

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**VYBRANÉ SALUTOPROTEKTIVNÍ FAKTORY A DEPRESIVITA  
U ŽÁKŮ SEKUNDÁRNÍHO STUPNĚ VZDĚLÁVÁNÍ  
V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI**

SOME SALUTOPROTECTIVE FACTORS AND DEPRESSIVITY AMONG  
SECONDARY EDUCATION PUPILS IN MORAVIAN-SILESIA REGION



**Magisterská diplomová práce**

**Bc. Kateřina Laštůvková**

**Vedoucí práce**

**PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.**

Olomouc

2017

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma “Vybrané salutoprotektivní faktory a depresivita u žáků sekundárního stupně vzdělávání v Moravskoslezském kraji“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V .....dne .....

Podpis .....

„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.“

## PODĚKOVÁNÍ

Velké poděkování patří vedoucímu práce PhDr. Martinu Dolejšovi, Ph.D. za jeho odborné vedení, mnoho cenných rad a podnětů, za jeho ochotu a vstřícnost.

Děkuji mým rodičům za veškerou podporu při studiu a za to, že mi umožnili studovat vysněný obor. Děkuji svému bratrovi za to, že mi byl výborným příkladem.

Velké díky patří Veronice Keclíkové, bez které by tato práce vůbec nemohla vzniknout!

V neposlední řadě děkuji školám, pedagogům a všem respondentům, kteří se na studii podíleli.

## OBSAH

Úvod .....	3
1. Psychická odolnost dětí a adolescentů .....	4
1. 1. Úvod do problematiky psychické odolnosti: základní pojmy .....	4
1. 2. Psychická odolnost v dětství a dospívání .....	7
1. 3. Rozvoj a podpora psychické odolnosti u adolescentů .....	9
2. A. Antonovsky: salutogenetický model a sense of coherence .....	11
2. 1. Od patogeneze k salutogenezi .....	11
2. 2. Salutogenetický model .....	12
2. 3. Sense of coherence .....	14
2. 4. Shrnutí výzkumných poznatků o sense of coherence .....	15
3. J. B. Rotter: sociální teorie učení a locus of control .....	17
3. 1. Sociálně kognitivní perspektiva a sociální teorie učení .....	17
3. 2. Locus of control .....	18
3. 3. Shrnutí výzkumných poznatků o locus of control .....	19
4. Depresivita .....	20
4. 1. Depresivita jako osobnostní rys .....	21
4. 2. Deprese u dětí a adolescentů .....	23
4. 3. Suicidální chování a jeho specifika u adolescentů .....	26
4. 4. Praktická aplikace poznatků o suicidálním chování adolescentů .....	29
5. Metodologický rámec výzkumu .....	31
5. 1. Výzkumný problém, výzkumné otázky a výzkumné cíle .....	31
5. 2. Hypotézy .....	32
5. 3. Charakteristika výběrové populace .....	32
5. 4. Výběrový soubor .....	33
6. Metody .....	36
6. 1. Metody k měření locus of control (CNSIE, KMKB, IE-4) .....	37
6. 2. Škála Sense of Coherence (SOC 13) .....	39
6. 3. Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS) .....	40
7. Realizace výzkumu a sběr dat .....	41
7. 1. Pilotní studie .....	41
7. 2. Kontaktování škol, sběr dat a zpracování dat .....	42

7. 3. Etické aspekty studie .....	43
8. Výsledky .....	45
8. 1. Locus of control .....	45
8. 1. 1. Analýza metod k měření locus of control a rozložení proměnné LOC .....	45
8. 1. 2. Vztah locus of control s ostatními proměnnými .....	48
8. 2. Sense of coherence .....	54
8. 2. 1. Analýza metody SOC13 a rozložení proměnné SOC .....	54
8. 2. 2. Vztah sense of coherence s ostatními proměnnými .....	56
8. 3. Depresivita .....	59
8. 3. 1. Analýza metody SDDSS a rozložení proměnné depresivita .....	59
8. 3. 2. Vztah depresivity s ostatními proměnnými .....	61
8. 4. Vyjádření ke stanoveným hypotézám .....	63
9. Diskuze .....	64
10. Závěry .....	68
Souhrn	
Použité zdroje a literatura	
Abstrakt	
Seznam tabulek a grafů	
Přílohy	

