ekvivalentných skupín. Pri tejto analýze sme už **signifikantný rozdiel nenašli**. Po znížení kritérií by sa maximálne dalo hovoriť o objavenom **trende** ($p = 0,101$; $t = 1,641$).

Tab. 18: Porovnanie priemerného hrubého skóre u žiakov ZŠ a Gymnázíí

VRSA	Vek	Základná škola	Gymnázium
		N=569	N=217
	10	2,00 (2,30)	
	11	2,30 (3,26)	
	12	2,07 (2,03)	1,22 (1,66)
	13	2,69 (2,71)	2,07 (2,04)
Celkové skóre	14	3,62 (2,62)	4,28 (2,49)
	15	4,20 (3,37)	2,80 (1,98)
	16		3,98 (2,83)
	17		4,87 (2,43)
	18		5,75 (2,57)

Zaujímavé hodnoty prinášajú počty kladných odpovedí na položku (tabuľka 19). Podľa nich v podstate vieme usudzovať na výskyt jednotlivých foriem rizikového správania v sledovanej populácii.

Tab. 19: Výskyt jednotlivých foriem rizikových aktivít podľa pohlavia v percentách

Otázka	Chlapci	Dievčatá	Spolu
1. Pil/pila si počas posledných 30 dní nejaký alkoholický nápoj?	27,30	25,42	26,32
2. Sfalšoval/sfalšovala si niekedy podpis rodičov?	20,47	32,85	26,94
3. Ukradol/ukradla si niekedy peniaze rodičom alebo niekomu inému?	17,59	19,18	18,42
4. Bol/bola si niekedy počas svojho života "za školou"?	15,22	13,67	14,41
5. Užil/užila si niekedy počas života lieky bez toho, aby si ich potreboval/potrebovala (zdravotné problémy) a aby o tom vedeli rodičia?	9,97	11,99	11,03
6. Ukradol/ukradla si niekedy niečo?	46,72	30,70	38,35
7. Už si si niekedy počas života zámerne fyzicky ublížil/ublížila?	25,72	26,14	25,94
8. Fajčil/fajčila si alebo inak užil/užila marihuanu („trávu“) alebo hašiš niekedy počas svojho života?	16,27	11,75	13,91
9. Fajčil/fajčila si počas posledných 30 dní cigarety (tabak)?	12,60	12,71	12,66
10. Mal/mala si niekedy počas svojho života pohlavný styk?	10,76	7,43	9,02
11. Urážali ťa spolužiaci/spolužiačky niekedy počas posledných 30 dní?	38,85	30,94	34,71
12. Poškodil/poškodila si niekedy počas života cudzí majetok len tak pre zábavu?	27,56	10,79	18,80

13. Vyfajčíš denne viac než 5 cigariet?	4,99	3,12	4,01
14. Bol/bola si niekedy počas posledných 30 dní opitý/opitá tak, že si mal/mala problémy s chôdzou, s hovorením, zvracal/zvracala si alebo si si nepamätal/nepamätala, čo sa stalo?	7,61	5,52	6,52
15. Mal/mala si niekedy „opletačky“ s políciou kvôli tomu, čo si urobil/urobila?	10,50	4,80	7,52
16. Ublížil ti niekto alebo ťa zosmiešňoval v posledných 30 dňoch na internete (sociálne siete, nevhodné videá, blogy a iné)?	6,82	7,67	7,27
17. Ublížil ti niekto zo spolužiakov/spolužiačok počas posledných 30 dní?	14,44	14,87	14,66
18. Ukradol/ukradla si niekedy niečo v obchode?	22,05	14,39	18,05

Podľa hodnôt pre celý súbor sú **najčastejšími formami rizikových aktivít** krádeže (položka č. 6) a urážanie spolužiakmi v podobe objektu urážok (položka č. 18). Čo sa týka rozdielov medzi pohlaviami (tabuľka 20), tak **chlapci** signifikantne viac kradnú (najčastejšia položka u chlapcov), poškodzujú cudzí majetok, fajčia a majú častejšie opletačky s políciou, ale sú zároveň častejšie terčom urážok spolužiakov. **Dievčatá** zase vo štatisticky významne väčšom množstve falšujú podpisy svojich rodičov (najčastejšia položka u dievčat).

Tab. 20: Priemerné hodnoty položiek podľa pohlavia

Číslo položky	Priemer chlapci	Priemer dievčatá	p-hodnota
1	0,27	0,25	0,548
2	0,21	0,33	< 0,001
3	0,18	0,19	0,561
4	0,15	0,14	0,532
5	0,1	0,12	0,364
6	0,47	0,31	< 0,001
7	0,26	0,26	0,893
8	0,16	0,12	0,065
9	0,13	0,13	0,962
10	0,11	0,07	0,102
11	0,39	0,31	0,019
12	0,28	0,11	< 0,001
13	0,05	0,03	0,179
14	0,08	0,06	0,231

15	0,11	0,05	0,002
16	0,07	0,08	0,645
17	0,14	0,15	0,863
18	0,22	0,14	0,005

Množstvo dát prináša tiež **častot' výskytu jednotlivých foriem rizikových aktivít podľa veku adolescentov** (tabuľka 21). Takmer všetky druhy rizikových aktivít rastú s vekom. Výnimkou sú len krádeže (položka č. 6) a ubližovanie spolužiakmi (položka č. 17), ktoré kolíšu, resp. klesajú. Čo sa týka **abúzu psychoaktívnych látok**, tak výskum priniesol nasledovné údaje: v skupine **desaťročných** udáva **pitie alkoholu** v posledných 30 dňoch okolo **šesť percent detí**. Toto číslo sa drží do veku dvanásť rokov, potom nastáva rapídny nárast. Súhlasnú odpoveď zvolila takmer **polovica pätnásťročných** a **štyri pätiny sedemnášťročných**. **Fajčenie (alebo iné užívanie) marihuany** prvý krát v našom súbore udávajú **jedenásťroční** (3,54 %). Od veku trinásť rokov pomerne výrazne vzrastá. Kladne odpovedá **tretina šestnásťročných** a **polovica sedemnášťročných**. Fajčenie **cigariet** zrejme začína tiež v **jedenásť rokoch** (4,42 %). Do trinásť rokov sa tieto hodnoty príliš nemenia, ale aj tak zistenie, že v tomto veku okolo **dvoch až troch percent detí vyfajčí denne viac než 5 cigariet**, je pomerne zásadné. S pribúdajúcim vekom sa zvyšuje aj percento fajčiarov, takmer identicky ako pri marihuane. Podiel tých, ktorý denne vyfajčia viac ako päť cigariet však dosiahne najvyššej hodnoty 7,14 %. Zo získaných údajov môžeme konštatovať, že **takmer polovica osemnásťročných fajčí**, avšak **viac ako 5 cigariet denne vyfajčí len 3,57 % z nich**.

Tab. 21: Výskyt jednotlivých foriem rizikových aktivít v závislosti od veku

Otázka	10 r.	11 r.	12 r.	13 r.	14 r.	15 r.	16 r.	17 r.	18 r.
1	6,06	4,42	6,92	17,06	24,59	43,12	60,71	80,65	89,29
2	12,12	14,16	15,38	24,71	37,70	37,61	41,07	38,71	28,57
3	12,12	18,58	15,38	20,00	23,77	16,51	16,07	12,90	25,00
4	0,00	6,19	6,15	10,00	20,49	19,27	26,79	35,48	28,57
5	9,09	8,85	6,92	11,18	12,30	12,84	14,29	12,90	10,71
6	45,45	30,97	30,00	37,65	43,44	41,28	50,00	41,94	42,86
7	21,21	20,35	20,00	21,18	36,89	35,78	23,21	29,03	32,14

8	0,00	3,54	2,31	7,65	13,11	19,27	35,71	51,61	53,57
9	0,00	4,42	2,31	4,71	15,57	17,43	33,93	32,26	53,57
10	3,03	4,42	1,54	3,53	6,56	11,01	19,64	32,26	50,00
11	33,33	38,05	29,23	32,94	43,44	36,70	25,00	19,35	50,00
12	12,12	16,81	13,08	20,59	23,77	21,10	14,29	16,13	28,57
13	0,00	2,65	1,54	4,12	4,92	5,50	7,14	6,45	3,57
14	0,00	2,65	0,77	2,94	4,92	10,09	10,71	35,48	25,00
15	3,03	5,31	4,62	4,71	10,66	13,76	5,36	9,68	17,86
16	3,03	7,08	4,62	6,47	13,93	9,17	1,79	6,45	7,14
17	21,21	23,01	15,38	8,82	18,03	13,76	8,93	3,23	17,86
18	18,18	13,27	13,08	20,59	21,31	23,85	14,29	22,58	10,71

Keďže je **dotazník VRSA tvorený tromi subškálami** (*abúzus psychoaktívnych látok, delikvencia a šikana*), je okrem celkového hrubého skóre nevyhnutné pracovať aj so skóre získaným v jednotlivých subškálach. Tieto hodnoty uvádzame v tabuľke 22. Priemerné hrubé skóre sme rozdelili podľa pohlavia. Uvedená je ale samozrejme aj spoločná hodnota pre celý skúmaný súbor (t.j. obe pohlavia dohromady). Z vyplývajúcich hodnôt je na prvý pohľad evidentné, že **chlapci dosahujú vyššie priemerné hrubé skóre vo všetkých troch subškálach**. Rozdiely, možno prekvapivo, však nie sú nijak drastické. **Signifikantne** ($p < 0,01$; $t = 3,193$) sa líši priemerné hrubé skóre len v **subškále delikvencia**. Tu chlapci dosahujú hodnotu 1,46 priemerného hrubého skóre oproti 1,16 u dievčat. V tejto jedinej subškále sme **našli signifikantný rozdiel medzi pohlaviami** ($p < 0,01$; $t = 3,193$).

