

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

**PROJEVY RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ ÚZKOSTNÝCH A DEPRESIVNÍCH  
ŽÁKŮ II. STUPNĚ ZŠ**

**MANIFESTATIONS OF THE RISKY BEHAVIOR OF ANXIETY  
AND DEPRESSIVE PUPILS OF LOWER SECONDARY SCHOOL**



**Rigorózní práce**

Autor: Mgr. Lic. Dagmar Pleva

OLOMOUC

2020

## PROHLÁŠENÍ

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

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

V Havířově dne 1. 9. 2020

Podpis: .....

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

## OBSAH

<b>Úvod</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Charakteristika vývojového období adolescence</b> .....	<b>9</b>
1.1 Specifikace období dospívání .....	10
1.2 Změny provázející období dospívání .....	11
1.3 Vznik rizikového chování v období adolescence .....	13
<b>2 Úzkostnost</b> .....	<b>15</b>
2.1 Epidemiologie úzkosti v období adolescence.....	16
2.2 Etiologie úzkosti u adolescentů .....	17
2.3 Projevy úzkosti v období adolescence.....	18
2.4 Diagnostika úzkostnosti.....	20
2.5 Terapie.....	21
<b>3 Depresivita</b> .....	<b>27</b>
3.1 Epidemiologie deprese v období adolescence .....	28
3.2 Etiologie depresí u adolescentů .....	29
3.3 Projevy deprese v období adolescence .....	30
3.4 Diagnostika depresivity .....	33
3.5 Terapie.....	33
<b>4 Rizikové chování pubescentů</b> .....	<b>38</b>
4.1 Teorie vzniku rizikového chování.....	40
4.2 Formy rizikových aktivit adolescentů .....	41
4.2.1 Šikana .....	42
4.2.2 Projevy agrese.....	43
4.2.3 Záškoláctví.....	47
4.2.4 Užívání návykových látek.....	48
4.2.5 Netolismus .....	51
4.2.6 Poruchy příjmu potravy .....	53
4.2.7 Sexuální rizikové chování.....	56
<b>5 Výzkumný problém</b> .....	<b>59</b>
5.1 Výzkumné cíle .....	60
5.2 Výzkumné otázky.....	61

<b>6</b>	<b>Popis zvoleného metodologického rámce a metod.....</b>	<b>62</b>
6.1	Metody získání dat.....	63
6.1.1	Škála úzkostnosti Dolejš a Skopal (SUDS) .....	63
6.1.2	Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS).....	64
6.1.3	Rozhovor .....	64
6.2	Metody zpracování a analýzy dat .....	66
6.3	Etické problémy a způsoby jejich řešení.....	67
<b>7</b>	<b>Výzkumný soubor a strategie jeho výběru.....</b>	<b>69</b>
7.1	Popis volby výběrového souboru .....	69
7.2	Popis výběrového souboru .....	70
7.3	Popis volby výzkumného souboru .....	72
7.4	Popis výzkumného souboru.....	72
<b>8</b>	<b>Výsledky analýzy dat .....</b>	<b>74</b>
8.1	Vyhodnocení 1. výzkumného cíle .....	74
8.1.1	Celkové vyhodnocení dotazníku SUDS .....	74
8.1.2	Celkové vyhodnocení dotazníku SDDSS.....	81
8.2	Vyhodnocení 2. výzkumného cíle .....	87
8.3	Vyhodnocení 3. výzkumného cíle .....	94
<b>9</b>	<b>Diskuse .....</b>	<b>111</b>
<b>10</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>119</b>
<b>11</b>	<b>Souhrn .....</b>	<b>122</b>
<b>12</b>	<b>Seznam použitých zdrojů a literatury .....</b>	<b>126</b>
<b>13</b>	<b>Seznam tabulek.....</b>	<b>140</b>
<b>14</b>	<b>Seznam grafů .....</b>	<b>141</b>
<b>15</b>	<b>Seznam schémat.....</b>	<b>141</b>
<b>16</b>	<b>Přílohy .....</b>	<b>142</b>

## **Seznam příloh**

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

Příloha č. 2: Přepisy individuálních rozhovorů

## Úvod

V rámci magisterské diplomové práce (Pleva, 2019) jsme se zaměřili na zjištění projevů rizikového chování u jedinců trpících syndromem ADHD a impulzivních adolescentů. Výsledky práce byly pro nás velmi zajímavé a podnětné. Jelikož pracujeme s dětmi a mládeží povšimli jsme si, že jedinci, u nichž jsou patrné osobnostní rysy, kterými jsou úzkostnost či depresivita projevují naprosto odlišné formy rizikové chování oproti jedincům impulzivním či s ADHD. A právě tato odlišnost, potřeba orientace a důležitost znalosti projevovaných rozdílů nás vedla ke zpracování tohoto tématu prostřednictvím této práce.

Cílem studie, jejíž výsledky předložená rigorózní práce přináší, je snaha zmapovat a popsat současný stav o druzích rizikového chování a jednání adolescentů, u nichž se ve zvýšené míře projevují zmíněné osobnostní rysy, tedy úzkostnost či depresivita.

Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část práce je rozčleněná do čtyř kapitol, které vychází ze zdrojů uvedených v seznamu literatury a vymezují základní pojmy. První kapitola specifikuje období adolescence, které je zásadní životní etapou, ve které dochází k mnoha změnám jako například k fyzickému vývoji, změně identity jedince a v neposlední řadě ke změnám v sociálním prostředí a vztahů k okolí. Je možné, že některé z těchto změn mohou vést ke zvýšené úzkostnosti či depresivitě jedince. A právě úzkostnosti a depresivitě jsou věnovány následné dvě kapitoly ve kterých charakterizujeme jejich typické projevy, prevalenci, uvádíme je do kontextu s rizikovým chováním a zmiňujeme také možnou terapii. Tato část končí teoretickým ukotvením termínu rizikového chování a charakteristikou některých z jeho forem.

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

## **TEORETICKÁ ČÁST**



## 1 Charakteristika vývojového období adolescence

Cílovou skupinou našeho výzkumu jsou žáci II. stupně základní školy, proto se v této kapitole zaměříme na vymezení tohoto vývojového období. Následně popíšeme specifické charakteristiky, které se vztahují k vývoji a zmíníme možné faktory, jež mohou podnítit vznik rizikového chování.

Každý z nás má na období dospívání nějaké vzpomínky. Jedná se o období, které je náročné, ale zároveň úžasné a je považované za období velkých výzev jak pro dospívající, tak pro dospělé, kteří jim jsou oporou. V průběhu této životní etapy jsou prověřovány vztahy nejen mezi dítětem a rodiči, ale všech členů rodiny a lidí kolem dospívajícího jedince. Poklidný život se začne měnit na obtížnou, ale důležitou životní etapu, která může podněcovat spoustu důležitých změn. U dospívajících dochází k mnohým změnám, chtějí více spolurozhodovat o věcech, které se jich týkají, touží trávit mnohem více času se svými vrstevníky, jednání rodičů vidí kriticky a s jistotou vědí, jak žít lépe než jejich rodiče. Zmíněné období prověřuje diplomatické schopnosti rodičů, kteří jsou konfrontováni s novými strachy a obavami o něj, které mohou představovat pochybnosti o způsobu trávení volného času, vrstevnické skupině a mnohé další.

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

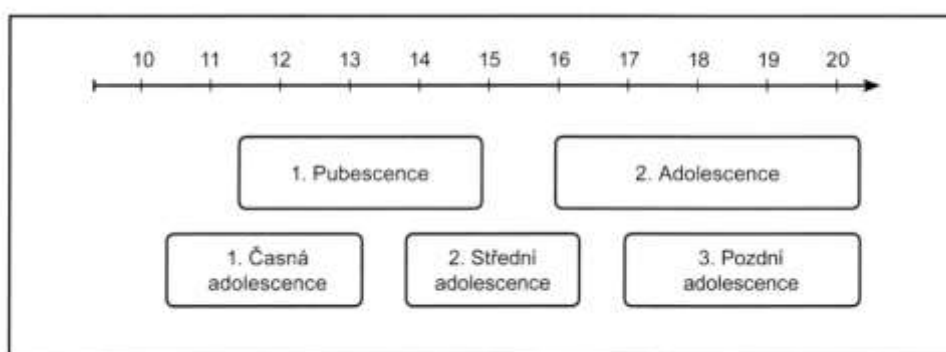
Tato vývojová etapa je obdobím nejdynamičtějších a nejvýznamnějších změn, převratů a přechodů v lidském životě. V tomto stádiu se modifikují a upravují všechny oblasti jedincovy osobnosti. Erikson (1968) charakterizuje dospívání jako období hledání vlastní identity, střet nejistoty a pochybností o sobě samém a o svém místě ve společnosti. Zatímco je pro Freuda v tomto období prvořadé pohlavní dospívání (Drapela, 2011), Erikson (1968) chápe pohlavní dospívání pouze jako jednu, i když velmi důležitou složku identity jedince. Za nejdůležitější počin v tomto období považuje osamostatnění jedince a jeho

odpoutání se od rodiny. Z uvedeného vyplývá, že aspekt psychosociální je pro něj podstatnější než sexuální oblast dospívání.

## 1.1 Specifikace období dospívání

Naše výzkumná studie se týká žáků druhého stupně základní školy, což představuje jedince ve věkovém rozmezí 11 až 15 let. Vágnerová (2012) označuje toto rozmezí obdobím dospívání, které představuje přechodnou dobu mezi dětstvím a dospělostí. Šimíčková-Čížková (2004) pak dělí tuto dobu na prepubertu, což je období počátku dospívání, pubertu jako období pohlavního dozrávání a období duševního dospívání jako adolescenci. Tradiční dělení období dospělosti zahrnuje dvě etapy, a to pubescenci, která je vymezena 11. až 15. rokem věku a adolescenci, kdy se uvádí rozmezí od 15 do 20 let (Vágnerová, 2012; Langmeier & Krejčířová, 2006). Moderní pojetí již rozlišuje tři fáze stejného období, a to ranou adolescenci, která je ohraničena věkem od 10 do 13 let, střední adolescenci, probíhající mezi 14. až 17. rokem jedince a pozdní adolescenci, která spadá do věkového rozmezí 18. až 20. let (Macek, 2003). V předložené práci se budeme držet moderního pojetí dělení a budeme používat pro jedince našeho výzkumu označení adolescent.

Schéma č 1: Tradiční a moderní dělení období dospívání



Zdroj: Nielsen Sobotková, 2014, s. 27

Trvání této vývojové etapy je velmi individuální, stejně jako její průběh a intenzita. Dospívající jedinci si vytváří svou vlastní identitu a pozvolna přetváří dosud vnímaný status „dítě“ na status „dospělý“.

Zmíněná životní fáze v sobě zahrnuje celou řadu biologických, psychických sociálních a dalších změn, jež jsou ve vzájemné interakci, a které se podílejí na komplexní proměně osobnosti. Některé z těchto změn budou zmíněny v následující části kapitoly.

## **1.2 Změny provázející období dospívání**

Období dospívání je mnohými odborníky (Matějček, 1986; Čáp & Mareš, 2007; Vágnerová, 2012) vnímáno jako nejdynamičtější fází lidského života, ve které dochází k zásadním změnám v bio-psycho-sociálně-přesahové oblasti jedince. Je to období neklidné a plné nečekaných zvrátů. Adolescenti mají nevyzpytatelné chování, bez zjevných příčin jsou vznětliví, impulzivní ve svém chování jsou vzdorovití, někdy až drzí a Říčan (2014) hovoří o této životní etapě jako o „životu na sopce“. Soužití s nimi vyžaduje velkou trpělivost, toleranci a výchovné znalosti a dovednosti. Znamená také značnou zátěž pro vychovatele, ať jsou jimi rodiče, učitelé či jiní výchovní pracovníci.

Toto období lze považovat za významný biologický a sociální mezník v životě jedince. Z hlediska biologického dochází k pohlavnímu dospívání a sociálním mezníkem je pak ukončení základní povinné školní docházky a volba budoucího povolání (Langmeier & Krejčířová, 2006). Adolescent začíná uvažovat o tom, čím by chtěl být, ale také, čím by rozhodně být nechtěl. Svou identitu tedy vymezuje i záporně. Jeho budoucí profese do určité míry závisí také na školní úspěšnosti (Ptáček & Kuželová, 2013).

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

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

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

Rozvoj poznávacích procesů v období dospívání pokračuje především zpřesňováním formálně logických operací. Postupně dochází k preciznosti ve vnímání. Rovněž se výrazně rozvíjí výběrový charakter logické paměti, což je patrné hlavně v učení (Šimíčková-Čížková, 2004). V tomto období je nadále zřejmá zájmová rozkolísanost, přesto se lze setkat s tím, že existují aktivity a zájmy, které jedince baví a naplňují a on v nich získává hluboké faktické znalosti.

Socializace je ovlivněna novými kompetencemi adolescenta. V průběhu dospívání se mění jeho názor na ostatní lidi, proměnou procházejí i sociální role (Vágnerová, 2012), jež pomáhají utvářet jeho identitu. Přetvářením svého zevnějšku již opouští roli dítěte, a tudíž po ostatních vyžaduje respekt jako k dospělému. Prosazuje si rovnoprávnost ve styku s rodiči a ostatními dospělými, vyžaduje podobné kompetence a uznání (Carr-Gregg & Shale, 2010).

Důležitou změnou je odpoutání se od rodiny (Labáth, 2001; Vágnerová, 2012). Začínají vznikat kvalitativně změněné sociální city k vrstevníkům, u kterých jedinec nachází oporu. *„Musíme brát v úvahu obrovský vliv interpersonálního prostředí, které jedince obklopuje, a které v průběhu života tvaruje strukturu charakteru.“* (Yalom, 2003, 20). Dle Fuligniho (2011) je během prvních pěti let dospívání nejsilnější fixace právě na vrstevníky, kteří se sobě stávají navzájem neformálními vlivnými autoritami a významnými činiteli socializace osobnosti (Cakirpaloglu, 2014). Adolescent touží po přátelství. V období dospívání je intenzita této potřeby větší než kdykoliv jindy. Již od začátku námi popisovaného období se u jedince objevuje potřeba důvěrného vztahu s přítelem, a právě tento vztah uspokojuje potřebu citové vazby, která jedinci dává určitý pocit bezpečí a jistoty (Orvin, 2001). Časem je tento vztah zastoupen partnerským vztahem. Přátelé a kamarádi pomáhají dospívajícímu člověku naučit se žít mimo jeho rodinu. Přátelské i partnerské vztahy jsou charakteristické tím, že se v nich objevuje důvěrnost, možnost svěřit se partnerovi, vzájemnost ve sdílení různých pocitů a nálad a v neposlední

řadě také výlučnost. Adolescent si mezi svými vrstevníky zkouší, potvrzuje a prověřuje své sociální kompetence (Ptáček & Kuželová, 2013).

Kvalitní přátelské vztahy, které vzniknou v období adolescence mohou mít dlouhodobější vývojové účinky na osobnost. Weiss et al. (2004) ve svých longitudinálních výzkumech došel k závěru, že u jedinců, kteří v období adolescence prožívali dlouhodobá a hodnotná kamarádství se projevila vyšší školní úspěšnost a přijetí autorit oproti jedincům sociálně uzavřenějším. U těchto osob se vyskytovaly rozpory s partnery i nadřizenými v zaměstnání. Z tohoto výzkumu je patrné, že na harmonizaci osobnosti, utváření reálné sociální percepce a stabilizaci emocí mají stabilní a pozitivní kontakty s vrstevníky zásadní a nezastupitelný vliv.

### **1.3 Vznik rizikového chování v období adolescence**

Jelikož se zaměření práce orientuje na problematiku rizikového chování, věnovali jsme tomuto tématu samostatnou kapitolu (kapitola 4), v níž uvedeme nejčastější formy rizikového chování a jejich prevalenci, nicméně na tomto místě bychom chtěli zmínit možné okolnosti vedoucí ke vzniku rizikového chování a jednání.

Při posuzování rizikového chování adolescentů je nezbytné pohlížet na něj jako na komplexní jev a zaměřit se na jeho vznik a průběh detailněji. Proměnných, které vedou k jeho vzniku, může být několik.

Jako prvořadé bychom měli zmínit biologické faktory, mezi které lze zařadit pohlaví jedince, jeho hormonální systém, tělesnou konstituci nebo odolnost vůči bolesti. Dále je nezbytné vzít v úvahu jedincovy osobnostní charakteristiky, které v naší práci představují úzkostnost a depresivitu, ale i další například impulzivitu, agresivitu a jiné, které se mohou projevit jako rizikové prediktory k rizikovým činnostem. Vlastní jednání jedince je možné chápat jako další faktor. Konkrétně sem lze zahrnout školní prospěch, způsob dodržování stanovených pravidel a také kvalitu jedincových vztahů k nejbližšímu sociálnímu okolí. Zásadním faktorem, ovlivňujícím chování jedince je sociokulturní prostředí (Řičan, 2014), a to zejména rodina, její výchovné styly, komunikace mezi jednotlivými členy a vztahy nejen v ní, ale především k dospívajícímu, které ho následně v dalším životě ovlivní a které bude chtít napodobovat (Dolejš & Skopal, 2015). Vzhledem k tomu, že v této životní etapě nově vznikají vrstevnické skupiny je možné, že se v nich vyskytne problémové

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

V této kapitole jsme popsali období dospívání, respektive adolescence, zaměřili jsme se na vývojová specifika, zákonitosti a změny, jež jsou pro tuto životní etapu charakteristické. V poslední části kapitoly jsme pouze rámcově uvedli možné faktory vzniku rizikového chování v adolescenci, neboť tomuto tématu věnujeme samostatnou kapitolu. V následující dvou kapitolách se zaměříme na dva osobnostní rysy, které jsou pro naši práci stěžejní, a to na úzkostnost a depresivitu.

## 2 Úzkostnost

V rámci této a také následující kapitoly se budeme zabývat vymezením, výskytem, projevy a terapií úzkostnosti a depresivity, které v předložené práci chápeme jako trvalejší charakteristiky osobnosti, avšak některé specifikace mohou být vnímány jako krátkodobě trvající psychické stavy jedince. Někdy je hranice mezi rysem a stavem velmi tenká.

Úzkost je přirozená lidská reakce, která patří k životní výbavě každého jedince (Mohr, 2017), je to prapůvodní instinkt (Morschitzky & Sator, 2014), je biologicky velmi stará a podílí se na přežití jedince a tím i lidského druhu (Vymětal, 2004). Umožňuje adaptaci na podmínky života a přispívá k formování osobnosti člověka. Její konkrétní projev je tedy dán biologickými dispozicemi, zkušenostmi získanými vlivem prostředí a učením (Vymětal et al., 2007).

Nejčastější reakcí jedince na stresový podnět je právě úzkost, kterou lze charakterizovat termíny jako je starost, obava, napětí či strach (Atkinson, Atkinson, Smith, Bem, Holen-Hoeksema, 2003). Úzkost nás připravuje na to, abychom mohli čelit nějakému vnějšímu známému nebo neznámému nebezpečí (Mohr, 2017). Praško (2012) dodává, že úzkost zastává pro organismus adaptivní funkci, což znamená, že pomáhá vyostřit smysly jedince, mobilizuje jeho energii a tím aktivuje obranné schopnosti organismu vyhnout se, ubránit nebo utéct v případě ohrožení.

Mírné a občasné obavy a projevy úzkosti, které prožívá v životě každý z nás jsou naprosto přirozené a běžné. Jsou dokonce důležité a užitečné, pokud nepřekročí určitý stupeň, neboť nás mohou přimět ke zlepšení našeho výkonu. Vymětal (2007) upozorňuje, že pokud se úzkostné stavy projevují velmi často, trvají příliš dlouho, jejich intenzita je vzhledem k podnětu, který ji vyvolal příliš velká či se projevují v nevhodné situaci, může se tento stav jevit jako problematický, neboť brání v adaptaci na měnící se životní podmínky a také přirozenému prožívání života. Jestliže tento stav přetrvává, může se změnit v úzkostnou poruchu, a to je přesně v tom okamžiku, kdy úzkost jako fyziologická reakce přesáhne jistou míru a nedochází k jejímu útlumu, což znamená, že nefungují obranné mechanismy a úzkost u jedince přetrvává. Ve většině případů, když odezní vnější impulz ohrožení se jedinec uklidní a úzkost se zmírní, ale u člověka, který trpí úzkostnou poruchou toto nenastane, úzkost u něj přetrvává (Mohr, 2017) a může mít několik podob, např.

separační, fobická, obsedantně-kompulzivní, sociální úzkostná porucha či generalizovaná úzkostná porucha, která patří nejčastějším (Praško, 2012).

## 2.1 Epidemiologie úzkosti v období adolescence

Autoři Kessler et al. (2012) a Paulus et al. (2016) konstatují, že úzkostné poruchy jsou v období adolescence jedny z nejčastějších potíží. Malá (2008) uvádí, že prevalence generalizované úzkostné poruchy (F 41.1) je u dětské populace zhruba 3 %, separační úzkostná porucha v dětství (F93.0) se vyskytuje u 3,5 % jedinců a v dospělosti se mění v agorafobii či panickou poruchu. Fobická anxiózní porucha v dětství (F 93.1) se vyskytuje asi u 3,5 % populace, sociální fobie (F 40.1) je přítomna asi u 1 % jedinců, specifické izolované fobie (F 40.2) byly zjištěny u 2,4 % a sociální anxiózní poruchou v dětství (F 93.2) trpí kolem 2,5 % jedinců. V USA byl uskutečněn obdobný celostátním průzkum zaměřený na zjištění úzkostných poruch u adolescentů. Do studie bylo zařazeno 10 123 respondentů ve věku 13 až 18 let. Výsledky výzkumu ukázaly, že prevalence poruch úzkosti byly následující: generalizovaná úzkostná porucha 2,2 %, sociální fobie 9,1 %, specifická fobie 19,3 %, panická porucha 2,3 % a separační úzkostná porucha 7,6 % (Siegel & Dickstein, 2006). Tato studie také uvádí, že jeden ze tří adolescentů (31,9 %) splňuje kritéria úzkostné poruchy a že všechny formy úzkostí byly častější u dívek. Zjištění, že děvčata dosahují vyšších skóre úzkostnosti, než chlapci potvrdila výzkumná studie Skopala, Dolejše a Suché (2014) provedená na vzorku 4 198 adolescentů ve věku 10 až 16 let, při rozložení pohlaví 52,05 % děvčat a 47,95 % chlapců prostřednictvím dotazníku Škála osobnostních rysů u adolescentů (ŠORA). Stejný osobnostní rys, tedy úzkostnost byl mezi pohlavími porovnáván při studii, která byla provedena v rámci standardizace české škály úzkostnosti (Dolejš & Skopal, 2016) a ta potvrdila, že průměrná hodnota úzkostnosti u chlapců roste, přičemž dívky jsou statisticky významně úzkostnější ve srovnání s chlapci (Čerešník, Dolejš & Skopal, 2016).



## 2.2 Etiologie úzkosti u adolescentů

Úzkost je podle Vymětala (2004) reakcí organismu na hrozbu, která je nejasná a jen těžko identifikovatelná. Libigerová (2005) chápe nejasnost v tom smyslu, že strach může být jednak reálný, to znamená postavený na rozumovém předpokladu, logickém odůvodnění a objektivním pozorování, tak naopak nereálný, založený na falešných předpokladech a nesprávných důvodech či hodnoceních, jež neodpovídá pozorovanému. Tento předpoklad platí u dětí a mládeže, ale musíme ještě zohlednit další významné faktory. Jedním z nejdůležitějších je vývojový aspekt, který vypovídá o zralosti mozku (Paulus et al., 2016), který je schopen určitého racionálního či iracionálního vyhodnocení konstruktů hrozby vyvolávající úzkost, strach či obavy, nebo kdy je jedinec již schopen rozpoznat specifický kontext, jež vytváří ohrožující situace. Dalším faktorem, který uvádí Olino, Klein, Lewinsohn, Rohde & Seeley (2010) je maturační faktor, který dává odpověď na to, zda jedinec zvládl nebo nezvládl kategorii známé versus neznámé. V tomto případě je úzkost důležitá pro přežití jedince, který by se jinak vrhal bezhlavě do nebezpečí. Nezvládnutí kategorie živé versus neživé má vliv na vytváření jak sociální fobie, tak specifických fobií. Sociální úzkost zde hraje zásadní úlohu, která umožňuje socializaci a akulturaci. Dále zmíníme komunikativní faktor, což znamená, že většina emocí je komunikována převážně „somatickým kanálem“. Není bez povšimnutí, že tato somatizace úzkosti přetrvává až do dospělého věku v 87 % (Libigerová, 2005). Jedním z dalších významných faktorů v adolescenci je zvýšená emoční a vegetativní dráždivost se snadnou generalizací (Kessler et al., 2012). Pro toto období je typická větší afektivní labilita s poměrně nízkou frustrační tolerancí, menším sebeovládáním a neschopností rychlé relaxace. Jak doplňuje Vymětal (2004), objevuje se zvýšená lokálně specifická orgánová dispozice, jako například tenzní bolest hlavy, bolest břicha, ranní zvracení, poruchy spánku a další. Porucha může bránit zvládání sociálních dovedností. Posledním, námi zmíněným zásadním rizikovým faktorem, který může vést ke vzniku anxiózních poruch v útlém dětství je malá citová vazba k matce tzv. attachment (Nauert, 2010).

Adolescence je pro jedince obdobím subjektivních a často se měnících představ o sobě, také zvýšeného pozorování vlastního fyzického vzhledu a velké důležitosti a závislosti na hodnocení své osoby okolím, které souvisí s hledáním vlastní identity. Proto je toto vývojové období nejcitlivější na vznik sociální fobie (Paulus et al., 2016), kdy zdánlivě

nepatrný posměšek či nevhodná připomínka ve společnosti ostatních lidí může vyvolat obavy, úzkost a strach. Janíček (2008) uvádí, že úzkost se stává nemocí tehdy, pokud jedinci znemožňuje vykonávat rutinní činnosti nebo jejich realizaci významně omezuje. Neléčené úzkosti v dětství nejenže zvyšují předpoklad vzniku úzkostné poruchy v dospělosti, ale u adolescentů také zvyšují riziko abúzu drog, afektivních poruch a suicidálních tendencí.

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

### **2.3 Projevy úzkosti v období adolescence**

Projevů úzkosti existuje přibližně sto padesát (Praško, 2012) a my na tomto místě zmíníme alespoň nejčastější a nejtypičtější z nich.

Úzkost, jakožto subjektivně nepříjemně prožívaný pocit ohrožení, obav či strachu bez přesně definovaného předmětu či nereálného nebezpečí (Orel, 2012) se odráží ve třech systémech (Lang, 1985):

- 1) motorické chování – kdy se jedinec snaží uniknout z nepříjemné situace a úzkost se manifestuje v třesu, gestikulaci, mimice a podobně
- 2) verbálně-kognitivní reakce – kdy se úzkostný stav jedince projevuje v jeho myšlenkách, představách, které bývají často orientovány do budoucnosti (Praško, 2012) a hlavně negativně laděné (Pešková, 2018), dále ve vzpomínkách, verbálním vyjádření strachu, nesoustředěním, obavami a jiné
- 3) fyziologické reakce - kdy je zvýšená aktivace sympatiku a z toho plynoucí tělesné příznaky jako je zvýšení krevního tlaku a srdeční frekvence, svalová tenze a další.

Praško (2005) dále zmiňuje symptomy tělesné, kam řadí například napětí v těle, vnitřní neklid, třes, mravenčení v končetinách, bolest žaludku či hlavy, pískání a šumění v uších, závratě nebo sucho v ústech. Při zatěžujících situacích, které jedinec zažívá ve společnosti jiných osob, se může jednat o zrudnutí, chvění, potíže s dýcháním, návaly horka, zalykání se nebo nutkání a obava z pomočení, pokálení či pozvracení. Mezi pocity u přechodových úzkostných stavů bez aktivačního podnětu autor řadí například bolest na hrudi, nepravidelné bušení srdce, obavy ze ztráty kontroly či strach ze smrti. A k psychickým projevům, které se mohou překrývat s projevy typickými pro deprese, uvádí například únavu, ztrátu energie, podrážděnost a nervozitu, změny spánku a chuti k jídlu, potíže při koncentraci, rozhodování či paměti, dále zažívání pocitu bezmoci a beznaděje, sebeobviňování a sebedoceňování a mnoho dalších.

Úzkostnou, ale také depresivní poruchu nezřídka doprovází velké množství tělesných projevů, které by mohly zprvu signalizovat tělesnou nemoc. Proto Hollý (2017) upozorňuje, že je nezbytné provést důkladné vyšetření a v případě úzkosti vyloučit řadu tělesných onemocnění a spojit si obtěžující tělesné projevy s konkrétním duševním onemocněním.

K výše zmíněným všeobecným projevům, které se objevují napříč věkovými pásmy, je potřeba dodat ještě specifické anxiózní projevy adolescentů. Ty jsou nejčastěji spojeny s podprůměrným školním výkonem a sociální maladaptací. Zhruba 25 % úzkostných jedinců se potýká s obtížemi při čtením a asi u 30 % z nich je stanovena komorbidní porucha ADHD. Komorbidita anxiózních poruch s bipolární afektivní poruchou se udává až u 33 % dětí a 12 % adolescentů (Praško, Vyskočilová & Prašková, 2006). Výzkumné projekty, jež uskutečnili Dolejš et al. (2014) a Skopal (2016) ukazují, že úzkostnost koreluje s neuroticismem, přecitlivělostí, pasivním komunikačním stylem, úzkostnou nejistotou v sebe sama, sebesnižováním a depresivitou. Tento výčet doplňuje Vymětal, et al. (2007) o tvrzení, že lidé, kteří trpí úzkostí, nejsou schopni objektivně hodnotit sebe ani své výkony. Mají tendenci k podceňování své osoby, s čímž souvisí jejich nízké sebevědomí. Obecně se jedná o jedince, kteří jsou uzavřeni ve svém vlastním světě a jsou snadno psychicky zranitelní.

U školních dětí bývají nejčastěji diagnostikovány separační anxieta, generalizovaná úzkostná porucha a specifické fobie (Praško, 2005). Anxiózní poruchy se mohou projevovat neurovegetativní labilitou, podrážděností, insomnií a také kognitivním

zhoršením, které může vést k sociální maladaptaci s behaviorální regresí. U adolescentů bývá nejčastěji diagnostikována panická porucha, agorafobie a sociální fobie (Malá, 2004).

Výše zmíněné projevy byly „běžnými“ projevy v rámci úzkostnosti, ale protože je zaměření naší studie na rizikové jednání úzkostných adolescentů, chceme zde zmínit právě rizikové projevy u úzkostných adolescentů.

Toto téma zkoumal Comeau (2001), který zjistil, že úzkostnost se jeví jako signifikantní prediktor pro užívání tabákových a alkoholických výrobků. V České republice byl proveden celorepublikový výzkumný projekt, jež realizovali Suchá, Dolejš, Skopal a Vavrysová (2016), který se zabýval posouzením osobnostních rysů, mimo jiných také úzkostnosti, u rizikových a nerizikových adolescentů. Jako riziková kohorta byli stanoveni jedinci, kteří dosáhli v dotazníku Výskyt rizikového chování u adolescentů (Dolejš & Skopal, 2015) vyššího skóru, než byl průměrný plus jedna směrodatná odchylka a nerizikovou skupinu tvořili jedinci s nižším skórem, než byl průměr plus jedna směrodatná odchylka. Výzkum ukázal, že mezi skupinou rizikových a nerizikových chlapců není statisticky významný rozdíl ( $p = 0,41$ ). Což znamená, že se u úzkostných chlapců objevovaly rizikové projevy téměř ve stejné míře jako u chlapců „neúzkostných“. Stejně zjištění bylo shledáno u dívek ( $p = 0,24$ ). Ze studie dále vyplynulo, že riziková úzkostní adolescenti získali o jeden bod méně než neriziková skupina úzkostných vrstevníků. Z porovnání těchto dvou studií tedy je zřejmé, že úzkostnost nemusí být prediktorem rizikového chování.

## **2.4 Diagnostika úzkostnosti**

V rámci této podkapitoly zmíníme některé diagnostické nástroje, které je možno využít pro zjištění úzkosti či úzkostnosti.

Dolejš a Skopal (2016) upozorňují na fakt, že pokud je úzkostnost diagnostikována již v adolescentním věku, může následná odborná terapeutická práce s jedinci vést k efektivní redukci tohoto rysu, čímž dojde také ke zlepšení kvality jejich života.

Praško (2018) tvrdí, že z důvodu velmi rozmanitých a různorodých projevů úzkostných poruch neexistuje test, který by určil, zda jedinec trpí úzkostnou poruchou či nikoliv. A dodává, že pouze velmi orientačně o celkové úrovni úzkosti jedince vypovídá tzv. Beckův úzkostný inventář, který neslouží ke stanovení jednoznačné diagnózy. Pro stanovení diagnózy je nezbytné vyšetření odborníkem.

Kromě Beckova dotazníku je v praxi využívána Škála měření úzkosti a úzkostlivosti u dětí (revidovaná ŠAD-R), autorů Müllnera, Ruisela a Farkaše, která je určena pro jedince ve věkovém rozmezí 10 až 15 lety. Jedná se o sebeposuzovací škálu, jejíž první část se orientuje na stavovou úzkost a druhá část se zaměřuje na rysovou úzkostlivost (nuv.cz).

Jako orientační techniku pro získání informací o úzkostnosti adolescenta lze využít kresbu lidské postavy. Batista, Sisto & Oliveira (2014) vymezili kritéria pro hodnocení jednotlivých ukazatelů úzkosti v kresbě, kterými jsou časté gumování, opravování linií, nápadné stínování, nejasná symetrie, spleť čar, pečlivá kresba, nestabilní postava, slabý tlak a slabá čára. Vágnerová & Klégrová (2008) uvádí, že pro úzkostně laděné jedince je charakteristická kresba na malém či úzkém prostoru, kdy jedinec nevyužije celou plochu papíru, dokreslení rámečku kolem kresby, extrémní pravidelnost, symetričnost a nadměrné propracování či zdůraznění postavy, vynechání podstatných částí, znázorňování jednoho znaku, který se objevuje často a je vyveden velmi pečlivě nebo kresba postavy menší než 10 centimetrů. Kucharská & Májová (2005) hovoří o grafologických znacích „úzkostné kresby“ jako jsou tahy a charakter čáry, rychlost a tlak pohybu, kdy signifikantní jsou roztřesené a velmi tenké případně přerušované čáry. Hodnocení a analýza kresby nemusí být zaměřena jen na finální produkt, ale také na samotný proces kreslení (Vágnerová, 2017).

Pro náš výzkum jsme zvolili Škála úzkostnosti Dolejš a Skopal (SUDS), která zjišťuje míru úzkostnosti jako osobnostního rysu a je standardizovaná pro námi zvolenou cílovou populaci. Blíže se o této screeningové metodě zmíníme v samostatné kapitole (kapitola 8.1.1).

## **2.5 Terapie**

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

Při léčbě úzkostných poruch jsou převážně používané strategie farmakologické a psychoterapeutické. Každá z nich samostatně vykazuje účinnost, ale jejich kombinace účinnost zvyšuje, zrychluje nástup působení, zlepšuje toleranci nežádoucích účinků,

spolupráci při léčbě a snižuje množství relapsů. Kosová (2010) tyto základní způsoby léčby doplňuje o další nezbytnou strategii a tou by mělo být aerobní cvičení, které redukuje stavy úzkosti. Taylor (2000) porovnal 24 výzkumných studií, které byly zacílené na vliv cvičení na úzkost, a zjistil, že ve 21 z nich (87 %) vedla fyzická aktivita k signifikantnímu poklesu stavů úzkosti.

## **Farmakoterapie**

Podle Praška, Vyskočilové & Praškové (2006) je indikace farmakologické intervence u adolescentů vhodná v případech, kdy anxiózní symptomy ovlivňují školní výsledky, objevuje se kompenzatorní rizikové chování nebo dochází ke ztrátě komunikace s rodinnými příslušníky či vrstevníky. Obecně se medikace také doporučuje v situacích, ve kterých selhává psychoterapeutické působení, nebo naopak tam, kde je potřeba navázat s adolescentem psychoterapeutický kontakt.

Vědecká rada AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) v roce 2006 schválila doporučení pro léčbu úzkosti u adolescentů. Toto doporučení se v jedenácti bodech zaměřuje na oblast vyhledání symptomatiky, diagnostiky, terapie, spolupráce se školou až po prevenci ([www.aacap.org](http://www.aacap.org)).

Myslíme si, že by bylo vhodné na tomto místě zmínit alespoň některé preparáty, jež se využívají při léčbě úzkosti a úzkostnosti adolescentů. K tomuto rozhodnutí nás vede přesvědčení, že by psycholog měl mít rámcový přehled o této problematice. Větší pozornost budeme věnovat preparátům, které jsou volně dostupné, a psycholog by mohl některý z nich úzkostnému jedinci potažmo jeho rodičům doporučit. Okrajově zmíníme také některé léky, které by psycholog měl znát, ale jejich indikace se váže na návštěvu dětského psychiatra či pediatra a užívání je podmíněno lékařskou preskripcí.

Nejprve se zaměříme na přípravky, které jsou vhodné pro adolescenty a lze je pořídit bez lékařského předpisu. Podle Malé (2013) je vhodné nejprve zahájit saturaci organismu magneziumem, které je vnímáno jak antistresový prvek. Při jeho nedostatku se objevují nervosvalové křeče, přehnaná úzkost, nespavost a vyčerpání. Magnezium lze doplnit Persenem, který se používá při psychovegetativních poruchách, které se mohou manifestovat prostřednictvím zvýšeného napětí v těle, neklidem, podrážděností,

rozladěností, může se objevit strach, úzkost, porucha koncentrace, potíže při usínání a spánku, pocit únavy po probuzení či po minimální námaze, pocení dlaní a třes rukou. Sanason se užívá při projevech nespavosti, úzkosti, neklidu, podráždění či napětí. Účinnými látkami je extrakt z kozlíku lékařského, který navozuje uvolnění a zklidnění organismu a výtažek z chmele podporuje sedaci a trávení. Jako další lze zmínit Novo-Passit, což je preparát obsahující extrakty ze sedmi léčivých bylin a guaifenesin, který má anxiolytický účinek. Pomáhá při odstranění strachu a psychického napětí, dále pro léčbu předrážděnosti a úzkosti, která se projevuje únavou, nízkou výkonností, nesoustředěností, poruchou paměti, nespavosti a k léčbě bolesti hlavy. Dalšími volně prodejnými preparáty jsou Calabron, Bellaspon či Guajacuran, které mají na organismus tlumivé účinky a je vhodné je užívat při pocitu předrážděnosti, nespavosti či emočním napětí s pocitem úzkosti.