<b>Příloha 1:</b>	Zadání magisterské diplomové práce
<b>Příloha 2:</b>	Úvodní strana testové baterie
<b>Příloha 3:</b>	Skórovací klíč k dotazníku CNSIE
<b>Příloha 4:</b>	Škála interního – externího místa kontroly (CNSIE)
<b>Příloha 5:</b>	Interní a externí místo kontroly – 4 (IE-4)
<b>Příloha 6:</b>	Překlad položky metody KMKB z anglického a německého jazyka
<b>Příloha 7:</b>	Krátká škála pro posouzení orientace locus of control v průzkumech populace (KMKB)
<b>Příloha 8:</b>	Žádost o spolupráci na výzkumné studii
<b>Příloha 9:</b>	Informace pro vedení školy k výzkumné studii
<b>Příloha 10:</b>	Histogramy normálního rozložení hrubých skóre a reziduí LOC (CNSIE, KMKB)
<b>Příloha 11:</b>	Ověření homoskedasticity proměnné LOC (CNSIE, KMKB)

## ÚVOD

Život je potenciaálně patologický. K tomu, abychom se s potenciaálními stresory vypořádali, nám pomáhá naše psychická odolnost. Adolescence je obdobím zvýšených nároků, zvýšeného počtu potenciaálních stresorů a zvýšené náchylnosti k depresivitě.

Výzkumů zaměřených na negativní stránky dospívání (zneužívání návykových látek, závislosti na počítačích a mobilech, rizikové chování, šikana apod.) je dnes celá řada a skutečně dokládají přítomnost těchto nežádoucích jevů v adolescenci. Domníváme se, že právě pro zvýšené riziko výskytu negativních projevů v adolescenci je důležité zkoumat i opak – pozitivní stránky adolescentů. Je zajímavé, že velká část adolescentů nedovolí, aby jejich experimentování v adolescenci zašlo až za hranice patologie. Jaké vnitřní zdroje jim v tom brání? A ještě důležitější je, jak to dobré a pozitivní můžeme rozvíjet a podporovat?

Částečně vycházíme z bakalářské diplomové práce, v níž jsme zkoumali vztah mezi locus of control, vybranými osobnostními charakteristikami a rizikovým chováním adolescentů. Diplomová práce vznikla ve spolupráci s Mgr. Vandou Zemanovou (doktorský projekt „*Diagnostika místa kontroly (locus of control) a jeho využití při práci s adolescenty ve věku 11-15 let (běžná populace, klienty NZDM)*“ na Katedře psychologie FF UP v Olomouci pod odborným vedením PhDr. Martina Dolejše, Ph.D.).

Spolupráce spočívala především ve společném vytvoření překladů dvou psychodiagnostických metod k měření locus of control, jež budou sloužit jako podklad pro vytvoření první české metody k měření locus of control. Standardizovaná česká verze psychodiagnostického nástroje k měření locus of control bude využitelná při práci s dětmi a adolescenty jak v poradenství, tak v psychoterapii.

# 1. PSYCHICKÁ ODOLNOST DĚTÍ A ADOLESCENTŮ

V následující kapitole nejprve vymezíme základní pojmy související s psychickou odolností. Poté se zaměříme na psychickou odolnost v dětství a dospívání – jaké zdroje resilience mají děti k dispozici? V závěru kapitoly se budeme věnovat stěžejními otázkami naší práce: Jak můžeme zlepšit, rozvinout, upevnit a podpořit psychickou odolnost dětí a adolescentů? Jak lze přenést teoretické a výzkumné poznatky o nezpochybnitelném vlivu psychické odolnosti do praktické práce s dětmi a dospívajícími?