Tab. 22: Porovnanie hrubých skóre v subškálach dotazníku VRSA

Faktor	Chlapci N=377	Dievčatá N=415	Spolu N=792
Abúzus	0,84 (1,35)	0,69 (1,20)	0,83 (1,42)
Delikvencia	1,46 (1,42)	1,16 (1,30)	1,42 (1,50)
Šikana	1,08 (1,15)	0,93 (1,12)	1,01 (1,13)

10.3.1 Subškála abúzus psychoaktívnych látok

Čo sa týka **častosti kladných odpovedí na položku**, tak tento počet uvádzame v tabuľke 23. **Najviac krát zaškrtnutou odpoveďou** v subškále *abúzus* bola hneď prvá položka „Pil/pila si počas posledných 30 dní nejaký alkoholický nápoj?“, ktorú označilo 210 respondentov. S takmer polovičným počtom súhlasných vyjadrení nasledovala otázka číslo osem „Fajčil/fajčila si alebo inak užil/užila marihuanu („trávu“) alebo hašiš niekedy počas svojho života?“, ktorú označilo 111 respondentov. Na pomyselnom treťom mieste sa v tesnom závесе so 101 označeniami nachádza otázka číslo deväť „Fajčil/fajčila si počas posledných 30 dní cigarety (tabak)?“. Je teda zrejmé, že sa v našich kultúrnych podmienkach adolescenti najčastejšie stretávajú s drogami, resp. psychoaktívnymi látkami, ktoré sú naprieč celou spoločnosťou bežne užívané, a do značnej miery tolerované. V prípade marihuany, resp. hašišu však treba podotknúť, že sa jedná o látky nelegálne bez ohľadu na vek užívateľa.

Tab. 23: počty kladných odpovedí na položky subškály abúzus

Číslo a znenie otázky	N	%
1. Pil/pila si počas posledných 30 dní nejaký alkoholický nápoj?	210	26,3
5. Užil/užila si niekedy počas života lieky bez toho, aby si ich potreboval/potrebovala (zdravotné problémy) a aby o tom vedeli rodičia?	88	11,0
8. Fajčil/fajčila si alebo inak užil/užila marihuanu („trávu“) alebo hašiš niekedy počas svojho života?	111	13,9
9. Fajčil/fajčila si počas posledných 30 dní cigarety (tabak)?	101	12,7
10. Mal/mala si niekedy počas svojho života pohlavný styk?	72	9,0
13. Vyfajčíš denne viac než 5 cigariet?	32	4,0
14. Bol/bola si niekedy počas posledných 30 dní opitý/opitá tak, že si mal/mala problémy s chôdzou, s hovorením, zvracal/zvracala si alebo si si nepamätal/nepamätala, čo sa stalo?	52	6,5

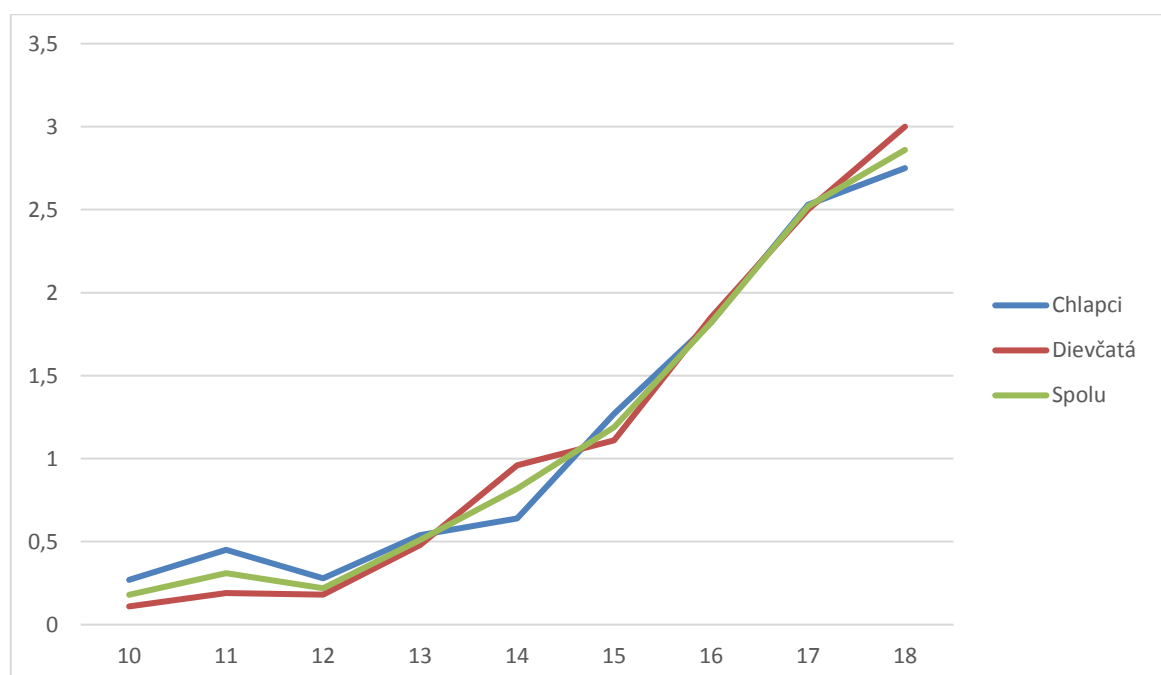
Keďže je pri výskume rizikového správania adolescentov vek dôležitou premennou, nemôžeme ho pri našej analýze opomenúť. Čo sa týka subškály *abúzus*, je badateľné, že **hodnota priemerného hrubého skóre rastie spolu s vekom** (výnimkou je u oboch pohlaví vek 12 rokov). Z uvedených dát je možné konštatovať, že **výrazný nárast nastáva okolo 15 roku života (u dievčat o rok skôr)**, a pokračuje až po koniec sledovaného obdobia, t.j. po vek 18 rokov (tabuľka 24). Tento trend je vcelku dobre pochopiteľný, keďže užívanie

rôznych psychoaktívnych látok všeobecne stúpa s blížiacim sa vekom plnoletosti, a zároveň je už v tomto veku rada legálnych psychoaktívnych látok „dospelým“ adolescentom riadne dostupná. Grafické znázornenie ponúka graf 7.

Tab. 24: Porovnanie priemerných hrubých skóre v subškále abúzus

VRSA	Vek	Chlapci N=377	Dievčatá N=415	Spolu N=792
Abúzus	10	0,27 (0,44)	0,11 (0,46)	0,18 (0,46)
	11	0,45 (1,43)	0,19 (0,82)	0,31 (1,15)
	12	0,28 (0,87)	0,18 (0,45)	0,22 (0,67)
	13	0,54 (1,21)	0,48 (0,92)	0,51 (1,07)
	14	0,64 (0,95)	0,96 (1,54)	0,82 (1,32)
	15	1,27 (1,48)	1,11 (1,49)	1,19 (1,49)
	16	1,82 (1,69)	1,85 (1,87)	1,82 (1,77)
	17	2,53 (1,68)	2,50 (1,55)	2,52 (1,62)
	18	2,75 (1,48)	3,00 (1,47)	2,86 (1,48)