Mezi preparáty používané k léčbě úzkosti a úzkostnosti jsou v rámci dětské psychiatrie indikovány léky ze skupiny anxiolytik, což jsou léky, které rychle tlumí nebo rozpouští úzkost jako například Hydroxyzin, Klonazepam, Diazepam a jiné (Malá, 2013). U této skupiny léků je doporučeno předepisování a užívání co nejkratší dobu, neboť některé preparáty mají silný potenciál k nárůstu tolerance a následné závislosti (Orel, 2017). Druhou skupinou léků jsou antidepresiva, což jsou léky určené k dlouhodobému užívání, jako jsou Dosulepin, Klomipramin, SSRI Fluoxetin či Sertralin. Malá (2013) zmiňuje rovněž léky, které nejsou určeny pro adolescenty, nicméně jejich použití „off label“ je efektivní. K těmto preparátům patří například Citalopram, Escitalopram, Paroxetin ze skupiny léků SNRI pak Venlafaxin.

## **Psychoterapie**

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

Lehké a střední úzkostné stavy lze dobře léčit psychoterapií bez použití léků. Psychoterapie se u úzkostných poruch mnohdy setkává s velice dobrým výsledkem. Zaměření psychoterapie může směřovat k získání nových, praktičtějších způsobů práce se symptomy úzkosti, jejich využití ve prospěch jedince a tím eliminovat utrpení (Praško, 2005).

Velmi důležitá je psychosociální podpora, která může být v terapeutickém procesu klíčová. Zásadním úkolem lékaře nebo psychologa je navázání terapeutického kontaktu s adolescentem, protože většina těchto jedinců nepřichází dobrovolně, ale pod tlakem dospělých. Dalším podstatným krokem je podání bazálních informací rodině v přítomnosti adolescenta a je nutné získání souhlasu s terapeutickými intervencemi (Geldard & Geldard, 2002). Terapeutický proces u adolescentů, do něhož jsou zapojeni také rodiče, je přesně hierarchicky strukturován, má specifické léčebné sekvence, konkrétní cílové úkoly a racionální vysvětlení jednotlivých intervencí. Proto je nezbytná edukace rodičů či pečovatelů, při nichž jsou jim podrobně vysvětleny symptomy, jednotlivé terapeutické kroky (Pöthe, 2011) a také jsou seznámeni s tím, že součástí psychoterapie je rehabilitace, reedukace a resocializace jedince, na niž se musejí také podílet všichni, kteří jsou v blízkém kontaktu s adolescentem (Geldard & Geldard, 2002).

V této části kapitoly uvedeme několik relaxačních technik a metod, jež mohou být využity při zvládnání úzkosti. Je však důležité, vytvořit si určitý návyk či rituál a jednotlivé metody provádět pravidelně. Většina metod nezabere více než 15 až 20 minut a vedou ke zklidnění a uvolnění těla, které následně směřuje k uvolnění mysli.

### **Jacobsonova progresivní svalová relaxace**

Edmund Jacobson (1937) ve svých výzkumech zjistil, že psychobiologický stav organismu nazývaný jako „nervosvalová hypertenze“, ke kterému může docházet například při úzkosti či stresu, je základnou většiny negativních emočních stavů a psychosomatických onemocnění, která se mohou projevit jako bolest svalů, kloubů a zad a podobně. Proto tvrdil, že relaxace svalů vede k relaxaci mysli. Hlavním záměrem zmíněné techniky je tedy co největší svalové uvolnění (Jones & Moorhouse, 2010).

Tato relaxace se zaměřuje na celkové tělesné a duševní uvolnění jedince. Provádění spočívá ve střídavém napínání a uvolňování hybného svalstva. Jedná se o metodu, která



patří mezi oficiálně doporučované terapeutické postupy (Řeřicha, 2019). Velmi efektivní je u jedinců, u kterých se úzkost manifestuje napětím svalů anebo pocity napětí či podrážděnosti.

### **Řízená imaginace**

Další velmi často používaná technika pracuje s představami. Jedinec si představuje motivy, které mu odborný pracovník nabízí, např. rozkvetlá zahrada či louka, procházka po horách apod. Nekomentuje průběh sezení, jen plní podávané instrukce. Po skončení imaginace může adolescent převyprávět svou imaginaci, popsat osoby, místa, symboly nebo může imaginaci zpracovat arteterapeuticky, tedy nakreslit obrázek či jinak ztvárnit situace z imaginace (Kast, 2010) a následně je doplnit ústním komentářem a popisem. Do této kategorie lze zařadit Schultzův autogenní trénink, jenž využívá představ, pomocí kterých vyvolává různé tělesné stavy, které pak umožňují nejen relaxaci těla, ale také myslí (Babor, 2008).

### **Mindfulness**

Mindfulness neboli všímavost je *„schopnost uvědomovat si procesy probíhající v naší mysli a těle s porozuměním a soucitem. Schopnost, jejíž nedostatek hraje, jak se zdá, významnou roli v etiologii mnoha duševních poruch“* (Benda, 2019, 12).

Jednou z meditačních technik mindfulness je tzv. body scan, která se zaměřuje na vnímání vlastního těla v přítomnosti, tedy tady a teď. Pozornost zaměřena na pocity v jednotlivých částech těla, které se prochází se od hlavy až k chodidlům a také je důležité zaměřit pozornost na dýchání.

Úzkostní jedinci, kteří trpí slabšími úzkostmi, se mohou naučit překonat tyto stavy vlastním přičiněním. Je potřeba zaměřit se na zásadní aspekty:

**Změna myšlení** – častým zapříčiněním úzkostného stavu je určitý automatický myšlenkový tok. Nicméně, jedinec situaci vnímá obráceně a to tak, že ho úzkost „přepadla“ a způsobila vznik trýznivých myšlenek. Proto je nezbytné, aby si adolescent uvědomil, že se musí vědomě distancovat od obsahů své mysli a včas identifikovat „toxické myšlení“. Je nutné, aby pochopil, že se neztotožňuje se svým myšlením (Funke, 2019). Není neschopným, divným či slabým, ale ve stavech úzkosti je pouze člověkem, který má na mysli vtíravé

myšlenky, které se týkají jeho případného selhání, ohrožení či ostudy. Jestliže se jedinec oddělí od těchto myšlenek, bude mnohem dříve a lépe schopen odhalit sebezraňující myšlenkový automatismus. Ke změně myšlení může pomoci, poslech hlasité hudby, změna prostředí, pohybová aktivita a podobně.

Naučit se **správně dýchat** – úzkost je reakce organismu na stresový podnět, který se odráží, jak už bylo výše zmíněno, jak na mysl, tak na tělo. Při těchto nepříjemných stavech dochází podvědomě ke zkracování dechu, což má za následek zvýšenou koncentraci kyslíku v krvi. V tomto případě je vhodné naučit adolescenta jednoduchou formu dechové intervence, při které se posadí či položí na záda a bude se soustředit na vlastní dýchání - po výdechu zadrží dech asi na deset sekund a potom se nadechne. Toto cvičení se provádí do zmírnění úzkosti.

Péče o **životosprávu** – strava, kterou konzumujeme, má vliv na intenzitu úzkostných stavů. Proto je důležitá vyvážená strava s dostatkem vlákniny a sacharidů. Právě nedostatek sacharidů může mít negativní vliv na úzkostného jedince. Existují živiny, které podporují odolnost vůči úzkosti a stresovým situacím. Řadíme zde potraviny bohaté na antioxidanty (vlašské ořechy, jablka, avokádo, brokolice) dále potraviny s vysokým obsahem hořčíku a kyseliny listové (celozrnné pečivo, špenát, hlávkový salát) či s vyšším obsahem probiotik (jogurty, kefíry) a v neposlední řadě také potraviny bohaté na omega-3 nenasycené mastné kyseliny (mořské ryby, ořechy, lněná semínka a jiné (Carr-Gregg, 2011).

Péče o **energii** – stavy úzkosti umocňuje stav vyčerpání pramenící z nedostatečného spánku či jednostranné činnosti. Jestliže adolescent ucítí nával úzkosti, je vhodné, aby okamžitě zahájil pohybovou aktivitu – procházku, chůzi do schodů, šel si zaběhat a podobně. Obecně, začlenění pohybu mezi denní aktivity působí jako prevence. Odborníky bývá doporučován tzv. kardio pohyb (Morschitzky & Sator 2014). Jedná se o aktivity, při nichž nepřekročíme svou tepovou frekvenci. Fyziologické změny v těle a mozku, jež doprovází pohybovou aktivitu, mají na úzkosti a deprese pozitivní účinek.

### 3 Depresivita

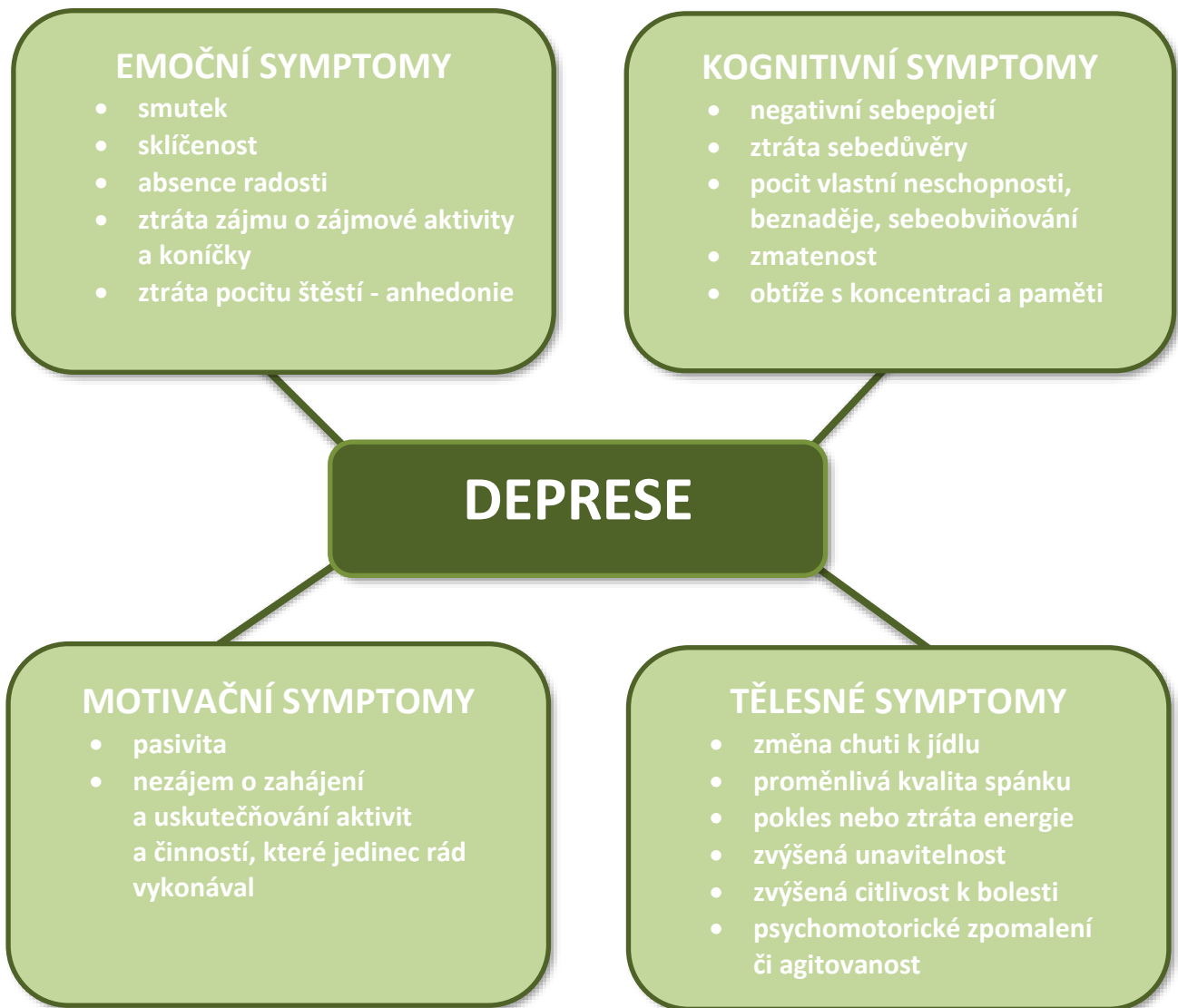
Považujeme za důležité zmínit, že předložená práce se ve větší míře zabývá depresivitou, ačkoliv klinické deprese se také dotkne.

Depresivita je Petersenem et al. (1993) charakterizována jako jeden z mnoha symptomů deprese, který se projevuje aktuální disharmonií v náladě jedince. Depresivita může mít spojitost s problémy různého charakteru nebo naopak nemusí s žádným pozorovatelným problémem souviset. Autor dále hovoří o tak zvaných blue feelings, což jsou pocity neštěstí a smutku, které jedinec prožívá v souvislosti s depresivním stavem. Depresivita jakožto depresivní nálada může předcházet depresi, ale sama o sobě není dostačujícím kritériem pro stanovení klinické diagnózy. Představuje pouze stav, v jehož rámci se objevují symptomy, které charakterizují depresi, ale nedosahují takové intenzity ani četnosti (Herman & Doubek, 2008).

MKN-10 (ÚZIS, 2018) definuje depresi jako psychickou poruchu, spadající do kategorie poruch nálad, které velmi často zasahují všechny oblasti lidského bytí. Jejich přítomnost je zřejmá v prožívání, chování, mají vliv na racionalitu, pozornost, výkonnost, motoriku, motivaci, partnerské a sociální vztahy a jiné psychické a fyzické funkce (Orel, 2012).

Hlavním znakem deprese je smutek, tedy patologický chorobný smutek, který je tak hluboký, že mění všechny ostatní funkce psychiky. Typicky dochází k poruše myšlení. Jedinec si svět vysvětluje jako příliš smutný, jedná se o tzv. katatymní myšlení neboli zkreslené myšlení. Typické jsou negativní a smutné asociace. Sám sebe vidí jako špatného nebo jako nejhoršího na celém světě (Janiček, 2020). Podle Americké psychologické asociace (nedat.) se však nejedná pouze o smutek, ale také o výrazný pokles iniciativy a radosti při provádění činností každodenního života, snížením či zvýšením tělesné hmotnosti, nadměrnou spavostí či naopak nespavostí, celkovým úbytkem energie, sníženou schopností koncentrace, u jedince se objevují pocity bezcennosti, viny a také opakující se myšlenky na sebevraždu či smrt. Tyto symptomy doplňují ještě další, kterými jsou kognitivní, motivační a tělesné symptomy. Pro diagnostikování deprese nemusí jedinec vykazovat všechny výše uvedené příznaky, nicméně, čím více signifikantních příznaků se u něj objeví a čím vykazují vyšší intenzitu, tím je vyšší pravděpodobnost, že jedinec depresi trpí (Atkinson et al. 2003).

Schéma č. 2: Symptomy deprese



Zdroj: Atkinson, 2003; Goetz, 2005

### 3.1 Epidemiologie deprese v období adolescence

Do sedmdesátých let minulého století zastávala odborná veřejnost stanovisko, které tvrdilo, že v dětském a adolescentním období se nemůže deprese projevat, protože jedinci ještě nejsou zralými osobnostmi. Avšak v roce 1975 byl tento názor přehodnocen na základě odborných diskusí v rámci kongresu Unie evropských pedopsychiatrů a americké konference National Institute of Mental Health. Bylo ustanoveno, že pro tuto věkovou kategorii lze používat totožnou diagnostiku jako pro dospělou populaci (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Tento názor doplnily výzkumy předkládající přehled stejných

depresivních symptomů u výše zmíněné populace i u dospělých jedinců (Čermák, Klimusová & Vízdalová, 2005).

Statistiky, které zmiňují prevalenci deprese u adolescentů, nejsou shodné, nicméně rozdíly v nich nejsou příliš velké. Malá (2008) udává prevalenci v rozmezí 0,4 - 8,3 %, Fleming & Offord (1990) 4 – 8 % a Goetz (2005) 4 - 8 %, což představuje nárůst oproti prepubertálnímu období, v němž se prevalence deprese pohybuje průměrně okolo 1,5 %.

V návaznosti na věk jedinců se mění výskyt deprese. Kovacs et al. (1984) uvádí, že první příznaky zvýšené deprese lze pozorovat nejčastěji kolem 11 až 12 let, méně se jich objevuje v rozmezí 7. až 8. roku. V dětství, tedy ve věkovém rozmezí 6 až 12 let, se depresivita projevuje převážně u chlapců (Goetz, 2005; Bernaras et al., 2011), v adolescenci je častěji pozorovatelná u dívek, a to v poměru 2: 1 (Lynch, Glod & Fitzgerald, 2001; Angold, Erkanli, Silberg et al., 2002). Mnohé výzkumy potvrzují, že dívky obecně vykazují vyšší míru depresivity než chlapci (Krch & Csémy, 2006; Suchá & Dolejš, 2016). Malá (2008) tento fakt doplňuje zjištěním, že výskyt depresivních epizod je u 14 až 16letých jedinců v poměru 1 : 5 ve vztahu chlapci versus dívky. V pozdějším věku se toto skóre mění na 2 : 5, ale prevalence 4 % zůstává stále ve stejném poměru jak pro hochy, tak pro děvčata (Malá, 2008).

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

### **3.2 Etiologie depresí u adolescentů**

Etiologie depresivních poruch není jednoznačná, jelikož existuje celá řada příčin, které mohou poruchy vyvolat, ale žádná z nich není dostatečně postačující pro její vysvětlení (Oyama & Piotrowski, 2013). Nicméně, je známo mnoho teorií, které vysvětlují etiologii tohoto fenoménu, například genetická, behaviorální, kognitivní, analytická, biochemická, neuroanatomická, sociologická, stresová či teorie naučené bezmocnosti (Malá, 2008). Autoři Praško, Buliková & Sigmundová (2012), postulují, že příčiny, jež vedou

k manifestaci deprese, jsou multifaktoriální. Nejčastěji se jedná o vzájemné působení biologických, genetických a psychosociálních činitelů. Oyama & Piotrowski (2013) dělí faktory, které mohou vést ke spuštění deprese na biologické a psychosociální. K biologickým faktorům řadí výskyt emočních potíží a poruch v rodině jedince (Silberg, Maes & Eaves, 2010). Tuto teorii pro výskyt depresivních stavů potvrzují také autoři Svoboda, Krejčířová & Vágnerová (2015) a dodávají, že zásadní dopad může rovněž způsobit komorbidita dlouhodobé psychosociální zátěže a genetických vlivů. Mezi psychosociální faktory zahrnují Oyama & Piotrowski (2013) smrt blízké osoby a další autoři přidávají stresové životní situace a události, dlouhodobě trvající stres (Goetz, 2005), dlouhotrvající potíže v partnerských vztazích (Hammen, 2009), které podle škály životních událostí Holmesa a Raheho zaujímají třetí místo nejvíce stresujících událostí (Hoskovec, Riegel, Rymeš & Štikar, 2003), ojedinělé či žádné vztahy s vrstevníky (Malá, 2008), dezorganizovaný typ attachmentu (Goodman, Stroh & Valdez, 2012) a v neposlední řadě se může jednat o konflikty mezi členy rodiny například v důsledku rozvodu, ztráty zaměstnání, ekonomické situace rodiny, dále domácí násilí či dlouhodobá nemoc či zranění (Carr-Gregg, 2010).

### **3.3 Projevy deprese v období adolescence**

Mezi příznaky deprese lze u adolescentů zmínit psychické potíže, které mají podobu určité skleslosti, pocitu viny, narušené vnímání vlastní hodnoty či suicidální tendence (Hort, Hrdlička, Kocourková & Malá, 2008). Křivohlavý (2013) přidává stavy beznadějnosti, sklíčenosti a pokles či úbytek aktivity.

Významně se může depresivita jedince projevit v prostředí školy, což je prostředí, ve kterém tráví velkou část dne. Adolescent může zažívat strach z veřejného projevu před spolužáky například při prezentaci vědomostí, recitaci či při ústním zkoušení. Jedinec si nevěří a vyhýbá se příležitosti, kdy by mohl uspět. Může se objevit regrese do mladšího věkového období či somatizace (Dolejš, Skopal, Suchá & Charvát, 2018). Dále se adolescent může potýkat s potížemi při zvládnání školní zátěže, ať už se jedná o výkon či obsah. Mohou se objevit problémy se začleněním do třídního kolektivu. Depresivní jedinci se mohou stát oběťmi šikany či kyberšikany (Carr-Gregg, 2010).

Většina depresivních projevů u adolescentů je podobná projevům u dospělé populace, ale existují určité prvky, které se objevují pouze v adolescentním období. Pomocí

nich může být odhalena depresivní symptomatika a jsou to zejména pocit nudy, podrážděnost, riskantní či histriónské jednání nebo úzkost, která se pojí se zvýšenou konzumací psychoaktivních látek (Malá, 2008).

Některé další projevy a symptomy deprese u adolescentů (Carr-Gregg, 2010):

- zanedbávání povinné školní docházky
- vyhýbání se kamarádům
- zvýšená podrážděnost, vztek či nepřátelské chování
- nerozhodnost
- nedostatek energie a motivace
- ztráta chuti k jídlu nebo naopak nadměrné přejídání
- poruchy spánku – nespavost či nadměrná spavost
- neklid, agitace, nadměrná aktivita
- zvýšená citlivost vůči neúspěchu nebo odmítnutí potřeba být potrestán
- bezmoc plynoucí z přesvědčení, že se svými pocity nemůže nic dělat
- stížnosti na bolest břicha, hlavy, růstové bolesti
- zdůrazňování únavy
- dlouhotrvající smutek a záchvaty pláče
- chmurné a temné myšlenky při hodnocení současné i budoucí reality – připadá si zbytečný, je sebekritický, svou budoucnost vidí pesimisticky, nemá chuť dále žít
- projevy záměrného sebepoškozování
- uskutečňování riskantních aktivit jako například nevhodné sexuální kontakty, riskantní sporty
- zneužívání tabáku, alkoholových nápojů či drog
- objevuje se netypické chování, například šikanování ostatních či krádeže

Depresivní adolescenti mohou mít snížené sebehodnocení a sebeúctu a v důsledku toho, vyžadují neustále ujišťování se, ať už ze strany vrstevníků či autorit. Studie provedená u žáků 6. až 8. ročníku (Medvedřová, 2002) dokládá vyšší prevalenci příznaků depresivity u souvislosti s věkem. Tato studie se rovněž zaměřila na souvislost depresivity a agresivity a bylo zjištěno, že u adolescentů, kteří byli depresivně laděni se agresivita projevovala

skrytě v podobě závnsti a iritability. Depresivně laděné adolescentní dívky vykazovaly navíc ještě projevy podezřívavosti. Výzkum Dolejše, Skopala a Suché (2014) doplnil předchozí projevy adolescentů s depresivní symptomatologií o hněvivost.

Mnohé výzkumy ukázaly výraznou spojitost mezi depresivitou a sebepoškozením či vysokou tendencí k sebevraždám. Autoři Paclt, Florian, Hellerová & Hamanová (1998) postulují, že u depresivních adolescentů se objevuje zvýšená tendence k vykonání suicidia, a to až třicetnásobně vyšší, než je tomu v běžné populaci. Hort et al. (2008) uvádí riziko dvacetkrát vyšší a Hosák et al. (2015) a Tørmoen, Rossow, Larsson & Mehlum (2013) „pouze“ šestkrát vyšší, než je tomu ve zdravé populaci adolescentů. Dolejš & Orel (2017) provedli výzkum a zjistili, že 4 % adolescentů v poslední době častěji myslelo na sebevraždu. Z výsledků studií je patrné, že postupem času se snižuje tendence k sebevražednému jednání.

Studie Krcha a Csémyho (2006) ukazuje, že mezi hlavní manifestace depresivity patří nechuť žít, suicidální tendence a také suicidální pokusy. Studie uvádí, že 8,8 % adolescentních dívek a 4,4 % chlapců mají zkušenost se sebevražedným pokusem. Obdobný výzkum Dolejše et al. (2016) uvádí, že 9 % adolescentů v poslední době myslelo na sebevraždu či smrt. Podle WHO (2001) představuje sebevražda v období adolescence třetí nejčastější příčinu úmrtí. Téměř sedmkrát je vyšší prevalence u depresivních adolescentů, podstupujících psychiatrickou léčbu, než je tomu v běžné populaci (Malá, 2008).

Depresivní poruchy se podle Richardse a O'Hary (2014) mohou objevovat v kombinaci s různými formami psychopatologie. Autoři uvádí, že v adolescenci je komorbidita s jinými poruchami až na úrovni 64 %. Nejčastěji se deprese vyskytuje v kombinaci s úzkostnými poruchami. Četnost výskytu úzkostnosti je tak vysoká, že je vnímána jako součást depresivity. Čermák, Klimusová & Vízdalová (2005) uvádí, že mezi komorbidními poruchami se v období adolescence nejčastěji vyskytují úzkostné poruchy, abúzus návykových látek, poruchy příjmu potravy, poruchy pozornosti a chování.

Z výše uvedeného vyplývá, že je velmi důležité zaměřit se na vhodnou diagnostiku adolescenta a odpovídající léčbu. Toto onemocnění je dobře léčitelné prostřednictvím kombinace psychoterapeutické a farmakologické léčby (Janíček, 2008).



### 3.4 Diagnostika depresivity

Cílem diagnostiky deprese je identifikování symptomů, jejich seřazení do tzv. klinických jednotek, což představuje zhodnocení i eventuálních komorbidních poruch a odhalení faktorů, které k depresi přispěly a mohou mít vliv na její prognózu (Goetz, 2005). Pro diagnostiku intenzity deprese u adolescentů lze použít například Beckovu sebeposuzovací škálu deprese (Svoboda, Humpolíček & Šnorek, 2013) nebo pro zjištění depresivity, jako rysu osobnosti, Škálu depresivity Dolejše, Skopala a Suché (Dolejš, Skopal & Suchá, 2018).

První zmíněný psychodiagnostický nástroj se používá primárně ke zjištění hloubky a závažnosti momentálního depresivního stavu. Tento 21 položkový inventář se vyplňuje způsobem „tužka, papír“ a zaměřuje se na kognitivní, motivační, afektivní a fyziologické symptomy depresivity. Udávaná doba administrace je 5 - 10 minut. Inventář je určen pro jedince ve věkovém rozmezí 13 až 80 let.

Druhou zmíněnou psychodiagnostickou metodou je škála, kterou jsme použili při realizaci naší výzkumné studie. Jedná se o metodu zjišťující aktuální míru depresivity, zejména u adolescentů vzhledem k určité populaci. Administrace tohoto dotazníku je stejná jako výše zmíněný inventář, tedy do 10 minut způsobem „tužka, papír“. Tato škála je primárně určena k diagnostice adolescentů ve věkovém pásmu 11 až 19 let.

Po získání relevantních údajů o míře depresivity pomocí vhodné diagnostiky může odborník přesně zaměřit své působení, prostřednictvím intervencí a odborných aktivit, čímž poskytne efektivní a včasnou pomoc. Toto odborné působení vede k redukci depresivního stavu, které se projeví v radostnějším prožívání a spokojenosti adolescenta.

### 3.5 Terapie

V léčbě deprese existují dvě tradiční cesty. Tou jednou cestou je farmakologická léčba prostřednictvím antidepresiv a tou druhou je psychoterapie neboli léčba psychologickými prostředky. Kromě těchto způsobů léčby lze u lehčích forem deprese aplikovat různé „alternativní“ techniky, které také zmíníme.

Goetz (2005) vymezuje léčbu deprese do čtyř základních složek: psychoedukaci, individuální psychoterapii, rodinnou intervenci a farmakoterapii. Psychoedukace, tedy

odborná edukace, je směřována jak k adolescentovi, tak jeho rodičům. Je zacílená na popis a objasnění příznaků, informování o průběhu poruchy a upozornění na možná rizika. Je důležité, aby se odborník také zmínil o vlivu a dopadu deprese na zvládání školních povinností a fungování v běžném životě (Park & Goodyer, 2000). Edukace by měla vést k zapojení rodičů, jako „informovaných partnerů terapeutického týmu“ a její součástí je představení předběžného plánu léčby. Systematická psychoterapie depresí je vhodná pro akutní fáze léčby či jako prevence relapsu. Jako nejběžněji využívanou metodu zmiňuje terapii kognitivně-behaviorální (Park & Goodyer, 2000). Další sféra psychoterapie se orientuje na rodinné prostředí. Jelikož se v rámci psychofarmakologické léčby deprese používají preparáty ze skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), rodiče by k užívání antidepresiv měli podepsat informovaný souhlas (Goetz, 2005).

### **Farmakoterapie**

Základem farmakoterapie deprese jsou antidepresiva. Nejčastěji se při léčbě depresivních dětí a adolescentů nasazují preparáty typu SSRI (Dudová, 2007), těch existuje celá řada a dělí se do několika skupin. Některé z nich pomáhají člověku dostat se do aktivity, jiné naopak aktivitu lehce tlumí. Ačkoliv je pro depresi typický určitý útlum, existují formy deprese, při kterých se projevuje zvýšená aktivita nežádoucím způsobem, kdy se jedná o úzkostnou aktivitu. Existují preparáty, které podporují chuť k jídlu, protože na některé formy deprese se váže nechutenství. Antidepresiva nejsou návykové léky, mohou jedince stabilizovat, nicméně deprese poměrně často vychází z nevhodných životních scénářů nebo chybného myšlení, či nevhodného životního stylu a ty antidepresiva nedokážou napravit.

K léčbě depresivních stavů lze využít fytoterapii, tedy léčbu prostřednictvím preparátů rostlinného původu. U různých rostlin jsou prokázány rozmanité pozitivní účinky působení na psychický a také na tělesný stav člověka. Síla bylin byla využívána při léčbě zdravotních potíží odedávna a je oblíbená a vyhledávaná také v současnosti. Pro léčbu deprese jsou doporučovány přípravky z třezalky tečkované či šafránu setého. Preparáty s obsahem extraktu ze zmíněných bylin mohou pomoci podpořit psychickou pohodu, vyrovnání se stresem, snížit nervozitu, únavu či vyčerpání (Orel, 2012). Mnohé z přípravků, které jsme již uvedli v předchozí kapitole, ať vázaných na lékařskou preskripci či volně prodejných, je možno užít také při stavech deprese.

Nicméně, medikamenty „zvednou náladu a dodají chuť do života“, ale spouštěcí faktory deprese odstranit nemohou, a proto je vhodné doplnit tuto léčbu druhým zmiňovaným způsobem a tím je psychoterapie.

### **Psychoterapie**

V psychoterapii depresí adolescentů je důležité zaměřit se na poruchy sebehodnocení, pocit viny a také na posílení schopnosti adaptace jedince s nácvikem sociálních dovedností. Existuje mnoho typů psychoterapií, podle zaměření psychologa. Upřednostňovány jsou takové přístupy, jež v relativně krátkém čase redukuje příznaky depresivní symptomatiky, jakým je například herní terapie, interpersonální psychoterapie, rodinná terapie (Dudová, 2007) či kognitivně behaviorální terapie (Kaplan & Saddock, 1998), která je strukturovaná a časově omezená. Kognitivní část terapie odkazuje k myšlení a to proto, že za mnoha depresemi stojí nevhodná myšlenková schémata, která je nutno odstranit. Behaviorální část terapie vede jedince k nácviku jiného nového chování, což je možná častější u fobií a úzkosti. U depresivních pacientů bude převažovat kognitivní část terapie. Mnoho terapeutů pracuje integrativním způsobem, což znamená, že primární zaměření doplňují o jiné techniky či metody, např. kognitivně-behaviorální terapií doplní relaxací či dynamickými metodami. Psychoterapie pomáhá u lehké a středně závažné deprese, a to bez užívání antidepresiv. Tyto formy se vhodnou psychoterapií dají potlačit či eliminovat a tím zlepšit stav psychiky jedince (Praško, Buliková, & Sigmundová, 2012).

Techniky a metody, které jsou uznávané a používané odbornou veřejností. Účinek všech metod je individuální.

### **Fototerapie**

Tento druh terapie se používá převážně u sezónních depresí, které se objevují nejčastěji na jaře a na podzim. Tato terapie spočívá v expozici silného studeného světla tzv. daylight o síle až 10 000 luxů po dobu třiceti minut denně (Orel, 2012). Účinek fototerapie by se měl dostavit zhruba do týdne.

### **„Tři dobré věci“**

Tato technika vychází z pozitivní psychologie a spočívá v tom, že před usnutím si jedinec napíše tři pozitivní věci, které se mu v uplynulém dni staly, které zažil. Může se jednat o jakýkoliv detail, který ho potěšil. Takto se postupuje minimálně čtrnáct dní. Po této době se může dostavit antidepresivní účinek. Doporučuje se, aby se u depresivních klientů tato technika stala zvykem. Podstatou je změna myšlení. Lidé obecně a ti depresivní obzvláště, věnují mnoho energie a pozornosti negativním věcem. Jejich emoční ladění je negativní, a to poté ovlivňuje pozornost, paměť a způsob myšlení a jedinci jsou uvězněni ve spirále negativity. Technika „Tři dobré věci“ má pomoci odstranit tyto negativní tendence, zaměřit pozornost jiným směrem a uvědomit si pozitivní události či podněty, na které by během krátké doby úplně zapomněli (Akhtar, 2015). Tuto techniku ve svých raných experimentech využíval Martin Seligman spolu s metodami pozitivní psychologie. Účastníci, kteří se do jeho studie zapojili, vykazovali průměrné skóre deprese 34, což je řadilo do kategorie extrémní deprese. Po týdenním praktikování této metody bylo zjištěno, že se jejich průměrný skóre deprese zmenšil na 17, tedy k horní hranici mírné deprese a jedinci se cítili šťastnějšími (Seligman, 2014).

### **„Naučený optimismus“**

Deprese ovlivňuje myšlení, jak jsme již výše zmínili. Jedinec uplatňuje depresivní kognitivní schémata má tzv. depresivní smýšlení. Jedná se o zdůvodňování toho, co se jedinci v životě děje, kdy on používá sebeobviňování, projevuje se velmi nízká míra sebehodnocení a sebevědomí. V řeči těchto lidí se objevují slova jako vždycky („Vždycky to tak dopadne.“); všechno („Já všechno jen zničím.“); nikdy („Nikdy to nezvládnou.“); nic („Nic se mi nedaří.“) a mnoho dalších. Při vyřčení těchto signifikantních slov je důležité zpozornět a zjistit, jestli toto tvrzení není přehnané či nereálné. Pokud zjistíme, že tomu tak je transformujeme větu na reálnější znění. A právě změna osobních přesvědčení je jedním ze základních prvků kognitivně-behaviorální terapie (Ellis, 2001). Seligman (2013) došel k přesvědčení, že člověk se může optimistou naučit být, stejně tak jako se může naučit být pesimistou. Klíčové jsou postoje a přesvědčení, která jedinec používá při zdůvodnění, jak se mu něco stalo.

Dalšími technikami, které mohou podpořit uvolnění depresivního stavu je ranní studená sprcha, která podle Peterkové (2014) má antidepresivní účinek a může omezit

ranní depresivní nálady a také tělesný pohyb (Medina, 2012) ať už v podobě procházky či organizovaného sportu (Streckeová, 2011). Výsledky výzkumů, které se zaměřili na vztah deprese a sportu ukázali, že pravidelná fyzická aktivita významně snižuje riziko deprese a také to, že se příznaky tohoto onemocnění vyskytují častěji u jedinců, kteří nevykazují žádnou aktivitu než u jedinců, kteří sportují (Carr-Gregg, 2010).

Techniky, které jsme zmínili v této a také v předchozí kapitole, je vhodné doplňovat a vzájemně kombinovat. Jelikož byl náš výzkum realizován na půdě základní školy, volili jsme některé z takových metod, které by v tomto prostředí mohly být aplikovány. Veškeré psychoterapeutické přístupy a metody by měly vést k rozvoji osobnosti adolescenta, k eliminaci jeho zdravotních potíží a změně chování. V rámci terapie jsou jedinci směřováni k získání většího sebeovládání a kontroly nad svým životem. K metám léčby také náleží korekce úzkého sociálního okolí a postojů rodičů, která u úzkostných adolescentů předpokládá snížení přehnaných nároků na jedince. Systematickým psychoterapeutickým působením je možno docílit toho, že úzkostný adolescent přestane být nadměrně úzkostný, začne si více věřit a bude se radovat ze života, bude umět lépe pracovat se svými silami a osvojí si strategie při zvládání obtížných situací.

## 4 Rizikové chování pubescentů

V předchozích kapitolách jsme se zaměřili na tři aspekty, které jsou stěžejní pro naši studii, a to na charakteristiku vývojových a psychosociálních změn u adolescentních jedinců a na vymezení úzkostnosti a depresivity. V této poslední teoretické poměrně obsáhlé kapitole se zaměříme na rizikové chování adolescentů. Naší snahou je vymezit samotný pojem za pomoci několika definicí a poté zmínit teorie vzniku tohoto fenoménu a popsat některé z rizikových aktivit.