## 1. 1. Úvod do problematiky psychické odolnosti: základní pojmy

V úvodu kapitoly definujeme předmět a stručnou historii vzniku disciplín, které se tématem psychické odolnosti a kladných stránek osobnosti v prevenci nemoci, zabývají nejvíce (mimo samotnou klinickou psychologii): psychologie zdraví a pozitivní psychologie. Dále vysvětlíme základní pojmy: vulnerabilita, resilience, psychická odolnost. Zmíníme nejvýznamnější koncepce psychické odolnosti, mimo koncepty sense of coherence a locus of control, kterými se podrobně věnujeme v jiných kapitolách.

**Psychologie zdraví** je speciální psychologická vědní disciplína, která vznikla v roce 1978, kdy APA ustanovila svou 38. divizi zvanou Psychologie zdraví (Health Psychology Division), v roce 1982 navíc začal vycházet časopis Health Psychology. Psychologie zdraví se zaměřuje na psychicky relativně zdravé lidi; na předcházení zdravotním těžkostem (zaměření na prevenci); jejím záměrem je udržování a posilování zdraví, podpora zdraví. Cílem psychologie zdraví je tedy budování teorie zdravého jednání a chování člověka a získávání solidních poznatků o tom, co naše zdraví posiluje a co mu škodí (Křivohlavý, 2001). **Pozitivní psychologie** se soustředí na kladné psychologické jevy, příznivé aspekty života a pozitivní stránky osobnosti. Reaguje tak na dosavadní převládající zaměření na negativní stránky lidské psychiky (rizikové chování, duševní onemocnění apod.) a doplňuje tak celkový obraz psychiky člověka (Slezáčková, 2010). Oficiálním počátkem disciplíny je setkání psychologů hlásících se k tomuto trendu v roce 1999 (Slezáčková, 2012). Mezi témata pozitivní psychologie patří například naděje, radost, odpouštění, láska, přátelství, moudrost, resilience a duševní pohoda (well-being) (Křivohlavý, 2010).

**Resilience (odolnost, nezdolnost, nezlomnost)** označuje v obecnějším smyslu osobnostní dispozice ovlivňující odolnost jedince vůči působícím stresorům, v užším smyslu jeden z druhů odolnosti. V dnešní době totiž existuje řada modelů a koncepcí psychické odolnosti.

Obecně lze říci, že všechny psychologické koncepce obsahující určité protektivní prvky ve vztahu k osobní pohodě a zdraví (Kebza, 2005). Pojem resilience a psychická odolnost lze používat jako synonyma (Kebza & Šolcová, 2008). Resilience označuje soubor osobnostních kompetencí spojených se zdravým vývojem a životním úspěchem. V podobě těchto osobnostních dispozic se resilience nejčastěji manifestuje ve čtyřech oblastech: (1) sociální kompetence; (2) řešení problémů; (3) autonomie; (4) pocit smyslu (Benard, 2004). Kebza a Šolcová (2008) považují resilienci za vícerozměrný jev podmíněný mnoha faktory čerpajících z osobnostních, sociálních a somatických zdrojů. Kebza (2005) uvádí nejznámější koncepce resilience: teorie kauzální atribuce, self-efficacy, hardiness, koncepce optimální zkušenosti, sense of coherence, locus of control a prvek kontroly obecně. Psychickou odolností ve smyslu sense of coherence a locus of control se zabýváme v následujících kapitolách, proto se na tomto místě budeme ve stručnosti věnovat zbyvajícím koncepcím.

**Vulnerabilita** (z lat. vulnero = ranit, ublížit, uškodit; anglicky vulnerability = zranitelnost) je protipólem resilience. Rovněž představuje významnou determinantu zdraví, individuální vulnerabilita se totiž uplatňuje v etiopatogenezi jakéhokoliv onemocnění. Rozlišujeme vulnerabilitu psychickou a biologickou. Z vývojového hlediska hovoříme o vulnerabilitě primární (konstituční), kterou člověk získává v prvních šesti měsících života, a sekundární, kterou získává v pozdějším období vývoje (Kebza, 2005). Koncepce trojí vulnerability (např. Barlow, 2000; 2002) rozlišuje: (1) obecnou biologickou vulnerabilitu, která má genetický podíl na rozvoji poruch; (2) obecnou psychologickou vulnerabilitu, kdy na rozvoj onemocnění mají vliv především subjektivní pocit snížení nebo dokonce absence kontroly nad situací, pesimistický atribuční styl a očekávání, že situace přichází neočekávaně, nekontrolovatelně. Je zřejmé, že všechny tyto prvky nacházíme právě v koncepci locus of control a v depresivním ladění osobnosti. (3) Specifická psychologická vulnerabilita představuje soubor raných zkušeností a informací o okolním světě zprostředkovaných pečujícími osobami, které utváří jedincův postoj a hodnocení sebe a světa.