Graf 8: Porovnanie priemerných hrubých skóre v subškále abúzus



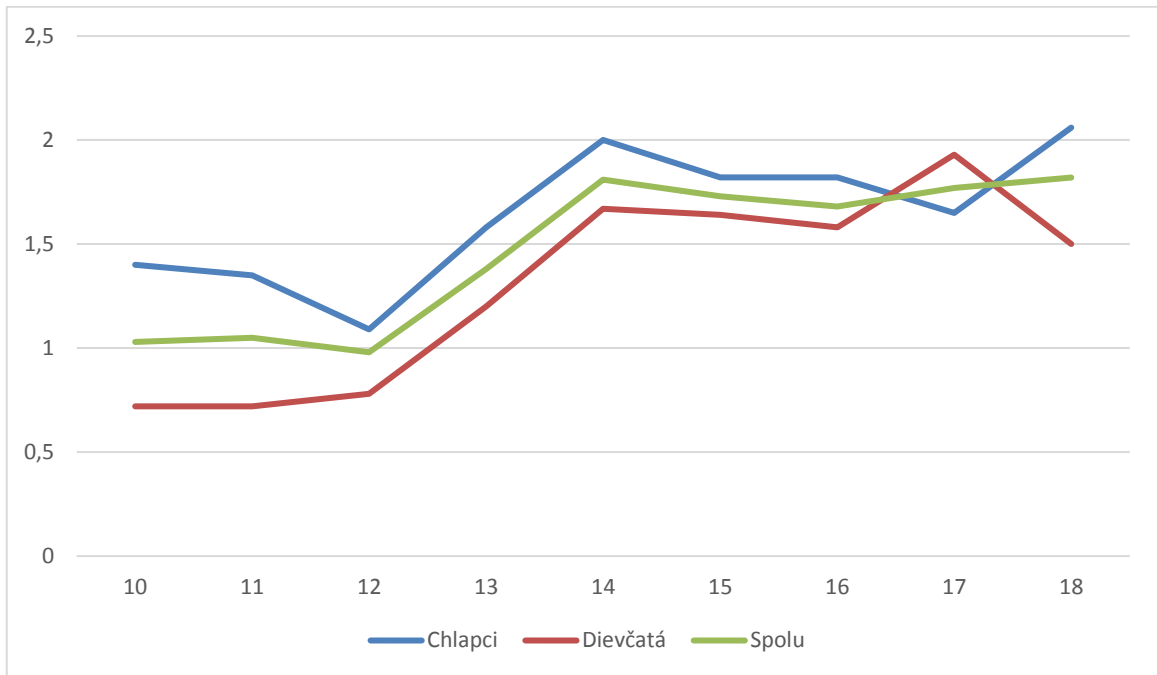
10.3.2 Subškála delikvencia

V subškále *delikvencia* je oproti počiatocným hodnotám vo veku 10 rokov takisto badateľný nárast priemerného hrubého skóre do veku 18 rokov. **U chlapcov** začína pozvoľným poklesom z hodnoty 1,40 vo veku 10 rokov na 1,09 vo veku 12 rokov, ktorý ale po dvanástom roku končí, a vo veku trinásť rokov začína priemerné hrubé skóre opäť rásť. V štrnástich rokoch dosahuje druhú najväčšiu hodnotu (2,00 priemerného hrubého skóre), potom pozvoľna klesá, aby **vyvrcholil v osemnástich rokoch** (priemerné hrubé skóre 2,06). **U dievčat** je trend trošičku iný. Začína miernym nárastom zo začiatocnej hodnoty 0,72 priemerného hrubého skóre, výraznejšie sa zvýši vo veku štrnásť rokov, opäť mierne klesá a **vrcholí vo veku sedemnášť rokov** (priemerné hrubé skóre 1,93), teda o rok skôr ako u chlapcov. **O rok potom už môžeme pozorovať zreteľný pokles** na hodnotu 1,50. Pri zlúčení oboch pohlaví dochádza spočiatku len k miernemu nárastu, situácia vrcholí vo veku trinásť a štrnásť rokov, mierne klesá a zase stúpa, aby sa vo veku osemnásť rokov zastavilo priemerné hrubé skóre na hodnote 1,82 (tabuľka 25). Graficky tieto údaje znázorňuje graf 8.

Tab. 25: Porovnanie priemerných hrubých skóre v subškále delikvencia

VRSA	Vek	Chlapci N=377	Dievčatá N=415	Spolu N=792
	10	1,40 (1,25)	0,72 (1,15)	1,03 (1,24)
	11	1,35 (1,76)	0,72 (0,93)	1,05 (1,57)
	12	1,09 (1,37)	0,78 (1,31)	0,98 (1,34)
	13	1,58 (1,58)	1,20 (1,32)	1,38 (1,47)
Delikvencia	14	2,00 (1,65)	1,67 (1,32)	1,81 (1,48)
	15	1,82 (1,51)	1,64 (1,76)	1,73 (1,64)
	16	1,82 (1,29)	1,58 (1,42)	1,68 (1,44)
	17	1,65 (0,90)	1,93 (1,39)	1,77 (1,16)
	18	2,06 (1,30)	1,50 (1,32)	1,82 (1,34)

Graf 9: Porovnanie priemerných hrubých skóre v subškále delikvencia



Čo sa týka **častosti kladných odpovedí na položku**, v subškále *delikvencia* (tabuľka 26) suverénne vedie otázka číslo šesť „Ukradol/ukradla si niekedy niečo?“ s 306 označeniami. Na druhom mieste je s 215 zaškrtnutiami otázka číslo dva „Sfalšoval/sfalšovala si niekedy podpis rodičov?“. Tretia je otázka číslo dvanásť „Poškodil/poškodila si niekedy počas života cudzí majetok len tak pre zábavu?“ s počtom označení rovných 150.

Tab. 26: počty kladných odpovedí na položky subškály delikvencia

Číslo a znenie otázky	N	%
2. Sfalšoval/sfalšovala si niekedy podpis rodičov?	215	26,9
3. Ukradol/ukradla si niekedy peniaze rodičom alebo niekomu inému?	147	18,4
4. Bol/bola si niekedy počas svojho života "za školou"?	115	14,4
6. Ukradol/ukradla si niekedy niečo?	306	38,3
12. Poškodil/poškodila si niekedy počas života cudzí majetok len tak pre zábavu?	150	18,8

15. Mal/mala si niekedy „opletačky“ s políciou kvôli tomu, čo si urobil/urobila?	60	7,5
18. Ukradol/ukradla si niekedy niečo v obchode?	144	18,0

10.1.3 Subškála šikana

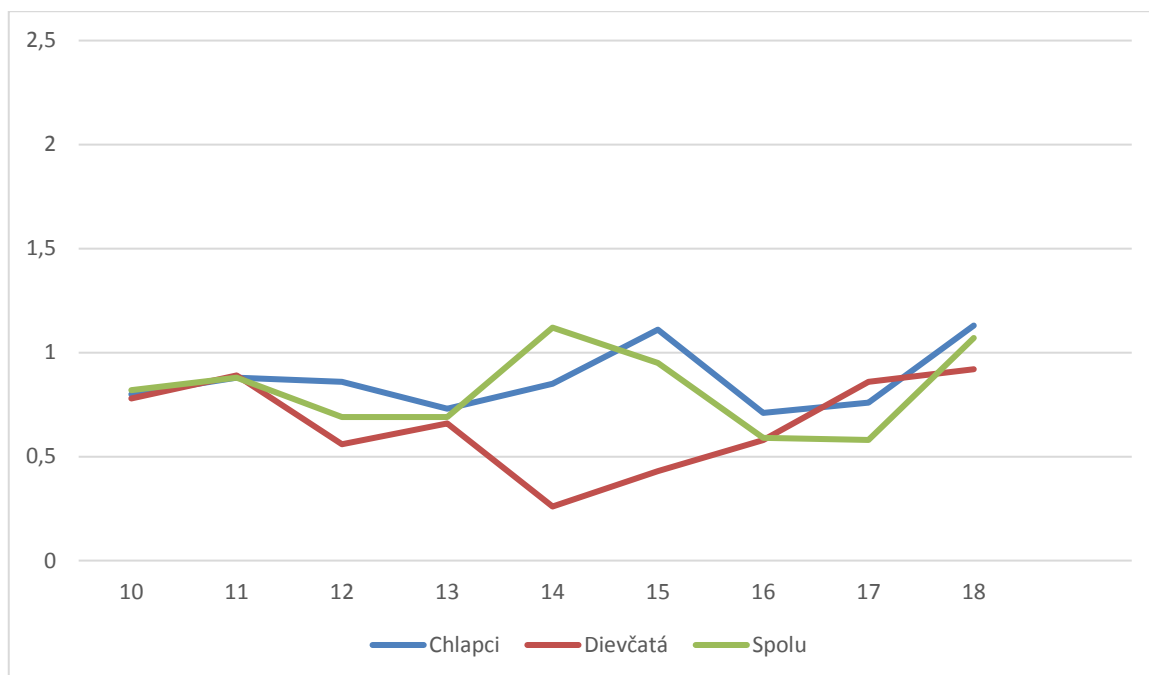
Poslednou, treťou v poradí, je subškála *šikana* (v podobe objektu šikany). V tomto faktore dotazníka VRSA nerastie hodnota priemerného hrubého skóre tak výrazne, ako tomu bolo v predchádzajúcich subškálach. Čo sa týka **chlapcov**, tak oproti počiatočnej hodnote priemerného hrubého skóru 0,80 vo veku desať rokov nedochádza k príliš veľkým zmenám. Výnimkou je vek pätnásť rokov, kedy dôjde k nárastu na hodnotu 1,11 a vek osemnásť rokov, kedy po dvojročnom poklese vzrastie hodnota na číslo 1,13, čo je zároveň aj najvyšším nameraným priemerným hrubým skóre v subškále šikana. **U dievčat** klesá priemerné hrubé skóre z počiatočnej hodnoty 0,78 do veku štrnásť rokov na hodnotu 0,43. Potom dochádza k nárastu, ktorý vrcholí v osemnástich rokoch (0,92). Pri zlúčení pohlaví je priebeh podobný, s počiatočnými vyššími hodnotami a dvoma vrcholmi - vo veku štrnásť (1,12 priemerného hrubého skóre) a osemnásť rokov (1,07 priemerného hrubého skóre). Prehľadne sú tieto hodnoty uvedené v tabuľke 27. Grafické znázornenie vývoja priemerného hrubého skóre v závislosti na veku a pohlaví v subškále šikana prináša graf 9.