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

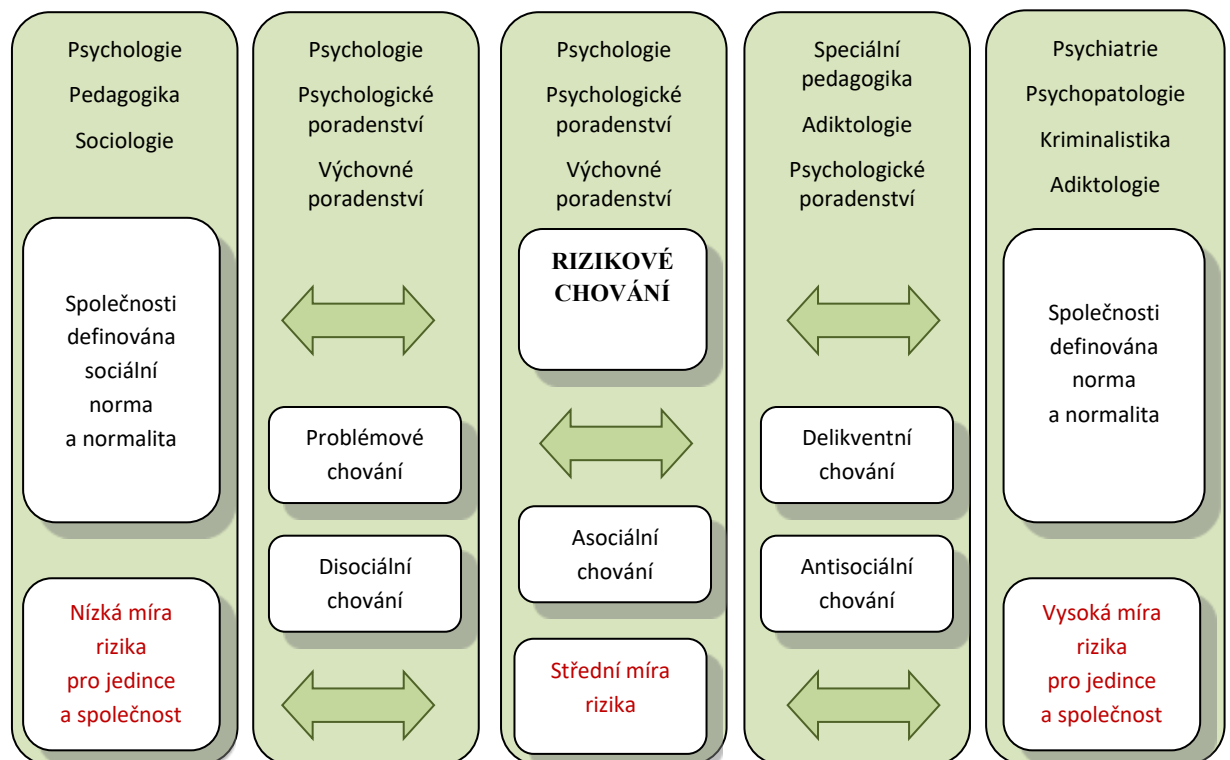
Období adolescence je vnímáno jako období, ve kterém dochází k neobvykle rychlému nárůstu výskytu rizikových aktivit. Toto tvrzení potvrzuje skutečnost, že až 50 % adolescentů se v průběhu dospívání zapojí alespoň do jedné z forem rizikového chování (Dryfoos, 1990; Smart, Vassallo, Sanson & Dussuyer, 2004). Je zcela typické, že adolescenti se bouří proti autoritám a snaží se posouvat nastavené hranice (Šimíčková-Čížková, 2004). Toto jednání je přirozené na cestě k dospělosti a očekávané nezávislosti. Adolescenti mají tendenci ke zvědavosti a rádi testují sebe i své okolí, co lze ještě považovat za přijatelné chování a co už nikoliv. Rizikové jednání, které vznikne v této vývojové etapě, může následně vést k nežádoucímu dopadu na celý jedincův život.

Definovat rizikové chování je nesnadné, neboť existuje velká roztržitost v terminologii mezi obory, které se jim zabývají. Tato nejednotnost je způsobena odlišnými teoretickými východisky nebo zdůrazněním sociálního, zdravotního či normativního kontextu. Rizikové chování je komplexní pojem, který je zájmem nejen společensko-vědních oborů, ale také se jim zabývají medicínské obory. Šafářová (2002) upozornila ve svém výzkumu na nehomogenní a širokou skupinu pojmů charakterizujících chování, které nevykazuje nebezpečnost trestného činu, ale porušuje normy dané společností. Uvádí termíny jako je rizikové a problémové chování, predelikventní jednání, delikvence, poruchy chování, abnormální chování, agresivní chování, antisociální, asociální či disociativní chování, dále sociálně patologické jevy, kriminální chování, maladaptivní a návykové chování či nepřizpůsobivé chování. Termín „rizikové chování“ který je užíván

odbornou veřejností, je vnímán jako nadřazený k výše uvedeným termínům Dolejš (2010); Nielsen Sobotková (2014).

Terminologickou problematiku včetně obsahového překrývání jednotlivých termínů výstižně znázornil Dolejš (2010) v níže přiloženém schématu. Jako hlavní a stěžejní pojem chápe rizikové chování, které nabírá podobu od vykřikování v průběhu vyučovací hodiny až po šikanu a krádeže. Vykřikování má podobu problémového chování, zatímco krádeže a šikana představují chování delikventní. Dále pod zastřešující pojem patří disociální chování, které reprezentuje například podvádění a lhaní, asociální chování, projevující se vandalismem a antisociální chování, jež se projevuje fyzickým ubližováním. Ve spodní části schématu vymezuje stupeň rizika, jež je s určitým typem chování spojen a který definuje míru ohrožení jak samotného aktéra, tak jeho sociálního okolí a společnosti, v níž žije.

Schéma č 3: Vymezení pojmu rizikové chování



Zdroj: Dolejš, 2010, s. 21

Dolejš (2010), výzkumník, který realizoval řadu výzkumných studií zaměřených na rizikové chování adolescentů, definuje rizikové chování jako „*chování jedince nebo skupiny, které zapříčiňuje prokazatelný nárůst sociálních, psychologických, zdravotních, vývojových, fyziologických a dalších rizik jedince, pro jeho okolí a / nebo pro společnost.*“ Obdobně charakterizuje rizikové chování Macek (2003), který uvádí že rizikové chování je takové jednání, které přímo nebo nepřímo vede k psychosociálnímu nebo zdravotnímu poškození jedince či jiných osob, prostředí nebo majetku. Miovský et al. (2015) doplňuje, že „*rizikové chování je soubor fenoménů, jejichž existenci a důsledky je možno podrobit vědeckému zkoumání a které lze ovlivnit preventivními a léčebnými intervencemi.*“

#### **4.1 Teorie vzniku rizikového chování**

Po vymezení termínu „rizikové chování“ zmíníme teorie, jež se snaží vysvětlit vznik tohoto jednání. Podle Fischera a Škody (2014) je možné nazírat na vznik rizikového chování z pohledu tří základních teorií:

- 1) Biologicko - psychologická teorie, která se zaměřuje na hledání vztahů mezi tělesnou stavbou, genetikou či hormony a mezi charakterem a chováním jedince.
- 2) Sociálně - psychologická teorie, která vznik rizikového chování vysvětluje sociálním učením, osobnostními a temperamentovými rysy a kognitivními styly.
- 3) Sociologická teorie, která se orientuje na společenské a kulturní podmínky jedince, které mají vliv na vznik rizikového chování.

Faktorů, jež mohou podnítit vznik nežádoucího či rizikového chování může být ale mnohem více a také zaleží na jejich vzájemné interakci. Toto konstatování potvrzují Čech a Zvoníčková (2017), kteří se přiklání k tzv. multifaktoriální teorii, která vysvětluje vznik rizikového chování vzájemnou interakcí celé řady proměnných. Tato teorie poukazuje rovněž na podněcující spojitost osobnostního nastavení jedince a vlivu sociálního prostředí, ve kterém se pohybuje.

Manželé Jessorovi (1977) formulovali tzv. syndrom problémového chování, který vycházel z jejich teorie problémového chování, jež vymezili jako chování nepřijatelné vzhledem k normám společnosti a které je sociálně definováno jako problém, zdroj obav (Jessor & Jessor, 1977). Termín „Syndrom problémového chování“ používali ve spojitosti



s jedincem, který se chová rizikově v jedné oblasti a má pravděpodobnou tendenci rozšířit toto chování i do oblastí dalších. Tento termín zastřešuje u adolescentů takové chování, jakým je záškoláctví, negativní postoj ke vzdělávání, užívání návykových látek, vyhýbavé chování vůči rodičům, předčasné zahájení sexuálního života, delikvenci a jiné. Výše zmínění autoři uvádí tři okruhy faktorů, které jsou v souvislosti se vznikem syndromu problémového chování, a to biologický (hormonální systém, pohlaví, tělesná konstituce, fyzická odolnost vůči bolesti aj., psychologický (osobnostní rysy, postoje, hodnotová orientace) a sociální (rodinné konstelace, vrstevníci, sociodemografické charakteristiky, sociální kognice a v neposlední řadě sociální chování adolescentního jedince, tedy jeho strukturu konvenčního a problémového chování).

#### **4.2 Formy rizikových aktivit adolescentů**

V této části práce se zaměříme na vyjmenování a popis jednotlivých forem rizikového chování. Seznamů vymezujících rizikové formy chování existuje několik (Širůčková, 2009; Dolejš, 2010; MŠMT, 2017). Kategorie, jež obsahují, jsou velmi podobné a my se budeme v naší práci držet vymezení rizikového chování podle MŠMT (2017):

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

V následujících podkapitolách popíšeme některé formy rizikového chování a jejich výskyt.

#### 4.2.1 Šikana

Za šikanu je považováno úmyslné a opakující se psychické či fyzické ubližování slabšímu jedinci nebo skupině silnějším jedincem nebo skupinou. Záměrem tohoto jednání je také ponížení, zastrašení nebo ohrožení. Šikana je závažná agresivní porucha chování, která se vyskytuje v sociálním prostředí (Říčan & Janošová, 2010). V naší práci vnímáme tento fenomén mezi adolescenty, kteří jsou ve stejném postavení, tedy mezi spolužáky nikoliv mezi učitelem a žáky.

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

Projevy šikany se mohou podle MŠMT ČR (2017) manifestovat v několika podobách:

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

Kolář (2001) uvádí, že 8,5 - 27 % žáků navštěvujících základní či střední školy nebo odborná učiliště se stává oběťmi šikany. Vůbec nejrozšířenější formu šikany představuje verbální agrese, která se projeví nejméně jedenkrát za měsíc u 25,6 % adolescentů, kteří jsou v ni konfrontováni jako oběti a 51,4 % jedinců se stává svědkem tohoto druhu šikany, při kterém je jedinec vrstevnickou skupinou urážen, ponižován či zesměšňován (Dolejš, 2010).

V rámci standardizační studie dotazníku Výskyt rizikového chování u adolescentů autoři Dolejš & Skopal (2015) zjišťovali prevalenci projevů hostilního chování vedeného spolužáky u 11 - 15letých adolescentů. Z výsledků je patrné, že téměř 23 % adolescentů

má tuto zkušenost. Pro porovnání rozdílů v kategoriích věku a pohlaví přikládáme shrnující tabulku.

Tabulka č. 1: Výskyt šikany u adolescentů ve věku 11 - 15 let

	<b>11 let</b>	<b>12 let</b>	<b>13 let</b>	<b>14 let</b>	<b>15 let</b>
<b>dívky</b>	10,76	10,11	15,19	11,09	11,79
<b>chlapci</b>	9,38	11,94	14,38	11,30	7,94
<b>celkem</b>	<b>10,07</b>	<b>11,03</b>	<b>14,79</b>	<b>11,20</b>	<b>9,87</b>

Zdroj: Dotazník Výskyt rizikového chování u adolescentů (2015)

Obdobný výzkum autorů Skopala et al. (2014) ukázal, že 17,61 % adolescentů se setkalo s verbální agresivitou, tedy hrubými a vulgárními urážkami a 11,68 % s fyzickým násilím. Tento výzkum také odhalil rozdíly v četnosti projevů agresivního chování mezi stejně starými adolescenty navštěvujícími základní školu 20,91 % oproti gymnazistům, kde je výskyt 13,03 %.

#### **4.2.2 Projevy agrese**

Miovský et al. (2015) vymezuje, že agrese se projevuje různými extrémními formami agresivního jednání namířeného proti jiné osobě. Může se jednat o fyzický útok a napadení, v jehož důsledku dojde k ublížení na zdraví. Dalším specifickým projevem agresivního jednání může být agresivní chování, které je namířené proti vlastní osobě, kdy se tedy jedná o sebetrýznění, sebepoškozování, suicidální jednání a jiné. Agrese může být zaměřena také proti hmotným věcem, v tomto případě se jedná o vandalismus. Ten může mít podobu poškozování či ničení osobního majetku spolužáků nebo majetku školy. Také se může projevit ničením a demolováním zařízení při sportovních utkáních tzv. hooligans, veřejného majetku jako je osvětlení, mobiliář, prostředky hromadné dopravy, sprejerství s tvorbou graffiti (Nielsen Sobotková, 2014).

## Sebepoškozování a suicidální jednání

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

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

Dalšími příčinami vzniku tohoto jednání může být stres např. ve škole, v rodinném prostředí, citová deprivace, dokonce i zanedbávání, sexuální zneužívání či týrání. Adolescenti si prostřednictvím ubližování ulevují od svého psychického trápení a úzkosti. Toto chování vidí jako východisko, ze své problémové situace. Pro většinu jedinců je zásadním momentem vzniklá fyzická bolest, která přehluší nepříjemné psychické pocity a stavy. Nielsen Sobotková (2014) vysvětluje, že způsobená tělesná bolest je něco hmatatelného a jedinec ji může svou vlastní vůlí ovládnout, na rozdíl od psychické bolesti. Při zážitku bolesti, začne mozek produkovat endorfiny, což pomáhá jedinci zbavit se úzkosti a stresu (Swahn, Bossarte & Sullivent, 2008). Sebepoškozování tudíž vede k úlevě od duševních problémů. Pokud adolescent zjistí, že mu tato činnost pomáhá od problému, stane se z ní zlovyk, který se velmi obtížně odstraňuje.

Mezi nejčastější formy sebepoškozování podle Regenermelové (2010) patří:

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

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

Výzkumný tým Dolejše (2015) v rámci standardizační studie, zjistili, že 50,44 % adolescentů si už někdy v průběhu života záměrně fyzicky ublížilo. Tabulka č. 2 ukazuje věkové a genderové rozlišení tohoto fenoménu. Výzkumný projekt Skopala et al. (2014) uvádí, že mezi adolescenty v základních školách a na gymnáziích je poměrně vyrovnaný.

Tabulka č. 2: Výskyt šikany u adolescentů ve věku 11 - 15 let (průměr)

	<b>11 let</b>	<b>12 let</b>	<b>13 let</b>	<b>14 let</b>	<b>15 let</b>
<b>dívky</b>	14,87	17,56	27,96	35,6	30,57
<b>chlapci</b>	25,39	21,78	23,13	23,95	31,41
<b>průměr</b>	<b>20,13</b>	<b>19,67</b>	<b>25,55</b>	<b>29,78</b>	<b>30,99</b>

Zdroj: Dotazník Výskyt rizikového chování u adolescentů (2015)

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

Koutek (2008) uvádí, že u adolescentů do 14 let se s tímto chováním setkáváme zřídka, avšak ne ojediněle. U dospívajících je počet dokonaných suicidií na počet obyvatel daného věku ve srovnání s ostatními věkovými kategoriemi nižší. Nicméně Fleischman & Barondess (2004), uvádí, že sebevražda je v adolescenci třetí nejčastější příčinou úmrtí. Tuto informaci rovněž potvrdil Český statistický úřad (2013), který uvedl, že v daném roce ukončilo svůj život z vlastní vůle 48 adolescentů. Z celkového počtu 48 sebevražd (ČSÚ, 2013) bylo sedm obětí ve věkovém rozmezí 10 až 14 let, a zbývajících 41 byli adolescenti mezi 15. až 18. rokem. Sebevraždy dětí mladších deseti let jsou i v historickém srovnání výjimkami. Nejčastějším způsobem dokonané sebevraždy u mladistvých je otrava léky, strangulace nebo skok z výšky či pod vlak.

Tabulka č. 3: Počet úmrtí na vnější příčinu adolescentů (11 - 19 let) v letech 2011 až 2013

Příčina/rok	2011	2012	2013
nehoda	80	72	58
úraz	69	53	56
<b>sebevražda</b>	<b>46</b>	<b>36</b>	<b>48</b>
<b>celkem</b>	<b>195</b>	<b>161</b>	<b>162</b>

Zdroj: Demografická ročenka ČSÚ

Jako možné důvody, které mohou vést adolescenty k myšlenkám, pokusu či dokonání sebevraždy, lze považovat zkratové reakce či dlouhodobě neřešené problémy, ať už rodinné, školní či vztahové a také ty, které obvykle nasedají na psychické onemocnění či zranění (Coghlan & Macdonald, 2010). Tento výčet doplňují Kocourková & Kohoutek (2002) o nefunkční či disharmonické rodinné prostředí, zneužívání nebo postavení oběti při šikaně. Mohou se objevit také poruchy chování, emoční nestabilita, psychiatrické syndromy např. deprese nebo užívání psychoaktivních látek.

U adolescentů nemusí míra sebevražedného jednání korelovat se skutečným rizikem. „Normální adolescenti“ se myšlenkami na smrt zabývají na základě reálné zkušenosti se smrtí ve svém okolí a prožívají ji ve formě smutku a truchlení. Myšlenky na smrt u nich vzbuzují úzkost a snaží se jim vyhýbat. „Suicidální adolescenti“ mají dle Kocourkové a Kohoutka (2002) odlišný koncept smrti. Smrti se zabývají ve svých fantaziích a tyto fantazie obsahují autoagresivní nebo agresivní prvky, častěji se také objevují představy o posmrtném životě. U adolescentů je nutné suicidální chování posuzovat v kontextu jejich sociálního prostředí. Pokud se adolescent pohybuje v prostředí, kde je hodnota života nízká, posiluje se jeho agresivní i autoagresivní chování.

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

#### **4.2.3 Záškoláctví**

Záškoláctvím nazýváme úmyslné a bezdůvodné zameškávání školního vyučování žákem základní či střední školy, čímž vzniká neomluvená absence. Jedinec na základě vlastního rozhodnutí, z vlastní vůle a bez vědomí rodičů zanedbává školní docházku (Miovský et al., 2015). Nepřítomnost žáka ve školním vyučování může být také z důvodu působícího vlivu marihuany nebo alkoholu na jeho organismus (Dolejš, 2010). Záškoláctví je posuzováno jako porušení školního řádu a současně jde také o porušení školského zákona, který vymezuje povinnou školní docházku (Miovský et al., 2015). Vyhýbání se vyučování může ovlivnit školní prospěch jedince a jeho neúspěšnost nezřídka mívá vzrůstající tendenci.

Záškoláctví je často spojeno s dalšími typy chování, které obvykle negativně ovlivňují osobnostní vývoj jedince. K tomuto rizikovému chování můžeme zařadit například užívání návykových látek, hazardní hry, drobné krádeže, kriminalitu a jiné. (Miovský et al., 2015).

Výzkumná studie Beinarta a jeho kolektivu (2002) zjistila prevalenci záškoláctví u dívek šestého ročníku základní školy 7 % a u chlapců stejného ročníku 11 %. V devátém ročníku bylo již zjištěno 42 % případů u dívek a 38 % u chlapců. Výše zmiňovaná standardizační studie týmu Dolejše et al. (2015) mimo jiného informovala také o tom, zda byli oslovení adolescenti někdy za školou. Z výsledků tohoto výzkumu, viz tabulka č. 4 a také výše zmíněného výzkumu je patrné, že se prevalence tohoto jevu s rostoucím věkem zvyšuje.

Tabulka č. 4: Výskyt záškoláctví u adolescentů ve věku 11 - 15 let

	<b>11 let</b>	<b>12 let</b>	<b>13 let</b>	<b>14 let</b>	<b>15 let</b>
<b>dívky</b>	2,52	3,82	5,00	13,60	16,59
<b>chlapci</b>	4,69	5,85	7,91	10,15	15,58
<b>průměr</b>	<b>3,61</b>	<b>4,84</b>	<b>6,46</b>	<b>11,88</b>	<b>16,09</b>

Zdroj: Dotazník Výskyt rizikového chování u adolescentů (2015)

#### 4.2.4 Užívání návykových látek

Užívání můžeme v rámci této práce definovat jako opakovanou zkušenost s legální či nelegální návykovou látkou bez závažných negativních dopadů. Užívání návykových látek adolescenty nemusí představovat pouze negativní vliv na jejich zdraví, ale může působit potíže v různých oblastech jejich života. Za tyto aktivity mohou adolescentům hrozit tresty či jiné podoby postihů.

Návykové látky nebo také psychoaktivní látky jsou substituce, které primárně působí na centrální nervovou soustavu, v níž ovlivňují mozkové funkce a způsobují dočasné změny v náladě, chování, vnímání a vědomí (Gabrhelík, Orliková & Šejvl, nedat.).

Mezi nejběžněji užívané návykové látky mezi adolescenty patří alkoholické nápoje a tabákové výrobky. Kouření a pití alkoholu představují pro takto staré jedince „symboly“ společenského postavení a dospělosti. Velkou mírou určují, jak moc je jejich vrstevníci berou vážně, a právě v tom je skutečná síla a nebezpečí jejich rozšíření (Nielsen Sobotková, 2014). Miovský, Trapoková & Miovská (2004) došli k závěru, že již žáci 6. ročníků mají poměrně bohaté zkušenosti s alkoholem a tabákem.



Problematikou užívání návykových látek se zabývá mnoho odborníků, a proto existuje řada výzkumných studií (Vacek, 2008; Lepík et al., 2010; Csémy & Chomynová 2012; Skopal, 2012; Dolejš et al., 2016), které se zaměřují na zjištění prevalence různých rizikových aktivit v adolescentní populaci. V letech 2002 a 2006 byla uskutečněna v studii HBSC, Health Behaviour in School-aged Children, v češtině známé jako studie „Mládež a zdraví“ a bylo zjištěno, že první zkušenosti s alkoholem mají žáci již ve věku mezi 11. až 13. rokem. 9 % jedenáctiletých chlapců a 4 % stejně starých dívek uvedlo, že konzumuje alkohol pravidelně alespoň jedenkrát v týdnu. Prevalence pravidelného užívání alkoholu se společně s věkem zvyšuje. V 15 letech potvrdila pravidelnou konzumaci piva třetina chlapců a jedna pětina dívek. Nejkonzumovanějším alkoholickým nápojem je pivo, na druhém místě víno, které pravidelně konzumuje přibližně 10 % dětí a konzumaci destilátů přiznává asi 10 % chlapců a necelých 7 % děvčat. Ve studii Trávníčkové (2000), bylo zjištěno, že první kontakt s drogou mají mladiství ve věku 13 až 15 let z toho 25 % za přítomnosti svých vrstevníků. Následně k pravidelnému užívání drog přechází během několika týdnů 26 % jedinců. Častý důvodem k užívání drog je únik od všedních problémů a jejich povzbuzující účinek (Blatný, Polišenská, Balaštíková & Hrdlička, 2005). Stejní autoři také uvádí, že v konzumaci alkoholu jsou chlapci před dívkami a jeho pravidelné užívání přiznalo 29 % všech adolescentů.

Dolejš et al., (2016) svým výzkumem zjistil, že zkušenost s alkoholickými nápoji potvrdilo 12,67 % 11letých, 18,98 % 12letých, 30,15 % 13letých, 41,47 % 14letých a 52,25 % 15letých adolescentů. Z těchto výsledků je patrné, že tato riziková aktivita stoupá se zvyšujícím se věkem, což potvrzuje výše zmíněná zjištění. Studie také odhalila rozdíly mezi pohlavími, kdy chlapci ve věkovém rozmezí 11 až 13 let vykazovali o 3 % vyšší skóre tohoto fenoménu oproti stejně starým děvčatům, ale o 7,48 % nižší skór v období mezi 14. a 15. rokem ve srovnání s dívkami. Obdobný výzkumný projekt Dolejše (in Skopal et al., 2014) zveřejnil, že přes 31 % adolescentů mělo v posledních 30 dnech zkušenost s alkoholickými nápoji.

Druhou nejčastěji užívanou návykovou látkou jsou tabákové výrobky. Výzkumem Mendlíkové (2000) bylo zjištěno, že 28 % adolescentů kouří pravidelně nebo velmi často, přičemž v 8. ročníku je více dívek než chlapců, které kouří. Výzkumy (Dolejš, 2015, Dolejš in Skopal et al., 2014) ukázaly, že užívání cigaret se zvyšujícím věkem roste. 1,02 % 11letých adolescentů uvádí, že v posledních 30 dnech kouřili cigarety, zatímco u 15letých adolescentů to již bylo 21,48 %. Průměr v užívání tabákových výrobků v posledních 30

dnech byl potvrzen u 10,8 % adolescentů ve věkovém rozmezí 11 až 15 let. Studie rovněž ukázala rozdíl ve frekvenci užívání mezi 14letými adolescenty, kdy u dívek byl zaznamenán výskyt kouření v 22,18 % případů oproti 12,83 % u chlapců. Zhruba 8 % patnáctiletých adolescentů uvedlo, že denně vykouří více než pět cigaret. Toto množství podle některých odborníků představuje u této věkové kohorty velice rizikové chování, které může vést ke zdravotním potížím nebo dokonce fyzické závislosti jedince.

Poměrně rozšířeným jevem mezi adolescenty je rovněž užívání marihuany jako netolerované látky. Miovský, Šťastná a Řehan (2004) považují konopné látky za třetí nejčastěji užívané drogy, hned po alkoholu a tabáku. Byly realizované výzkumy, které se zaměřily právě na tento fenomén. Ve své studii Krch, Csémy & Drábková (2004), zjistili, že osobní zkušenosti s marihuanou nebo hašišem uvedlo 17,3% respondentů. 7,7% jedinců sdělilo, že pravidelně užívá kanabis. Uživatelé marihuany, ve srovnání s vrstevníky, kteří neužívají marihuanu, trávili volný čas častěji v partě, dostávali vyšší kapesné, se svými rodiči trávili méně času a měli s nimi, nebo alespoň s jedním z nich, konfliktní vztah. Dále častěji uváděli, že jejich rodiče nebo alespoň některý z rodičů má sám potíže s pitím alkoholu. Sami adolescenti častěji požívali alkoholické nápoje, kouřili cigarety a měli zkušenosti i s jinými návykovými látkami. Vacek (2008) zjistil prevalenci tohoto rizikového chování ve 14 % případů, Vacek, Šejvl & Miovský (2008) dokonce ve 24 % případů, Lepík et al. (2010) uvedli 11 % a Csémy a Chomynová (2012) zjistili výskyt u 15 % adolescentní populace. Studie Dolejše (in Skopal et al., 2014) uvádí, že přibližně 11 % adolescentů má zkušenost s užitím marihuany, což potvrzuje výsledky dřívějšího výzkumu stejného autora (Dolejš, 2015) a dále bylo zjištěno, že dívky vykazují signifikantně vyšší skór než chlapci v experimentování s marihuanou.

V rámci zjišťování prevalence v užívání drog Mendlínová (2000) ve svém výzkumu, do kterého zahrnula 726 adolescentů 8. a 9. ročníků zjistila, že 24 % žáků již mělo zkušenosti s drogami a v 15 % dokonce i opakované. Dále zmiňuje, že užívání drog v 9. ročníku, je o třetinu vyšší než v 8. ročníku. Pravidelné užívání drog, nejčastěji marihuany, hašiše, heroinu, pervitinu, LSD a extáze, uvádí 5,3 % žáků.

V rámci této kapitoly zmíníme také **(zne)užívání farmaceutik**.

Zneužívání léků, představuje závažný problém. Mezi léky, jež vyvolávají závislost, patří ty, které obsahují opioidy, např. kodein, dále hypnotika, sedativa a stimulantia např. efedrin nebo pseudoefedrinu. Csémy, Chomynová & Sadílek (2007) udávají, že 9,1 % adolescentů, ve věku 16 let užívá sedativa bez předpisu lékaře. Výzkumná práce Dolejše (2015) prokázala, že adolescentní dívky užívají léky, jež nemají indikované kvůli zdravotním potížím, častěji (11,23 %) než chlapci (6,81 %) a také fakt, že frekvence užívání léků je u 15letých dívek dvojnásobně větší (20,43 %) než stejně starých chlapců (10,51 %).

Z klinické praxe je známo, že poměrně často dochází ke kombinaci abúzu farmak např. ze skupiny benzodiazepinů a alkoholu nebo jiných drog. Významnou skupinou jsou preparáty, které sice nevyvolávají závislost, nicméně jsou velmi často zneužívány. Do této kategorie lze zařadit laxantiva, vitamíny, steroidy, antidepresiva, některá analgetika, či přírodní preparáty a jiné (Nešpor, 2011).

#### **4.2.5 Netolismus**

Termínem netolismus bývá označováno závislostní chování, které se vztahuje k tzv. virtuálním drogám, mezi které řadíme počítačové hry, sociální sítě, internetové služby, různé formy chatu, virální videa, televize aj.

V důsledku masivního rozvoje informačních a komunikačních technologií (ICT) se objevují nové druhy rizikové chování, které vznikají v souvislosti s používáním internetu. Pro současnou mladou generaci a také děti je používání internetu běžnou součástí jejich každodenního života. Internet na jedné straně přináší uživatelům řadu výhod, usnadňuje jim studium či práci, ale na druhou stranu se můžeme setkat s tím, že samotní uživatelé, ať už se jedná o děti, mládež či dospělé jedince neznají možná rizika, která se vážou na jeho užívání.

Za rizikové lze považovat množství času, které adolescenti tráví na elektronických zařízeních, jako jsou mobilní telefony, tablety, počítače a další. Vzhledem k zaměření této práce vidíme riziko v jejich častém používání a omezování přímých sociálních interakcí s vrstevníky a sociálním okolím. Žijeme v době, kdy téměř každý adolescent vlastní nějaké zařízení, které umožňuje spojení s okolním světem. Moderní technologie mladistvé téměř ovládají a radikálně mění jejich životy tím, že zasahují téměř vše,

od povahy, přes jejich sociální interakci až po duševní vlastnictví. Twenge (2017) uvádí, že adolescenti tráví mnohem více času „na telefonech“ než se svými kamarády a vrstevníky, mají potíže při navazování vztahů, jejich doba spánku je kratší a velmi často se cítí osamělí. Autor zmiňuje, že jako rizikovou dobu pro vznik závislosti lze považovat více než dvě hodiny strávené na internetu denně. Výsledky výzkumu Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci ukázaly, že 17 % adolescentů tráví čtyři a více hodin denně hraním digitálních her. Kromě času tráveného na internetu jsou s jeho užíváním spojená další rizika. Experti Univerzity Palackého v Olomouci (e-bezpeci.cz, 2014) provedli rozsáhlou výzkumnou studii zaměřenou na rizikové chování českých adolescentů v prostředí internetu. Této studii se zúčastnilo 28 232 respondentů a výsledky ukázaly, že ochota adolescentů sdělovat osobní informace v online prostředí je vysoká. Poskytnout své jméno a příjmení neznámému člověku je ochotno 63 % jedinců, 43 % respondentů by poskytlo svou e-mailovou adresu, 39 % adolescentů zveřejní fotografii obličeje a skoro 8 % jedinců sdílí vlastní intimní materiály, jako jsou videa či fotografie v rámci internetu a 12 % sdílí tento materiál pouze přátelům či partnerům. Výzkum dále potvrdil, že 40 % adolescentních jedinců by se odvážilo osobně setkat s osobou, kterou znají pouze z internetového prostředí. V rámci kyberšikany bylo stejným výzkumem zjištěno, že 35 % adolescentů zažilo napadení osobního účtu, 34 % respondentů se setkala s verbálními útoky a vydíráním prostřednictvím materiálů sexuální povahy, které adolescenti dobrovolně nebo pod nátlakem pachatelům posílají.

Beard & Wolf (2001, s. 142) definují online závislost jako „*používání internetu, které s sebou přináší do života jedince psychologické, sociální, pracovní nebo školní komplikace.*“ Závislostní znaky netolismu se mohou podle Nešpora (2011) a Kopeckého (2011) projevovat například silnou touhou zapnout počítač bez konkrétního cíle, častou kontrolou SMS zpráv či statutů na sociálních sítích a podobně. Blinka (2015) doplňuje výše zmíněné typické příznaky o ztrátu kontroly nad časem, která se projevuje zvýšenou tolerancí využívání času tráveného na internetu. Konkrétně se jedná o časně vstávání či dlouhé ponocování z důvodu potřeby být online. Tyto činnosti získávají prioritní postavení v životě jedince a on pak není schopen stanovit si začátek a konec aktivit na internetu a v důsledku toho dochází k postupnému zanedbávání dalších povinností, aktivit a činností. Toto jednání může u adolescentů také ovlivnit jejich školní prospěch (Griffiths, 2016). U jedince mohou být zřejmé psychické projevy, jimiž mohou být pocit bezcílnosti a prázdnoty v případě

nemožnosti nepoužívat mobil či počítač, zvyšující se neklid a nervozita, pokud jedinec nepoužívá média delší dobu, přemýšlení o mobilním telefonu či počítači, jestliže ho adolescent právě nepoužívá, tajení své závislosti, využívání počítače nebo mobilu jako úniku od osobních problémů a podobně. Poznamenána může být také oblast psychosociální, kdy se naruší rodinné a přátelské vztahy, případně hrozí ztráta přátel.

Spitzer (2014) uvádí, že jsou známy negativní účinky digitálních technologií, které ovlivňují činnost psychiky mladistvých. Jedná se například o zhoršení pozornosti a zhoršený rozvoj komunikačních schopností. Hulánová (2012), tento výčet rozšiřuje o narušení emocionality, rozhodování, sociálně psychické procesy a také morální postoje. Twenge (2017) uvádí, že s příchodem smartphonů se navýšil počet mladistvých trpících duševní krizí a depresí. Alarmující je podle jeho výzkumu zvýšená tendence k sebevraždám, která stoupla o 35 %. Používání technologií je jedním z mnoha faktorů, jež mají vliv na duševní zdraví mladistvých. Jelikož adolescenti tráví většinu času právě „s telefony v ruce“, jsou rizikům vyplývajících z jejich používání vystaveni daleko více než čemukoliv jinému.

#### **4.2.6 Poruchy příjmu potravy**

Poruchy příjmu potravy lze zařadit mezi závažná onemocnění a jejich klasifikace je poměrně složitá, neboť stojí na rozmezí několika oborů, psychologie, psychiatrie, sociologie, nutričního lékařství a dalších oborů (Krch & Mičová, 2002).

Vágnerová (2012) postuluje, že adolescence je nejrizikovějším obdobím, ve kterém se projevuje „riziko patologického vztahu k vlastnímu tělu“ a doplňuje, že významným determinantem může být školní prostředí, ve které mohou být jedinci konfrontováni s posměšky a narázkami vztahujícími se k jejich tělesné konstrukci, a které v nich mohou vytvářet pocit, že příčinou všech neúspěchů je jejich „tloušťka“. Dalšími a poměrně častými spouštěči poruch příjmu potravy bývají stresující životní událost, sexuální a partnerské konflikty, změna či problémy v rodině (Krch, 2003). Autorky Benešová & Mičová (2003) uvádějí, že mezi osobnostní rysy osob trpících poruchami příjmu potravy patří nízké sebehodnocení a sebevědomí, naopak zvýšená sebekritičnost, nejistota či značná důležitost přikládání mínění veřejnosti.

Výzkumné studie, které byly realizovány u adolescentů s poruchami příjmu potravy, přináší výsledky, ze kterých je patrné, že téměř 80 % dívek v období dospívání není se svým vzhledem spokojeno, až 70 % dívek by chtělo snížit svou tělesnou hmotnost a 60 % dívek přiznalo, že už mají zkušenost s dodržováním některé z diet (Benešová & Mičová, 2003). Krch (2004) uvádí, že 35 % 13letých dívek a 13 % stejně starých chlapců je nespokojeno se svým tělem a doplňuje, že 50 % dívek by si přálo snížit svoji tělesnou hmotnost. Tento postoj potvrzuje fakt, že 40 % dívek se cíleně zaměřuje na množství jídla, které konzumuje a 4 % z nich se snaží vyvolat zvracení, ze strachu navýšení své hmotnosti. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2017) zveřejnil informace, ze kterých vyplývá, že s diagnózou F50 (poruchy příjmu potravy) bylo ambulantně léčeno 8 % jedinců ve věkovém rozmezí 0 - 14let a přibližně 29 % adolescentů ve věku 15 až 19 let.

Mezi typické projevy poruch příjmu potravy řadí Kulhánek (2015) manipulaci s jídlem, chorobnou obavu z přibývání na váze a následném ztloustnutí a odmítání potravy, které má vést ke snížení tělesné hmotnosti. Může se rovněž objevit opačný extrém, kterým může být nekontrolovaný příjem potravy. Patří zde také praktikování nezdravých či nebezpečných aktivit, které by měly vést ke snížení tělesné hmotnosti, jako například dodržování drastických diet, volbu „dietních“ druhů potravin a nápojů či užívání projímadel.

Důsledky poruch příjmu potravy zasahují nejen do roviny tělesné, ale také do roviny psychické a sociální (Orel, 2012). Psychické projevy těchto poruch se dle Pavlové (2010) projevují neustálým přemýšlením o jídle, jimž si jedinec řeší své emoční problémy, kterými mohou být úzkostné a depresivní stavy, které vznikají jako důsledek obav o udržení štíhlé postavy a tělesné hmotnosti. Mohou se také objevit různé psychické potíže, jako je náladovost, nesoustředěnost, emocionální problémy, deprese či úzkost (Grogan, 2000). Rastam (1992) shledal u 29 % adolescentních pacientek úzkostnou poruchu. Pro tyto jedince je charakteristické, že nemají reální náhled na vnímání vlastního těla, se kterým jsou stále nespokojeni. Vzniklé potíže popírají i přes zřejmé příznaky. Ve volném čase se přehnaně věnují sportovním aktivitám, po kterých si nedoplní potřebné živiny. Potíže v sociální rovině se projevují omezením až vymizením kontaktů s okolím, s přáteli, a dokonce i snížením zájmových aktivit a předmětů zájmů. Svůj životní styl podřizují zájmu o svou hmotnost, vzhled či jídlo (Papežová, 2003).