**Atribuční procesy** znamenají vnímání kauzality a důsledky tohoto vnímání. Atribuce je subjektivní výklad jevů a událostí každodenního života tak, jak si jej vykládá sám jedinec. Zkoumání atribučních procesů dominovalo sociální psychologii v sedmdesátých a osmdesátých letech minulého století (Výrost & Slaměník, 2008). Teorie kauzální atribuce je spojena se jménem Fritze Heidera (1958), který rozdělil vnitřní a vnější lokalizaci příčin



jevů (vnitřní příčiny - charakteristiky aktérů události; vnější příčiny - charakteristiky prostředí, či jiní lidé). S tématem atribučních procesů se pojí celá řada sociálně psychologických témat, jež jsou zajiště velmi zajímavá, přesahují však rámec naší práce (Výrost & Slaměník, 2008; Nakonečný, 1999). Vnímání vždy souvisí s myšlením, správným či nesprávným (Nakonečný, 1999), z toho lze vyvodit praktické důsledky - jestliže si vše, co se kolem mě děje, vysvětluji stylem, "je to má vina, jsem k ničemu", osvojuji si nevhodný atribuční styl, pesimistický styl myšlení a z toho mi nebude dobře. Eliminace vlivu tzv. automatických myšlenek na depresivní ladění člověka je dnes jedním z prostředků terapie depresivních pacientů (Praško, Prašková & Prašková, 2003).

**Self-efficacy** zahrnuje základní důvěru v sebe sama a ve vlastní schopnosti (Bandura, 1997). Tento koncept zatím nemá jednoznačný překlad do českého jazyka, používají se termíny „vnímaná osobní zdatnost“, „sebeuplatnění“, „sebeúčinnost“. Slouží jako významný ochranný faktor (buffer) proti stresu, souvisí s kvalitou života, s úspěšným zvládnutím těžkostí a dalšími pro zdraví žádoucími proměnnými (Slezáčková, 2012).

Psychická odolnost ve smyslu **hardiness** (Kobasa, Maddi, & Khan, 1982) znamená souhrnnou osobnostní dispozici skládající se ze tří složek: (1) výzva (challenge; schopnost spatřovat v každodenních nárocích příležitosti a výzvy); (2) oddanost, odevzdání (commitment; ztotožnění se s něčím, zaujetí, věrnost sobě a svým zásadám); (3) kontrola (control; schopnost mít kontrolu nad vývojem událostí). Koncept byl široce přijat a navíc výzkumně potvrzen – prokázalo se, že osoby s vyšším hardiness jsou tělesně i psychicky zdravější (Slezáčková, 2012; Křivohlavý, 2001). Hardiness, stejně jako sense of coherence, navazuje na tradici humanistické a existenciální psychologie (Kebza, 2005).

Mihaly Csikszentmihalyi (1996) zavádí termín **flow** pro stav optimálního prožívání (optimal experience). Flow lze přeložit jako zaujetí, ponoření, splynutí s činností, nebo optimální prožívání a znamená opravdové prožívání současného okamžiku (Slezáčková, 2012). Frekvence prožívaných flow je pak ukazatelem šťastného a dobrého života. Fenomenologie štěstí obsahuje osm prvků: (1) činnost musí být dostatečně náročná a musí vyžadovat určitou dovednost, zároveň musí existovat šance ji úspěšně zvládnout; (2) k činnosti je potřeba intenzivní soustředění; (3) aktivita má jasně stanovený cíl; (4) v průběhu realizace činnosti dostává jedinec okamžitou zpětnou vazbu o míře své úspěšnosti; (5) činnost je vykonávána s velkým zaujetím, avšak bez zvláštní námahy, ze soustředěné mysli jsou vytlačeny starosti