Tab. 27: Porovnanie priemerných hrubých skóre v subškále šikana

VRSA	Vek	Chlapci N=377	Dievčatá N=415	Spolu N=792
	10	0,80 (0,98)	0,78 (0,97)	0,82 (1,00)
	11	0,88 (0,94)	0,89 (1,17)	0,88 (1,07)
	12	0,86 (0,92)	0,56 (0,91)	0,69 (0,93)
	13	0,73 (1,02)	0,66 (0,96)	0,69 (0,99)
Šikana	14	0,85 (1,02)	0,26 (0,44)	1,12 (1,04)
	15	1,11 (0,94)	0,43 (0,50)	0,95 (1,04)
	16	0,71 (0,84)	0,58 (0,49)	0,59 (0,77)

17	0,76 (0,94)	0,86 (0,35)	0,58 (0,79)
18	1,13 (1,05)	0,92 (0,28)	1,07 (1,03)

Graf 10: Porovnanie priemerných hrubých skóre v subškále šikana



V rámci porovnávania **počtu kladných odpovedí** vedie jednoznačne otázka číslo jedenásť „Urážali ťa spolužiaci/spolužiačky niekedy počas posledných 30 dní?“ s 277 označeniami. Za ňou nasleduje otázka číslo sedem „Už si si niekedy počas života zámerne fyzicky ublížil/ublížila?“, ktorú vybralo 207 respondentov. Tretia, so 117 kladnými odpoveďami, je otázka číslo sedemnásť „Ublížil ti niekto zo spolužiakov/spolužiačok počas posledných 30 dní?“. Keďže túto subškálu tvoria v porovnaní s ostatnými len štyri otázky, tak uvádzame aj tú poslednú. Možnosť číslo šestnásť „Ublížil ti niekto alebo ťa zosmiešňoval v posledných 30 dňoch na internete (sociálne siete, nevhodné videá, blogy a iné)?“ vybralo 58 respondentov, čo je v rámci faktoru šikana suverénne najmenej (tabuľka 28).

Tab. 28: počty kladných odpovedí na položky subškály šikana

Číslo a znenie otázky	N	%
7. Už si si niekedy počas života zámerne fyzicky ublížil/ublížila?	207	25,9
11. Urážali ťa spolužiaci/spolužiačky niekedy počas posledných 30 dní?	277	34,7
16. Ublížil ti niekto alebo ťa zosmiešňoval v posledných 30 dňoch na internete (sociálne siete, nevhodné videá, blogy a iné)?	58	7,3
17. Ublížil ti niekto zo spolužiakov/spolužiačok počas posledných 30 dní?	117	14,7

10.3.4 Korelácie s dotazníkmi SDDSS a SIDS

V korelačnej analýze vzájomných vzťahov medzi dotazníkmi použitými v tejto výskumnej štúdií, sme korelovali dotazník Výskyt rizikového správania u adolescentov (VRSA) s dotazníkmi Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS) a Škála impulzivita Dolejš a Skopal (SIDS). Medzi dotazníkmi **VRSA a SDDSS** sme pomocou Pearsonovho korelačného koeficientu našli **štatisticky významný, pozitívny a stredne silný vzťah** ($p < 0,001$; $r = 0,32$). Medzi dotazníkmi **VRSA a SIDS** sme našli takisto **štatisticky významný, pozitívny a stredne silný vzťah** ($p < 0,001$; $r = 0,46$).

10.3.5 Overovanie hypotéz

Na záver pojednania o dotazníku VRSA uvádzame testované hypotézy (tabuľka 29), aj s učenými závermi. Predpoklad, že chlapci budú štatisticky významne rizikovejší než dievčatá v rámci celej škály VRSA sa nepotvrdil. V jednotlivých subškálach sa našiel signifikantný rozdiel len v subškále delikvencia, vyššie priemerné hodnoty mali chlapci. Nepotvrdil sa ani rozdiel v celkovej rizikivosti medzi základnými školami a gymnáziami. Do tretice sa tiež potvrdili štatisticky významné, pozitívne a kladné korelácie medzi jednotlivými dotazníkmi.

Tab. 29: Prehľad testovaných hypotéz

Hypotéza	p-hodnota	Záver
H11	0,160	neprijímame
H12	0,252	neprijímame
H13	0,002	prijímame
H14	0,382	neprijímame
H15	0,101	existuje trend
H16	< 0,001	prijímame
H17	< 0,001	prijímame

11 Diskusia

Táto kapitola je určitým obzretím sa za celou diplomovou prácou. Svoje miesto tu má tak teoretická časť, hlavne podstatné premisy, ktoré z nej vyplývajú, ako aj praktická časť, v zmysle reflexie zaujímavých poznatkov, ktoré výskum priniesol.

Rizikové správanie je fenomén, ktorý tu vždy bol, a vždy bude. Síce sa predtým nazýval ináč (napríklad antisociálne či disociálne správanie, patologické javy), ale to neznamená, že sa jedná o niečo iné. Rizikové správanie je fenomén, ktorý ďalekosiahlo ovplyvňuje nás, naše okolie a našu spoločnosť.

Je to práve obdobie adolescencie, ktoré je týmto typické. Vlastne sa ani niet čomu diviť. Adolescencia je najdynamickejšou vývojovou etapou života človeka. Ku výrazným zmenám dochádza vo všetkých oblastiach osobnosti. To so sebou prináša množstvo nástrah a prekážok, a tiež nedorozumení. Dospievajúci experimentuje a spoznáva svet. Môže sa to diať prostredníctvom aktivít bezpečných (napríklad organizované voľnočasové aktivity, šport), ale aj nebezpečných, t.j. rizikových (Dolejš & Orel, 2017). Rizikové správanie má množstvo foriem. Radia sa medzi neho rizikové zdravotné návyky, rizikové sexuálne správanie, agresívne správanie, delikventné správanie, rizikové správanie ku spoločenským inštitúciám, hráčstvo či rizikové športové aktivity (Kulišek & Dolejš, 2019). Jednotlivé formy sa tiež môžu vyskytovať súčasne. Tento jav je známy ako syndróm rizikového správania (Miovský et al., 2015). Výskumov a štúdií, ktoré sa rizikovému správaniu venujú je nespočetné množstvo. Spomenieme len napríklad celoeurópsky školský prieskum ESPAD (Nociar, 2015). Významné miesto má výskum rizikového správania takisto aj na našej katedre psychológie FF UP v Olomouci. Nesmieme zabudnúť ani na prevenciu rizikového správania, ktorej sa v posledných rokoch dostáva čoraz väčšej pozornosti. Môže sa jednať o aktivity výchovné, vzdelávacie, zdravotné, sociálne, či iné, ktoré smerujú k predchádzaniu výskytu rizikového správania, zabraňujú jeho progresii, či prípadne zmierňujú už existujúce formy a prejavy, prípadne riešia jeho dôsledky (Miovský et al., 2015).

Depresivita je trvalé osobnostné ladenie manifestujúce sa smútkom, skleslosťou, pocitom beznádeje, či inými depresívnymi prejavmi (Dolejš et al., 2018). Amorosi et al. (2012) uvádza, že práve v období adolescencie je prítomná zvýšená šanca výskytu depresie. Merikangas et al. (2010) dodáva, že 50 % depresívnych porúch má začiatok vo veku 13 rokov. Zároveň sú depresia a úzkosť najčastejšie udávanými duševnými

problémami u mladých ľudí (Burns & Field, 2002), spolu s poruchami správania a poruchami zapríčinenými užitím psychoaktívnych látok (Merikangas et al., 2009). Depresia je vo všeobecnosti častejšia u žien, v porovnaní s mužmi takmer dvojnásobne (WHO, 2017; Merikangas et al., 2010). Depresivita je navyše prostredníctvom sexuálnych aktivít napojená na rizikové správanie (Foley et al., 2019).

Impulzivita je zase považovaná za jeden z hlavných rizikových osobnostných rysov. Je všeobecne spájaná s rizikovým správaním v adolescencii (Herdoiza-Arroyo & Chóliz, 2019). Podľa mnohých autorov (Rochat et al., 2017; Suchá & Dolejš, 2016; Jakubczyk et al., 2013) predstavuje kľúčový faktor rizikového správania. Jedna z jej foriem – vyhľadávanie nového počas adolescencie dramaticky stúpa, a ohrozuje zdravý priebeh ľudského vývoja (Romer, 2010).

Výskum v rámci diplomovej práce prebiehal aj s prípravami zhruba pol roka. Po celý čas sme úzko spolupracovali s Katedrou pedagogickej a školskej psychológie Pedagogickej Fakulty Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre. Spolupráca sa týkala okrem iného aj pomoci pri zbere dát. Výberový súbor tvorilo vyše 800 žiakov základných škôl a študentov gymnázií, vo veku 10 až 19 rokov. Celkovo sa do výskumu zapojilo trinásť škôl, a zastúpenie mala väčšina okresov Slovenska. Proces oslovovania škôl prebiehal najprv elektronicky (e-mail), potom poštou a nakoniec telefonickým kontaktom. Administrácia prebiehala vždy osobne, ideálne bez prítomnosti vyučujúceho (kvôli možnému rušivému pôsobeniu). V zopár prípadoch však bola prítomnosť pedagóga v triede nevyhnutná, keďže sa jednalo o horšie zvládateľné kolektívy, resp. jedincov v kolektíve. Samotná administrácia prebiehala formou pero-papier. Vyžadovala si vždy maximálne jednu vyučovaciu hodinu. Ak nám zostal čas (väčšinou u vyšších ročníkov), tak sme ho využili na diskusiu, resp. zhodnotenie si pocitov z práce s testovou batériou. Pri zbere dát sme dbali na anonymitu a dodržiavanie všetkých etických a právnych náležitostí. Testová batéria sa celkovo skladala z piatich diagnostických metód, pri našej analýze sme využili tri z nich.