Poruchy příjmu potravy reprezentují oblast psychických onemocnění, do kterých spadá nejčastěji mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání a extrémní

hladovění. K dalším, mladším formám patří ortorexie, bigorexie či drunkorexie. Prevalence poruch příjmu potravy se uvádí přibližně 5 - 10 % z celkového množství nemocných (Benešová & Mičová, 2003).

### **Mentální anorexie**

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

### **Mentální bulimie**

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

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

Příčiny vzniku, výše popsaných poruch, jsou multikauzální. Mohou se projevit v koexistenci biologických, psychických, sociálních, kulturních či jiných faktorů (Jacobi, Paul

& Thiel, 2006). Genetické dispozice jedince jsou považovány za rizikové, protože se projevují až pětkrát častěji, než je tomu u běžné populace. Papežová (2003) uvádí 50 - 90 % genetický podíl při vzniku mentální anorexie a 35 - 83 % u mentální bulimie. Jako psychologický faktor lze chápat vývoj identity, který je spojen s přijetím ženské role. Dospívající dívky, jež trpí mentální anorexií, mohou tímto postojem manifestovat odmítání přijetí ženskosti, ženské sexuality, ženských rysů (Kulhánek, 2015). Vlivy společnosti a kultury jsou považovány za jedny z nejpodnětnějších faktorů. Výskyt poruch příjmu potravy má stoupající tendenci a mnoho studií tento fenomén připisuje měnícím se životním hodnotám a stylu. Ženy se snaží podobat kulturně podmíněné představě ženského ideálu a odolat sociálnímu tlaku, který štíhlost spojuje s mladistvostí, atraktivitou či štěstím (Grogan, 2000). Pro mnohé z nich, se jedná o nedosažitelný cíl, který zvyšuje jejich nespokojenost s tělem, což následně zvyšuje riziko nárůstu poruch příjmu potravy, obzvláště u adolescentních dívek.

#### **4.2.7 Sexuální rizikové chování**

Sexuálně rizikové chování je soubor takových behaviorálních projevů, při kterých praktikované sexuální aktivity vykazují rizika nejen v oblasti zdravotní a sociální, ale i dalších (Miovský et al., 2015). Zmíněné chování může být v rámci společnosti relativně hojným jevem a může se projevovat různými způsoby např. nechráněným pohlavním stykem při náhodné známosti, předčasným pohlavním stykem, promiskuitním chováním nebo rizikovými sexuálními praktikami (Nielsen Sobotková, 2014). Do této kategorie spadají rovněž kombinace více druhů zmíněného rizikového chování. Jde např. o kombinaci užívání návykových látek a rizikového sexuálního chování. Také jsou zde zařazeny i nové trendy zvyšující riziko hlavně v sociální oblasti, a to, jak již bylo výše zmíněno, zveřejňováním intimních fotografií a videí na internetu, jejich posílání mobilním telefonem, či nahráváním. Tyto aktivity zvyšují riziko zneužití tohoto materiálu (Miovský et al., 2015).

Výzkum Dolejše (2015) přinesl výsledky, které ukazují, že adolescenti ve věku 11 až 14 let mají zkušenost s pohlavním stykem ve 3 % případů. 15letí adolescenti vykazovali zhruba 20 % frekvenci v této zkušenosti.



V této poslední teoretické kapitole jsme popsali termín rizikové chování a také jsme se podrobněji zaměřili na některé formy rizikového chování. V následující výzkumné části předložené práce se zaměříme na stanovení cílů a výzkumných otázek, na které se budeme prostřednictvím výzkumu budeme snažit odpovědět.

## **VÝZKUMNÁ ČÁST**

## 5 Výzkumný problém

Naše výzkumná studie se zaměřuje na jedince nacházející se ve věkovém rozmezí 11 až 15let, dle Macka (2003) ve vývojovém období adolescence. Jedná se o významnou životní etapu, která začíná dětstvím a končí dospělostí a v jejímž průběhu dochází k individualizaci jedince. Je to období, v němž jedinec hledá nové vzory, přemýšlí nad stávajícími hodnotami a postoji. Základním vývojovým úkolem tohoto období je dosažení trvalé, hodnotné a zralé identity, která bude schopna odolávat „nástrahám“ společnosti autonomně a zodpovědně (Cakirpaloglu, in Dolejš et al., 2014). V průběhu této poměrně dlouhé cesty se mohou objevit rizika různé povahy. Většina adolescentů se s vzniklými riziky úspěšně vypořádá, nicméně někteří jedinci, z různých důvodů, se mohou potkat s potížemi či komplikacemi.

Rizikové aktivity jsou v období dospívání poměrně častým jevem (Suchá et al., 2016). V předložené studii věnujeme zvýšenou pozornost výskytu rizikových forem chování u adolescentů, kteří vykazují zvýšenou míru osobnostní charakteristiky jako je úzkostnost a/nebo depresivita. Právě úzkostnost se jeví jako signifikantní prediktor pro dvě nečastější rizikové aktivity, kterými jsou konzumace alkoholu a kouření cigaret. Tyto aktivity může jedinec využít ke kompenzaci či vyrovnání se s různými situacemi (Comeau, 2001).

Cílem výzkumného šetření je zmapovat rizikové chování úzkostných a depresivních adolescentů. Výsledky výzkumu mohou posloužit široké řadě odborníků při sestavování preventivních programů, ale také při práci s jedinci, u nichž se již toto chování projevilo.

V následujících kapitolách se zaměříme na deskripci metodologického rámce. Definujeme výzkumné cíle předkládané práce a stanovené výzkumné otázky. Popíšeme metody získávání dat, metody analýzy a zpracování získaných výsledků, identifikujeme výzkumný soubor a strategii jeho výběru a také etické aspekty této studie.

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

## 5.1 Výzkumné cíle

Cíl výzkumu vymezuje výzkumníkův explicitní záměr analyzovat získaná data tak, aby byl následně schopen podat odpověď na definovanou výzkumnou otázku (Hendl, 2005).

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

Pro uskutečnění výzkumné studie byly vytýčené následující výzkumné cíle:

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

Oba výše zmíněné diagnostické nástroje budou blíže popsány v samostatných kapitolách (6.1.1 a 6.1.2) stejně jako metoda rozhovoru (kap. 6.1.3).

## 5.2 Výzkumné otázky

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

Výzkumné otázky jsme formulovali na podkladě výše zmíněných teoretických poznatků a také zvolených výzkumných cílů:

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

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

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

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

## 6 Popis zvoleného metodologického rámce a metod

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

Celá výzkumná část byla rozdělena do dvou fází. Záměrem první etapy byl sběr dat prostřednictvím dotazníkového šetření. Po shromáždění administrovaných dotazníků následovala analýza získaných dat, na jejímž základě byli vybráni adolescenti k uskutečnění druhé části výzkumu, která byla realizována formou terénního výzkumu pomocí metody rozhovoru (Hendl, 2005; Miovský, 2006). Toto dodatečné detailní dotazování zvolených respondentů bylo realizováno v rámci individuálních rozhovorů. Následně byly získané informace vyhodnoceny prostřednictvím tematické analýzy dat. Prolnutí zmíněných dvou postupů poskytlo hlubší a komplexnější vhled do problematiky našeho zájmu a uvědomění si detailů jednotlivých aktivit rizikového chování a situací, které vedou adolescenty k tomuto chování.

S ohledem na citlivost zvoleného tématu a za účelem získání podrobných dat jednak o míře úzkostnosti a depresivity jedinců, ale hlavně pro zjištění jednotlivých forem rizikového chování byl zvolen kvalitativní výzkumný metodologický design. Disman (2002) definuje kvalitativní přístup jako nenumерické šetření a interpretaci sociální reality. Creswell (1998, 12 in Hendl, 2016, 45) uvádí, že: *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociální nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“*

Kvalitativní výzkumný design využívá induktivní postup, jehož snahou je nalezení významných struktur, jež existují u proměnných v oblasti zkoumaného problému. Při tomto typu výzkumu nezávisí výběr proměnných na výzkumníkovi, nýbrž na respondentech, kteří svými výpověďmi, které shledávají za relevantní, redukují data (Disman, 2002).

## 6.1 Metody získání dat

Metody, kterými byla získána data pro účely výzkumu:

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

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

Druhá, návazná část výzkumu vycházela z výsledků, které vzešly z vyhodnocení škál SUDS a SDDSS. Na jejich základě byli zvoleni probandi, kteří vytvořili výzkumný soubor. Percentilové skóry těchto respondentů dosahovaly zvýšené hodnoty v některé z administrovaných škál. Poté byly uskutečněny se zvolenými jedinci individuální polostrukturované rozhovory. Prostřednictvím odpovědí na pokládané otázky bylo možné postřehnout různé projevy rizikového chování a jednání adolescentů v běžném životě.

Nyní se zaměříme na popis metod, které jsme použili k získání dat.

### 6.1.1 Škála úzkostnosti Dolejš a Skopal (SUDS)

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

Tato psychodiagnostická metoda je určena pro jedince ve věkovém rozmezí 11 až 15 let a obsahuje 24 otázek, které jsou zaměřeny na chování, pocity, postoje a prožívání adolescentů v rozličných životních situacích, při kterých se může projevit různá míra úzkostnosti. Administrace probíhá bez časového limitu, kdy má respondent pro odpovědi možnost volby jednoho ze čtyř stupňů Likertovy škály: rozhodně nesouhlasím, nesouhlasím, souhlasím, rozhodně souhlasím. Škála reverzně skóruje 3 položky. Celkový skór je vypočítán součtem bodů jednotlivých položek, přičemž minimální počet bodů

je 24 a maximální počet bodů je 96. Výsledek jedince v této škále lze převést na percentilovou hodnotu a srovnat s příloženými populačními normami. Škála vykazuje dobrou vnitřní konzistenci s Cronbachovým koeficientem alfa a to mezi 0,89 a 0,90 (Dolejš & Skopal, 2016).

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

Tento jednodimenzionální psychodiagnostický nástroj je určený ke zjištění aktuální míry depresivity adolescentů. Její pomocí je možno identifikovat osoby, které jsou aktuálně depresivnější, oproti určité populaci svých vrstevníků. Tato metoda podává informace o depresivní symptomatologii jedince a odborník může tomuto jedinci poskytnout intervenci a efektivní pomoc. Dolejš et al. (2018) uvádějí, že v rámci této testové metody pojmají depresivitu jako psychický stav, v němž se projevují různé příznaky deprese, které mají individuální povahu, ale nedosahují klinické významnosti. Bazální depresivní projevy jsou patrné v oblastech nálady, aktivit a v množství energie. Tento testový materiál byl standardizován na české populaci dospívajících jedinců v několika celorepublikových studiích. Testovou metodu je možno využívat nejen ve školství a poradenství, ale také v klinické praxi, a to individuálně nebo skupinově. Administrace dotazníku je snadná a trvá přibližně 10 – 15 minut. Škála SDDSS je sestaven z 20 položek, na které respondent odpovídá výběrem jedné ze čtyř možných odpovědi Likertovy škály: rozhodně nesouhlasím, nesouhlasím, souhlasím, rozhodně souhlasím. Minimální počet bodů, získaných součtem bodů u jednotlivých položek, je 20 a maximální je 80 bodů. Hrubý skóre je možno převést podle převodních tabulek na percentily a srovnat s populačními normami. Autoři uvádí, že Cronbachovo alfa v různých celorepublikových studiích vykazovala hodnotu 0,91 a 0,92. Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá má kladný a úzký vztah se Škálou úzkostnosti Dolejš a Skopala ( $r = 0,80$ ).

### **6.1.3 Rozhovor**

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



Polostrukturované interview je pravděpodobně nejrozšířenější podobou metody rozhovoru (Mioviský, 2006). Polostrukturovaný rozhovor stojí mezi strukturovaným interview, ve kterém tazatel postupuje podle předem přesně daných otázek a nestrukturovaným interview, které se podobá běžnému rozhovoru bez předem stanovených otázek. Hendl (2005, 174) tento druh interview nazývá „rozhovor pomocí návodu“.

V přípravné fázi tohoto typu rozhovoru jsme vytvořili seznamu otázek, na které jsme chtěli najít odpovědi a také, kterými jsme chtěli získat autentický materiál, který obsahuje cenné informace o tázaném jedinci. Některé z otázek jsme pro účely navázání kontaktu s adolescentem a zahájení rozhovoru stanovili na základě vlastního uvážení a jiné byly převzaté nebo inspirované standardizovaným dotazníkem „*Výskyt rizikového chování u adolescentů*“ (Dolejš & Skopal, 2015), který obsahuje položky vypovídající o jedincově zkušenosti s různými rizikovými aktivitami či návykovými látkami.

Seznam otázek pro polostrukturovaný rozhovor:

- 1) Jakým způsobem trávíš nejčastěji volný čas? Co děláš ve volném čase?
- 2) S kým trávíš volný čas?
- 3) Jaké platformy využíváš v kyberprostoru? Jaké stránky nejčastěji navštěvuješ?  
Zveřejnil/a bys své osobní údaje na internetu?
- 4) Pil/a jsi v průběhu posledních 30 dnů nějaký alkoholický nápoj?
- 5) Kouřil/a jsi v průběhu posledních 30 dnů (cigarety, marihuanu)?
- 6) Užil/a jsi někdy léky, aniž bys je potřeboval/a a bez vědomí rodičů?
- 7) Už sis někdy fyzicky ublížil/a?

Výhodou zvoleného typu rozhovoru byla možnost měnit pořadí otázek, případně jejich přizpůsobení odpovědi respondenta nebo okolnostem situace, v níž rozhovor probíhal, což nám umožnilo tzv. inquiry. Doptávali jsme se na další skutečnosti, které během rozhovoru vyvstaly a respondentovi byl dán prostor, aby mohl upřesnit a vysvětlil svou odpověď. Dalším přínosem nestrukturovaného interview byla jeho flexibilita, která nám umožnila improvizovat a kreativně rozhovor rozvíjet. Naopak jako nevýhodu jsme vnímali náročnost při zpracování často nesourodého materiálu, který vyplýval z toho, jak respondenti porozuměli otázce a jak široce a detailně na ni odpovídali.

Pro účely naší práce byli pro rozhovory zvoleni jedinci jednotlivých ročníků, kteří vysoko skórovali v dotazníku SUDS a/nebo SDDSS, což znamená že získali v některém z administrovaných dotazníků skór vyšší, než jsou průměrné hodnoty dle stanovených populačních norem. V rámci této etapy výzkumu bylo uskutečněno celkem 44 rozhovorů s jednotlivými respondenty. Každého setkání se zúčastnil respondent a autorka práce. Hlavním záměrem realizovaných interview bylo zjistit, jaké formy rizikového chování se projevují u úzkostných či depresivních jedinců.

V této podkapitole jsme specifikovali metodu rozhovoru a dotazníkové baterie, které byly ve výzkumné studii použity. Navazující dvě podkapitola se zaměří na metody zpracování a analýzy dat a druhá na etické otázky výzkumu.

## **6.2 Metody zpracování a analýzy dat**

Veškerá data, která byla v rámci realizace výzkumu získána, byla systematicky zpracovávána a průběžně připravována k následné analýze. Celý postup je obsahem této podkapitoly.

Analýza získaných dat vzešla z následujících podkladů:

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

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

Jestliže v dotazníku SUDS chyběla zaznamenaná odpověď, bylo postupováno podle příručky, která připouští doplnění jedné chybějící položky nejčastěji administrované odpovědi, jež je uváděná u jiných položek obdobného typu. Tuto situaci jsme řešili v 6 případech všech 173 dotazníků. U dotazníku SDDSS jsme postupovali stejně, neboť také u této škály povoluje příručka doplnění jediné chybějící položky v rámci celého dotazníku.

Tato nesrovnalost se při vyhodnocování dotazníků SDDSS objevila celkem 5krát, rovněž z celkového počtu 173 dotazníků. Z původního celkového počtu 178 administrovaných dotazníků byly vyřazeny 4 dotazníky z důvodu nevyplnění více než jedné položky či naopak uvedení dvou odpovědí u jedné otázky, což se opakovalo u více položek. Ostatní dotazníky byly vyplněny bezchybně. Následným vyhodnocením dotazníků byly zjištěny výsledky, které měly podobu hrubých skóre. U obou dotazníků byly zjištěné hrubé skóre převedeny na percentily, které lépe ukázaly umístění respondenta ve sledované populaci. Percentilové výsledky a také hrubé skóre byly nadále použity pro provedení statistické analýzy dat.

V průběhu realizace všech individuálních rozhovorů, byly pro fixaci informací, které respondenti poskytli, pořizovány autentické audio záznamy, které byly převedeny do podoby transkripce. Přepisy některých z uskutečněných rozhovorů jsou součástí příloh této práce. Textový charakter informací umožnil další vyhodnocení dat prostřednictvím tematické analýzy, jež byla provedena technikou „tužka, papír“. V rámci tohoto postupu byla použita metoda „barvení textu“. Pasáže, které se tematicky týkaly okruhu našeho zájmu, tedy výskytu rizikového chování, byly podle jednotlivých forem označovány různými barvami. Pozornost jsme zejména zaměřili na informace, týkající se užívání návykových látek, sebepoškozování, netolismus, poruchy příjmu potravy a jiné. Následně jsme takto detailně připravený text hlouběji analyzovali a to tak, že například oblast užívání návykových látek byla doplněna o informace, o jaký druh látky se jedná, zda o tabákové výrobky, alkohol, marihuanu či léky.

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

V průběhu celé realizace výzkumu bylo důsledně dbáno na dodržení obecných etických principů a zásad.

Před uskutečněním samotného výzkumného šetření byl ředitel školy a také členové školního pedagogického pracoviště, konkrétně, výchovná poradkyně, metodik prevence a speciální pedagožka seznámeni s účelem a charakterem výzkumu, se způsobem nakládání se získanými daty a zaručením anonymity respondentů v rámci povinnosti mlčenlivosti výzkumníka. Dále byli informováni o dobrovolné účasti respondentů ve výzkumu a o možnosti odstoupení z výzkumu v kterékoliv jeho fázi. Na závěr byli informováni o tom, že veškeré získané informace budou použity pouze pro potřeby této práce.

Pro účely naší studie, bylo nutné získání individuálních informovaných souhlasů zákonných zástupců. Do výzkumu byli následně zařazeni jen ti respondenti, jejichž zákonní zástupci před realizací výzkumu vyjádřili písemný souhlas.

Všem respondentům byly, stejně jako pedagogům, podány informace o významu prováděného výzkumu, o jeho zacílení, zaručení anonymity a nakládání se svěřenými daty. Respondentům bylo rovněž sděleno, že participace na výzkumu je zcela dobrovolná, tudíž jejich účast na výzkumné studii je na jejich uvážení a také byli seznámeni s eventualitou odstoupit od administrace dotazníků kdykoli v jejím průběhu.

Dříve než byly respondentům rozdány dotazníky, došlo k představení výzkumníka. Poté následovala krátká diskuse, jež vzešla z dotazů respondentů, a která vedla k uvolnění atmosféry ve třídě a navození důvěrnějšího postoje žáků směrem k výzkumníkovi, což následně vyvolalo u nich bezpečnější pocit při administraci dotazníků. Výzkum byl uskutečněn zcela anonymně. Pro účely identifikace jednotlivých žáků bylo použito kódů. V záhlaví dotazníků uváděli respondenti kromě svých kódů pouze základní osobní informace, kterými byly školní ročník, věk a rod.

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

V době, kdy výzkum probíhal, jsme nezaznamenali žádné etické potíže, problémy či situace, které by bylo nutno řešit.

## 7 Výzkumný soubor a strategie jeho výběru

Nezbytnou součástí jakékoliv výzkumné studie je výzkumný soubor, jež tvoří jedinci, kteří se účastní výzkumu. V následujících podkapitolách se zaměříme na popis postupu výběru respondentů do výzkumného souboru, který vzešel z výběrového souboru a následné detailnější charakteristice výzkumného souboru.

### 7.1 Popis volby výběrového souboru

Výběrový soubor neboli vzorek Hendl (2005) popisuje, jako výběr reprezentativní části ze základního souboru. Jedná se tedy o statistický soubor, který neobsahuje všechny statistické jednotky, ale pouze vybranou část. Jde o podmnožinu základního výběru, který představuje statistický soubor obsahující všechny teoreticky možné statistické jednotky s daným statistickým znakem.

Výběrový soubor realizovaného výzkumu, tvořila populace žáků, kteří navštěvují II. stupeň základní školy, tedy konkrétně adolescenti ve věkovém rozpětí 11 až 15 let. Výzkum byl realizován na sídlištní základní škole nacházející se v Moravskoslezském kraji. Tato škola vzdělává kolem 500 žáků a její hlavní linií je zaměření na jazykovou výuku. Nejprve byl kontaktován ředitel školy dopisem v elektronické podobě, v němž byl obeznámen s účelem výzkumu a jeho detailním postupem. Po získání odpovědi na tento dopis, ve kterém ředitel školy projevil souhlas s výzkumem, byl prostřednictvím telefonické domluvy stanoven termín osobního setkání, na kterém byly domluveny konkrétní termíny pro sběr dat.

Pro účely získání dat k výzkumnému šetření jsme pracovali s žáky jednotlivých tříd, v nichž jsme uskutečnili screeningová šetření. Při jejich realizaci jsme použili dotazníky SUDS a SDDSS. K administraci zmíněných dotazníků postačila časová dotace jedné vyučovací hodiny, tj. 45 minut, přičemž dotazníkové šetření probíhalo individuálně, technikou „tužka, papír“. Před administrací byli žáci informováni, jak již bylo výše podrobněji zmíněno (kap. 6.3. etické problémy a jejich řešení) o tom, že dotazníky slouží výhradně k výzkumným účelům a dále byli ujištěni, že poskytnuté informace jsou zcela anonymní a důvěrné. Následně si každý žák zvolil vlastní kód. Výzkumník požádal žáky o podávání co nejpravdivějších informací a také jim bylo sděleno, že se nejedná o testy,

tudíž u žádné položky neexistuje správná či špatná odpověď. Při sběru papírových archů dotazníků jsme překontrolovali úplnost jejich vyplnění, popřípadě upozornili na potřebné doplnění chybějících odpovědí.

## 7.2 Popis výběrového souboru

Výběrový soubor původně tvořilo 178 respondentů druhého stupně ZŠ. Z důvodu chybné či nedostatečné administrace dotazníků byli následně 4 respondenti z výběrového souboru vyřazeni.

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

Celkový počet respondentů, kteří tvořili výběrový soubor byl 173 adolescentů. V poměru zastoupení mezi rody byla četnost dívek téměř o 11% nižší než chlapců. Výzkumný soubor byl složen ze 77 dívek (44,51 %) a 96 chlapců (55,49 %).

Graf č. 1: Rozložení respondentů podle rodu



Zastoupení respondentů v jednotlivých ročnících bylo následující:

Tabulka č. 5: Rozložení respondentů dle ročníků

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

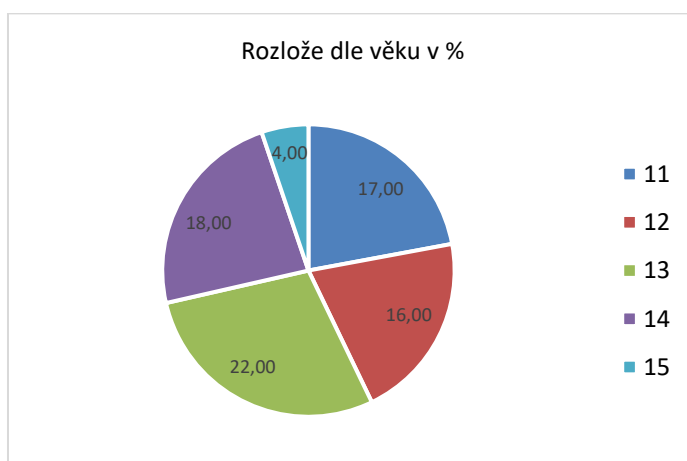
Další významnou charakteristikou výběrového souboru byl věk probandů. Výzkumné studie se zúčastní jak dívky, tak chlapci ve věkovém rozmezí 11 až 15 let. Pro účel popisné statistiky byli respondenti rozděleni do věkových kategorií, které byly doplněny o zastoupení dívek i chlapců.

Tabulka č. 6: Rozložení respondentů dle věku

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

Nejpočetnější skupinu (n = 57) tvořili respondenti ve věku 13 let, následování počtem poměrně vyrovnanými skupinami 14letých (n = 38), 12letých (n = 36) a 11letých (n = 32) adolescentů. Skupina 15letých (n = 10) je nejméně zastoupená z důvodu pouze jedné ročníkové třídy oproti ostatním dvěma třídám v každém ročníku.

Graf č. 2: Procentuální rozložení respondentů podle věku



Průměrný věk všech probandů, kteří tvořili výběrový soubor činil 12,76 let se směrodatnou odchylkou (zkráceně SD) 1,16, přičemž průměrný věk dívek byl 12,69 let (SD 1,21) a průměrný věk chlapců byl 12,81 let (SD 1,13).

Tabulka č. 7: Věkový průměr v jednotlivých ročnících

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

### 7.3 Popis volby výzkumného souboru

Výzkumným soubor je chápán jako množina objektů, kterých se zkoumání přímo týká, a na které se mají jeho výsledky vztáhnout (Reichel, 2009).

Abychom správně určili jedince, kteří budou tvořit výzkumný soubor, bylo nezbytné provést důkladnou analýzu dat získaných prostřednictvím vyplnění dotazníků SUDS a SDDSS. Na základě výsledků byli vybráni respondenti z každého ročníku, kteří dosáhli významně vyššího skóru buď v dotazníku SUDS a/nebo v dotazníku SDDSS. Jako signifikantně vyšší skór byla dle norem stanovena hodnota skórů vyšší, než je průměr, což bylo v naší práci považováno za kritérium pro určení vyšší míry úzkostnosti a/nebo depresivity u adolescentů.

### 7.4 Popis výzkumného souboru

Na základě analýzy dat administrovaných dotazníku, byli osloveni jedinci, kteří vykazovali signifikantně vyšší skóre u některého z osobnostních rysů oproti ostatním. Pro účel individuálních rozhovorů byli respondenti voleni metodou příležitostného výběru. Ferjenčík (2010) tento typ výběru nazývá jako výběr dobrovolníků a dodává, že při této metodě jsou vybráni jen ti členové populace, kteří jsou nejdostupnější nejen fyzicky,



ale také, a to bylo v naší studii zásadní, ve smyslu ochoty spolupracovat. Individuální rozhovory byly tedy realizované jen s těmi jedinci, kteří vyjádřili zájem a ochotu podílet se se svými informacemi na výzkumu a v době jeho realizace byli dostupní. Někteří z potenciálních respondentů, tedy ti, jejichž skóry byly signifikantně vyšší, nebyli v době uskutečnění rozhovorů přítomni (4 respondenti) nebo odmítli svou účast na rozhovoru (7 respondentů). Individuálních rozhovorů se celkem zúčastnilo 44 respondentů ve složení 22 žáků a 22 žákyň z celého II. stupně. Průměrná hodnota jejich percentilového skóru u rysu úzkostnosti byla 79,64 (SD 13,33) s minimální hodnotou 48 a maximální 99. U rysu depresivity byla průměrná hodnota 80,32 (SD 12,33) s minimálním skórem 52 a maximální 99. Z těchto výsledků je patrné, že míra depresivity byla u zvolených jedinců mírně vyšší než míra úzkostnosti.

Každého setkání se zúčastnil respondent a autorka práce. Hlavním záměrem realizovaných interview bylo zjistit, jaké formy rizikového chování se projevují u úzkostných či depresivních jedinců.

Tabulka č. 8: Přehled účastníků individuálních rozhovorů dle jednotlivých ročníků

Ročník	Celkem	Chlapců	Dívek
6.	9	5	4
7.	12	5	7
8.	13	7	6
9.	10	5	5
<b>Celkem</b>	<b>44</b>	<b>22</b>	<b>22</b>

## 8 Výsledky analýzy dat

Obsahem této kapitoly je interpretace zjištěných výsledky, které uvedeme ve třech podkapitolách vztahujících se k jednotlivým vytýčeným cílům výzkumného projektu. V první podkapitole uvedeme informace o výsledcích screeningu žáků realizovaného pomocí dvou psychodiagnostických škál. Obsahem druhé podkapitoly je identifikace úzkostných a depresivních jedinců a třetí kapitola přináší informace z individuálních rozhovorů s adolescenty o rizikových aktivitách. V přílohách této práce jsou prezentovány části ukázek rozhovorů s některými respondenty.

### 8.1 Vyhodnocení 1. výzkumného cíle

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

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

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

#### 8.1.1 Celkové vyhodnocení dotazníku SUDS

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

Detailnějším rozbohem bylo dále zjištěno, že dívky dosáhly vyššího průměrného hrubého skóru 55,08 bodů (SD 10,92) než chlapci, kteří dosáhli průměru 47,33 bodů

(SD 9,73). Rozdíl mezi rody vykazuje hodnotu 7,75 bodů, což naznačuje, že dívky obecně vykazovaly vyšší míru úzkostnosti než chlapci.

Tabulka č. 9: SUDS – průměr hrubých skóre v rodech

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

Z výsledků je možné také pozorovat, že nejvyšší celkový nárůst úzkostnosti, a to více než o 3 body je mezi 6. a 7. ročníkem a že v tomto období také stoupá úzkostnost dívek o 7,21 bodů. Vůbec nejvyšší míru úzkostnosti v tomto projektu vykazaly dívky 7. ročníku, které dosáhly 59,63 bodů (SD 13,54), nejvyšší míra úzkostnosti u chlapců byla 48,52 (9,47), z čehož je patrné, že dívky v rámci celkového srovnání byly o 11,11 bodů úzkostnější oproti chlapcům. Naopak nejnižší míra úzkostnosti byla zjištěna u chlapců 9. ročníku 45,08 bodů (SD 11,97). U dívek byla nejnižší míra zjištěna v 6. ročníku 52,42 bodů (SD 9,12). Z těchto výsledků se dá odvodit, že dívky 6. až 9. ročníku jsou úzkostnější než chlapci.

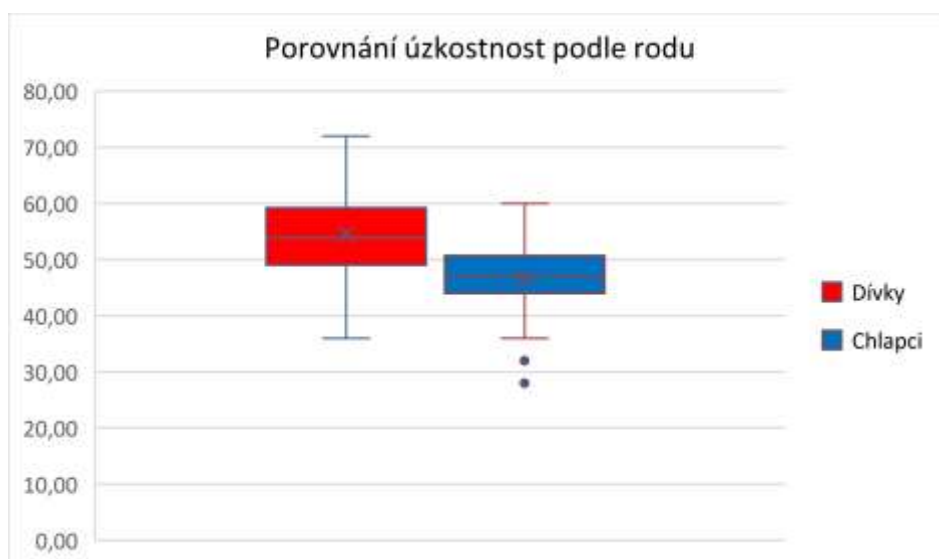
Při porovnání výsledků mezi jednotlivými ročníky je zřejmé, že nejvyšší míru úzkostnosti vykazují žáci 7. ročníku 53,75 bodů (SD 13,23) a nejnižší žáci 8. ročníku 49,15 bodů (SD 9,67), viz tabulka č.10.

Tabulka č. 10: SUDS - průměr hrubých skóre v ročnících

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

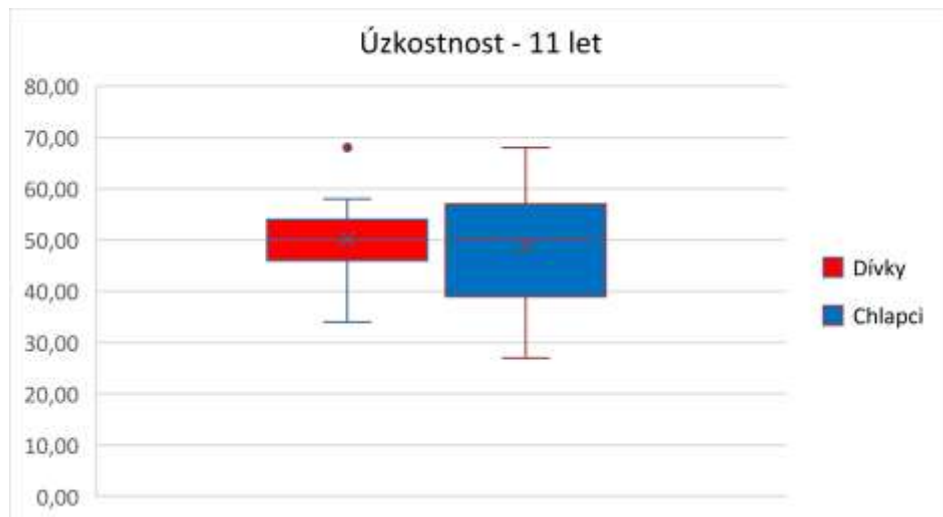
Vyšší míru úzkostnosti dívek v tomto dotazníku oproti chlapcům potvrzují dále uvedené výsledky vztahující se k 11letým, 12letým, 13letým a 14letým respondentům. Opačně je však tomu fenoménu u 15letých respondentů. V tomto případě dosáhli vyššího skóre chlapci oproti dívkám.

Graf č. 3: Porovnání úzkostnosti podle rodu



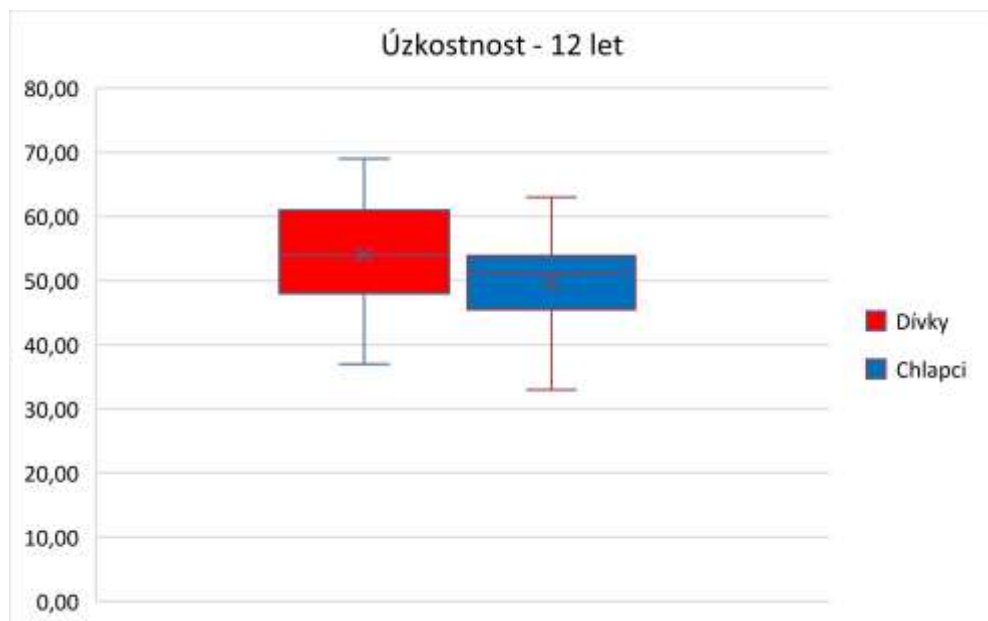
Následnou detailnější analýzou byla získána data vztahující se k úzkostnosti v rámci jednotlivých let. Konkrétně žákyně, které měly v době výzkumu 11 let, dosáhly průměru hrubých skóre 50,18 a stejně staří žáci 48,80, což představuje rozdíl 1,38 bodů.

Graf č. 4: Porovnání úzkostnosti, věk 11 let



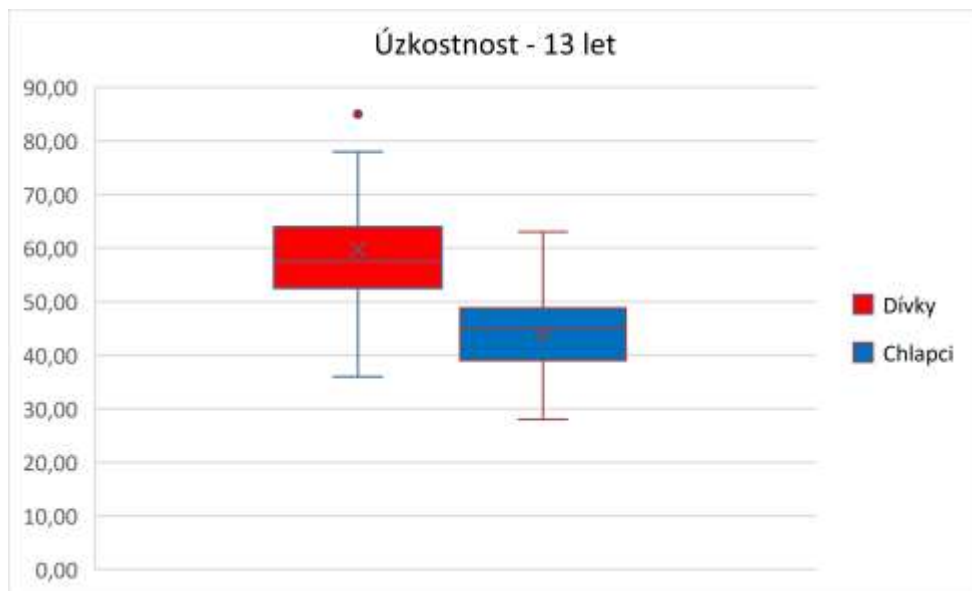
12letým dívkám byl vypočítán průměrný hrubý skóre 54 bodů a chlapcům 50,35 bodů s rozdílem 3,65 bodů.