běžného denního života; (6) jedinec zakouší pocit kontroly nad situací; (7) při splynutí s činností se vytrácí vědomí vlastního já; (8) v průběhu činnosti se objevuje změněné vnímání času – čas se jakoby zrychluje (Csikszentmihalyi, 1996). **Autotelickou osobnost** (autotelic personality; Csikszentmihalyi, 1996) lze chápat jako souhrn dispozic pro prožívání flow. Autotelická osobnost je zvědavá, vytrvalá, projevuje živý zájem o vše, co život nabízí (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002), je schopna přenastavit své uvažování a z potenciálně nepříjemné situace udělat situaci pro svůj osobnostní rozvoj a zdokonalení. Slezáčková (2012) uvádí příklad člověka náhle upoutaného nemocí na lůžko doma – na vzniklou situaci lze pohlížet jako na dobrou příležitost konečně dočíst všechny knihy vs. zaměřit se na to, co všechno kvůli nemoci nemohu dělat.

Vedle těchto již známých a dalo by se říci klasických koncepcí psychické odolnosti, se v posledních letech vynořují nové koncepty (Kebza & Šolcová, 2015). Například **flexibilita** (psychická flexibilita jako schopnost flexibilně přijímat své prožitky příjemné i nepříjemné, opakem je vyhýbání; Bond a kol., 2011) a **flourishing** (optimální rozvoj, osobní rozkvět; požadavky na život jsou realizovány v optimálním rozsahu možností individua, opakem je strádání, smutek; Keyes, 2014).

**Prvek kontroly** nad vývojem situace se v nějaké míře objevuje v mnoha koncepcích psychické odolnosti (Kebza, 2005), včetně těch nejrozšířenějších - sense of coherence, hardiness a locus of control. Je zřejmé, že teoretická základna koncepcí psychické odolnosti je bohatá a nacházíme zde řadu nosných poznatků. Stále se však nepodařilo tyto poznatky sjednotit do ucelené teorie resilience, či nalézt jejich společný základ (Kebza & Šolcová, 2015).

## **1. 2. Psychická odolnost v dětství a dospívání**

Resilience je schopnost člověka adaptovat se na nepříznivé či stresující události života, na život sám. Mírou úspěšnosti či neúspěšnosti resilientních mechanismů u dětí a dospívajících bývá splnění očekávaných vývojových úkolů (Křivohlavý, 2010). U dětí se resilience chápe spíše jako univerzální kapacita umožňující jedinci, skupině nebo komunitě předcházet, minimalizovat či překovat škodlivé účinky různých nepříznivých faktorů (Kebza, 2005).

Tab. č. 1: Souhrnný přehled zdrojů resilience dítěte

## PROTEKTIVNÍ FAKTORY DÍTĚTE - ZDROJE RESILIENCE

<i>V DÍTĚTI</i>	dobré kognitivní schopnosti (řešení problémů, pozornost)
	klidný temperament v dětství, adaptabilní osobnost v pozdějším věku
	kladný pohled na sebe sama a vysoké self-efficacy
	víra, smysluplnost života
	pozitivní pohled na svět
	smysl pro humor
	schopnost řízení emocionálního vzrušení a impulzů
	talenty, kterých si váží dítě i společnost
	příjemné vzezření a sociální přitažlivost vzhledu
	náklonnost, úzký vztah k lidem, kteří se o dítě starají
<i>V RODINĚ</i>	laskavá autorita, existence řádu, vřelé sociální vztahy v rodině
	pozitivní rodinné klima, malé množství nesrovnalostí mezi rodiči
	vyšší vzdělání rodičů (pomaturitní)
	aktivní zájem rodičů o vzdělávání dítěte
	dobrá socioekonomická úroveň rodiny
<i>V ŠIRŠÍCH SOCIÁLNÍCH VZTAZÍCH</i>	rodiče, kteří sami disponují vysokým počtem výše uvedených protektivních faktorů
	dobré vztahy dítěte ke kompetentním a prosociálně orientovaným lidem
	dobré vztahy dítěte k prosociálně orientovaným vrstevníkům
<i>V ŠIRŠÍM SOCIÁLNÍM SPOLEČENSTVÍ</i>	efektivní školy
	dobré vztahy k prosociálním organizacím (skaut, kluby apod.)
	vysoká míra veřejné bezpečnosti
	sousedství s dobrou úrovní spolupráce a kolektivní výkonnosti
	dobrá veřejná zdravotnictví, preventivní péče a pomoc lidem v krizových situacích

Zdroj: Masten & Reed (2002), upraveno.