Prvým testom bol dotazník SDDSS – Škála depresivity, Dolejš, Skopal, Suchá. Je tvorená 20 otázkami, respondent si volí jednu zo štyroch možností – rozhodne nesúhlasím, nesúhlasím, súhlasím, rozhodne súhlasím. Škála SDDSS posudzuje depresivitu ako individuálnu charakteristiku, ktorá nemusí dosahovať klinickú významnosť (Dolejš et al., 2018). Metóda bola upravená pre testovanie neklinickej populácie a adolescentov.

Na základe získaných priemerných hodnôt a smerodajných odchýlok by sme za výrazne depresívnych mohli prehlásiť 12,27 % výskumného súboru (11,46 % chlapcov a 12,97 % dievčat). Dievčatá dosahovali vo všetkých kategóriách vyššie priemerné hodnoty hrubého skóre ako chlapci. Signifikantný rozdiel potvrdila aj štatistická analýza.

Najvyššiu mieru depresivity dosahovali štrnásť a pätnásťroční adolescenti. Druhým obdobím vrcholu depresivity bol osemnásť rok u chlapcov a sedemnásť rok u dievčat.

Zo štyroch hypotéz, ktoré sme overovali, sme tri prijali a jednu zamietli. Okrem spomenutého rozdielu medzi pohlaviami, to bola ešte predpokladaná korelácia metódy SDDSS s dotazníkmi VRSA (0,32) a SIDS (0,45). Predpoklad, že študenti gymnázií dosiahnu v dotazníku SDDSS štatisticky významne vyššie hrubé skóre než žiaci základných škôl sa nepotvrdil.

Druhou analyzovanou metódou bol dotazník SIDS – Škála impulzivity Dolejš a Skopal. Škála SIDS je zameraná na posúdenie miery impulzivity u adolescentov. Obsahuje 24 tvrdení. Respondenti si vyberajú jednu zo štyroch možností – rozhodne nesúhlasím, nesúhlasím, súhlasím, rozhodne súhlasím. Administrácia zaberie približne 10 minút. Namerané hodnoty impulzivity boli u oboch pohlaví podobné. Signifikantný rozdiel medzi pohlaviami sa nepotvrdil. Nepotvrdil sa ani predpoklad, že gymnazisti budú skórovať vyššie ako žiaci základných škôl. Potvrdili sa len dve hypotézy o štatisticky významnej súvislosti medzi celkovým skóre impulzivity v dotazníku SIDS a rizikovým správaním (VRSA) ($r = 0,46$), a celkovým skóre impulzivity v dotazníku SIDS a mierou depresivity (SDDSS) ($r = 0,45$).

Tretím a zároveň posledným dotazníkom, ktorý sme podrobili analýze je VRSA – Výskyt rizikového správania u adolescentov. Má osemnásť položiek a odpovede sú formou áno – nie. VRSA skúma výskyt rizikového správania. Tvorí ju tri faktory – abúzus psychoaktívnych látok, delikvencia a šikana (v podobe objektu šikany). Dokáže tiež zosumarizovať celkové skóre rizikovosti. Podľa hodnôt pre celý súbor sú najčastejšími formami rizikových aktivít krádeže a urážky od spolužiakov. Chlapci signifikantne viac kradnú, poškodzujú cudzí majetok, fajčia a majú častejšie opletačky s políciou. Zároveň sú ale častejšie terčom urážok zo strany spolužiakov. Dievčatá štatisticky významne viac falšujú podpisy svojich rodičov. Vo veku od desať do dvanásť rokov udáva požitie alkoholu v posledných tridsiatich dňoch okolo šesť percent detí. Fajčenie alebo iné užívanie marihuany potvrdilo 3,54 % jedenásťročných. Fajčenie cigariet vo veku jedenásť rokov

uvádza 4,42 % detí, medzi jedenástym a trinástym rokom zrejme vyfajčí päť a viac cigariet denne okolo dvoch až troch percent detí. Rozhodne sa teda nejedná o zanedbateľné hodnoty. Navyše sú opakovane potvrdzované štúdiami z nášho kultúrneho prostredia (napr. Dolejš et al., 2014; Dolejš & Orel, 2017). Z analýzy výsledkov platí, že najmenej rizikovým faktorom je abúzus. Treba však uviesť, že iní autori, napr. Melecká (2016), uvádza ako najmenej rizikový faktor šikanu.

Z hypotéz, ktoré sme overovali v rámci dotazníku VRSA sme tri prijali a štyri zamietli. Potvrdil sa predpoklad, že chlapci budú dosahovať v subškále delikvencia štatisticky významne vyššie hrubé skóre než dievčatá. Vo zvyšných dvoch subškálach (abúzus a šikana) sa tento predpoklad už ale nepotvrdil. Takisto sa nepotvrdil ani rozdiel medzi pohlaviami v celkovom skóre škály VRSA, alebo predpoklad, že študenti gymnázií budú skórovať vyššie v celkovom skóre ako žiaci základných škôl. Stredne silné korelácie sme našli medzi dotazníkom VRSA a SDDSS ($r = 0,32$) aj VRSA a SIDS ($0,46$). To zrejme podporuje vyššie spomenuté napojenie depresivity a impulzivity na rizikové správanie (teda aspoň v čiastočnom pomere).

Ako bolo zmienené vyššie, výskum priniesol pomerne značný počet informácií. Nedá sa však povedať, že by sme objavili niečo prevratné. Väčšina zistení zapadala do poznatkov, ktoré sme nadobudli pri tvorení teoretickej časti práce. Ako hlavnú prednosť a úlohu nášho výskumu vnímame, že získané dáta budú využité pri procese štandardizácie niektorých metód na slovenské podmienky.

Čo sa týka limitov štúdie, tak jedným z nich môže byť reprezentatívnosť. Počet 802 respondentov je síce pomerne slušný, keď sa ale pozrieme na výberový súbor z blízka, narazíme na niekoľko problémov. Za jeden z nich môžeme považovať pomerne nerovnomerné zastúpenie škôl v krajoch. Hneď dva kraje – Košický a Žilinský sú bez reprezentácie. To môže byť problém aj z hľadiska toho, že sa jedná o kraje s druhým, resp. tretím najväčším počtom žiakov v základnom súbore. Podľa údajov Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR (2018) je v Žilinskom kraji najväčší počet škôl, ktorých zriaďovateľom je cirkev. To by tiež mohlo znamenať určité špecifikum, ktoré sa nám nepodarilo zachytiť. Takisto, keď sa pozrieme na oba kraje východného Slovenska (Prešovský a Košický), tak z celkového počtu 802 respondentov len 11 navštevuje školu na východnom Slovensku, konkrétne v Prešovskom kraji. Takmer štyri pätiny žiakov a študentov sú zo západného Slovenska, čo môže získané údaje skresľovať, keďže sa jedná

o ekonomicky najvyspelejšiu oblasť. Okrem spomínaných faktov môžeme ešte medzi limity zaradiť nedostatočný počet vekovo ekvivalentných skupín medzi žiakmi základných škôl a študentov gymnázií, ktorý nám mohol zabrániť odhaliť nejaké štatisticky významné skutočnosti. Máme na mysli napríklad analýzu rozdielu priemerného hrubého skóre dotazníku VRSA medzi žiakmi základných škôl a študentmi gymnázií, kde sa nám ukázal trend ($p = 0,101$), a pri väčšom počte vekovo ekvivalentných skupín by sme možno došli k významnému rozdielu.

12 Závěry

Na základe analýz dát získaných zo psychodiagnostických metód, zameraných na depresivitu, impulzivitu a rizikové správanie, vyplýva nasledovné:

- dievčatá vykazujú signifikantne vyššiu ($p < 0,001$) mieru depresivity ako chlapci;
- medzi trinástym a pätnástym rokom života dochádza k viditeľnému nárastu miery depresivity u oboch pohlaví;
- študenti gymnázií sa nelíšia signifikantne v miere depresivity od žiakov základných škôl;
- dievčatá a chlapci sa nelíšia signifikantne v miere impulzivity;
- medzi všetkými tromi analyzovanými dotazníkmi existuje štatisticky významný, pozitívny a stredne silný vzťah;
- v sledovanom vekovom rozmedzí od 10 do 18 rokov postupne rastie hodnota skóre výskytu rizikového správania;
- najvyššie hodnoty skóre výskytu rizikového správania v sledovanom vekovom rozmedzí dosahujú adolescenti vo veku 18 rokov;
- chlapci skórujú v ôsmich z deviatich vekových skupín dotazníka VRSA vyššie ako dievčatá, avšak tento rozdiel nie je štatisticky významný;
- študenti gymnázií sa v rizikivosti podľa dotazníka VRSA signifikantne nelíšia od žiakov základných škôl;
- chlapci dosahujú vyššie priemerné hrubé skóre vo všetkých troch subškálach dotazníku VRSA (abúzus, delikvencia, šikana), štatisticky významný rozdiel sa však potvrdil len v subškále delikvencia ($p < 0,002$);
- najviac rizikový je faktor delikvencia, najmenej rizikovým faktorom dotazníka VRSA je abúzus;

13 Súhrn

Teoretická časť začína adolescenciou. V tejto kapitole je charakterizované obdobie dospievania s jeho špecifikami a vymedzením vekovej hranice. Ďalšia časť sa venuje emočnému vývoju a socializácii, keďže sa jedná o oblasti, ktoré prechádzajú počas adolescencie značným vývojom, a sú veľmi dôležité. Kapitola končí pasážou venovanou vývoju osobnosti.