Graf č. 5: Porovnání úzkostnosti, věk 12 let



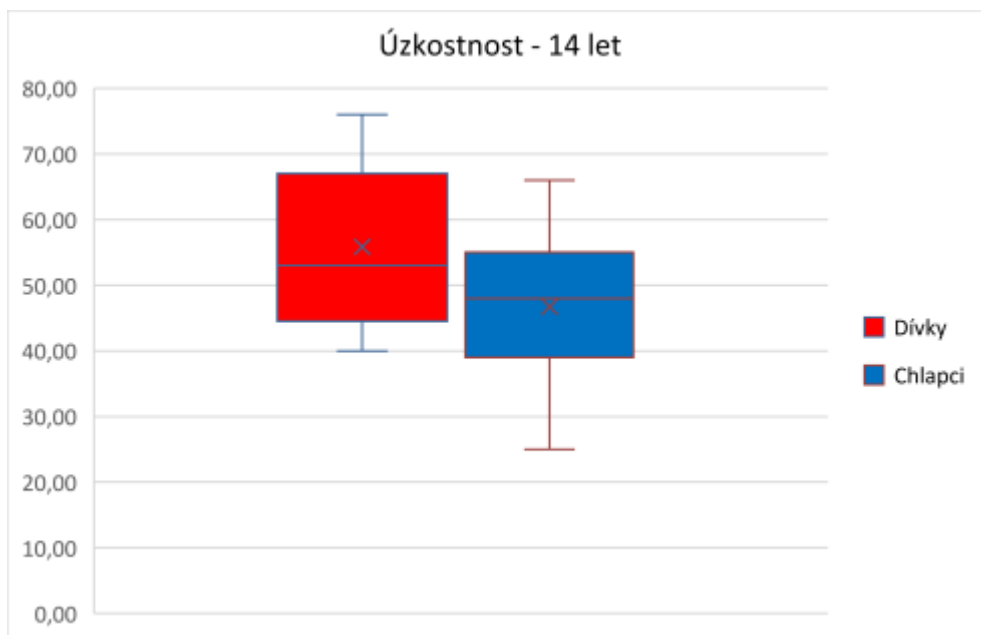
13letým respondentkám byl vypočítán průměrný hrubý skór 59,36 bodů a respondentům 44,29 bodů s rozdílem vyšším než 15 bodů.

Graf č. 6: Porovnání úzkostnosti, věk 13 let



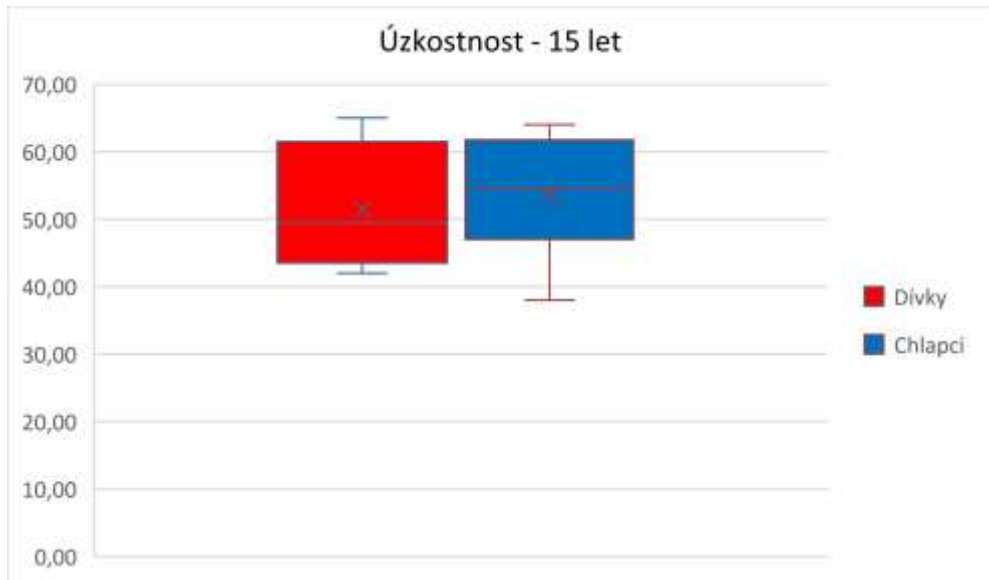
14letým žákyním byl vypočítán průměrný hrubý skór 56,22 bodů a žákům 46,65 bodů se zjištěným rozdílem 9,57 bodů.

Graf č. 7: Porovnání úzkostnosti, věk 14 let



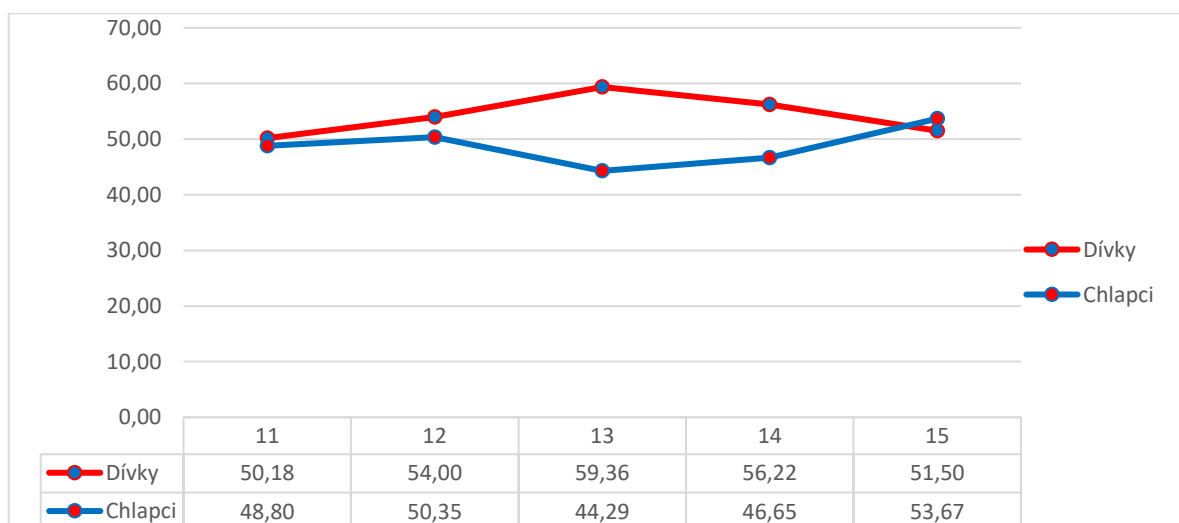
V rámci zjišťování úzkostnosti mezi 15letými respondenty, bylo zjištěno, že zde byl dívkám vypočítán nižší průměrný hrubý skór 51,50 bodů než chlapcům 53,67 bodů a to o 2,17 bodů.

Graf č. 8: Porovnání úzkostnosti, věk 15 let



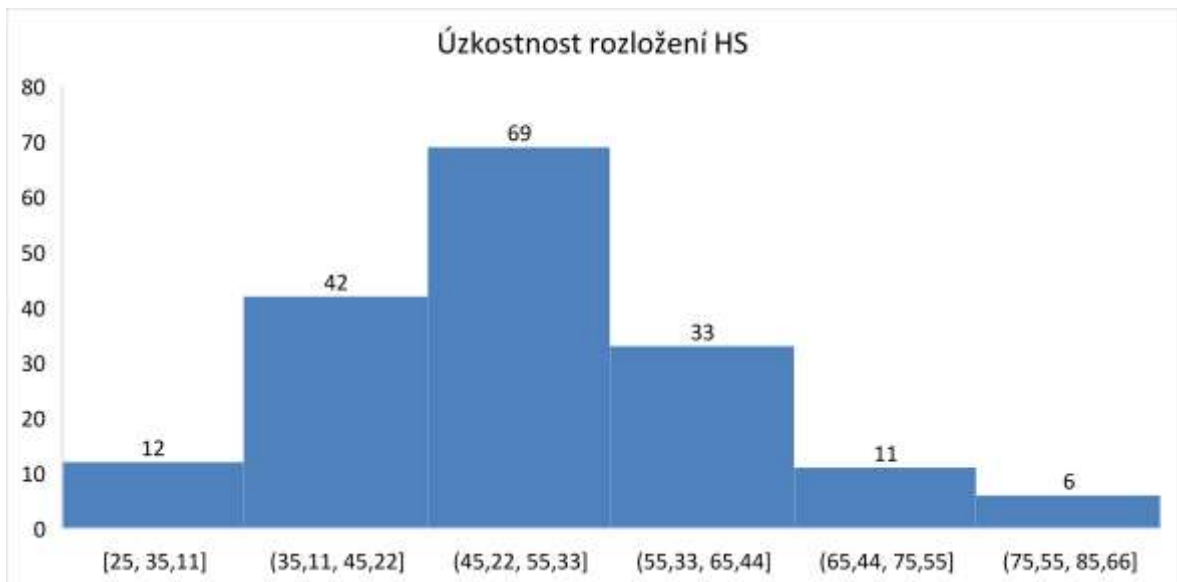
Při podrobnějším rozboru zjištěných výsledků je patrné, že úzkostnost dívek ve věku 11 a 15 let je téměř shodná, eskaluje ve 13 letech, kdy je oproti 11 letům vyšší téměř o 10 bodů. U chlapců má úzkostnost ve věku 13 let naopak klesající tendenci oproti 11letým, a to 4 body.

Graf č. 9: Průměr hrubého skóru úzkostnosti podle rodu



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

Graf č. 10: Rozložení úzkostnosti, HS



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

Graf č. 11: Rozložení úzkostnosti, percentilový skór





### 8.1.2 Celkové vyhodnocení dotazníku SDDSS

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

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

Tabulka č. 11: SDDSS - průměr hrubých skóru v rodech

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

Výsledky ukazují, že nejvyšší míru depresivity v tomto šetření vykazaly dívky 7. ročníku, které dosáhly hodnoty 43,42 bodů (SD 12,31) a nejnižší míra byla zjištěna u chlapců 8. ročníku 32,63 bodů (SD 7,55). Z výsledků je zřejmé, že u dívek je největší nárůst depresivity mezi 6. a 7. ročníkem, a to o 7 bodů a u chlapců mezi 8. a 9. ročníkem, který činí 3,27 bodů. Také jsme zjistili, že žáci a žákyně 6.ročníku vykazují poměrně vyrovnané skóre v dotazníku SDDSS. Naopak největší rozdíl mezi rody vykazují žáci 9. ročníky, kdy dívky vykazují 42,36 bodů (SD 10,19) zatímco chlapci vykazují 34,58 bodů (SD 10,09).

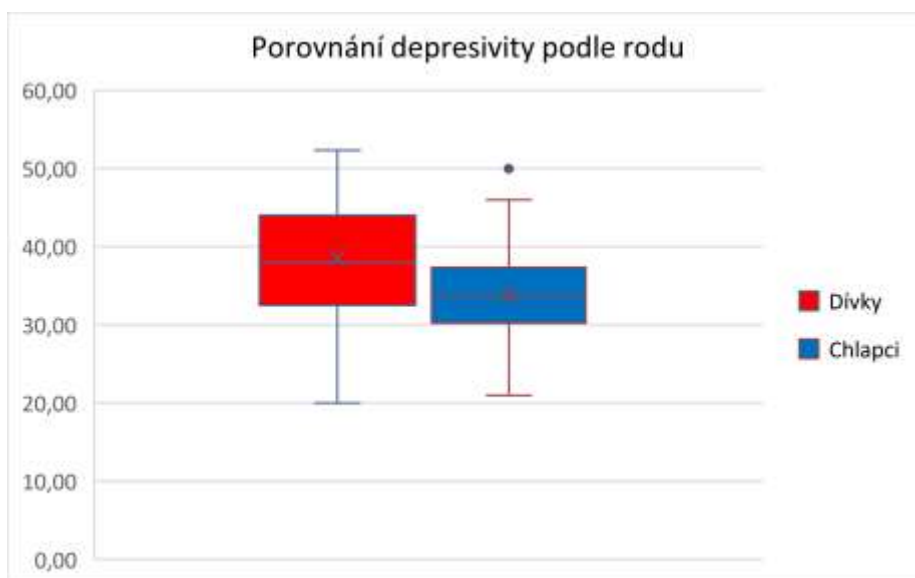
Z tabulky č. 12 je zřejmé, že celkový nejvyšší nárůst depresivity, a to o více než o 3 body se projevil mezi 8. a 9. ročníkem.

Tabulka č. 12: SDDSS - průměr hrubých skóre v ročnících

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

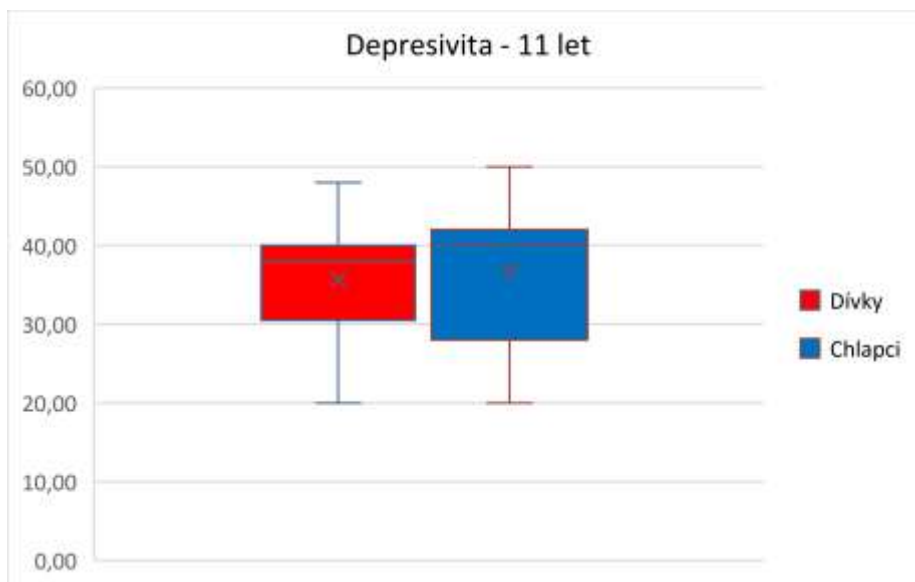
Vyššího výsledku v průměru hrubých skóre získali dívky ve věku 13 a 14 let oproti stejně starým chlapcům. Opačná situace byla u 11letých, 12letých a 15letých chlapců, kteří skórovali výše než dívky stejného věku.

Graf č. 12: Porovnání depresivity podle rodu



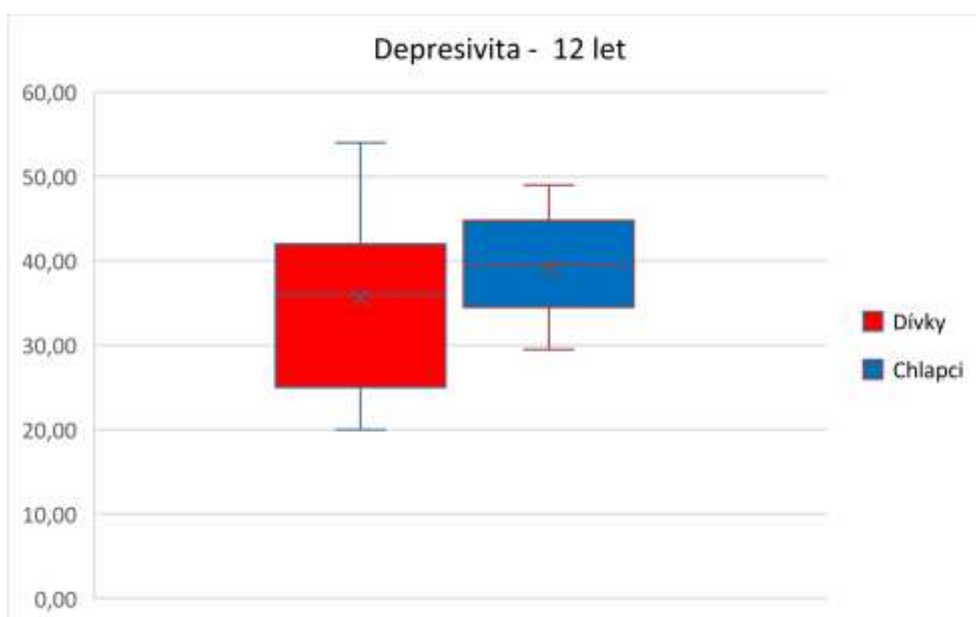
Následným hlubším rozbohem jsme zjistili podrobnější informace vztahující se k depresivitě v rámci jednotlivých let. Konkrétně 11leté dívky dosáhly nižšího průměru hrubých skóre 35,71 než stejně staří žáci 36,87. Tento rozdíl byl 1,16 bodů.

Graf č. 13: Porovnání depresivity, věk 11 let



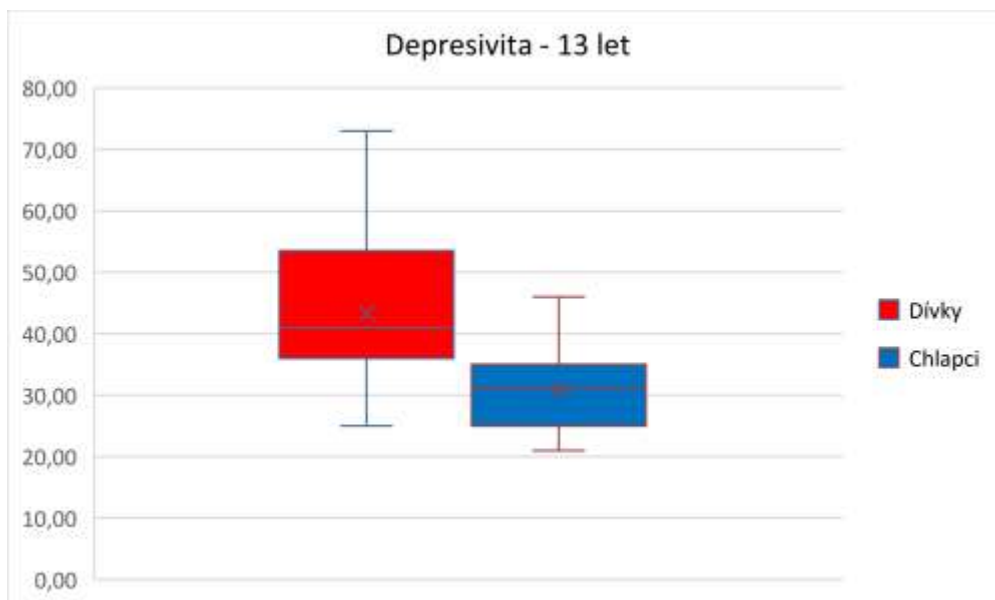
Žákyním ve věku 12 let byl vypočítán průměrný hrubý skóre 35,63 bodů a žákům 39,16. Nižší skóre tedy vykazují dívky a to o 3,53 bodů.

Graf č. 14: Porovnání depresivity, věk 12 let



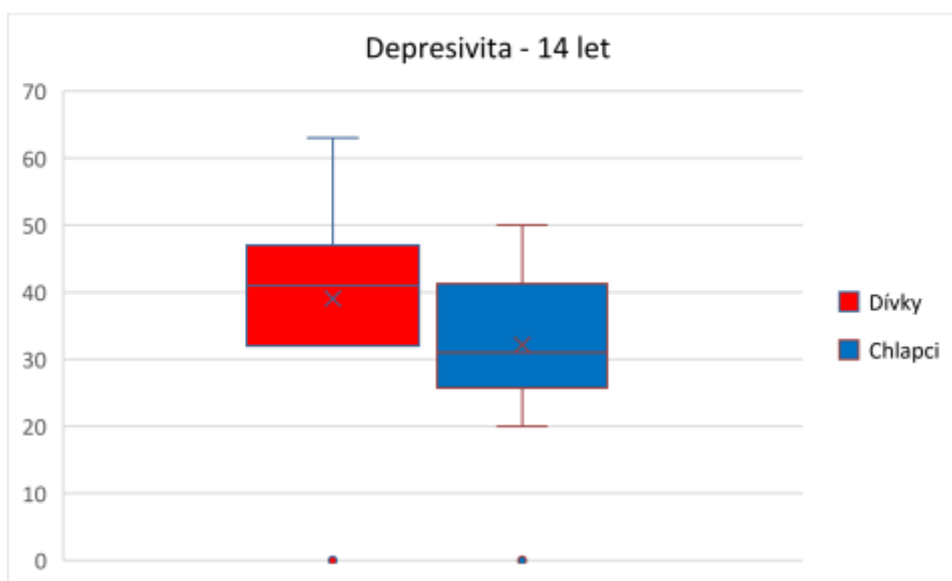
U 13letých respondentek byl zjištěn průměrný hrubý skór 44,30 bodů a stejně starým respondentům 30,71 bodů. Tyto výsledky ukazují, že dívky vykazují vyšší skór a to o více než 13,5 bodů.

Graf č. 15: Porovnání depresivity, věk 13 let



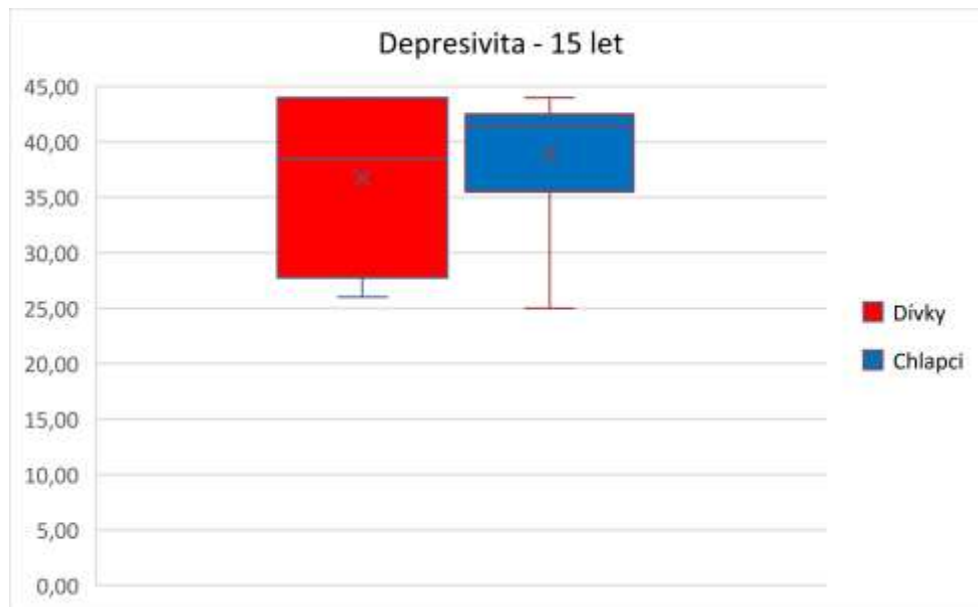
U 14letých respondentů byl vypočítán rozdíl 8,37 bodů, přičemž žákyně vykazovaly průměrný hrubý skór 42,17 bodů a žáci 33,80 bodů.

Graf č. 16: Porovnání depresivity, věk 14 let



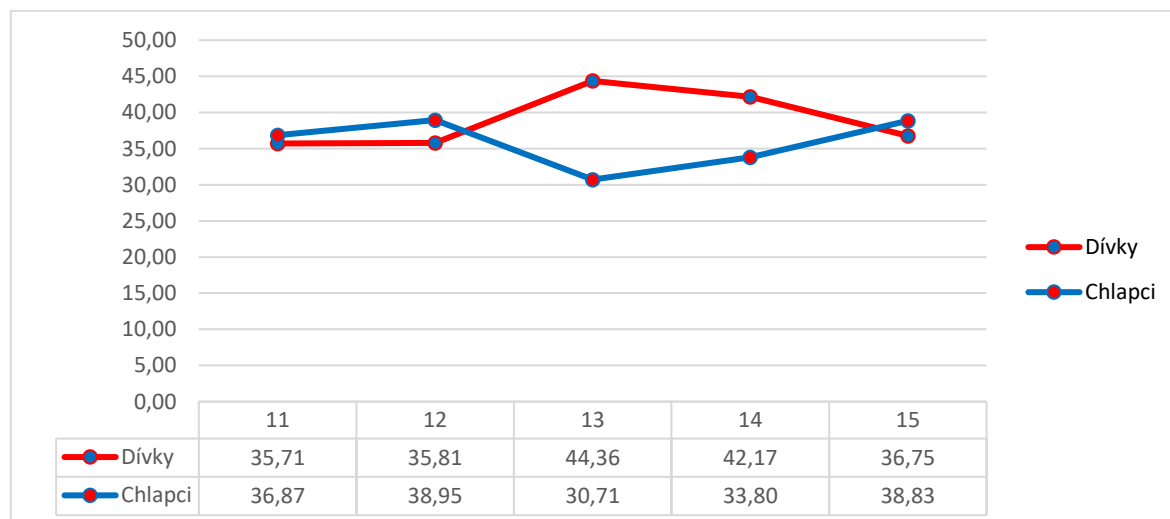
Žákyním, kterým bylo v době výzkumu 15 let, byl vypočítán průměrný hrubý skór 36,45 bodů a žákům 38,83 bodů. Rozdíl mezi rody byl tedy 2,38 bodů.

Graf č. 17: Porovnání depresivity, věk 15 let



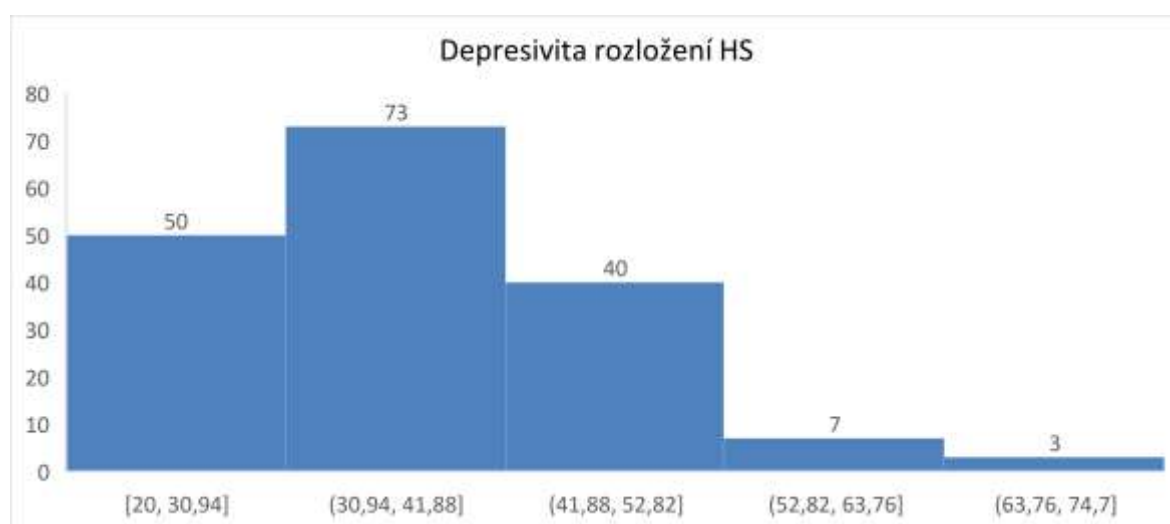
Při detailnějším rozboru zjištěných výsledků je patrné, že depresivita u dívek vzrůstá v průběhu 2 let, mezi 11. a 13. rokem a stoupá skoro o 10 bodů. Od 13. roku má klesající tendenci. U chlapců má míra depresivity opačný vývoj. Mezi 11. a 12 rokem mírně stoupá, ale od 12. do 13. roku klesá o více než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

Graf č. 18: Průměr hrubého skóru depresivity podle rodu



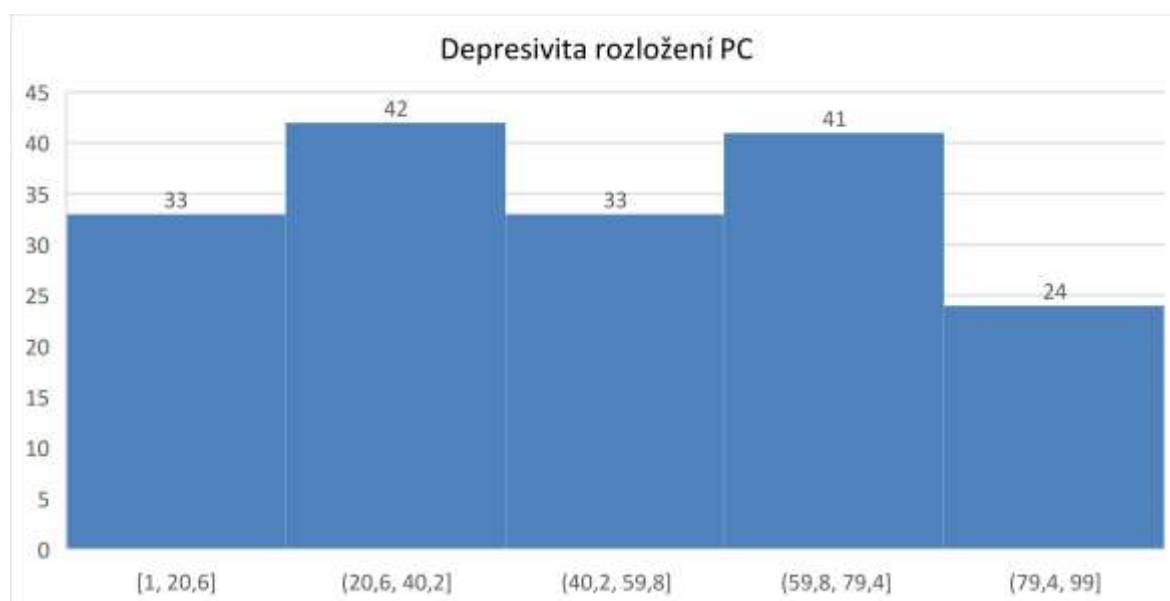
Na podkladě hrubých skóre bylo dále zjištěno, že nejvíce respondentů, tedy 73 se nachází v pásmu depresivity, které představuje rozmezí mezi 30,94 až 41,88 body. V pásmu nejnižší depresivity, v rozmezí 20 až 30,94 bodů se pohybuje 50 jedinců, a naopak v nejvyšším pásmu, které je vymezeno 63,76 až 74,7 body se nachází 3 respondenti.

Graf č. 19: Rozložení depresivity, HS



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

Graf č. 20: Rozložení depresivity, percentilový skór



## 8.2 Vyhodnocení 2. výzkumného cíle

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

**2. výzkumný cíl:** Identifikování jedinců k rozhovorům, kteří dosáhli vyššího skóru v rámci populace ve Škále úzkostnosti Dolejše a Skopala (SUDS) či Škále depresivity Dolejše, Skopala a Suché (SDDSS) a porovnat jejich skóry se skóry ostatních žáků v ročníku.

Při identifikaci vysoko skórujících jedinců, jsme vycházeli z populačních norem obou použitých dotazníků. Proto jsme do skupiny jedinců, kteří dosáhli signifikantně vyšší výsledek, než ostatní zahrnuli ty respondenty, kteří získali skór vyšší, než je průměrná hodnota hrubých skóru. Příručka pro praxi u škály úzkostnosti (SUDS) uvádí, že průměrné hodnoty dle norem se u populace 11 až 15letých žáků pohybují v rozmezí 50 až 57 hrubých bodů a u škály depresivity (SDDSS) dosahují průměrné hodnoty u stejně staré populace 36 až 42 bodů. Pro výběr žáků k individuálním rozhovorům jsme jako spodní hranici určili nejnižší průměrnou hodnotu z příručky, kterou jsme navýšili o 5 bodů, a to u obou škál, takže u SUDS byl limit stanoven na 55 bodů a u SDDSS to bylo 41 bodů. Při výpočtech bylo striktně postupováno dle instrukcí v příslušné příručce.

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

Tabulka č. 13: Výběr žáků z 6. ročníku

Ročník	Číslo žáka	Rod	Věk	Úzkostnost hrubý skór	Úzkostnost percentil	Depresivita hrubý skór	Depresivita percentil
6.	1	chlapec	11	50	48	<b>50</b>	89
6.	2	chlapec	11	<b>57</b>	76	<b>46</b>	78
6.	3	chlapec	11	<b>57</b>	76	38	52
6.	4	dívka	13	<b>78</b>	99	<b>73</b>	99
6.	5	dívka	12	<b>61</b>	79	<b>48</b>	80
6.	6	chlapec	11	<b>56</b>	72	<b>41</b>	70
6.	7	dívka	11	<b>66</b>	94	<b>43</b>	74
6.	8	chlapec	11	<b>68</b>	95	<b>42</b>	74
6.	9	dívka	11	<b>68</b>	90	<b>48</b>	85

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

- Chlapec s číslem 1 - hrubý skór v dotazníku SDDSS 50
- Chlapec s číslem 2 - hrubý skór v dotazníku SUDS 57; v SDDSS 46
- Chlapec s číslem 3 - hrubý skór v dotazníku SUDS 57
- Chlapec s číslem 6 - hrubý skór v dotazníku SUDS 56; v SDDSS 41
- Chlapec s číslem 8 - hrubý skór v dotazníku SUDS 68; v SDDSS 42
- Dívka s číslem 4 - hrubý skór v dotazníku SUDS 78; v SDDSS 73
- Dívka s číslem 5 - hrubý skór v dotazníku SUDS 61; v SDDSS 48
- Dívka s číslem 7 - hrubý skór v dotazníku SUDS 66; v SDDSS 43
- Dívka s číslem 9 - hrubý skór v dotazníku SUDS 68; v SDDSS 48

Jak vyplývá z výše uvedené tabulky, pro etapu individuálních rozhovorů byl zvolen 1 chlapec se zvýšenou úzkostností, 1 chlapec na základě zvýšené míry depresivity a 3 chlapci a 4 dívky, kteří vykazovali zvýšené hodnoty hrubých skórů u obou škál.



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

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

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

Tabulka č. 14: Výběr žáků ze 7. ročníku

Ročník	Číslo žáka	Rod	Věk	Úzkostnost hrubý skór	Úzkostnost percentil	Depresivita hrubý skór	Depresivita percentil
7.	10	chlapec	12	<b>63</b>	86	<b>45</b>	79
7.	11	chlapec	12	<b>62</b>	84	<b>51</b>	88
7.	12	chlapec	12	<b>59</b>	77	<b>49</b>	87
7.	13	chlapec	12	53	57	<b>45</b>	79
7.	14	dívka	12	<b>67</b>	86	<b>54</b>	91
7.	15	dívka	13	<b>77</b>	98	<b>56</b>	92
7.	16	dívka	12	<b>69</b>	88	40	60
7.	17	dívka	14	<b>71</b>	91	<b>63</b>	96
7.	18	chlapec	12	<b>68</b>	92	<b>53</b>	94
7.	19	dívka	13	<b>77</b>	92	<b>58</b>	95
7.	20	dívka	13	<b>85</b>	98	<b>68</b>	99
7.	21	dívka	14	<b>70</b>	89	<b>42</b>	67

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

- Chlapec s číslem 10 - hrubý skór v dotazníku SUDS 63; v SDDSS 45
- Chlapec s číslem 11 - hrubý skór v dotazníku SUDS 62; v SDDSS 51
- Chlapec s číslem 12 - hrubý skór v dotazníku v SUDS 59; v SDDSS 49
- Chlapec s číslem 13 - hrubý skór v dotazníku SDDSS 45
- Chlapec s číslem 18 - hrubý skór v dotazníku SUDS 68; v SDDSS 53
- Dívka s číslem 14 - hrubý skór v dotazníku SUDS 67; v SDDSS 54
- Dívka s číslem 15 - hrubý skór v dotazníku SUDS 77; v SDDSS 56
- Dívka s číslem 16 - hrubý skór v dotazníku SUDS 69
- Dívka s číslem 17 - hrubý skór v dotazníku SUDS 71; v SDDSS 63
- Dívka s číslem 19 - hrubý skór v dotazníku SUDS 77; v SDDSS 58
- Dívka s číslem 20 - hrubý skór v dotazníku SUDS 85; v SDDSS 68
- Dívka s číslem 21 - hrubý skór v dotazníku SUDS 70; v SDDSS 42

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že v rámci 7. ročníku bylo k individuálním rozhovorům vybrána 1 dívka vykazující zvýšenou úzkostnost, 1 chlapec na základě zvýšené míry depresivity a 4 chlapci a 6 dívek, kteří získali zvýšené hodnoty hrubých skóre u obou dotazníků.