Druhá kapitola patrí depresivite. Najprv je vysvetlený samotný pojem depresivita, potom nasledujú jeho prejavy. Značná časť je venovaná depresii (ako duševnej poruche) a jej umiestneniu v klasifikačných systémoch MKCH-10 a DSM-5. Uvádzajú sa prevalenčné hodnoty v rámci celého sveta, Európy a Slovenskej republiky, takže je možné urobiť zbežné porovnanie. Nasleduje rozbor depresie a depresivity u adolescentov. Toto obdobie je z hľadiska výskytu afektívnych duševných porúch veľmi dôležité. Jedna podkapitola je vyčlenená aj na súvislosti depresivity a pohlavia. Dlhodobo sa ukazuje, že depresia je doménou žien. Nakoniec, v súlade so zameraním práce, je pasáž venovaná vzťahu depresie a depresivity k rizikovému správaniu.

Tretia kapitola sa zaoberá impulzivitou. Impulzivita je považovaná za jeden z hlavných rizikových osobnostných rysov. Po vymedzení pojmu a prejavov nasleduje podkapitola impulzivita v adolescencii. Najdlhšia pasáž je venovaná vzťahu impulzivity k rizikovému správaniu.

Posledná kapitola teoretickej časti sa venuje rizikovému správaniu v období dospievania. Jeho formám, prevalencii, ale v neposlednom rade tiež prevencii.

V praktickej časti práce sú spomenuté rysy merané prostredníctvom metód VRSA, SDDSS, SIDS a VRSA. Kvantitatívny výskum, ktorého metodika a výsledky sú popísané v tejto práci, sa konal v mesiacoch február až apríl 2019. Prebiehal na náhodne vybraných desiatich základných školách a troch gymnáziách, v šiestich krajoch SR. Zúčastnili sa ho žiaci a študenti vo veku 10 až 19 rokov, s informovaným súhlasom zákonných zástupcov. Výskum prebiehal po dohode s vedením školy a podporou učiteľov, prípadne školských psychológov. Administrácia bola anonymná a dobrovoľná. V súlade s etickými zásadami a právne záväznými pravidlami. Celkovo sa zapojilo 802 respondentov.

Hlavným výskumným cieľom je identifikácia vybraných foriem rizikového správania v súvislosti s mierou depresivity a impulzivity.

Škála SDDSS skúma mieru depresivity. Predpoklad, že dievčatá dosahujú štatisticky významne vyššie hrubé skóre sa potvrdil. Tiež sa potvrdila hypotéza, že existuje štatisticky významná súvislosť medzi depresivitou (SDDSS) a celkovým hrubým skóre impulzivity (SIDS) ($r = 0,45$). To isté platí aj pre depresivitu a rizikové správanie ($r = 0,32$). Nepotvrdila sa hypotéza o tom, že by mali žiaci gymnázií dosiahnuť v dotazníku SDDSS štatisticky významne vyššie hrubé skóre ako žiaci základných škôl.

Metóda SIDS je zameraná na posúdenie miery impulzivity adolescentov. Z hypotéz testovaných v rámci tejto metódy sa potvrdila len predpokladaná vzájomná súvislosť s dotazníkmi SDDSS ($r = 0,45$) a VRSA ($r = 0,46$). Hypotézy, že dievčatá dosahujú štatisticky významne vyššie hrubé skóre, ani že gymnazisti budú skórovať vyššie než študenti základných škôl sa, nepotvrdili.

Dotazník VRSA umožňuje získať informácie o rizikovitosti dospelujúceho. Zo siedmich stanovených hypotéz sme tri prijali a štyri neprijali. Potvrdila sa hypotéza, že chlapci dosahujú v subškále delikvencia štatisticky významne vyššie hrubé skóre než dievčatá. Naopak, tento istý predpoklad sa u zvyšných dvoch subškál (abúzus a šikana) nepotvrdil. Nepotvrdilo sa ani to, že by mali v celkovom skóre dotazníka VRSA bodovať vyššie chlapci než dievčatá, a takisto sa nepotvrdil predpoklad, že gymnazisti dosahujú v dotazníku VRSA štatisticky významne vyššie hrubé skóre než žiaci základných škôl. Na druhej strane, predpoklady, že existuje štatisticky významná súvislosť medzi celkovým skóre rizikového správania a depresivitou (SDDSS) ($r = 0,32$), a celkovým skóre impulzivity (SIDS) ($r = 0,46$) sa potvrdili.

Obmedzenia pri interpretácii sa týkajú hlavne reprezentatívnosti, keďže naši respondenti z veľkej väčšiny navštevujú školy na západnom Slovensku. Chýbajú dáta hlavne z východnej, či severnej časti republiky.

Naša štúdia prevažne potvrdila poznatky, ktoré sme sústredili v teoretickej časti. Nedá sa povedať, že by priniesla niečo nové. Za hlavný prínos práce považujeme, že aj vďaka nášmu úsiliu budú niektoré z použitých metód štandardizované na slovenské pomery.

Zoznam použitých zdrojov a literatúry

1. Almássyová, G. (2005). Európska štúdia o epidemiológii duševných porúch - ESEMeD projekt. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*, 12(1), 3-14. Získáno 19. února 2018 z <http://psychiatria-casopis.sk/psychiatria/>
2. APA – American Psychological Association. (2018). *APA Dictionary of Psychology*. Získáno z <https://dictionary.apa.org>
3. APA. (2002). *Developing Adolescents: A Reference for Professionals*. Washington: APA.
4. Arnett, J. J. (1998). Learning to stand alone: The contemporary American transition to adulthood in cultural and historical context. *Human development*, 41, 295-315. doi: 10.1159/000022591
5. Blom, E.H., Bech, P., Högberg, G., Larsson, J. O., & Serlachius, E. (2012). Screening for depressed mood in an adolescent psychiatric context by brief self-assessment scales – testing psychometric validity of WHO-5 and BDI-6 indices by latent trait analyses. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1).
6. Burns, J., & Field, K. (2002). Targeting depression in young people. *Youth Studies Australia*, 21(2), 43-51. Získáno 24. října 2017 z EBSCO database.
7. Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
8. Canals, J., Vigil-Colet, A., Chico, E., Martí-Henneberg, C. (2005). Personality changes during adolescence: the role of gender and pubertal development. *Personality and Individual Differences*, 39(1), 179-188. doi:10.1016/j.paid.2004.12.012
9. Carlson, N. R., Buskitts, W., & Martin, G. N. (2000). *Psychology: The science of behaviour. European adaptation*. Harlow: Pearson Education Limited.
10. Craig, G. J., & Baucum, D. (1999). *Human development*. Upper Saddle River: Prentice-Hall.
11. Cyranowski J. M., Frank, E., Young E., & Shear, K. (2000). Adolescent Onset of the Gender Difference in Lifetime Rates of Major Depression. *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 21-27. doi: 10.1001/archpsyc.57.1.21

12. Čerešník, M. (2015). Rizikové správanie dospievajúcich – výskumné výsledky a diagnostické výzvy. *Školský psychológ/školní psycholog*, 16(2), 5-16. Získáno 25. března z <https://journals.muni.cz/skolnipsycholog/issue/view/995ww>
13. Čerešník, M., & Dolejš, M. (2015). Spoločný projekt dvoch národov alebo podobnosti a rozdiely v procese a výsledkoch výskumu zameraného na rizikové správanie a osobnostné rysy dospievajúcich na Slovensku a v Českej republike. In E. Maierová, L. Šrámková, K. Hosáková, M. Dolejš, O. Skopal. (Eds.) *PhD Existence 2015: Česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech*, pp. 203-219. Olomouc: Univerzita Palackého.
14. Dolejš, M. (11. října 2017). *Rizikové aktivity, osobnostní rysy a další psychologické proměnné*. Získáno z www.epclira.cz/wp-content/uploads/2017/10/P%C5%99edn%C3%A1%C5%A1ka-NUDZ-2017.pdf
15. Dolejš, M., & Matějková, A. (2019). *Míra výskytu vybraných rizikových aktivit, impulzivita a hraní digitálních her u dívek a chlapců druhého stupně základního vzdělávání v Moravskoslezském kraji*. Dolejš: Olomouc.
16. Dolejš, M., & Orel, M. (2017). *Rizikové chování u adolescentů a impulzivita jako prediktor tohto chování*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
17. Dolejš, M., & Skopal, O. (2016). *Škála impulzivita Dolejš a Skopal (SIDS). Příručka pro praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
18. Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J., Cakirpaloglu, P., & Vavrysová, L. (2014). *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
19. Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J., & Charvát, M. (2018). *Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS). Příručka pro praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
20. Echazu, L., & Nocetti, D. (2018). Understanding risky behaviors during adolescence: A model of self-discovery through experimentation. *International Review of Law and Economics*, 57, 12-21. doi:10.1016/j.irl.2018.11.001
21. Erel, Ö., & Gölge, Z. B. (2015). The relationship between risky behaviors and childhood abuse, impulsivity and risky behaviors in university students. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 16(3), 189-197. doi:10.5455/apd.167082

22. Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu* (2. vyd.). Praha: Portál.
23. Flouri, E., & Ioakeimidi, S. (2018). Maternal depressive symptoms in childhood and risky behaviours in early adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(1). doi:10.1007/s00787-017-1043-6
24. Foley, J. D., Venable, A., Brown, L. K., Carey, M. P., DiClemente, R. J., Romer, D., & Valois, R. F. (2019). Depressive Symptoms as a Longitudinal Predictor of Sexual Risks Behaviors Among African-American Adolescents. *Health Psychology*, 38(11), 1001-1009. doi:10.1037/hea0000780
25. Frith, C. D. (2007). The social brain? *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 362(1480), 671-678. doi:10.1098/rstb.2006.2003
26. Choudhury, S., Blakemore, S., & Charman, T. (2006). Social cognitive development during adolescence. *Cognitive and Affective Neuroscience*, 1(3), 165-174. doi:10.1093/scan/nsl024
27. Gergely, O. (2018). *Míra depresivity u klinické a neklinické populace slovenských občanů*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
28. Gorenstein, C., Andrade, L., Zanelo, E., & Artes, R. (2005). Expression of Depressive Symptoms in a Nonclinical Brazilian Adolescent Sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(3), 129-137. doi: 10.1177/070674370505000301
29. Gullo, M. J., Loxton, N. J., Price, T., Voisey, J., Young, R. M., & Connor, J. P. (2017). A laboratory model of impulsivity and alcohol use in late adolescence. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 52-63. doi:10.1016/j.brat.2017.07.003
30. Hamilton, K. R., Felton, J. W., Gonçalves, S. F., Tasheuras, O. N., Yoon, M., & Lejuez, C. W. (2019). Trait impulsivity during early adolescence predicts steepness of alcohol use escalation across adolescence. *Addictive Behaviors*, 98, 1-6. doi:10.1016/j.addbeh.2019.06.006
31. Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník* (3. vyd.). Praha: Portál.
32. Herdoiza-Arroyo, P., & Chóliz, M. (2019). Impulsivity in Adolescence: Use of Short Version of the UPPS Questionnaire in a Sample of Latin American and Spanish Youths. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 50(1), 124-135. doi:10.21865/RIDEP50.1.10

33. Heretik, A., Pečeňák, J., Heretik, A. jr., & Ritomský, A. (2013). 10 rokov epidemiologického výskumu psychických porúch na Slovensku (Štúdie EPIx). *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*, 20(3), 25-28. Získáno 19. února 2018 z <http://psychiatria-casopis.sk/psychiatria/>
34. Holsen, I., Kraft, P., & Vitterson, J. (2000). Stability in Depressed Mood in Adolescence: Results from a 6-Year Longitudinal Panel Study. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(1). Získáno 15. února 2020 z <https://link.springer.com/>
35. Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E., Koutek, J., Krejčířová, D., ... Propper, L. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. (2. vyd.). Praha: Portál.
36. Jakubczyk, A., Klimkiewicz, A., Wnorowska, A., Mika, K., Bugaj, M., Podgórska, A., ... Wojnar, M. (2013). Impulsivity, risky behaviors and accidents in alcohol-dependent patients. *Accident and Prevention*, 37, 150-155.
doi:10.1016/j.aap.2012.11.013
37. Jardin, C., Sharp, C., Garey, L., & Zvolensky, M. J. (2017). The Role of Impulsivity in the Relation Between Negative Affect and Risky Sexual Behaviors. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(3), 250-263. doi:10.1080/0092623X.2016.1141821
38. Kilford, E. J., Garrett, E., & Blakemore, S. (2016). The development of social cognition in adolescence: An integrated perspective. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 70, 106-120. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.08.016
39. Kloep, M., Güney, N., Çok, F., & Simsek, Ö. F. (2009). Motives for risk-taking in adolescence. *Journal of Adolescence*, 32(1), 135-151.
doi:10.1016/j.adolescence.2007.10.010
40. Kulišek, J., & Dolejš, M. (2019). *DEPRESIVITA A IMPULZIVITA ako prediktory rizikového správania dospelých v systéme ústavnej starostlivosti a nižšieho sekundárneho vzdelávania*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
41. Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
42. Larson, R. W., Moneta, G., Richards, M. H., & Wilson, S. (2002). Continuity, Stability and Change in Daily Emotional Experience across Adolescence. *Child Development*, 73(4), 1151-1165. doi:10.1111/1467-8624.00464
43. Macek, P. (2003). *Adolescence* (2. vyd.). Praha: Portál.
44. Marko, P. (2009). Depresívne poruchy v praxi všeobecného lekára pre dospelých - 1. časť. *Via practica*, 6(10), 407-413.

45. Martin, C. A., Kelly, T. H., Rayens, M. K., Brogli, B. R., Brenzel, A., Smith, W. J., & Omar, H. A. (2002). Sensation Seeking, Puberty, and Nicotine, Alcohol, and Marijuana Use in Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(12), 1495-1502. doi:10.1097/00004583-200212000-00022
46. McLaughlin, K. A., Garrad, M. C., & Somerville, L. H. (2015). What develops during emotional development? A component process approach to identifying sources of psychopathology risk in adolescence. *Dialogues in clinical neuroscience, 17*(4), 403–410. Získáno 12. února 2020 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4734878/>
47. Melecká, V. (2016). *Osobnostní rysy a rizikové chování u studentů vybraného gymnázia a jejich vzájemné souvislosti*. (Magisterská diplomová práce). Získáno z 30. března 2020 z <https://theses.cz/id/yse701/>
48. Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, K. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in US Adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(10), 980-989. doi: 10.1016/j.jaac.2010.05.017
49. Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 11*(1), 7–20. Získáno 18. března 2018 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807642/pdf/DialoguesClinNeurosci-11-7.pdf>
50. Mills, K. L., Lalonde, F., Clasen, L. S., Giedd, J. N., & Blakemore, S. (2014). Developmental changes in the structure of the social brain in late childhood and adolescence. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 9*(1), 123-131. doi:10.1093/scan/nss113
51. Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky. (nedat.). *Prevenencia sociálno-patologických javov*. Získáno z <https://www.minedu.sk/8012-sk/prevenencia-socialno-patologickych-javov/>

52. Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky. (2018). *Sieť škôl a školských zariadení Slovenskej republiky*. Získáno z <https://www.minedu.sk/siet-skol-a-skolskych-zariadeni-slovenskej-republiky/>
53. Miovský, M., Adámková, T., Barták, M., Čablová, L., Čech, T., Doležalová, P., ... Zapletalová, J. (2015). *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. (2. vyd.). Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.
54. Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of Impulsivity. *The American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793. doi:10.1176/appi.ajp.158.11.1783
55. Národné centrum zdravotníckych informácií. (2016). *MKCH 10 (10. revízia)*. Získáno z <http://www.nczisk.sk/Standardy-v-zdravotnictve/Pages/MKCH-10-Revizia.aspx>
56. Národné centrum zdravotníckych informácií. (2018). *Psychiatrická starostlivosť v SR 2016*. Získáno z <http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/2016/zs1704.pdf>
57. Nociar, A. (2015). *Európsky školský prieskum o alkohole a iných drogách (ESPAD) v SR za rok 2015. Záverečná správa*. Bratislava: VÚDPaP.
58. Nowak, M., Hyrnik, J., & Janas-Kozik, M. (2010). Nieprawidłowo kształtująca się osobowość w okresie adolescencji – trudności diagnostyczne oraz dylematy terapeutyczne. *Psychiatria i Psychologia kliniczna*, 10(1), 45-51. Získáno 17. února 2020 z www.psychiatria.com.pl
59. Orel, M., Facová, V., Heřman, M., Koranda, P., Šimonek, J., & Volková Palátová, L. (2016). *PSYCHOPATOLOGIE: Nauka o nemocech duše*. (2. vyd.). Praha: Grada.
60. Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
61. Raboch, J., Hrdlička M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe-Testcentrum
62. Rahn, E., & Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie: Učebnice pro studium i praxi*. Praha: Grada.
63. Reynolds, B. W., Basso, M. R., Miller, A. K., Whiteside, D. M., & Combs, D. (2019). Executive Function, Impulsivity, and Risky Behaviors in Young Adults. *Neuropsychology*, 33(2), 212-221. doi:10.1037/neu0000510
64. Říčan, P. (2014). *Cesta životem: vývojová psychologie*. (4. vyd.). Praha: Portál.