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

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

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

Tabulka č. 15: Výběr žáků z 8. ročníku

Ročník	Číslo žáka	Rod	Věk	Úzkostnost hrubý skóre	Úzkostnost percentil	Depresivita hrubý skóre	Depresivita percentil
8.	22	chlapec	13	53	57	<b>43</b>	81
8.	23	chlapec	15	<b>64</b>	86	<b>42</b>	76
8.	24	dívka	13	<b>64</b>	75	<b>41</b>	61
8.	25	dívka	13	<b>63</b>	79	<b>60</b>	99
8.	26	dívka	14	<b>66</b>	85	<b>48</b>	78
8.	27	chlapec	14	<b>66</b>	91	<b>42</b>	72
8.	28	chlapec	14	<b>57</b>	72	<b>45</b>	84
8.	29	chlapec	13	<b>63</b>	83	<b>44</b>	82
8.	30	chlapec	13	51	59	<b>41</b>	69
8.	31	dívka	13	<b>78</b>	99	<b>73</b>	99
8.	32	dívka	13	<b>59</b>	62	38	58
8.	33	dívka	13	<b>56</b>	63	<b>45</b>	75
8.	34	chlapec	14	<b>60</b>	78	<b>50</b>	93

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

- Chlapec s číslem 22 - hrubý skór v dotazníku SDDSS 43
- Chlapec s číslem 23 - hrubý skór v dotazníku SUDS 64; v SDDSS 42
- Chlapec s číslem 27 - hrubý skór v dotazníku SUDS 66; v SDDSS 42
- Chlapec s číslem 28 - hrubý skór v dotazníku SUDS 57; v SDDSS 45
- Chlapec s číslem 29 - hrubý skór v dotazníku SUDS 63; v SDDSS 44
- Chlapec s číslem 30 - hrubý skór v dotazníku SDDSS 41
- Chlapec s číslem 34 - hrubý skór v dotazníku SUDS 60; v SDDSS 50
- Dívka s číslem 24 - hrubý skór v dotazníku SUDS 64; v SDDSS 41
- Dívka s číslem 25 - hrubý skór v dotazníku SUDS 63; v SDDSS 60
- Dívka s číslem 26 - hrubý skór v dotazníku SUDS 66; v SDDSS 48
- Dívka s číslem 31 - hrubý skór v dotazníku SUDS 78; v SDDSS 73
- Dívka s číslem 32 - hrubý skór v dotazníku SUDS 59
- Dívka s číslem 33 - hrubý skór v dotazníku v SUDS 56; SDDSS 45

Z přehledové tabulky je patrné, že pro následnou část výzkumu byli vybráni 2 chlapci vykazující zvýšenou depresivitu, 1 dívka se zvýšenou mírou úzkostnosti a 5 chlapců a 5 dívek vykazujících vyšší skór u obou osobnostních rysů.

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

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

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

Tabulka č. 16: Výběr žáků z 9. ročníku

Ročník	Číslo žáka	Rod	Věk	Úzkostnost hrubý skór	Úzkostnost percentil	Depresivita hrubý skór	Depresivita percentil
9.	35	chlapec	15	<b>56</b>	67	<b>44</b>	82
9.	36	chlapec	14	<b>57</b>	72	<b>50</b>	92
9.	37	chlapec	14	50	57	<b>41</b>	71
9.	38	chlapec	14	52	61	<b>42</b>	77
9.	39	chlapec	15	<b>61</b>	79	<b>41</b>	71
9.	40	dívka	14	<b>65</b>	84	<b>63</b>	96
9.	41	dívka	15	<b>65</b>	84	<b>44</b>	64
9.	42	dívka	14	<b>63</b>	79	<b>50</b>	87
9.	43	dívka	14	<b>76</b>	97	<b>47</b>	73
9.	44	dívka	14	<b>57</b>	68	<b>44</b>	64

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

- Chlapec s číslem 35 - hrubý skór v dotazníku SUDS 56; v SDDSS 44
- Chlapec s číslem 36 - hrubý skór v dotazníku SUDS 57; v SDDSS 50
- Chlapec s číslem 37- hrubý skór v dotazníku SDDSS 41
- Chlapec s číslem 38 - hrubý skór v dotazníku SDDSS 42
- Chlapec s číslem 39 - hrubý skór v dotazníku SUDS 61; v SDDSS 41
- Dívka s číslem 40 - hrubý skór v dotazníku SUDS 65; v SDDSS 63
- Dívka s číslem 41 - hrubý skór v dotazníku SUDS 65; v SDDSS 44
- Dívka s číslem 42 - hrubý skór v dotazníku SUDS 63; v SDDSS 50
- Dívka s číslem 43 - hrubý skór v dotazníku SUDS 76; v SDDSS 47
- Dívka s číslem 44 - hrubý skór v dotazníku SUDS 57; v SDDSS 44

Z tabulky je patrné, že k individuálním rozhovorům byli vybráni 2 chlapci vykazující zvýšenou míru depresivity a 3 chlapci a 5 dívek se zvýšenými hodnotami hrubých skórů v obou dotaznících.

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

Tabulka č. 17: Výběr žáků pro individuální rozhovory

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

Pro účely individuálních rozhovorů bylo celkem osloveno 6 chlapců vykazující zvýšené hodnoty u depresivity, 1 chlapec a 2 dívky vykazující zvýšenou míru úzkostnosti a 15 chlapců a 20 dívek u nichž byl zjištěn zvýšený skóre u obou osobnostních charakteristik.

### 8.3 Vyhodnocení 3. výzkumného cíle

V této podkapitole uvedeme informace, které jsme získali v rámci individuálních rozhovorů s jednotlivými žáky, pro účely doplnění dat výzkumné studie.

**3. výzkumný cíl:** Realizování individuálních rozhovorů s žáky, kteří dosáhli signifikantně vyššího hrubého skóre oproti populaci a získání tak dat, která podají odpovědi na vytýčené výzkumné otázky.

Uskutečnění rozhovorů s jednotlivými respondenty představovalo druhou etapu našeho výzkumného projektu. Rozhovory jsme uskutečnili formou polostrukturovaného interview. Při přípravě na tento typ rozhovoru jsme vytvořili seznam otázek, na něž jsme chtěli od respondentů získat odpovědi. Otázky byly zvoleny tak, aby usnadnili zahájení konverzace s adolescentem, co možná nejpřirozeněji a jiné byly převzaté nebo inspirované dotazníkem „*Výskyt rizikového chování u adolescentů*“ (Dolejš & Skopal, 2015).

Interview jsme standardně zahajovali přivítáním adolescenta a poděkováním za ochotu účastnit se rozhovoru. Mezi první otázky patřilo, jak se respondent právě cítí a jak se cítí obvykle. Dále jsme navázali otázkou, kterou jsme zjišťovali, jak jedinec tráví svůj volný čas. Další otázky vzhledem k citlivosti tématu vyplývali spontánně na základě respondentova povídání. Při některých rozhovorech se stalo, že jsme se zeptali pouze na některé z připravených otázek a poté se rozhovor spontánně rozvíjel. V rámci rozhovorů se u některých jedinců objevily náznaky úzkostnosti či deprese. Navzdory těmto pocitům a projevům, všichni z oslovených svůj rozhovor dokončili. Na závěr jsme respondentům poděkovali za otevřenost a rozloučili se.

V rámci rozhovorů s adolescenty jsme získali mnoho zajímavých informací a podnětů, ale jelikož je předložená práce zaměřená na popis rizikových forem chování,

které se projevuje u úzkostných a depresivních jedinců, zmíníme pouze konkrétní fenomény, specifické projevy a odpovědi, které se k tomuto tématu vztahují.

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

Na tomto místě výzkumné části práce uvádíme informace získané z rozhovorů s adolescenty, kterými jsme následně odpovídali na stanovené výzkumné otázky. Získaná sdělení jsou seřazena podle jednotlivých forem rizikového chování takto:

- 1) užívání návykových látek
  - užívání tabákových výrobků
  - kouření marihuany
  - kouření elektronických cigaret
  - užívání alkoholických nápojů
  - užívání energetických nápojů
  - užívání léků
- 2) záškoláctví
- 3) krádeže
- 4) sebepoškozování
- 5) poruchy příjmu potravin
- 6) kyberšikana
- 7) netolismus

## 1) UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Užívání návykových látek je nebezpečným fenoménem napříč celým věkovým spektrem, neboť je spojeno s problémy v různých oblastech života jedince. Velmi kritické je užívání obzvláště v adolescentním věku, protože jedinci jsou stále v procesu vývoje, a právě užívání návykových látek tento vývoj ohrožuje. Navíc závislost na užívaných látkách se u adolescentů utváří daleko rychleji, než je tomu u dospělé populace. V adolescentním období mají jedinci tendenci k užívání širšího spektra návykových látek.

Z rozhovorů s adolescenty vyplynulo, že se o návykové látky začínali zajímat ze zvědavosti zkusit něco nového a následně z touhy navodit si pocit, který jim umožní uniknout z nepříjemného stavu, od úzkosti a deprese, kterou zažívají ať už doma nebo ve škole. Popisovali experimentování s různými návykovými látkami např. cigaretami, žvýkáčím tabákem, alkoholem a podobně.

### **Užívání tabákových výrobků**

U žáků 6. ročníku se kouření tabákových výrobků neobjevilo u nikoho z devíti tázaných. Ke kouření se vyjádřili naprosto odmítavě. Tito adolescenti uvedli, že kouření ještě nevyzkoušeli. Postoj respondentů 7. a 8. ročníku byl odlišný. Osm jedinců (32 %) uvedlo, že si při zažívání nepříjemného stavu zakouří. Pět z nich (20 %) si kupuje cigarety pravidelně a kouří o samotě, bez přítomnosti ostatních a 3 jedinci (12 %) připustili, že kouří v partě ostatních a dělají to zejména proto, „*abych se necítil tak odstrčený, a aby mě parta ostatních přijala, a abych nebyl tak úplně sám*“. Tito respondenti shodně uvedli, že „*kouřím, bo ostatní kluci taky kouří, tak abych nevypadal divně*“. Bylo zmíněno, že v nedaleké trafice nacházející se v blízkosti školy „*není problém koupit si cigára ani jiné věci, jako třeba mariánku nebo žvýkáč tabák, tam mi to normálně prodají*“. Jeden z hochů 8. ročník, 14 let, (SUDS perc. 78; SDDSS perc. 93) vysvětlil své kouření: „*No, já to přiznám, já to dělám. Já jsem už na tom asi závislý. Když mám depku a jsem nervózní, tak mě hned napadne, že si musím zakouřit. A protože jsem skoro pořád nervózní, tak proto kouřím hodně. Ve škole, když nemůžu kouřit, tak si koušu nehty.*“ U respondentů 9. ročník se kouření projevilo ve třech případech (30 %) a mělo charakter spíše příležitostného kouření.



V průběhu šetření bylo ve dvanácti případech (27 %) všech dotazovaných, vždy se jednalo o chlapce, zjištěno, že aktivně užívají žvýkací tabák. Chlapec, 8. ročník, 14 let (SUDS perc. 72; SDDSS perc. 84): *„Já si někdy dám žvýkací tabák. On je v několika příchutích.... krabička je taková zvláštní, že je tam taková mřížka, do které ten použitý tabák můžete dát a on se jakoby vysuší a pak ho můžete použít ještě jednou, ale to už není tak silný.“* Tento respondent také vysvětlil nejčastější důvod užívání žvýkacího tabáku: *„...to má tu výhodu, že to není vidět. I když je třeba mamka doma, tak si to někdy dám. Dávám si ten trojkový (pozn. autorky: síla tabáku) tabák.“* Také ostatní chlapci v průběhu rozhovoru uvedli, že žvýkání tabáku je v současné době velmi oblíbená forma užívání tabáku. V rozhovorech často zaznívalo, že je to látka, kterou mohou užívat kdykoliv a kdekoliv. Jelikož se ve všech případech objevilo, že většinu volného času tráví adolescenti „na počítači“, což znamená, že jsou v drtivé většině doma, sami ve svém pokoji, volí tento způsob užívání tabákových výrobků. Užití žvýkacího tabáku v „domácím prostředí“ je možné, protože nezanechává zápach ani dým a rodiče proto na jeho užívání adolescentem nemohou přijít.

### **Kouření marihuany**

Tento fenomén se objevil celkem u tří respondentů (7 %), kteří se vyjádřili, že již několikrát marihuanu kouřili, ale ve všech případech se jednalo buď o příležitostné užití, či vyzkoušení a porovnání účinku s předchozí zkušeností. Dívka, 9. ročník, 14 let (SUDS perc. 84, SDDSS perc. 96): *„Hmm, už jsem to zkusila. Někdy si v partě dáme cigarety, ale i marihuanu“.*

### **Kouření elektronických cigaret**

Užívání elektronických cigaret nebylo mezi tázanými adolescenty časté. Pouze dvě dívky (4 %) přiznaly, že pravidelně používají elektronické cigarety. Výhodu u nich spatřovaly v tom, že voní a jsou zdravější. Dívka, 8. ročník, 13 let (SUDS perc. 75, SDDSS perc. 61): *„Myslím si, že je to mnohem lepší a zdravější než normální cigarety.“*

## Užívání alkoholických nápojů

Konzumace alkoholických nápojů představovala nejčastější formu rizikového chování v kategorii užívání návykových látek. Ze 44 respondentů má již zkušenost s konzumací alkoholu 38 adolescentů (86 %) napříč všemi ročníky II. stupně ZŠ. Oslovení respondenti uváděli, že jejich první zkušenost s alkoholem byla nejčastěji doma nebo u prarodičů. Chlapec, 7. ročník, 12 let (SUDS perc. 86, SDDSS perc. 79): *„My si tak někdy se strejdou sedneme a on si dá pivo nebo nějaký chlast a mě se zeptá, jestli chci taky trošku. Tak já jsem už zkusil Becherovku, pivo i zelenou.“* Respondenti hovořili o tom, jak zažívají uvolňující pocit po požití alkoholu nejen při úzkostných či depresivních stavech. Na otázku: *„Pil/a jsi v průběhu posledních 30 dnů nějaký alkoholický nápoj?“* odpovědělo 35 adolescentů (80 %) kladně. V 19 (43 %) případech bylo zmíněno, že si jedinci odlijí alkohol z láhve, kterou mají rodiče doma. Dívka, 7. ročník, 13 let (SUDS perc. 98, SDDSS perc. 92) nám sdělila svou zkušenost: *„Já si někdy doma naliju malou půlku, naši mají v ledničce vždycky něco a to nepoznají. Mám potom takový dobrý pocit, jsem úplně v pohodě.“* Respondenti ve 21 případech (48 %) zmínili, že „jen někdy“ pijí víno s Kofolou. Takto namíchaný „nápoj“ poté konzumují v prostředí svého pokoje při hraní počítačových her či chatech s kamarády. Ve 4 případech (9 %) bylo zachyceno, že si adolescenti koupí láhev s alkoholem, nejčastěji s vínem v obchodě a doma ho tajně popíjejí. Zde byl uváděn důvod užití ten, že se poté jedinec uvolní a úzkostnost či depresivita nejsou tak intenzivní. Žáci sedmého až devátého ročníku mají zkušenosti s různými druhy alkoholu, nejčastěji však uváděli pivo či víno, které někteří jedinci občas konzumují. Objevili se také případy, hlavně v 8. a 9. ročníku, kdy k těmto druhům alkoholových nápojů přibýly také destiláty. 8 žáků vypovědělo, že alkohol konzumují příležitostně v partách. Chlapec, 8. ročník, 14 let (SUDS perc. 91, SDDSS perc. 72): *„Na alkohol se většinou skládáme. Za láhev dáváme asi tak 150 až 200 Kč. Kupujeme si to sami, nebo řekneme nějakému staršímu kámošovi. Pijeme pivo, vodku, rum a víno.“* Preference druhu alkoholu se odvíjí od cenově zvýhodněných nabídek a slev daného obchodu. Dívka, 8. ročník, 13 let (SUDS perc. 79, SDDSS perc. 99): *„Já si ráda dávám červené víno. S holkama nebo někdy i s klukama si ho koupíme nebo nějaký jiný alkohol, hlavně ten, co je v akci.“* Tomuto způsobu konzumace se oddávají jak chlapci, tak děvčata. Jednotlivé party jsou většinou gendrově jednotné, tedy se nejčastěji jedná buď pouze o chlapecké skupiny či pouze dívčí. Velkost skupin je mezi čtyřmi až pěti členy.

Devět respondentů (20 %) uvedlo, že již mají zkušenost s ebrietou různého rozsahu. Jako její projevy uváděli bolest hlavy, nekoordinovanou chůzi, nevolnost, či zhoršenou schopnost chodit, komunikovat nebo pamatovat si události.

### **Užívání energetických nápojů**

Analýzou dat v rámci oblasti abúzu jsme zjistili, že 16 jedinců (36 %) užívá energetické nápoje v nadměrné míře, to znamená dva a více za den, respektive za večer. Chlapec, 7. ročník, 12 let (SUDS perc. 84, SDDSS perc.88): *„Kupuju si je v Lidlu, tam je mají za 6,90, tak si je koupím tak čtyři nebo pět, ony jsou dobré, chutnají mi a vůbec se mi nechce potom spát a můžu si psát s kámošema.“* Jako důvod užívání adolescenti uváděli, potřebu vydržet dlouho do noci online. Dívka, 7. ročník, 14 let (SUDS perc. 91; SDDSS perc. 96): *„Abych vydržela večer tak dlouho, piju energetáky. Někdy je piju i ve škole. Jsem na nich už závislá. Piju je každý den. Někdy mě z nich bolí srdce, ale já je musím pít. A proto vydržím tak dlouho na tom mobilu, je to jako droga. Já si lehnu do postele, rodiče se myslí, že jsem už šla spát a já si píšu s kamarády a sleduji všechno.“* Tato forma rizikového jednání se nejčastěji objevovala ve spojení právě s netolismem, kdy respondenti uváděli, že jim energetické drinky zajistí delší výdrž u elektronických přístrojů, nejčastěji mobilů a počítačů a mohou si psát se svými kamarády, kteří jim pomáhají zvládat úzkostné či depresivní stavy. Dívka, 8. ročník, 13 let (SUDS perc. 79; SDDSS perc. 99): *„Na facebooku mám super kamarádku a když mám špatnou náladu, třeba se bojím, že dostanu špatnou známku ve škole a pak se bojím, že se mamka bude zlobit, tak si povídáme, teda píšeme a já se pak už tak moc nebojím“*

### **Užívání léků**

V průběhu studie jsme zjistili, že tři respondenti (7 %) užívají lékové preparáty svých rodičů, či prarodičů. Dívka, 9. ročník, 14 let (SUDS perc. 79; SDDSS perc. 87): *„Mamka je bere, aby byla v pohodě, tak jsem to zkusila taky, a to mi pomáhá. Jsem pak v pohodě taky. Jo, ty jedny se jmenují Lexaurin a ty druhé Stilnox.“*

V rámci této oblasti jsme ve dvou případech (4 %) zaznamenali užívání Robitussinu smíchaného s nápojem kolového typu, Kofolou nebo Pepsi Colou. Respondenti uváděli, že si tento nápoj někdy namíchají do školy, protože Robitussin obsahuje alkohol,

ale smíchaný s nápojem nejde cítit a nikdo tak nepozná, že ho pije. Žáci uváděli, že jim tento nápoj pomáhá se uklidnit, když jsou ve stresu. Jako důvod také uvedli, že se ve třídě necítí dobře a že po tomto nápoji je pocit úzkostnosti oslaben. Chlapec, 9. ročník, 15 let (SUDS perc. 72; SDDSS perc. 92): „... víte, my si mícháme Colu s Robitussinem. No a v Robitussinu je alkohol. Dáváme si lahvičku do litrové Coly. To potom voní jako Cola, ten alkohol nejde cítit. To hodně pijeme. Někdy si to vezmeme i do školy.“

## 2) ZÁŠKOLÁCTVÍ

Rozhovory bylo zjištěno, že záškoláctví se u úzkostných a depresivních jedinců objevilo celkem v 6 případech (14 %). Má podobu úniku před strachem ze zkoušení či testování ve škole, konkrétně před ústním zkoušením „před tabulí“. Jedinci se vyjádřili, že je pro ně velmi nepříjemný pocit, který při zkoušení zažívají. Dívka, 8. ročník, 13let (SUDS perc. 63, SDDSS perc. 75): „Je to hrozné, když tam tak stojím a třeba tu odpověď i vím, ale vůbec nemůžu mluvit. A ostatní na mě začnou ukazovat, že jsem blbá a tak. Někdy se mi chce i brečet, no vlastně to je pokaždé.“ Respondenti uvedli, že pokud mají před sebou ve škole nějaké ověřování znalostí, předstírají před rodiči, že se necítí zdravotně v pořádku a rodiče jim v některých případech povolí zůstat doma. Chlapec, 6. ročník, 11 let (SUDS perc. 95, SDDSS perc. 74): „Já ráno řeknu mamce, že mě bolí břicho a hlava a ona mě někdy nechá doma a někdy mě zaveze k babičce.“

Jako důvod k záškoláctví se také objevilo konstatování 2 dívek (4 %), že se stydí převlékat před ostatními dívkami, mít na sobě sportovní oblečení a hrát míčové hry, kterých se obávají. Konkrétně se bojí chytat míč, který na ně letí velkou rychlostí a silou. Dívka, 6. ročník, 11 let (SUDS perc. 94, SDDSS 74): „Nerada se převlékám před ostatníma holkama, protože nejsem tak štíhlá jako ony, mám břicho, zadek. Nesnáším běhání, šplhání a hry s balónem, je to děs. Když nějakou takovou hru hrajeme, tak se vždycky nechám vybít co nejdříve a pak nemusím už hrát.“

39 tázaných respondentů (89 %) také uvedlo, že obecně neradi chodí do prostředí, kde je hluk a hodně lidí, což škola pro ně představuje. Poměrně často zmiňovali nepříjemný křik a hluk, který je ve třídě v období přestávek. Rovněž hovořili o tom, jak je pro ně nesnadné zvládat zvýšený hlas až křik vyučujících. Dívka, 7. ročník, 12 let (SUDS perc. 86,

SDDSS perc. 91): „*To je hrozné, jak pan učitel pořád křičí, a nejen na mě, ale i na ostatní, nedá se to poslouchat. Mám z něho úplně strach.*“

Tři respondenti (7 %) v rámci oblasti záškoláctví zmínili také fenomén falšování podpisů rodičů či zákonných zástupců. Toto jednání se prolínalo napříč všemi ročníky. Nejednalo se o činnost pravidelnou, ale o situačně podmíněnou. V průběhu rozhovorů vyšlo najevo, že kromě omluvenek si žáci podepisují také poznámky, známky v sešitech a žákovských knížkách a podobně. Chlapec, 7. ročník, 12let (SUDS, perc. 77; SDDSS perc. 87): „*Když mám nějakou špatnou známku v sešitě, třeba z matematiky, tak si to někdy podepíšu sám. Rodiče mě strašně bijou za špatné známky, hlavně mamka. A ten sešit, to ji nemusím ukazovat, ale horší to je se žákovskou, kterou ji ukazovat musím. Mám strašný strach, že mě zbije.*“

### 3) KRÁDEŽE

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

### 4) SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Tento projev rizikového chování se během rozhovorů objevil hned několikrát, konkrétně v pěti případech (11 %). Jednalo se výhradně o žákyně. Ve čtyřech případech (9 %) se jednalo o řezání na předloktí z důvodu pocitu nezvládnání vztahových situací, a to buď v rodinném prostředí nebo ve školním. Dívka, 6. ročník, 12 let (SUDS perc. 79, SDDSS perc. 80): „*Já se řezu proto, že se mi ve třídě všichni smějí, že jsem tlustá a hnusná a že bydlíme na smetišti a že moje svačinky jsou z odpadkového koše. A tohle mi říkají už od první třídy, je to prostě hrozné. Cítím úplnou bezmoc.*“ U jednoho případu mělo sebepoškození podobu odpírání si jídla „jako trest“ za to, že se dívka něco nepovedlo tak, jak si původně představovala. Dívka, 9. ročník, 15 let (SUDS perc.84, SDDSS perc. 64): „*Já se*

*strašně moc bojím, když dostanu špatnou známku. Mamka říká, že jestli nebudu mít samé jedničky, tak že se na gympl nedostanu. Tak když dostanu třeba trojku, tak si zakážu večeři. Někdy nejdu ani na oběd ve škole. Tím se tak trestám, že nemám samé jedničky.“*

#### 5) PORUCHY PŘÍJMU POTRAVIN

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

#### 6) KYBERŠIKANA

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

#### 7) NETOLISMUS

Tato forma rizikového chování se v různé šíři a hloubce objevila u všech dotazovaných adolescentů. Respondenti souhlasně hovořili o tom, že si bez mobilního telefonu nebo počítače nedovedou představit ani jeden den. Většina z nich, 39 respondentů (89 %) přiznala, že komunikace přes internet je pro ně bezpečná a přístupná, oproti komunikaci tzv. „face to face“, která jim činí značné potíže. Dívka, 7. ročník, 13 let (SUDS perc. 92, SDDSS perc. 95): *„Jsem na sociálních sítích, chatuji s kamarády, jsem na Facebooku, Instagramu, sleduji, co je nového...Vlastně jsem se všema kámoškama i klukama, s celým světem. Já sleduji 1283 lidí a 586 sleduje mě, takže to znamená, že musím hodně fotit a zveřejňovat, aby na mojem účtě byl stále pohyb, aby něco pořád přibývalo.“* Pravidelné sledování sociálních sítí a internetových kanálů potvrdily všechny dívky, tedy 22 děvčat a 16 chlapců z 22. Ti naopak potvrdili častější hraní

online her. Chlapec, 8. ročník, 13 let (SUDS perc. 83; SDDSS perc. 82): „Ze školy jdu domů a tam hraju hry. Co jiného bych měl dělat? Nejlepší by bylo, kdybych nemusel ani do školy. Nikam nemusím, nic nevysvětluju, prostě si hraju. Hraju asi 5 let. Vlastně je to můj svět.“

V rámci této oblasti jsme zjistili, že 15 adolescentů (34 %) buď používá na sítích své pravé jméno nebo jeho zdrobnělinu. Zbýlých 29 respondentů (66 %) vystupuje v kyberprostoru pod přezdívkou. Na dotaz, zda by sdělili své pravé jméno osobě, se kterou jsou na internetu v kontaktu 14 adolescentů (32 %) odpovědělo kladně. Při dotazu na zveřejnění své emailové adresy osobě, se kterou si pouze dopisují, ale fyzicky se neznají odpovědělo 17 respondentů (39 %) kladně a zbylých 27 (31 %) záporně. Na otázku, zda sdílí na internetu své fotografie, odpovědělo 26 (59 %) respondentů pozitivně a 18 jedinců (41 %) odpovědělo, že své fotografie nesdílí.

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

Tabulka č. 18: Formy rizikového chování

Rizikové chování	Výskyt v ročníku
kouření cigaret	7., 8., 9.
žvýkání tabáku	7., 8., 9.
kouření marihuany	8., 9.
kouření elektronických cigaret	8., 9.
užívání alkoholických nápojů	6., 7., 8., 9.
konzumace energetických nápojů	7., 8., 9.
užívání léků	8., 9.
záškoláctví	6., 7., 8., 9.
drobné krádeže	7., 8., 9.
sebepoškozování	6., 7., 8., 9.
poruchy příjmu potravy	8.
kyberšikana	7.
netolismus	6., 7., 8., 9.

Z výše uvedené přehledové tabulky je zřejmé, jaké bylo zastoupení ročníků u jednotlivých forem rizikového chování vztahujícím se k jedincům, kteří vysoko skórovali v dotazníku úzkostnosti a/nebo depresivity

U respondentů **6. ročníku** se mezi formami rizikového chování objevilo užívání alkoholických nápojů, záškoláctví, sebepoškozování a netolismus. Užívání alkoholu, v tomto ročníku se jednalo spíše o jeho ochutnávání se objevilo u 6 respondentů, což představuje 67 % jedinců tohoto ročníku. U dívek se tato forma rizikového chování objevila ve 2 případech (22 %) a u chlapců ve 4 případech (44 %). Záškoláctví se vyskytlo ve dvou případech, u hochy a dívky. O projevech sebepoškozování jsme se dověděli v jednom případě, z úst dívky. Tendenci k častému nebo dlouhodobému používání internetu zmínili všichni dotázaní žáci šestého ročníku. Uváděli, že na internetu stráví dvě až tři hodiny denně.

Mezi formami rizikového chování se v **7. ročníku** objevilo kouření cigaret, žvýkání tabáku, užívání alkoholických nápojů, konzumace energetických nápojů, záškoláctví, drobné krádeže, sebepoškozování, kyberšikana a netolismus. Kouření cigaret se projevilo celkem ve třech případech (25 %), a to u 1 dívky a 2 chlapců. 3 chlapci (25 %) se zmínili o žvýkání tabáku a celkem 3 respondenti (25 %) uvedli, že konzumují energetické nápoje ve větší míře, konkrétně 2 chlapci a jedna dívka. V tomto ročníku má zkušenost s alkoholem 10 adolescentů (83 %), což představuje 4 chlapce a 6 dívek. O záškoláctví hovořila jedna z dívek tohoto ročníku a k falšování podpisů rodičů se přiznal jeden chlapec. K drobným krádežím se vyjádřili 2 chlapci. Projevy sebepoškozování byly zmíněny v jednom případě, u dívky. Pouze v tomto ročníku se objevil náznak kyberšikany u jedné z dívek, která se stala obětí. Užívání kyberprostoru potvrdili všichni respondenti tohoto ročníku. Doba strávená na internetu byla obdobná, jako u respondentů 6. ročníku.

K rizikovým formám chování respondentů **8. ročníku** patří kouření cigaret, žvýkání tabáku, kouření marihuany, kouření elektronických cigaret, konzumace alkoholických a energetických nápojů, užívání léků, záškoláctví, drobné krádeže, sebepoškozování, poruchy příjmu potravy a netolismus. Kouření cigaret bylo zjištěno u 5 respondentů (38 %), u 2 dívek a 3 chlapců a kouření marihuany u jednoho respondenta. Žvýkání tabáku provádí 5 chlapců (38 %) a 1 dívka kouří elektronickou cigaretu. S konzumací alkoholu má v tomto ročníku zkušenost 12 respondentů (92 %), a to konkrétně 7 chlapců (54 %) a 5 dívek (38 %). Konzumaci energetických nápojů jsme zjistili u 6 adolescentů, což představuje 46 % při



rodovém rozložení 4 chlapci (31 %) a 2 dívky (15 %). Záškoláctví bylo zjištěno v jednom případě, a to u dívky. U jednoho chlapce bylo zjištěno zneužívání léku, při míchání s nealkoholickým nápojem. K drobným krádežím se přiznali 4 respondenti (31 %), tři dívky a jeden chlapec. Sebeпоškozování zmínila jedna dívka a jedna dívka uvedla nástin poruchy příjmu potravy. K fenoménu netolismu se přihlásilo všech 13 respondentů tohoto ročníku. Délka času stráveném na internetu byla delší než u předchozích ročníku a to kolem 3 až 4 hodin. Adolescenti zmiňovali častější užívání internetu ve večerních a nočních hodinách.

Dotazování adolescenti **9. ročníku** uvedli, že mají zkušenosti s kouřením cigaret, žvýkáním tabáku, kouřením marihuany, kouřením elektronických cigaret, konzumací alkoholických a energetických nápojů, užíváním léků, záškoláctvím, drobnými krádežemi, sebeпоškozováním a netolismem. Příležitostné kouření uvedli celkem tři respondenti (30 %), a to 2 dívky a 1 chlapec. Žvýkání tabáku uvedli 4 chlapci (40 %). Kouření marihuany potvrdil jeden chlapec a jedna dívka a ke kouření elektronické cigarety se přihlásila jedna dívka. Experimentování s alkoholem se v tomto ročníku projevilo ve 100 %. Konzumaci většího množství energetických nápojů uvedlo 7 adolescentů (70 %), z toho 5 chlapců (50 %) a 2 dívky. Užívání léků bylo zjištěno u jedné dívky a 1 chlapce. O záškoláctví jsme se dozvěděli od 2 respondentek a jedna dívka a jeden hoch zmínili falšování podpisů svých zákonných zástupců. Drobné krádeže uvedli 3 adolescenti (30 %) ve složení 2 dívky a 1 chlapec. Sebedestruktivní chování připustili 2 dívky v tomto ročníku. Vyžívání kyberprostoru ve volném čase zmínili opět všichni respondenti. Průměrná doba strávená na internetu byla mezi 3 až 4,5 hodinami. Dva respondenti, chlapci uvedli, že hrají počítačové hry od 18 hodin do půlnoci.

Z výše poskytnutých informací získaných z individuálních rozhovorů je rovněž možné odpovědět na **2. výzkumnou otázku**: Jaké formy rizikového chování se u sledovaných jedinců objevují nejčastěji?

Pro přehlednost uvádíme srovnávací tabulku.

Tabulka č. 19: Frekvence jednotlivých forem rizikového chování

Rizikové chování	Počet případů
netolismus	44
užívání alkoholických nápojů	38
konzumace energetických nápojů	16
žvýkání tabáku	12
kouření cigaret	11
drobné krádeže	9
záškoláctví	6
sebepoškozování	5
kouření marihuany	3
užívání léků	3
kouření elektronických cigaret	2
poruchy příjmu potravy	1
kyberšikana	1

Vůbec nejčastějším zaznamenaným fenoménem, který se projevil u všech respondentů, byl netolismus. Druhou nejčastější zjištěnou formou rizikového chování bylo užívání alkoholických nápojů, které se projevilo ve 38 případech, od 6. do 9. ročníku. V šestém ročníku byla tato forma rizikového chování zjištěna u 6 adolescentů (67 %), v sedmém ročníku u 10 adolescentů (83 %), v osmém ročníku u 12 adolescentů (92 %) a v 9. ročníku u všech 10 adolescentů. Třetí nejčastější rizikovou aktivitou respondentů byla zvýšená konzumace energetických nápojů, která byla potvrzena 16 respondenty v rozmezí 7. až 9. ročníku. V rámci sedmého ročníku pijí energetické nápoje 3 respondenti (25 %), v osmém ročníku 6 respondentů (46 %) a v devátém ročníku 7 respondentů, což představuje 70 % jedinců. Analýzou dat jsme také zjistili, že v celkovém hodnocení se na dalších pozicích objevilo kouření cigaret, a to v 11 případech (25 %), drobné krádeže

v 9 případech (20 %), dále záškoláctví u 6 respondentů (14 %), sebepoškozování v 5 případech (11 %), 3 respondenti (7 %) uvedli kouření marihuany a užívání léků, u 2 respondentů (4,5 %) bylo zaznamenáno kouření elektronických cigaret a po jednom sdělení týkajícím se poruchy příjmu potravy a kyberšikany.

Na základě získaných informací v druhé etapě naší výzkumné studie, můžeme také odpovědět na **výzkumnou otázku 3a**: Jaká je spojitost mezi úzkostností a rizikovým chováním žáků? a rovněž na **výzkumnou otázku 3b**: Jaká je spojitost mezi depresivitou a rizikovým chováním žáků?.

Při analýze získaných dat jsme nejprve respondenty rozdělili do dvou skupin, a to na úzkostnější a na depresivnější jedince. Při tomto rozdělování jsme vycházeli z počtu získaných hrubých skóre v jednotlivých dotaznících. Pokud jedinec vykazoval zvýšené výsledky v obou dotaznících (kritéria viz kap. 8.2), zvolili jsme tu osobnostní charakteristiku, u níž byl bodový rozdíl vyšší.

Skupinu respondentů, kteří byli dle výsledků v dotaznících klasifikováni jako **úzkostnější**, tvořilo 21 adolescentů (48 %). Z šestého ročníku to bylo 5 jedinců - 3 chlapci a 2 dívky; ze sedmého ročníku 7 jedinců - 2 chlapci a 5 dívek, z osmého ročníku se jednalo o 6 adolescentů - 3 chlapce a 3 dívky a z devátého ročníku to byli 3 adolescenti - 1 chlapec a 2 dívky.

Skupinu respondentů, z jejichž výsledků, bylo patrné, že jsou **depresivnější**, tvořilo 23 adolescentů (52 %), konkrétně 4 jedinci z šestého ročníku - 2 chlapci a 2 dívky, 5 jedinců ze sedmého ročníku ve složení 3 chlapců a 2 dívek, v 8. ročníku to bylo 7 adolescentů - 4 chlapci a 3 dívky a 7 respondentů z devátého ročníku - 4 chlapci a 3 dívky.

Pro detailní doplnění informací o respondentech, kteří se zúčastnili individuálních rozhovorů, přikládáme přehledovou tabulku. Zelenou barvou jsou vyznačeni úzkostnější respondenti a bílá barva podává informace o depresivnějších respondentech.

Tabulka č. 20: Rozdělení respondentů do skupin

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

Na základě tohoto rozdělení a informací nabytých v rámci rozhovorů, jsme získali podklady pro vyhodnocení spojitosti mezi úzkostností a rizikovými formami chování žáků, a depresivitou a rizikovým chováním žáků, tedy možnost odpovědět na **výzkumné otázky 3a a 3b**.

Pro lepší orientaci a přehled uvádíme srovnávací tabulku, ze které je patrný rozdíl mezi oběma osobnostními rysy.

Tabulka č. 21: Srovnání forem rizikového chování u osobnostních rysů

Ročník	Úzkostnost (n = 21)				Celkem	Celkem %	Depresivita (n = 23)				Celkem	Celkem %
	6.	7.	8.	9.			6.	7.	8.	9.		
kouření cigaret		1	2	2	5	24 %		2	3	1	6	26 %
žvýkání tabáku			2	1	3	14 %		3	3	3	9	39 %
kouření marihuany			1	1	2	10 %				1	1	4 %
elektronické cigarety			1	1	2	10 %					0	0 %
užívání alkoholu	2	6	6	3	17	81 %	4	4	6	7	21	91 %
energetické nápoje		1	4	3	8	38 %		2	2	4	8	35 %
užívání léků					0	0 %			1	2	3	13 %
záškoláctví	2			1	3	14 %		1	1	1	3	13 %
falšování podpisů				2	2	10 %		1			1	4 %
drobné krádeže		1	2	1	4	19 %		1	2	2	5	22 %
sebeпоškozování		1	1	2	4	19 %	1				1	4 %
poruchy př. potravy			1		1	5 %					0	0 %
kyberšikana					0	0 %		1			1	4 %
netolismus	5	7	6	3	21	100 %	4	5	7	7	23	100 %

Z tabulky je zřejmé, že mezi oběma osobnostními rysy jsou naprosto stejně zastoupeny četnosti výskytu u těchto forem rizikového chování – nadměrná konzumace energetických nápojů, záškoláctví a používání internetů.

Dále je patrný poměrně vyrovnaný stav, konkrétně rozdíl jednoho respondenta u kouření cigaret a marihuany, falšování podpisů rodičů či zákonných zástupců a páchaní drobných krádeží.

Signifikantní rozdíly můžeme spatřit při žvýkání tabáku, kouření elektronických cigaret, konzumaci alkoholických nápojů, užívání léků a sebepoškození. Do této kategorie řadíme také poruchy příjmu potravy a kyberšikanu, přestože se vyskytly každá pouze v jednom případě. Nicméně jejich výskyt, byť v tak malém množství vnímáme jako podstatný.

U **úzkostnějších** adolescentů se ve větší frekvenci objevily 2 formy rizikového chování, a to kouření elektronických cigaret, celkem u 2 respondentů, oproti žádnému respondentovi z druhé skupiny a další významný rozdíl byl shledán u sebepoškození, které bylo zjištěno ve 4 případech oproti 1 případu ve skupině depresivnějších respondentů.

U **depresivnějších** respondentů byly shledány výraznější rozdíly mezi 3 formami rizikového chování. První aktivitou bylo žvýkání tabáku, které uvedlo 9 respondentů oproti 3 z druhé skupiny, dále se jednalo o konzumaci alkoholických nápojů, které přiznalo 21 respondentů ve srovnání se 17 úzkostnými respondenty a posledním významným fenoménem bylo (zne)užívání léků a to 3 respondenty, které se u úzkostných jedinců neobjevilo vůbec.

Obsahem této kapitoly byla prezentace výsledků našeho výzkumného šetření, čímž jsme naplnili vytýčené výzkumné cíle a také odpověděli na formulované výzkumné otázky.

## 9 Diskuse

V této kapitole uvádíme detailní rozbor celé výzkumné studie. Uvedeme zjištěné výsledky, odůvodníme je a porovnáme s výsledky získanými v obdobných výzkumných projektech. Zaměříme se na možný přínos a pozitiva našeho výzkumu, ale také na limity, potenciální nepřesnosti a úskalím, jež mohly v průběhu práce vyvstat. V závěru naznačíme další možné směřování pro uskutečnění podobného či rozšiřujícího výzkumu, který by se vztahoval ke zvolené tematice.

Je důležité na tomto místě uvést důvod výběru zkoumané problematiky. V rámci naší magisterské diplomové práce jsme se zaměřili na projevy rizikového chování u jedinců se syndromem ADHD a impulzivních jedinců. Jelikož pracujeme s adolescenty a setkáváme se s nimi každý den, povšiml jsem si, odlišných projevů a způsobů rizikového chování než těch, které jsme si výzkumem potvrdili u impulzivních jedinců. Tato odlišnost a také potřeba orientace a důležitost znalosti projevovaných rozdílů nás vedla k myšlence detailnějšího prozkoumání této problematiky a zaměření se na jedince, u kterých se projevuje úzkostnost či depresivita. Tato myšlenka vyústila v téma naší rigorózní práce „Projevy rizikového chování úzkostných a depresivních žáků II. stupně ZŠ“.

Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část práce obsahuje čtyři kapitoly: Charakteristika vývojového období, Úzkostnost, Depresivita a Rizikové chování adolescentů. Veškeré teoretické ukotvení vychází z literatury a zdrojů uvedených v seznamu, který je součástí této práce. V první kapitole jsme vymezili a popsali vývojové období adolescence. Zaměřili jsme se na zákonitosti a změny, které průběh tohoto období provází. Kapitulu uzavírá nástin možných okolností vedoucích ke vzniku rizikového chování a jednání adolescentů. Druhá a třetí kapitola jsou si svým řazením velmi podobné. Druhá kapitola je věnována úzkostnosti a třetí kapitola depresivitě. V úvodní části obou kapitol uvádíme specifikaci obou osobnostních charakteristik, po níž následuje popis vzniku, výskyt a projevů těchto rysů v období adolescence. Kapitoly končí diagnostikou a možnostmi terapie. Podkapitolu terapie jsme rozdělili na farmakoterapii a psychoterapii. V podkapitole farmakologie jsme se zaměřili na podpůrné preparáty při léčbě úzkostných či depresivních stavů. Jelikož volba a preskripce léků patří do rukou psychiatra, jsou v práci naznačeny pouze základní skupiny medikamentů využívaných pro léčbu. Záměrně šířeji jsme se zaměřili na preparáty volně prodejné, které lze použít pro snížení projevů úzkosti

či deprese u adolescentů. Domníváme se, že by psycholog měl znát některé z nich a v případech nutnosti uměl doporučit také tuto možnost. Jelikož se v naší práci zaměřujeme na osobnostní rysy, tedy poměrně stále osobnostní charakteristiky považovali jsme za vhodné zmínit v podkapitole psychoterapie techniky a metody, které se jedinec může za účasti odborníka naučit a poté samostatně praktikovat. Některé techniky vyžadují pravidelnost jako např. „Tři dobré věci“ (Seligman, 2014) jiné je možno provádět při akutních „nepříjemných“ stavech, jako například relaxaci či pohybovou aktivitu. Rovněž jsme zmínili možnosti fototerapie či fytooterapie. Čtvrtá a poslední teoretická kapitola je věnována rizikovému chování. Snažíme se v ní tento fenomén terminologicky ukotvit a popsat. Dále jsme se uvedli možné teorie vzniku tohoto chování a popisu některých forem doplněné o výzkumná zjištění či statistiky. Jsme si vědomi obecnějšího zaměření a obsahu výše uvedených kapitol, jež utváří určitý podklad či rámec teoretické části práce. Nicméně naše hlubší studium a rešerše publikací, článků a výzkumných projektů nás obohatilo a rozšířilo naše vědomosti v dané oblasti.

Na teoretickou část práce navazuje výzkumná část, která podala širší přehled o formách rizikového chování úzkostných a depresivních žáků II. stupně základní školy. Problematika rizikového chování v období adolescence je v České republice častým předmětem zájmu a je podrobena detailnějším zkoumáním (Skopal et al., 2014; Tomšík et al., 2017; Dolejš & Orel, 2017; Čerešník et al., 2018). Výzkumné projekty jsou také zaměřeny na výskyt rizikového chování v kombinaci s některým z osobnostních rysů, kterými mohou být agresivita, depresivita, impulzivita, úzkostnost a jiné (Dolejš et al., 2014; Suchá & Dolejš, 2016; Dolejš et al., 2016; Suchá et al., 2016; Wojnarová 2017; Limpárová, 2019). Existuje také velké množství zahraničních výzkumů, které se věnují právě této problematice (Jackson et al. 2012; Falk et al. 2013; Sanci et al. 2018; Lahno & Serra-Garcia 2015).

Realizace našeho výzkumného projektu probíhala od května do prosince roku 2019. Výzkum byl pojat jako pilotní implementace screeningového šetření následně rozšířena a doplněna o individuální rozhovory s adolescenty, které byly zacíleny na získání informací o rizikových aktivitách úzkostných a depresivních žáků II. stupně základní školy.

Výzkumné šetření bylo realizováno na sídlištní základní škole vzdělávající přibližně 500 žáků. Jednalo se o školu s rozšířenou jazykovou výukou, která je lokalizována v Moravskoslezském kraji. Jako limit naší práce sledujeme realizaci výzkumu pouze na jedné škole. Tento limit nám neumožnil porovnat získané výsledky s výsledky na jiné



škole. Původně jsme měli záměr studii realizovat alespoň na dvou školách, ale při žádostech o uskutečnění výzkumu jsme se nesešli se souhlasným vyjádřením ředitelů na třech oslovených školách. Škola, na niž byl výzkum nakonec realizován, byla čtvrtá z oslovených. Jsme si vědomi možného zkreslení získaných informací, které mohlo být ovlivněno zvolenou lokalitou či zaměřením školy.

Výzkumná část byla rozčleněna do dvou fází. V první etapě se jednalo o sběr dat prostřednictvím dotazníkového šetření. Po následné analýze získaných dat jsme přistoupili k realizaci druhé části výzkumu, která představovala rozhovory s jednotlivými adolescenty. Domníváme se, že kombinaci zmíněných postupů jsme získali podrobnější a komplexnější vhled do tématu našeho zájmu. Rozhovory s adolescenty nám objasnily detaily rizikových aktivit a okolností či situace vedoucí k tomuto chování.

Při oslovování adolescentů, respektive jejich rodičů a zákonných zástupců jsme se setkali s jistým omezením. Ne všichni byli ochotni participovat na naší výzkumné studii. Dotazníkového šetření se nakonec účastnilo 173 respondentů, při rodovém rozložení 77 dívek (44,51 %) a 96 chlapců (55,49 %), což znamená, že zastoupení chlapců bylo skoro o 11% vyšší než u dívek. Věkové rozmezí adolescentů je pohybovalo mezi 11 až 15 lety s průměrným věkem 12,76 (SD 1,16). Věkový průměr dívek byl 12,69 let (SD 1,21) a průměrný věk chlapců byl 12,81 let (SD 1,13).

Pro určení výzkumného souboru, bylo nutné určit míru úzkostnosti a depresivity adolescentů. Pro zjištění úzkostnosti jsme použili dotazníkovou metodu *Škála úzkostnosti Dolejše a Skopala* (2016) a pro zjištění míry depresivity byla použita *Škála depresivity Dolejše, Skopala a Suché* (2018). Při administraci dotazníků v první zvolené třídě, jednalo se o 7. ročník, jsme se několikrát setkali s prosbou o vysvětlení slov „provinile“ a „náchylný/á“. Slova jsme adolescentům vysvětlili. Při následné administraci v ostatních ročnících jsme na tato slova upozornili vznesením dotazu, co tato slova znamenají. Jedinci, kteří význam slov znali, ho vysvětlili ostatním a my jsme toto vysvětlení případně doplnili. Takto jsme předešli nejasnostem a zdržení při administraci dotazníků. V konečném důsledku se domníváme, že obě použité metody jsou validními metodami, které mohou pomoci získat ucelený přehled o zkoumaných osobnostních rysech, a to nejen školnímu psychologovi, ale také dalším odborníkům. Oba dotazníky byly administrovány během jednoho setkání v průběhu 20 až 30 minut. Žáci zaujali svědomitý postoj k administraci dotazníků. Respondenti neměli během administrace žádné otázky vztahující se k formátu

dotazníku a po objasnění dvou výše zmíněných slov ani k jednotlivým položkám. Z tohoto důvodu se domníváme, že předložené metody jsou pro žáky II. stupně základní školy jasné a srozumitelné. Myslíme si, že srozumitelně podaná tvrzení a jejich porozumění mohlo zvýšit validitu celého výzkumné studie.

Na základě analýzy získaných dat z dotazníku SUDS bylo zjištěno, že průměrný celkový hrubý skór všech respondentů dosáhl hodnoty 50,78 bodů (SD 10,94). V obdobném výzkumu realizovaném Čížkovou (2019), byl zjištěn stejnou metodou průměrný hrubý skór 52,41 (SD 17,29) a ve studii Wojnarové (2017) byl průměr 54,36 bodů (SD 11,17). Z těchto výsledků je patrné, že námi zjištěné hodnoty jsou oproti zmíněným studiím nižší, a to konkrétně ve srovnání s Čížkovou o 1,63 bodů a Wojnarovou o 3,58 bodů. Z toho vyplývá, že námi oslovení respondenti vykazují nižší míru úzkostnosti než respondenti, kteří se účastnili ostatních studií. Jaké okolnosti způsobily uvedený rozdíl, se můžeme jen domnívat. Diferenciace mohla být způsobena jistým specifickým regionem, v němž byl výzkum uskutečněn či zvolenou školou. Při rodovém srovnání v rámci našeho výzkumu, jsme zjistili, že dívky získaly vyšší průměrný hrubý skór 55,08 bodů (SD 10,92) oproti chlapcům, kteří získali 47,33 bodů (SD 9,73). Tento rozdíl naznačuje, že dívky obecně vykazovaly vyšší míru úzkostnosti než chlapci. Tento fakt potvrdil výzkum Suché et al. (2016), který prokázal rovněž vyšší míru úzkostnosti u dívek 56,31 bodů (SD 10,52) než u chlapců 51,76 bodů (SD 10,95). Výsledky rovněž ukázaly, že nejvyšší celkový nárůst úzkostnosti, a to více než o 3 body byl mezi 6. a 7. ročníkem, tedy jedinci ve věku 11 až 13 let a že v tomto období také stoupá úzkostnost dívek o 7,21 bodů. Toto zjištění potvrzují studie Dolejše (in Skopal et al., 2014); Dolejše a Skopala (2016) nebo Čerešníka et al., (2016). Nejvyšší míru úzkostnosti vykazaly dívky 7. ročníku, které dosáhly 59,63 bodů (SD 13,54), nejvyšší míra úzkostnosti u chlapců byla 48,52 (9,47). Naopak nejnižší míra úzkostnosti byla zjištěna u chlapců 9. ročníku 45,08 bodů (SD 11,97). U dívek byla nejnižší míra zjištěna v 6. ročníku 52,42 bodů (SD 9,12). Z toho vyplývá, že dívky 6. až 9. ročníku jsou úzkostnější než chlapci.

Analýzou získaných dat dotazníkové škály SDDSS, byl získán výsledek celkového průměrného hrubého skóru všech probandů 36,87 bodů (SD 10,11). Výzkumný projekt Suché a Dolejše (2016) ve svých výsledcích uvádí průměrný dosažený skór 36,54 bodů, studie realizovaná Čížkovou (2019) uvádí hodnotu 37,45 bodů (SD 10,91), studie Vavrysové 36,86 bodů u jedinců ze základních škola a gymnázií a studie Wojnarová (2017) 37,47 bodů

(SD 9,75). Při porovnání výše zmíněných výsledků je patrné, že výsledky jsou poměrně vyrovnané. Rozdíl mezi nimi činí maximálně 0,6 bodů. Při rodové komparaci jsme zjistili, že dívky v této škále dosáhly signifikantně vyššího průměrného skóru 39,77 bodů (SD 11,31) oproti chlapcům 34,54 bodů (SD 8,39). Z těchto výsledků vyplývá, že chlapci obecně vykazují nižší míru depresivity než dívky, což potvrzuje výsledky výzkumu Suché a Dolejš (2016), kteří zjistili hodnotu skóru u dívek 37,51 a u chlapců 35,12. Rovněž studie autorů Krcha a Csémyho (2006), Lynche et al., (2001) a Angolda et al., (2002) udávají, že dívky obecně vykazují vyšší míru depresivity než chlapci. Dále bylo zjištěno, že nejvyšší míru depresivity vykazaly dívky 7. ročníku, které získaly 43,42 bodů (SD 12,31) a nejnižší míra byla zjištěna u chlapců 8. ročníku 32,63 bodů (SD 7,55). Z výsledků bylo rovněž zřejmé, že u dívek je největší nárůst depresivity mezi 6. a 7. ročníkem, a to o 7 bodů a u chlapců mezi 8. a 9. ročníkem, který činí 3,27 bodů. Výsledky dále ukázaly, že žáci a žákyně 6. ročníku vykazují poměrně vyrovnané skóry v dotazníku SDDSS. Naopak největší rozdíl mezi rody vykazují žáci 9. ročníky, kdy dívky vykazují 42,36 bodů (SD 10,19) zatímco chlapci vykazují 34,58 bodů (SD 10,09).

Komparací výsledků obou zvolených dotazníků jsme zjistili, že největší nárůst míry obou osobnostních rysů je mezi 6. a 7. ročníkem a největší míru obou charakteristik vykazují dívky 7. ročníku. Naopak nejnižší míra sledovaných charakteristik byla zjištěna u chlapců 8. a 9. ročníku.

Na základě analýzy dat obou škál byli identifikováni respondenti z každého ročníku, kteří dosáhli vyššího skóru, než byl průměr stanovený autory škál, a to o 5 bodů od nejnižší průměrné hodnoty v obou škálách. V našem případě byla určena spodní hranice u SUDS na 55 bodů a u SDDSS to bylo 41 bodů. Tuto hranici jsme zvolili na základě studia obdobných studií (Dolejš et al., 2014; Skopal et al., 2014; Čerešník & Gatíal, 2014; Dolejš et al., 2015; Laštůvková, 2015) a porovnáním zjištěných průměrných hodnot.

S realizací individuálních rozhovorů dalo souhlas 44 respondentů, 22 chlapců a 22 dívek, což představovalo stejné rodové zastoupení. Z šestého se studie účastnilo 9 jedinců - 5 chlapců a 4 dívky, sedmý ročník byl zastoupen 12 jedinci - 5 chlapci a 7 dívkami, osmý ročník 13 jedinci - 7 chlapci a 6 dívkami a z devátého ročníku se na výzkumu podílelo 10 jedinců - 5 chlapců a 5 dívek. Průměrná hodnota jejich percentilového skóru u rysu úzkostnosti byla 79,64 (SD 13,33) s minimální hodnotou 48 a maximální 99. U rysu depresivity byla průměrná hodnota 80,32 (SD 12,33) s minimálním skórem 52 a maximální

99. Z těchto výsledků je patrné, že míra depresivity byla u zvolených jedinců mírně vyšší než míra úzkostnosti. Hlavním záměrem realizovaných interview bylo zjistit, jaké formy rizikového chování se projevují u úzkostných či depresivních jedinců.

Pro vedení polostrukturovaných interview byl připraven seznam otázek, na které jsme chtěli najít odpovědi. Otázky byly voleny tak, aby v úvodní fázi rozhovoru usnadnili zahájení konverzace a napomohly navodit optimální emocionální klima a další byly převzaté nebo inspirované standardizovaným dotazníkem „*Výskyt rizikového chování u adolescentů*“ (Dolejš, 2015). Jako úskalí námi vedených rozhovorů vnímáme to, že v rámci inquiry jsme se u některých adolescentů dostali možná až k diagnostickému rozhovoru a pomocí trychtýřových otázek, snad někdy i sugestivních, jsme se tázali na specifické podrobnosti. Nicméně, všechny zjištěné informace vedly k dokreslení okolností a situací realizace rizikových aktivit. Jako poměrně náročné shledáváme následné zpracování nesourodého materiálu získaného širokými a detailními odpověďmi adolescentů. Celkově však považujeme výběr polostrukturovaného rozhovoru za adekvátní, neboť jeho flexibilita nám umožnila improvizovat a kreativně rozvíjet rozhovor.

Ve výpovědích respondentů se objevovalo mnoho společných projevů rizikového jednání napříč jednotlivými ročníky. Z rozhovorů vyplynulo, že se o návykové látky začínají adolescenti zajímat ze zvědavosti zkusit něco nového a následně z touhy navodit si pocit, který jim umožní uniknout z nepříjemného stavu, od úzkosti a deprese, kterou zažívají ať už doma nebo ve škole. Popisovali experimentování s různými návykovými látkami např. cigaretami, žvýkacím tabákem, alkoholem a podobně. Toto zjištění nás vedlo k úvaze nakolik úzkostní a depresivní adolescenti podléhají rizikovému chování více či méně oproti například impulzivním či agresivním jedincům či vůbec v porovnání s jedinci stejné věkové kohorty. Vycházeli jsme z tvrzení, které zmiňujeme v teoretické části, že v období adolescence dochází k nárůstu výskytu rizikových aktivit a také faktu, že až 50 % adolescentů se zapojí alespoň do jedné z forem rizikového chování (Dryfoos, 1990; Smart et al., 2004). Na základě této úvahy, jsme se věnovali studiu a komparaci dostupných studií. Zjistili jsme, že výzkumem Suché et al. (2016), který se zabýval posouzením osobnostních rysů u rizikových a nerizikových adolescentů, bylo zjištěno, že mezi skupinou rizikových a nerizikových chlapců není statisticky významný rozdíl ( $p = 0,41$ ). Stejně zjištění bylo shledáno u dívek ( $p = 0,24$ ). Ze studie dále vyplynulo, že riziková úzkostní adolescenti získali o jeden bod méně než neriziková skupina úzkostných vrstevníků.

Analýzou získaných dat z rozhovorů jsme zjistili, že nejčastěji zaznamenaným fenoménem, který se projevil u všech respondentů, byl netolismus. Adolescenti zmiňovali čas pobytu v kyberprostoru ve většině případech mezi 3 až 4,5 hodinami, objevily se i výjimky, které udávali až 10 hodin, a to hlavně o víkendu. Druhou nejčastější formou rizikového chování bylo užívání alkoholu, které se objevilo v 38 případech (86 %) napříč všemi ročníky. Třetí nejčastější rizikovou aktivitou respondentů byla zvýšená konzumace energetických nápojů, což znamenalo vypití 2 a více nápojů denně, která byla potvrzena 16 respondenty v rozmezí 7. až 9. ročníku. Na dalších pozicích se objevilo kouření cigaret, a to v 11 případech (25 %), drobné krádeže v 9 případech (20 %), dále záškoláctví u 6 respondentů (14 %), sebepoškozování v 5 případech (11 %), 3 respondenti (7 %) uvedli kouření marihuany a užívání léků, u 2 respondentů (4,5 %) bylo zaznamenáno kouření elektronických cigaret a po jednom sdělení u poruch příjmu potravy a kyberšikany.

Porovnáním získaných dat bylo prokázáno, že mezi úzkostnými a depresivními adolescenty se ve stejné míře objevují rizikové aktivity, kterými je nadměrná konzumace energetických nápojů, záškoláctví a používání internetu. Poměrně vyrovnaný stav, který představoval rozdíl jednoho respondenta, byl shledán u kouření cigaret a marihuany, falšování podpisů rodičů či zákonných zástupců a páchaní drobných krádeží. Signifikantně významný rozdíl byl zjištěn u žvýkání tabáku, kouření elektronických cigaret, konzumaci alkoholických nápojů, užívání léků a sebepoškozování. Do této kategorie jsme zařadili také poruchy příjmu potravy a kyberšikanu, přestože se vyskytly každá jen v jednom případě. Nicméně jejich výskyt, byť v tak malém množství vnímáme jako podstatný. U úzkostnějších adolescentů se častěji projevilo kouření elektronických cigaret a sebepoškozování a u depresivnějších respondentů se jednalo o žvýkání tabáku, konzumaci alkoholických nápojů a (zne)užívání léků.

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

Domníváme se, že základní škola, na niž byl výzkum realizován, by mohla výsledky analýzy dat zapracovat do svých preventivních programů, které uplatňuje při plnění minimálního preventivního programu. Navíc by mohli být o výsledcích informováni také

rodiče a zákonní zástupci adolescentů. Možná, si někteří z nich, ani nedovedou představit, jaké rizikové aktivity mohou dnešní „děti“ realizovat. Z výsledků rozhovorů vyplynulo, že adolescenti, a to již od 11, 12 let, berou rizikové aktivity jako je užívání tabáku, alkoholu či energetických nápojů jako běžnou součást svého života, aniž by si uvědomovali, jakým následkům se vystavují. Možná jen zmínění výsledků výzkumů na třídních schůzkách rodičům by je přinejmenším dovedlo k zamyšlení: „Jak to asi má moje dítě?“. Výsledky několika zmíněných studií jsou poměrně vyrovnané, je z nich zřejmé, že taková je realita mezi mládeží, ale na druhé straně, je vnímáme jako alarmující. Myslíme si, že by rodiny měly mít zájem jak o studijní výsledky svých dětí, tak o jejich zapojení do mimoškolních aktivit a způsobů trávení volného času. Domníváme se, že obecně by tato práce mohla posloužit jako podnět školám pro zapojení rodičů do preventivních programů.

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

V závěru této kapitoly, bychom se chtěli vrátit k její úvodní části, ve které jsme zmiňovali, důvod výběru tématu rigorózní práce. Byla to naše potřeba zaměřit se na odlišné projevy a způsoby rizikového chování impulzivních adolescentů a adolescentů úzkostných či depresivních. Mimo cíl této práce, jsme si potvrdili naše vědomosti provedeným výzkumem. Komparací jsme zjistili, že impulzivní jedinci realizují různé formy rizikového chování většinou ve skupině kamarádů, vrstevníků. Toto jednání vnímáme jako extravertní, viditelné, zřejmé. Možná se někdy jedná také o projev „frajerství“, či podmínka přijetí do party. U úzkostných či depresivních adolescentů vnímáme realizaci rizikových aktivit jako introvertní, tajnou, osobní, protože ve většině případů jedinci zmiňovali, že jsou rádi sami, bez kamarádů. Nikdo tudíž neví, co a jak uskutečňují a jaké je jejich rizikové jednání. Bylo pro nás překvapivé zjištění užívání žvýkacího tabáku v prostředí domova a míchání léků s nealkoholickými nápoji. Rizikové aktivity a chování této skupiny adolescentů vnímáme jako závažnější než u impulzivních jedinců, právě proto, že jsou obtížněji odhalitelné.

## 10 Závěr

Výsledky námi realizovaného výzkumného šetření, které se týkalo projevů rizikového chování úzkostných a depresivních žáků II. stupně základní školy, je možno shrnout následovně:

- Mezi formy rizikového chování respondentů **6. ročníku**, kteří vykazovali zvýšený skóre v dotazníku SUDS nebo SDDSS, se objevilo užívání alkoholických nápojů, záškoláctví, sebepoškozování a netolismus. Konzumace alkoholických nápojů se objevila u 6 respondentů (67 %). U dívek byla tato aktivita shledána ve 2 případech (22 %) a u chlapců ve 4 případech (44 %). Záškoláctví se vyskytlo ve dvou případech, u hochy a dívky. O projevech sebepoškozování hovořila jedna dívka. Tendenci k častému nebo dlouhodobému používání internetu zmínili všichni dotázaní adolescenti s tím, že na internetu tráví dvě až tři hodiny denně.
- U respondentů **7. ročníku**, kteří opět měli zvýšené skóre v některém z dotazníků, se mezi rizikovými aktivitami objevilo kouření cigaret, žvýkání tabáku, užívání alkoholických nápojů, konzumace energetických nápojů, záškoláctví, drobné krádeže, sebepoškozování, kyberšikana a netolismus. Kouření cigaret se projevilo celkem ve třech případech (25 %), u 1 dívky a 2 chlapců. 3 chlapci (25 %) užívali žvýkací tabák a celkem 3 respondenti (25 %) uvedli, že pijí energetické nápoje ve větší míře, konkrétně 2 chlapci a jedna dívka. V tomto ročníku má zkušenost s alkoholem 10 adolescentů (83 %), 4 chlapci a 6 dívek. O záškoláctví hovořila jedna z dívek a k falšování podpisů rodičů se přiznal jeden chlapec. K drobným krádežím se vyjádřili 2 chlapci. Projevy sebepoškozování byly zmíněny v jednom případě, u dívky. Pouze v tomto ročníku se objevil náznak kyberšikany u jedné z dívek, která se stala obětí. Užívání kyberprostoru potvrdili všichni respondenti tohoto ročníku s dobou strávenou na internetu kolem dvou až tří hodin denně.
- K rizikovým formám chování úzkostnějších či depresivnějších adolescentů **8. ročníku** patří kouření cigaret, žvýkání tabáku, kouření marihuany, kouření elektronických cigaret, konzumace alkoholických a energetických nápojů, užívání léků, záškoláctví, drobné krádeže, sebepoškozování, poruchy příjmu potravy a netolismus. Kouření cigaret bylo zjištěno u 5 respondentů (38 %), u 2 dívek a 3 chlapců a kouření marihuany u jednoho respondenta. Žvýkání tabáku provádí

5 chlapců (38 %) a 1 dívka kouří elektronickou cigaretu. S konzumací alkoholu má zkušenost 12 respondentů (92 %), a to 7 chlapců (54 %) a 5 dívek (38 %). Konzumaci energetických nápojů jsme zjistili u 6 adolescentů (46 %) při rodovém rozložení 4 chlapci (31 %) a 2 dívky (15 %). Záškoláctví bylo zjištěno v jednom případě, u dívky. U jednoho chlapce bylo zjištěno zneužívání léku. K drobným krádežím se přiznali 4 respondenti (31 %), tři dívky a jeden chlapec. Sebeпоškozování zmínila jedna dívka a jedna dívka uvedla nástin poruchy příjmu potravy. K fenoménu netolismu se přihlásilo všech 13 respondentů a jejich délka času stráveném na internetu byla mezi 3 až 4 hodin. Adolescenti zmiňovali častější užívání internetu ve večerních a nočních hodinách.

- Dotazování adolescenti **9. ročníku**, u nichž byla zjištěna zvýšená míra úzkostnosti či depresivity uvedli, že mají zkušenosti s kouřením cigaret, žvýkáním tabáku, kouřením marihuany a elektronických cigaret, konzumací alkoholických a energetických nápojů, užíváním léků, záškoláctvím, drobnými krádežemi, sebeпоškozováním a netolismem. Příležitostné kouření uvedli tři respondenti (30 %), a to 2 dívky a 1 chlapec. Žvýkání tabáku zmínili 4 chlapci (40 %). Kouření marihuany potvrdil jeden chlapec a jedna dívka a ke kouření elektronické cigarety se přihlásila jedna dívka. Experimentování s alkoholem se v tomto ročníku projevilo ve 100 %. Konzumaci energetických nápojů uvedlo 7 adolescentů (70 %), 5 chlapců (50 %) a 2 dívky. Užívání léků bylo zjištěno u jedné dívky a 1 chlapce. O záškoláctví jsme se dozvěděli od 2 respondentek a jedna dívka a jeden hoch zmínili falšování podpisů svých zákonných zástupců. Drobné krádeže uvedli 3 adolescenti (30 %) ve složení 2 dívky a 1 chlapec. Sebedestruktivní chování připustili 2 dívky v tomto ročníku. Vyžívání kyberprostoru ve volném čase zmínili opět všichni respondenti s průměrná dobou strávenou na internetu mezi 3 až 4,5 hodinami.
- **Nejčastějším** zaznamenaným fenoménem, který se projevil u všech respondentů, byl netolismus. **Druhou** nejčastější zjištěnou formou rizikového chování bylo užívání alkoholických nápojů, které se projevilo ve 38 případech, od 6. do 9. ročníku. V šestém ročníku byla tato forma rizikového chování zjištěna u 6 adolescentů (67 %), v sedmém ročníku u 10 adolescentů (83 %), v osmém ročníku u 12 adolescentů (92 %) a v 9. ročníku u všech 10 adolescentů. **Třetí** nejčastější rizikovou aktivitou respondentů byla zvýšená konzumace energetických nápojů,



kteřá byla potvrzena 16 respondenty v rozmezí 7. až 9. ročníku. V rámci 7. ročníku pijí energetické nápoje 3 respondenti (25 %), v 8. ročníku 6 respondentů (46 %) a v 9. ročníku 7 respondentů, což představuje 70 % jedinců. Na dalších pozicích objevilo kouření cigaret v 11 případech (25 %), drobné krádeže v 9 případech (20 %), dále záškoláctví u 6 respondentů (14 %), sebepoškozování v 5 případech (11 %), 3 respondenti (7 %) uvedli kouření marihuany a užívání léků, u 2 respondentů (4,5 %) bylo zaznamenáno kouření elektronických cigaret a po jednom sdělení týkajícím se poruchy příjmu potravy a kyberšikany.

- Studii bylo zjištěno, že mezi oběma osobnostními charakteristikami jsou naprosto stejně zastoupeny četnosti výskytu nadměrná konzumace energetických nápojů, záškoláctví a používání internetů.
- Poměrně vyrovnaný stav, tedy rozdíl jednoho respondenta, byl zjištěn u kouření cigaret a marihuany, falšování podpisů rodičů či zákonných zástupců a páchání drobných krádeží.
- Signifikantní rozdíly byly zjištěny při žvýkání tabáku, kouření elektronických cigaret, konzumaci alkoholických nápojů, užívání léků a sebepoškozování. Do této kategorie řadíme také poruchy příjmu potravy a kyberšikanu, přestože se vyskytly každá pouze v jednom případě. Nicméně jejich výskyt, byť v tak malém množství vnímáme jako podstatný.
- U úzkostnějších adolescentů se ve větší frekvenci objevilo kouření elektronických cigaret, celkem u 2 respondentů, oproti žádnému respondentovi ze skupiny depresivnějších a další významný rozdíl byl shledán u sebepoškozování, které bylo zjištěno ve 4 případech oproti 1 případu ve skupině depresivnějších respondentů.
- U depresivnějších respondentů byly shledány výraznější rozdíly u 3 forem rizikového chování. První aktivitou bylo žvýkání tabáku, které uvedlo 9 respondentů oproti 3 z druhé skupiny, dále se jednalo o konzumaci alkoholických nápojů, které přiznalo 21 respondentů ve srovnání se 17 úzkostnými respondenty a posledním významným fenoménem bylo (zne)užívání léků a to 3 respondenty, které se u úzkostných jedinců neobjevilo vůbec.

## 11 Souhrn

Tématem předložené rigorózní práce je zmapování projevů rizikového chování žáků II. stupně základní školy, kteří vykazují zvýšenou míru některé osobnostní charakteristiky, konkrétně úzkostnosti či depresivity.

Teoretická část poskytuje v rámci jednotlivých kapitol informace, které se vztahují k naší výzkumné studii. První kapitola vymezuje vývojové období adolescence a jeho specifické charakteristiky a změny, jež jsou typické pro toto období. Součástí kapitoly je také uvedení faktorů, jež mohou mít vliv na vznik rizikového chování. Osobnostní rysy mohou představovat jeden z rizikových faktorů, jenž se podílí na vzniku některé z forem rizikového chování či závislosti (Skopal et al, 2014). Proto jsme zvoleným osobnostním rysům věnovali samostatné kapitoly. Druhá kapitola tedy vymezuje úzkostnost, jako osobnostní charakteristiku. Jsou zde uvedeny výzkumy, jež byly v této oblasti uskutečněny, epidemiologii, prevalenci, projevy tohoto rysu v období adolescence, diagnostiku a možnosti terapie. Zaměření třetí kapitoly je vztahované k depresivitě. Dává ji do kontextu s depresí a uvádí výsledky uskutečněných studií v této oblasti, epidemiologii, prevalenci a na závěr jsou zmíněny možnosti farmakoterapie a techniky psychoterapie, které se jedinec může za účasti odborníka naučit a poté sám provádět. Součástí kapitoly je uvedení tohoto fenoménu do souvislosti s rizikovým chováním a doplněné o výsledky realizovaných výzkumů. Adolescentní období je velmi senzitivním obdobím pro vznik a následný rozvoj rizikového jednání (Dryfoos, 1990). A právě této tematice je věnována poslední teoretická kapitola, která je věnována specifikaci termínu rizikového chování a popisu jednotlivých jeho forem. Následně je některým rizikovým aktivitám věnována samostatná podkapitola.

S ohledem na citlivost zvoleného tématu a za účelem získání podrobných dat jednak o míře úzkostnosti a depresivity jedinců, ale hlavně pro zjištění jednotlivých druhů rizikového chování byl zvolen kvalitativní výzkumný metodologický design. Výzkumný projekt byl pojat jako pilotní implementace screeningového procesu jakožto předstupně detailního zjištění projevů rizikového chování prostřednictvím individuálních rozhovorů s adolescenty. Pro potřebu shromáždit data pro následné šetření byly použity dvě dotazníkové metod, Škála úzkostnosti Dolejše a Skopala (2016) a Škála depresivity Dolejše, Skopala, Suché (2018), které byly následně doplněny o polostrukturované interview.

Výzkumný soubor tvořili adolescenti ve věkovém rozmezí 11 až 15 let. Výzkumného projektu se celkem zúčastnilo 173 respondentů. Z tohoto počtu bylo 77 (44,51 %) dívek a 96 (55,49 %) chlapců. Průměrný věk všech probandů, kteří se účastnili výzkumného projektu, byl 12,76 let (SD 1,16), přičemž věkový průměr dívek byl 12,69 (SD 1,21) a věkový průměr věk chlapců byl 12,81 (SD 1,13).

Na základě analýzy dat získaných dat z dotazníku SUDS, byl zjištěn celkový průměrný hrubý skór 50,78 bodů (SD 10,94). Následným detailnějším zkoumáním bylo zjištěno, že dívky dosáhly vyššího průměrného hrubého skóru 55,08 bodů (SD 10,92) než chlapci, kteří dosáhli průměru 47,33 bodů (SD 9,73). Rozdíl mezi rody představuje hodnotu 7,75 bodů, která naznačuje, že dívky obecně vykazovaly vyšší míru úzkostnosti než chlapci. Ve srovnání s jinými studiemi bylo zjištěno, že výsledky naší studie dosahují nižší hodnoty míra úzkostnosti. Z výsledků je patrné, že nejvyšší celkový nárůst úzkostnosti, a to více než o 3 body je mezi 6. a 7. ročníkem a že v tomto období také stoupá úzkostnost dívek o 7,21 bodů. Vůbec nejvyšší míru úzkostnosti v tomto projektu vykazaly dívky 7. ročníku, které dosáhly 59,63 bodů (SD 13,54), nejvyšší míra úzkostnosti u chlapců byla 48,52 (9,47), z čehož je patrné, že dívky v rámci celkového srovnání byly o 11,11 bodů úzkostnější oproti chlapcům. Naopak nejnižší míra úzkostnosti byla zjištěna u chlapců 9. ročníku 45,08 bodů (SD 11,97). U dívek byla nejnižší míra zjištěna v 6. ročníku 52,42 bodů (SD 9,12). Z těchto výsledků se dá odvodit, že dívky 6. až 9. ročníku jsou úzkostnější než chlapci.

Druhou metodu, tedy Škálu depresivity administroval stejný počet respondentů jako první zmíněnou metodu. Následnou analýzou dat bylo zjištěno, že průměrný hrubý skór všech zúčastněných dosáhl hodnoty 36,87 bodů (SD 10,11). Podrobnější prozkoumáním ukázalo, že chlapci získali průměr hrubých skóru 34,54 bodů (SD 8,39). Dívkám byl vypočítán průměrný hrubý skór s hodnotou 39,77 bodů v této škále (SD 11,31). Z těchto výsledků je zřejmé, dívky získaly vyšší průměr hrubých skóru, což je možné interpretovat tak, že dívky obecně vykazují vyšší míru depresivity než chlapci. Z vyhodnocení této škály bylo dále zřejmé, že nejvyšší míru depresivity v tomto šetření vykazaly dívky 7. ročníku, které dosáhly hodnoty 43,42 bodů (SD 12,31) a nejnižší míra byla zjištěna u chlapců 8. ročníku 32,63 bodů (SD 7,55). Z výsledků je zřejmé, že u dívek je největší nárůst depresivity mezi 6. a 7. ročníkem, a to o 7 bodů a u chlapců mezi 8. a 9. ročníkem, který činí 3,27 bodů. Také jsme zjistili, že žáci a žákyně 6.ročníku vykazují poměrně vyrovnané skóre v dotazníku SDDSS. Naopak největší rozdíl mezi rody vykazují

žáci 9. ročníky, kdy dívky vykazují 42,36 bodů (SD 10,19) zatímco chlapci vykazují 34,58 bodů (SD 10,09). Studie, které byly uskutečněné na podobné téma stejným dotazníkem uváděly velmi podobné výsledky. Maximální rozdíl celkových hrubých skóre činil 0,6 bodů.