65. Říčan, P., Balcar, K., Dittrichová, J., Kocourková, J., Krejčířová, D., Nešpor, K., ... Weiss, P. (2006). *Dětská klinická psychologie*. (4. vyd.). Praha: Grada.
66. Rønning, J. A., Haavisto, A., Nikolakaros, G., Helenius, H., Tamminen, T., Moilanen, I., ... Sourander, A. (2011). Factors associated with reported childhood depressive symptoms at age 8 and later self-reported depressive symptoms among boys at age 18. *Social Psychiatry, 46*(3), 207-218. doi: 10.1007/s00127-010-0182-6
67. Rochat, L., Billieux, J., Gagnon, J., & Van der Linden, M. (2017). A multifactorial and integrative approach to impulsivity in neuropsychology: insights from the UPPS model of impulsivity. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 40*(1), 45-61. doi:10.1080/13803395.2017.1313393
68. Romer, D. (2010). Adolescent Risk Taking, Impulsivity, and Brain Development: Implications for Prevention. *Developmental Psychobiology, 52*(3), 263-276. doi:10.1002/dev.20442
69. Savioja, H., Helminen, M., Fröjd, S., Marttunen, M., & Kaltiala-Heino, R. (2017). Delinquency and sexual experiences across adolescence: does depression play a role? *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 22*(4), 298-304. doi:10.1080/13625187.2017.1374361
70. Schuster, R. M., Mermelstein, R., & Wakschlag, L. (2013). Gender-Specific Relationships Between Depressive Symptoms Marijuana Use, Parental Communication and Risky Sexual Behavior in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 42*, 1194-1209. doi:10.1007/s10964-012-9809-0
71. Sobotková, V. N., Blatný, M., Hrdlička, M., & Jelínek, M. (2014). *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada.
72. Suchá, J., & Dolejš, M. (2016). *Agresivita, depresivita, sebehodnocení a impulzivita u českých adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
73. Štátny pedagogický ústav. (nedat.). *Východiská k príprave školskej preventívnej stratégie – prevencia rizikového správania detí a žiakov*. Získáno z http://www.statpedu.sk/files/articles/dokumenty/ucebnice-metodiky-publikacie/metodika_prevenicia_rizikoveho_spravania_deti_ziakov.pdf
74. Todd, R. D., & Geller, B. (1995). What is the prevalence of depression in young people? *Current Opinion in Psychiatry, 8*(4), 210-213. doi:10.1097/00001504-199507000-00003

75. Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
76. Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
77. Vavrysová, L. (2018). *Rizikové aktivity, depresivita a vybrané osobnostní rysy u českých adolescentů z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
78. Weiss, N. H., Tull, M. T., Davis, L. T., Searcy, J., Williams, I., & Gratz, K. L. (2015). A Preliminary Experimental Investigation of Emotion Dysregulation and Impulsivity in Risky Behaviours. *Behaviour Change*, 32(2), 127-142. doi:10.1017/bec.2015.5
79. Whelan, R., Conrod, P. J., Poline, J., Lourdasamy, A., Banaschewski, T., Barker, G. J., ... Garavan, H. (2012). Adolescent impulsivity phenotypes characterized by distinct brain networks. *Nature Neuroscience*, 15(6), 920-925. doi:10.1038/nn.3092
80. WHO. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Získáno z <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>
81. Wittchen, H., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376. doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.012
-

Zoznam tabuliek a grafov

Tab. 1: Prehľad niektorých výskumov v oblasti rizikového správania v Českej republike a na Slovensku

Tab. 2: Vzťah SDDSS s faktormi ďalších dotazníkov (Dolejš et al., 2018)

Tab. 3: Interkorelácie faktorov dotazníka VRSA

Tab. 4: Počty a percentuálny podiely ZŠ a Gymnazií v krajoch SR

Tab. 5: Počty a percentuálny podiel žiakov 5. - 9. ročníka ZŠ a 1. - 4. ročníka gymnazií v krajoch SR

Tab. 6: Pomer pohlaví žiakov 5. - 9. ročníka ZŠ a 1. - 4. ročníka gymnazií v SR

Tab. 7: Počty a percentuálny podiel základných škôl a gymnazií vo výskumnom súbore

Tab. 8: Rozloženie respondentov v krajoch SR (podľa miesta školy)

Tab. 9: Pomer pohlaví žiakov ZŠ a gymnazií v SR

Tab. 10: Priemerné hrubé skóre získané v dotazníku SDDSS, podľa veku a pohlavia

Tab. 11: Percentuálny podiel významne depresívnych jedincov, podľa veku a pohlavia

Tab. 12: Porovnanie priemerného hrubého skóre v metóde SDDSS u žiakov ZŠ a gymnazií

Tab. 13: Prehľad testovaných hypotéz

Tab. 14: Porovnanie priemerného hrubého skóre získaného v dotazníku SIDS

Tab. 15: Porovnanie priemerného hrubého skóre v metóde SIDS u žiakov ZŠ a gymnazií

Tab. 16: Prehľad testovaných hypotéz

Tab. 17: Porovnanie priemerného hrubého skóre získaného v dotazníku VRSA

Tab. 18: Porovnanie priemerného hrubého skóre u žiakov ZŠ a Gymnazií

Tab. 19: Výskyt jednotlivých foriem rizikových aktivít podľa pohlavia v percentách

Tab. 20: Priemerné hodnoty položiek podľa pohlavia

Tab. 21: Výskyt jednotlivých foriem rizikových aktivít v závislosti od veku

Tab. 22: Porovnanie hrubých skóre v subškálach dotazníku VRSA

Tab. 23: počty kladných odpovedí na položky subškály abúzus

Tab. 24: Porovnanie priemerných hrubých skóre v subškále abúzus

Tab. 25: Porovnanie priemerných hrubých skóre v subškále delikvencia

Tab. 26: počty kladných odpovedí na položky subškály delikvencia

Tab. 27: Porovnanie priemerných hrubých skóre v subškále šikana

Tab. 28: počty kladných odpovedí na položky subškály šikana

Tab. 29: Prehľad testovaných hypotéz

Graf 2: Rozloženie hrubého skóre získaného v dotazníku SDDSS

Graf 2: porovnanie hrubého skóre chlapcov a dievčat v dotazníku SDDSS

Graf 3: Depresivita podľa hrubého skóre dotazníka SDDSS v závislosti na veku a pohlaví

Graf 4: Rozloženie hrubého skóre získaného v dotazníku SIDS

Graf 5: Impulzivita podľa hrubého skóre v dotazníku SIDS v závislosti na veku a pohlaví

Graf 6: Rozloženie hrubého skóre získaného v dotazníku VRSA

Graf 7: Rizikovosť podľa hrubého skóre v dotazníku VRSA v závislosti na veku a pohlaví

Graf 8: Porovnanie priemerných hrubých skóre v subškále abúzus

Graf 9: Porovnanie priemerných hrubých skóre v subškále delikvencia

Graf 10: Porovnanie priemerných hrubých skóre v subškále šikana

Abstrakt diplomovej práce

Názov práce: Depresivita, impulzivita a rizikové správanie u slovenských adolescentov

Autor práce: Ondrej Gergely

Vedúci práce: PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Počet strán a znakov: 86, 149 181

Počet príloh: 0

Počet titulov použitej

literatúry: 81

Abstrakt:

Táto diplomová práca je zameraná na depresivitu, impulzivitu a rizikové správanie medzi slovenskými adolescentami. Za účelom preskúmania hodnôt vybraných premenných sme použili tri psychodiagnostické metódy: Škálu depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS), Škálu impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS), a dotazník Výskyt rizikového správania u adolescentov (VRSA). Náš výberový súbor tvorilo 802 žiakov základných škôl a študentov gymnázií vo veku desať až devätnásť rokov. Medzi najpodstatnejšie zistenia patrilo odhalenie počtu jednotlivých rizikových aktivít v skúmanej populácii, signifikantný rozdiel ($p < 0,001$) medzi dievčatami a chlapcami v miere depresivity, či signifikantný rozdiel ($p < 0,002$) medzi chlapcami a dievčatami v subškále delikvencia dotazníka VRSA. Všetky tri faktory (depresivita, impulzivita a rizikové správanie) spolu signifikantne, pozitívne a stredne silne korelovali.

Kľúčové slova: depresia, depresivita, impulzivita, rizikové správanie, adolescencia

Abstract of thesis

Title: Depressivity, impulsiveness and risky behaviour among Slovak adolescents

Author: Ondrej Gergely

Supervisor: PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Number of pages

and characters: 86, 149 181

Number of appendices: 0

Number of references: 81

Abstract:

This master thesis is focused on depressivity, impulsiveness and risky behaviour in population of Slovak adolescents. To evaluate selected variables we use three psychodiagnostical methods: the Scale of Depressivity Dolejš, Skopal, Suchá, the Scale of Impulsiveness Dolejš and Skopal, and the Risky Behaviour scale called VRSA. Our sample include 802 Slovak adolescents from elementary schools and high schools in age from ten years to nineteen years. The most important results are discovering the amount and types of risky activities between adolescents, significant ($p < 0,001$) difference in level of depressivity between girls and boys or significant ($p < 0,002$) difference between boys and girls in subscale „delinquency“ in VRSA questionnaire. All three variables (depressivity, impulsiveness and risky behaviour) were medium strong correlated.

Key words: depression, depressivity, impulsiveness, risky behaviour, adolescence