V návaznosti na zjištěné výsledky z obou dotazníků, byli zvoleni jedinci pro druhou část výzkumu, která byla realizována formou individuálních polostrukturovaných interview. Při identifikaci vysoko skórujících jedinců, jsme vycházeli z populačních norem obou použitých dotazníků. Proto jsme do skupiny jedinců, kteří dosáhli signifikantně vyššího výsledku, než ostatní zahrnuli ty respondenty, jejichž skóre byl vyšší, než je průměrná hodnota hrubých skóre. Jako hraniční u SUDS bylo stanoveno 55 bodů a u SDDSS to bylo 41 bodů. Rozhovorů se celkem zúčastnilo 44 adolescentů, 22 dívek a 22 chlapců, kteří vysoko skórovali v dotazníku úzkostnosti a/nebo depresivity. Žáci hovořili o svých zkušenostech a pocitech. Průměrná hodnota percentilového skóre těchto žáků u rysu úzkostnosti byla 79,64 (SD 13,33) s minimální hodnotou 48 a maximální 99. U rysu depresivity byla průměrná hodnota 80,32 (SD 12,33) s minimálním skóre 52 a maximální 99.

Analýzou odpovědí, které jsme získali prostřednictvím individuálních rozhovorů, bylo zjištěno, že se u jedinců, kteří měli vysoké skóre v některém z použitých dotazníků, projevují již od 6. ročníku některé formy rizikového chování, kterými jsou například užívání alkoholu, záškoláctví, sebepoškozování a netolismus. U žáků 7. ročníku se k výše uvedeným přidává navíc kouření cigaret, užívání žvýkacího tabáku, konzumace energetických nápojů a drobné krádeže. Pouze v tomto ročníku byl zaznamenán náznak jednoho případu kyberšikany. Výčet projevů rizikového chování v 8. ročníku se navíc rozšířil o užívání marihuany, kouření elektronických cigaret a (zne)užívání léků. Pouze v tomto ročníku jsme postřehli u jednoho respondenta nástin poruchy příjmu potravy. Výsledky rozhovorů s žáky 9. ročníku ukázaly, že kromě všech výše zmíněných rizikových aktivit se projevila porucha příjmu potravy.

Po uskutečnění rozhovorů bylo zřejmé, že nejčastějším fenoménem, který se projevil u všech respondentů, byl netolismus, který měl nejrůznější podoby, od hraní počítačových her, přes „pobyt“ na sociálních sítích až po různé formy chatů. Druhou nejčastější formou rizikového chování bylo užívání alkoholických nápojů, které se objevilo v 38 případech, od 6. do 9. ročníku. Třetí nejčastější rizikovou aktivitou respondentů byla zvýšená konzumace energetických nápojů, která byla potvrzena 16 respondenty v rozmezí 7. až 9. ročníku. Na dalších pozicích se objevilo kouření cigaret, a to v 11 případech (25 %),

drobné krádeže v 9 případech (20 %), dále záškoláctví u 6 respondentů (14 %), sebepoškozování v 5 případech (11 %), 3 respondenti (7 %) uvedli kouření marihuany a užívání léků, u 2 respondentů (4,5 %) bylo zaznamenáno kouření elektronických cigaret a po jednom sdělení u poruch příjmu potravy a kyberšikany.

Analýzou dat výzkumného projektu jsme zjistili, že mezi oběma osobnostními rysy jsou stejně zastoupeny počtem výskytu nadměrná konzumace energetických nápojů, záškoláctví a používání internetu. Téměř vyrovnaný stav, tedy rozdílem jednoho respondenta, se projevilo kouření cigaret a marihuany, falšování podpisů rodičů či zákonných zástupců a páčání drobných krádeží. Významnou diferenciaci v projevech rizikových aktivit mezi oběma rysy jsme zjistili u žvýkání tabáku, kouření elektronických cigaret, konzumaci alkoholických nápojů, užívání léků a sebepoškozování. Do této kategorie jsme také zařadili také poruchy příjmu potravy a kyberšikanu, přestože se vyskytly každá jen v jednom případě. Nicméně jejich výskyt, byť v tak malém množství vnímáme jako nezanedbatelný. U úzkostnějších adolescentů se častěji objevily 2 formy rizikového chování, a to kouření elektronických cigaret a sebepoškozování. U depresivnějších respondentů byly shledány výraznější rozdíly mezi 3 formami rizikového chování, a to žvýkáním tabáku, konzumaci alkoholických nápojů a (zne)užívání lékových preparátů.

Uskutečněný výzkum podal takové výsledky, které odpověděly na stanovené výzkumné otázky a tím poskytl informace o běžných i specifických formách rizikového chování úzkostných nebo depresivních adolescentů.

## 12 Seznam použitých zdrojů a literatury

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (nedat.) *Your Adolescent - Anxiety and Avoidant Disorders*. Získáno dne 15. června 2020 z [https://www.aacap.org/AACAP/Families\\_and\\_Youth/Resource\\_Centers/Anxiety\\_Disorder\\_Resource\\_Center/Your\\_Adolescent\\_Anxiety\\_and\\_Avoidant\\_Disorders.aspx](https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Resource_Centers/Anxiety_Disorder_Resource_Center/Your_Adolescent_Anxiety_and_Avoidant_Disorders.aspx).

Akhtar, M. (2015). *Pozitivní psychologii proti depresi*. Praha: Grada Publishing.

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

Atkinson, R., Atkinson, R. C., Smith, E., Bem, D., & Holen-Hoeksema, S. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.

Babor, M. (2008). *Autogenní trénink: cesta k vyrovnanosti a uvolnění*. Praha: Svojtka.

Batista, M. A., Sisto, F. F., & Oliveira, S. M. da S. S. (2014). Anxiety indicators in DFH and personality traits in children: A validity study. *Psicología desde el Caribe*, 31 (3), 417-434.

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

Beck Depression Inventory. Získáno dne 19. července 2020 z [https://en.wikipedia.org/wiki/Beck\\_Depression\\_Inventory](https://en.wikipedia.org/wiki/Beck_Depression_Inventory).

Beniart, S., Anderson, B., Lee, S., & Utting, D. (2002). Youth at Risk? A National Survey of Problem Behaviour and Associated Risk and Protective Factors among Young People. London: *Communities that Care*. Získáno dne 15. června 2020 z <http://www.jrf.org.uk/publications/national-survey-problem-behaviourand-associated-risk-and-protective-factors-among-youn>.

Benda, J. (2019). *Všímavost a soucit se sebou: Přeměna emocí v psychiatrii*. Praha: Portál.

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

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

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

- Blinka, L. (2015). *Online závislosti: jednání jako droga? - online hry, sex a sociální sítě - diagnostika závislosti na internetu - prevence a léčba*. Praha: Grada Publishing.
- Boková, L., Bukovská, L., Katrňák, T., Masáková, V., Procházková, J., & Schmidová, K. (2011). *Rodiče, děti a jejich problémy*. Praha: Sdružení Linka bezpečí.
- Burešová, I., Klimusová, H., Bartošová, K., & Čerňák, M. (2012). *Výskyt sebepoškozování ve vztahu k úrovni sebehodnocení a jeho komponent*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV.
- Cakirpaloglu, P. (2014). Osobnost adolescenta. In Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J. et al. *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Carr-Gregg, M. (2010). *Mental health problems in teenagers*. Australia: Penguin Group.
- Carr-Gregg, M., & Shale, E. (2010). *Pubertáči a adolescenti: průvodce výchovou dospívajících*. Praha: Portál.
- Centrum prevence rizikové virtuální komunikace. (2014). *Výzkum rizikového chování českých dětí v prostředí internetu*. Získáno dne 27. července 2020 z <https://www.e-bezpeci.cz/index.php/veda-a-vyzkum/rizikove-chovani-ceskych-deti-2014>.
- Coghlan, M., & Macdonald, S. (2010). The role of substance use and psychosocial characteristics in explaining unintentional injuries. *Accid Anal Prev*, 42(2), 476–479. doi/10.1177/0748233708034332.
- Comeau, N., Stewart, S. H. & Loba, P. (2001). The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use. *Addictive Behaviors*, 26, (Anxiety Sensitivity and Addictive Behaviors), 803–825.
- Cooper, P. J. (2014). *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál.
- Csémy, L., Chomynová, P., & Sadílek, P. (2007). *Prevence zneužívání léků a přístupy při zvládnutí lékové závislosti*. Získáno 13. října 2019 z [www.drnespor.eu/ESPAD07.doc](http://www.drnespor.eu/ESPAD07.doc).
- Csémy, L., & Chomynová, P. (2012). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). *Zaostřeno na drogy*, 1, 1–12.
- Creswell, J. W. (1994). *Research desing, qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications. In Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Čáp, J., & Mareš, J. (2007). *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál.

Čech, O., & Zvoníčková, N. (2017). *Možnosti prevence rizikového chování dětí*. České Budějovice: THEIA.

Čerešník, M., & Gatíal, V. (2014). *Rizikové správanie a vybrané osobnostné premenné dospievajúcich v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania*. Získáno dne 10. června 2020 z [www.researchgate.net/publication/268970229](http://www.researchgate.net/publication/268970229), doi=10.13140/2.1.3021.4728.

Čerešník, M., Dolejš, M., & Skopal, O. (2016). *Škála impulzivita Dolejš a Skopal (SIDS). Příručka pro prax*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Čermák, I., Klimusová, H., & Vízdalová, H. (2005). Deprese v dětství a její vztah k problémům chování. *Československá psychologie*, 49, 3, 223-236.

Český statistický úřad. (2013). Získáno dne 10. října 2019 z <https://www.czso.cz/csu/czso>.

Čížková, A. (2019). *Vývoj relační agrese, genderové rozdíly v relační agresi a vztah s depresí a úzkostností u dětí na 2. stupni ZŠ*. (nepublikovaná magisterská práce). Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc.

Daviss, W. B. (2008). A Review of Co-Morbid Depression in Pediatric ADHD: Etiologies, Phenomenology, and Treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18(6), 565–571. doi.org/10.1089/cap.2008.032.

Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.

Dolejš, M. (2010). *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Dolejš, M., Skopal, O., & Suchá, J. (2014). *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Dolejš, M., & Skopal, O. (2015). *Výskyt rizikového chování u adolescentů Dolejš a Skopal (VRCHA)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Dolejš, M., & Skopal, O. (2016). *Škála úzkostnosti Dolejš a Skopal (SUDS). Příručka pro praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Dolejš, M., & Orel, M. (2017). *Rizikové chování u adolescentů a impulzivita jako prediktor tohoto chování*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J., & Charvát, M. (2018). *Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Drapela, V. (2011). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.

Dryfoos, J. (1990). *Adolescents at Risk*. New York: Oxford University Press.



Dudová, I. (2007). Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi. *Psychiatrie pro praxi*, 2007, 1, 29-31. Získáno dne 19. července 2020 z <https://solen.cz/pdfs/psy/2007/01/07.pdf>.

Duffy, M., & Karlin, B. (2006). *Treating Depression in Nursing Homes: Beyond the Medical Model*. New York: Springer Publications.

Ellis, A. (2001). *Člověče, neboj se*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.

Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. NY: W. W. Norton.

Falk, A., Fischbacher, U. & Gächter, S. (2013). Living in two neighbourhoods - social interaction effects in the laboratory. *Economic Inquiry*, 51(1), 563–578.

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.

Fischer, S., & Škoda, J. (2014). *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. Praha: Grada.

Fleischman, A. R, & Barondess, J. A. (2004). Adolescent suicide: Vigilante and Action to reduce the toll, *Contemporary pediatrics*, 21(12). 157-168. doi/10.1177/0748233708089020

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

Fuligni, A. J. (2011). Early Adolescent Peer Orientation And Adjustment During High School. *Developmental Psychology*, 37(1). Získáno dne 18. listopadu 2019 z <https://www.psc.isr.umich.edu/pubs/abs/1727>.

Funke, M. (2019). *Úzkost jako civilizační nemoc*. Získáno dne 26. července 2020 z [https://www.idnes.cz/onadnes/zdravi/uzkost-uzkostna-porucha-strach.A190423\\_155835\\_zdravi\\_jup](https://www.idnes.cz/onadnes/zdravi/uzkost-uzkostna-porucha-strach.A190423_155835_zdravi_jup).

Gabrhelík, R., Orlíková, B., & Šejvl, J. (nedat.) *Co dělat, když – intervence pedagoga*. Rizikové chování ve školním prostředí – rámcový koncept Příloha č. 1 Název: Návykové látky získáno dne 4. srpna 2020 z [file:///C:/Users/dagma/Downloads/P%C5%99%C3%4-CO\\_D%C4%9ALAT,KDY%C5%BD-Navykovelatky%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/dagma/Downloads/P%C5%99%C3%4-CO_D%C4%9ALAT,KDY%C5%BD-Navykovelatky%20(2).pdf).

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

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

- Goodman, G., Stroh, M., & Valdez, A. (2012). Do attachment representations predict depression and anxiety in psychiatrically hospitalized prepubertal children? *Bulletin of the Menninger Clinic*, 76(3), 260–289. doi.org/10.1521/bumc.2012.76.3.260.
- Griffiths, M.D. (2016). Problem gambling and gambling addiction are not the same. *Journal of Addiction and Dependence*, 2(1), 1-3; doi: 10.15436/2471-061X.16.014.
- Grogan, S. (2000). *Body image: psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing.
- Hammen, C. (2009). Adolescent Depression: Stressful Interpersonal Contexts and Risk for Recurrence. *Current Directions in Psychological Science*, 18(4), 200–204. doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01636.x
- Health Behaviour in School-aged Children user survey. Získáno dne 15. listopadu 2019 z [http://www.Hbsc.upol.cz/download/tz\\_tz\\_hbsc\\_olomouc\\_2016.pdf](http://www.Hbsc.upol.cz/download/tz_tz_hbsc_olomouc_2016.pdf).
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Herman, E., & Doubek, P. (2008). *Deprese a stres*. Praha: Maxdorf.
- Hollý, M. (2017). *Tělesné příznaky úzkosti a deprese*. Získáno dne 3. července 2020 z <https://www.youtube.com/watch?v=AC5yNUpRk4Q>.
- Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., & Malá, E. et al. (2008) *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
- Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J. et al. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum.
- Hoskovec, J., Riegel, K., Rymeš, M., & Štikar, J. (2003). *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum.
- Hulánová, L. (2012). *Internetová kriminalita páchaná na dětech: psychologie internetové oběti, pachatele a kriminality*. Praha: Triton.
- Jackson, C. A., Henderson, M., Frank, J. W., & Haw, S. J. (2012). An overview of preventiv of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *Journal of Public Health*. 34 (1).i31 – i40. doi.org/10.1093/pubmed/fdr113.
- Jacobi, C., Paul, T., & Thiel, A. (2006). *Poruchy příjmu potravy: pokroky v psychoterapii*. Trenčín: Vydavatelství F.
- Jacobson, E. (1987). Progressive relaxation. *The American Journal of Psychology*, 100 (3), 522-537.

- Janíček, J. (2008). *Když úzkost bolí*. Praha: Portál.
- Janíček, J. (2020). *Život za zdí*. Praha: Portál.
- Jessor, R., & Jessor, S. (1977). *Problem behaviour and psychosocial development*. New York: Academic Press.
- Jones, G., & Moorhouse, A. (2010). *Jak získat psychickou odolnost*. Praha: Grada Publishing.
- Kaplan, H. I., & Saddock, B. J. (1998). *Synopsis of Psychiatry*. 8nd ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins 1998. 1401 s.
- Kast, V. (2010). *Imaginace jako prostor pro setkávání*. Praha: Portál.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J. & Merikangas, K. R. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69 (4), 372-308. Získáno dne 5. října 2019 z <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2470680>.
- Kocourková, J., & Kohoutek, J. (2002). Posuzování suicidálního rizika u dětí a adolescentů. *Československá psychologie*, 46(2), 178-183. Získáno dne 4. listopadu 2019 z <http://cspych.psu.cas.cz/archiv.php?from=170&to=575&what=3/2009>.
- Kolář, M. (2001). *Bolest šikanování*. Praha: Portál.
- Kopecký, K. (2011). *Úvod do problematiky netolismu*. Získáno 15. listopadu 2019 z [www.e-bezpeci.cz/index.php/rizikove-jevyspojene-s-online-komunikaci/dalsi-temata/331-uvod-do-problematiky-netolismu](http://www.e-bezpeci.cz/index.php/rizikove-jevyspojene-s-online-komunikaci/dalsi-temata/331-uvod-do-problematiky-netolismu).
- Kosová, J. (2010). Co opravdu funguje u úzkostných poruch: k terapeutickým kombinacím přidáme cvičení. *Psychiatrie pro praxi*. 11(1), 11-14.
- Koutek, J. (2008). Suicidalita u adolescentů - rizikové faktory a prevence rizikové faktory a prevence. Dětská psychiatrická klinika FN Motol a UK 2. LF, Praha *Pediatric pro Praxi*, 9(5), 302-304. Získáno dne 4. října 2019 z [https://www.solen.cz/artkey/ped-200805-0007\\_Suicidalita\\_u\\_adolescentu\\_.php](https://www.solen.cz/artkey/ped-200805-0007_Suicidalita_u_adolescentu_.php).
- Kovacs, M., Freinberg, T. L., Crouse-Novak, M. A., Paulauskas, S. L., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood. I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41(3), 229-237. doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01636.x.
- Krch, F. D. (2003). *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing.

- Krch, F. D., Csémy, L., & Drábková, H. (2004). Rizikové jídelní chování a postoje českých adolescentů. *Praktický lékař*, 9; 492-497.
- Krch, F. D. & Csémy, L. (2006). Rodinné koreláty depresivity v adolescenci. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102(3), 130-136.
- Krch, F. D., & Mičová, L. (2002). *Mentální anorexie: recepty, rady lékaře*. Praha: Portál.
- Kriegelová, M. (2008). *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2013). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada Publishing.
- Kucharská, A., & Májová, L. (2005). *Dětská kresba v psychologickém výzkumu*. Praha: UK.
- Kulhánek, J. (2015). Anorexie, bulimie, přejídání. *První info*. Získáno dne 7. listopadu z [www.idealni.cz/prvni-info-anorexie-bulimie-prejidani](http://www.idealni.cz/prvni-info-anorexie-bulimie-prejidani).
- Labáth, V. et al. (2001). *Riziková mládež*. Praha: Slon.
- Lahno, A. M., & Serra-Garcia, M. (2015). Peer effects in risk taking: Envy or conformity? *Journal of Risk and Uncertainty*, 50(1), 73–95. doi/abs/10.1111/1469-7610.00232.
- Lang, P. J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety. In Tuma, A. H., & Maser, J. D. (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (p. 131–170).
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Laštůvková, K. (2015). *Vztah mezi Locus of Control, rizikovým chováním a vybranými osobnostními charakteristikami žáků 8. a 9. tříd v Moravskoslezském kraji*. (Nepublikovaná diplomová práce) Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Lepík, F., Dolejš, M., Miovský, M., & Vacek, J. (2010). *Školní dotazníková studie o návykových látkách, dalších formách rizikového chování a pilotní studie o užívání těžkých látek na základních školách praktických: Karlovarský kraj*. Tišnov: Scan.
- Libigerová, E. (2005). Úzkostné poruchy v primární péči. *Postgraduální medicína*. 7: 66–72. Získáno dne 30. října 2019 z <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/uzkostne-poruchy-v-primarni-peci-165281/check-status/>.
- Lipárová, M. (2019). *Depresivita u adolescentů v psychosociálním kontextu*. (nepublikovaná postupová práce). Zlín: Univerzita Tomáše Bati.
- Lynch, A., Glod, C. A., & Fitzgerald, F. (2001). Psychopharmacologic treatment of adolescent depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(1), 41-47. doi/abs/10.1111/1469-7610.08795.

- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.
- Malá, E. (2004). *Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství*. Praha: Tigis.
- Malá, E. (2008). *Deprese*. Praha: Portál.
- Malá, E. (2013). Psychofarmaka v pedopsychiatrii. *Psychiatrická praxe* 2013; 14(3): 106-110.
- Matějček, Z. (1986). *Rodiče a děti*. Praha: Avicentrum.
- Mečíř, J. (1989). *Starosti s dospíváním*. Praha: Mona.
- Medina, J. (2012). *Pravidla mozku*. Praha: Bizbooks.
- Mendlínová, B. (2000). Trendy v experimentování a zneužívání návykových látek u dětí na ZŠ. *Pedagogika*, 50 (3), 256-271. Získáno dne 15. listopadu 2019 z [https://pages.pedf.cuni.cz/pedagogika/?attachment\\_id=2365&edmc=2365](https://pages.pedf.cuni.cz/pedagogika/?attachment_id=2365&edmc=2365).
- Medved'ová, L. (2002). Súvislosti premenných agresivity a zložiek depresie v ranej adolescencii. = Contexts of variables of aggressiveness and of components of depression in early adolescence. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 37(1), 3–11. Miller, N. E. (1941).
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. (2017). *Co dělat, když – intervence pedagoga: Rizikové chování ve školním prostředí – rámcový koncept*. Příloha č. 4 Alkohol u dětí školního věku. Získáno 16. září 2018 z <http://www.msmt.cz/>.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M., Trapoková, B., & Miovská, L. (2004). Názory a postoje k návykovým látkám a jejich užívání u žáků šestých tříd základních škol: metoda ohniskových skupin. *Adiktologie* 4 (3), 306-317. získáno dne 5. října 2019 z <https://www.adiktologie.cz/vyvoj-a-overeni-metodiky-evaluace-komunitniho-typu-primarne-preventivniho-programu-uzivani-navykovych-latek>.
- Miovský, M., Šťastná, L., & Řehan, V. (2004). Aktuální přehled stavu užívání konopných drog v České republice z perspektivy školních a celopopulačních studií. *Psychometrie*, 8, 3, 196-201.
- Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., & Novák, P. (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Tišnov: Sdružení SCAN.

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

Mohr, P. et al. (2017). *Klinická psychofarmakologie*. Maxdorf.

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

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

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

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

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

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

Orel, M. (2017). *Rizikové chování u adolescentů a impulzivita jako prediktor tohoto chování*. In Dolejš, M., & Orel, M. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

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

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

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

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

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

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

- Paulus, D., Vanwoerdena, S., Nortonb, P. J., & Sharpa, C. (2016). From neuroticism to anxiety: Examining unique contributions og tree transdiagnostic vulnerability factors. *Personality and Individual Differences*, 94 (3), 38 – 43. Získáno dne 8. září 2019 z <https://research.monash.edu/en/publications/from-neuroticism-to-anxiety>.
- Pavlová, B. (2010). *Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing.
- Pešková, V. (2018). *Už se nechci bát*. Praha: Fontána.
- Peterková, M. (2014). *Kurz duševní rovnováhy*. Praha: Portál.
- Petersen, A., Compas, B., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48(2), 155-168. doi/abs/10.1111/1469-7610.07854.
- Pleva, D. (2019). *Indikovaná prevence u žáků II. stupně ZŠ*. (Nepublikovaná magisterská práce). Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc.
- Pöthe, P. (2011). *Psychoterapie dítěte*: Grada Publishing.
- Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy*. Praha: Portál.
- Praško, J. (2012). *Jak zvládnout generalizovanou úzkostnou poruchu*. Praha: Galén.
- Praško, J., Vyskočilová, J., & Prašková, J. (2006). *Úzkost a obavy*. Praha: Portál.
- Praško, J. (2017). *Projevy úzkosti*. Získáno dne 15. června 2020 z <https://www.youtube.com/watch?v=0mxHLdfErLU&t=486s>.
- Praško, J., Buliková, B., & Sigmundová, Z. (2012). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén.
- Ptáček, R., & Kuželová, H. (2013). *Vývojová psychologie pro sociální práci*. Praha: MPSV ČR.
- Rao, U., Hammen, C., & Daley, S. E. (1999). Continuity of Depression During the Transition to Adulthood: A 5-Year Longitudinal Study of Young Women. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 8908-915. doi:10.1097/00004583-199907000-00022.
- Rastam, M. (1992). Anorexia nervosa in adolescence: premorbid problems and comorbidity. *Journal Americian Academy Child Adolescent Psychiatry*, 31: 819–829.
- Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing.

- Regenermelová, L. (2010). *Sebepoškozování - úleva od psychických problémů?*. Získáno 10. října 2019 z <https://dusevni-poruchy.zdrave.cz/sebeposkozovani/#comments>.
- Reinherz, H. Z., Paradis, A. G., Giaconia, R. M., Stashwick, C. K., & Fitzmaurice, G. (2003). Childhood and adolescent predictors of major depression in the transition to adulthood. *The American journal of psychiatry*, 160(12), 2141-2147. Získáno dne 7. září z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3134368/>.
- Richards, C. S., & O'Hara, M. W. (2014). *The Oxford handbook of depression and comorbidity*. New York: Oxford University Press.
- Rogge, J. (1999). *Dětské strachy a úzkosti*. Praha: Portál.
- Říčan, P., Janošová, P. (2010). *Jak na šikanu*. Praha: Grada Publishing.
- Říčan, P. (2014). *Cesta životem*. Praha: Portál.
- Řeřicha, R. (2019). *Šťěstí naproti*. Získáno dne 4. července 2020 z <https://stestinaproti.cz/tema-01a-kurz-prvni-pomoc-pri-uzkosti-panicke-atace-a-depresivni-nalade-nabidka/>.
- Sanci, L., Webb, M., & Hocking, J. (2018). Risk-taking behaviour in adolescents. *Australian Journal of generak practice*. doi: 10.31128/AJGP-07-18-4626.
- Schwarz, C., Wright, Ch., Shin, L. et al. (2001). Differential Amygdalar Response to Novel 9.Ft Newly Familiar Neutral Faces: A Functional MRI Probe Developed for Studying Inhibited Temperament. *Biological Psychology*; 53, 854-862.
- Seligman, M. (2013). *Naučený optimismus*. Praha: BETA Dobrovský.
- Seligman, M. (2014). *Vzkvétání*. Praha: Jan Melvil Publishing.
- Siegel, R., & Dickstein, D. (2006). Anxiety in Adolescence. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 3:1-16 · January 2012; doi: 10.2147/AHMT.S7597.
- Skopal, O. (2012). *Vztahy osobnostních charakteristik adolescentů s různými formami rizikového chování*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Skopal, O., Dolejš, M., & Suchá, J. (2014). *Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Skopal, O. (2016). *Agresivita u dospívajících v souvislosti s problematikou rizikového chování*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Smart, D., Vassallo, S., Sanson, A., & Dussuyer, I. (2004). Patterns of antisocial behavior from early adolescence to late adolescence. *Trends Issues in crime and criminal justice series*. No. 290. Australian Institute of Criminology.



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

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

Stackeová, D. (2011). *Relaxační techniky ve sportu*. Praha: Grada Publishing.

Suchá, J., & Dolejš, M. (2016). *Agresivita, depresivita, sebehodnocení a impulzivita u českých adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Suchá, J., Dolejš, M., Skopal, O., & Vavrysová, L. (2016). Míra impulzivity, úzkostnosti a agresivity u ne/rizikových studentů a studentek českých gymnázií. *Adiktologie*, 16(4), 320-328.

Svoboda, M., Humpolíček, P., & Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.

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

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

Šafářová, M. (2002). Rizikové chování v adolescenci. In Smékal, V., Macek, P. (Eds.), *Utváření a vývoj osobnosti. Psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister & Principal, 191-208.

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

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

Škála měření úzkosti a úzkostlivosti u dětí <http://www.nuv.cz/t/diagnostika/projekt-dis/skaly-mereni-uzkosti-a-uzkostlivosti-u-deti-revize-sad-r?highlightWords=%C5%A1ad>  
Získáno dne 27. července 2020.

Taylor, A. (200). Physical activity, anxiety and stress. In: Biddle, S., Fox, K., Boutcher, S., eds: *Physical activity and psychological wellbeing*. London: Routledge: 10–45.

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

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

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

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

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

Vacek, J. (2008). *Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách: Praha*. Tišnov: Sdružení SCAN.

Vacek, J., Šejvl, J., & Miovský, M. (2008). *Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách: Plzeň, 2008*. Závěrečná zpráva z výzkumu. Tišnov: Sdružení SCAN.

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

Vágnerová, M. (2017). *Vývoj dětské kresby a její diagnostické využití*. Praha: Raabe.

Vágnerová M., & Klégrová, J. (2008). *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Karolinum.

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

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

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

Vymětal, J. (2007). *Speciální psychoterapie*. Praha: Grada.

Weiss, S. J., Cohen, P., Fuller, C. J., & Shaffer, D. (2004). Substance Use, Suicidal Ideation and Attempts in Children and Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior: Vol. 34, No. 4*, pp. 408-420.

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

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

Yalom, I. (2003). *Chvála psychologie*. Praha: Portál.

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

## 13 Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Výskyt šikany u adolescentů ve věku 11 - 15 let

Tabulka č. 2: Výskyt šikany u adolescentů ve věku 11 - 15 let (průměr)

Tabulka č. 3: Počet úmrtí na vnější příčinu adolescentů (11 - 19 let) v letech 2011 až 2013

Tabulka č. 4: Výskyt záškoláctví u adolescentů ve věku 11 - 15 let

Tabulka č. 5: Rozložení respondentů dle ročníků

Tabulka č. 6: Rozložení respondentů dle věku

Tabulka č. 7: Věkový průměr v jednotlivých ročnících

Tabulka č. 8: Přehled účastníků individuálních rozhovorů dle jednotlivých ročníků

Tabulka č. 9: SUDS – průměr hrubých skóre v rodech

Tabulka č. 10: SUDS - průměr hrubých skóre v ročnících

Tabulka č. 11: SDDSS - průměr hrubých skóre v rodech

Tabulka č. 12: SDDSS - průměr hrubých skóre v ročnících

Tabulka č. 13: Výběr žáků z 6. ročníku

Tabulka č. 14: Výběr žáků ze 7. ročníku

Tabulka č. 15: Výběr žáků z 8. ročníku

Tabulka č. 16: Výběr žáků z 9. ročníku

Tabulka č. 17: Výběr žáků pro individuální rozhovory

Tabulka č. 18: Formy rizikového chování

Tabulka č. 19: Frekvence jednotlivých forem rizikového chování

Tabulka č. 20: Rozdělení respondentů do skupin

Tabulka č. 21: Srovnání forem rizikového chování u osobnostních rysů

## **14 Seznam grafů**

Graf č. 1: Rozložení respondentů podle rodu

Graf č. 2: Rozložení respondentů podle věku

Graf č. 3: Porovnání úzkostnosti podle rodu

Graf č. 4: Porovnání úzkostnosti, věk 11 let

Graf č. 5: Porovnání úzkostnosti, věk 12 let

Graf č. 6: Porovnání úzkostnosti, věk 13 let

Graf č. 7: Porovnání úzkostnosti, věk 14 let

Graf č. 8: Porovnání úzkostnosti, věk 15 let

Graf č. 9: Průměr hrubého skóru úzkostnosti podle rodu

Graf č. 10: Rozložení úzkostnosti, HS

Graf č. 11: Rozložení úzkostnosti, percentilový skór

Graf č. 12: Porovnání depresivity podle rodu

Graf č. 13: Porovnání depresivity, věk 11 let

Graf č. 14: Porovnání depresivity, věk 12 let

Graf č. 15: Porovnání depresivity, věk 13 let

Graf č. 16: Porovnání depresivity, věk 14 let

Graf č. 17: Porovnání depresivity, věk 15 let

Graf č. 18: Průměr hrubého skóru depresivity podle rodu

Graf č. 19: Rozložení depresivity, HS

Graf č. 20: Rozložení depresivity, percentilový skór

## **15 Seznam schémat**

Schéma č 1: Tradiční a moderní dělení období dospívání

Schéma č. 2: Symptomy deprese

Schéma č 3: Vymezení pojmu rizikové chování

## 16 Přílohy

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

### Abstrakt rigorózní práce

**Název práce:** Projevy rizikového chování úzkostných a depresivních žáků II. stupně ZŠ

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

**Počet stran:** 125

**Počet znaků:** 224 833

**Počet příloh:** 2

**Počet titulů použité literatury:** 195

Cílem předložené práce bylo zmapovat formy rizikového jednání a chování žáků II. stupně ZŠ, konkrétně těch, které se projevují u jedinců se zvýšenou mírou úzkostnosti či depresivity. Výzkumný projekt byl pojat jako pilotní implementace screeningového procesu jako předstupně individuálních rozhovorů s žáky. Vymezenými cíli bylo uskutečnit screening žáků za použití diagnostických metod a na základě analýzy dat následně identifikovat jedince, kteří vysoko skórovali v některé ze škál. Poté realizovat individuální rozhovory s těmito jedinci. Průzkumem jsme se snažili podat odpovědi na stanovené výzkumné otázky, jež se týkaly druhů rizikového chování, četnosti výskytu rizikových aktivit a souvislosti mezi úzkostností či depresivitou a rizikovým chováním. Pro získání výsledků byl zvolen kvalitativní design. První jeho etapa byla realizovaná na platformě dotazníkového šetření. Druhá etapa byla uskutečněna formou terénního výzkumu za pomoci metody individuálních polostrukturovaných rozhovorů. Základní soubor byl tvořen 173 jedinci, z něhož bylo vybráno 44 respondentů, pro individuální rozhovory. Na základě realizovaných rozhovorů bylo zjištěno, že spojitost mezi zkoumanými osobnostními rysy a rizikovým chováním je individuální. Při rozhovorech se objevili jedinci, kteří kombinovali několik forem rizikového chování, u jiných se projevila jen jedna. Stejně tak intenzita, frekvence a forma byly rozdílné u každého jednotlivce.

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

## **Abstract of thesis**

**Title:** Manifestations of the risky behavior of anxiety and depressive pupils of lower secondary school

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

**Number of pages:** 125

**Number of characters:** 224 833

**Number of appendixes:** 2

**Number of references:** 195

The aim of the submitted work was to map the forms of risky behaviour of pupils of lower secondary school, namely those manifested in individuals with an increased level of anxiety depressive. The research project was conceived as a pilot implementation of the screening process as a pre-stages of individual interviews with pupils. The defined objectives were to carry out screening of pupils using diagnostic methods and, based on data analysis, subsequently identify individuals who scored highly on one of the scales. Then carry out individual interviews with these individuals. Through the survey, we sought answers to established research questions concerning the types of risky behaviour, the frequency of risky activities and the link between anxiety or depression and risky behaviour. A qualitative design was chosen to obtain the results. The first stage was carried out on the platform of the questionnaire investigation. The second stage was carried out in the form of field research using the method of individual semi-structured interviews. The basic set consisted of 173 individuals, of which 44 respondents were selected, for individual interviews. Based on the interviews conducted, it was found that the link between the personality traits examined and the risky behaviour was individual. In interviews, individuals appeared who combined several forms of risky behavior, while others showed only one. Similarly, the intensity, frequency and form were different for each individual.

**Keywords:** adolescence, anxiety, depressiveness, risky behavior

Příloha č. 2: Přepis některých uskutečněných rozhovorů

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

Díky, že ses rozhodl se mnou mluvit.

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

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

*„Hmm, jsem na počítači.“*

A kromě toho, co ještě děláš?

*„Nic.“*

Jako vůbec nic, tomu se mi nechce věřit?

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

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

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

A co tě na těch hrách tak baví?

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



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

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

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

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

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

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

Kdy ses naposledy škrábnul?

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

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

Děkuji Ti, že jsi svolil k rozhovoru se mnou.

*„Jo, a o čem si chcete povídat?“*

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

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

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

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

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

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

A čím se bavíš, když jsi teda doma sám?

*„No hraju na počítači.“*

A kromě toho, co ještě děláš?

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

A potom jsi úplně v pohodě?

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

Jako je to možné?

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

Kolik takový tabák stojí?

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

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

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

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

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

A jak to přesně užíváš?

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

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

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

*„No.“*

Mě by zajímalo, co děláš ve svém volném čase?

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

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

*„Ale jo, někdy...“*

No a co děláš ve volném čase?

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

Takže máš i kamarády, chodíte někam spolu?

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

A chodíte někam spolu nebo děláte nějaké jiné aktivity?

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

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

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

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

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

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

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

*„Jo, v pohodě.“*

Chci se Tě zeptat, jak trávíš volný čas?

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

Je to doma tak hrozné?

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

A chtěla bys mi o tom něco říct?

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

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

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

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

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

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

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

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

*„Ano.“*

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

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

Na telefon?

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

Sleduješ nějaké lidi?

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

To asi vyžaduje hodně času, abys to všechno stihla?

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

A kdy ten telefon odkládáš?

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

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

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

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

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

No a co ti ostatní, mimo školu?

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

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

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

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

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

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

Chtěla bych se Tě zeptat, jak trávíš volný čas.

*„Jak kdy.“*

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

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

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

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

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

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

Jak se zklidníš?

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

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

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

A víš, jak se jmenují?

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



A mamky ty tabletky bere, na jaké potíže?

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

A ty teda bereš, které ty tabletky?

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

A jak často bereš ty tabletky?

*„Myslím, že tak tři za týden.“*

A není to někdy náhodou více?

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

A co ten volný čas, co děláš?

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

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

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

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

Tělocvik je předmět, který tě nebaví.

*„No.“*

Hmm.

*„No, já ho úplně nesnáším.“*

Nerada cvičíš nebo...

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

Aha...rozumím...

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

Co to znamená, když na ten tělocvik nejdu?

*„No, jako že nejdu někdy do školy.“*

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

*„No, je to pro mě tak lepší.“*

A co doma děláš?

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

S jakými pocity jdeš znovu do školy?

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

Ale to se může někdy provalit...

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

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

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

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

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