Poměrně nové je zaměření výzkumníků na **odolnost rodiny (family resilience)** a rodinu obecně (rodinné prostředí - family environment; žádoucí normální stav fungování rodiny - family normality atp.). U nás se tématem rodinné resilience zabývá zejména Sobotková (2004) a Břicháček (2002). Břicháček (2002) charakterizuje rodinnou odolnost jako dynamickou rovnováhu mezi udržením funkcí rodiny v zátěžových situacích a kapacitou jednotlivých členů vzájemně se podporovat, komunikovat, vyrovnávat se s obtížemi. Rizikové faktory pro rodinnou resilienci jsou podle Břicháčka (2002) nízký socioekonomický status, chronicky působící negativní podmínky, traumatizující události a proměnlivost nároků současné společnosti. Rozpad primární rodiny je pro dítě bezesporu traumatizující událost (např. Langmeier & Matějček, 2011), navíc v dnešní době vysoké míry rozvodovosti to není nic neobvyklého. Z těchto důvodů jsme do úvodních položek testové baterie zařadili i otázku po úplnosti/neúplnosti rodiny dítěte.

### 1. 3. Rozvoj a podpora psychické odolnosti u adolescentů

Podobně, jako jsou rozmanité protektivní faktory dítěte, tak jsou obsáhlé i možnosti rozvíjení a podpory psychické odolnosti u adolescentů. Masten a Reed (2002) uvádějí oblasti, ve kterých lze pracovat na zvýšení psychické odolnosti dětí:

**(1) strategie zaměřené na snížení rizika a tlumení stresorů** - např. předcházet nízké porodní váze; zlepšování rodičovské péče; snižování negativních jevů jako je kouření, pití alkoholu u dospívajících; obecně snižování negativních jevů ve společnosti – kriminalita, bezdomovectví apod.,

**(2) strategie zaměřené na zlepšování aktiv dětí** – osobní učitel dítěte; organizování vhodných volnočasových aktivit pro děti; rekreační střediska pro děti,

**(3) strategie zaměřené na budování efektivních systémů adaptace** – budování self-efficacy; nácvik efektivních strategií zvládnutí; podpora bezpečných vztahů v rodině; vzájemné pomocné skupiny vrstevníků (u nás např. programy Pět P); povzbuzování přátelství dětí s prosociálně orientovanými lidmi (např. dětské tábory, skaut); podpora kulturních tradic, kde se děti setkávají s prosociálně orientovanými dospělými (např. náboženské, hudební, kulturní zvyky). Roli dospělých ve vztahu k dětem při zvyšování resilience podrobně rozpracovává např. Gilligan (2001).

První prožitky vlastní účinnosti zažívá již novorozenec při kontingentní reaktivitě, tedy konzistentní okamžité reakci pečující osoby na projevy dítěte (Langmeier & Krejčířová, 2006). Sarafino a Smith (2012) uvádějí některé způsoby zvýšení adaptivních copingových strategií u dětí. Vhodnou metodou snížení stresu je obecně lepší organizace svého světa (tím pádem získávání většího pocitu kontroly nad okolím), ať už metodou time management, behaviorální, kognitivní či informační kontrolou (tyto poznatky se mimo jiné používají při lékařských bolestivých zákrocích u dětí). Podstata výše zmíněných typů kontroly se dobře vysvětluje na příkladu lékařského zákroku. Tak behaviorální kontrola znamená, že když dítě ucítí bolest, sdělí to lékaři a ten na chvíli zákrok přeruší. Kognitivní kontrola znamená ovládání myšlenek při zákroku a jejich nasměrování na věci příjemné, či na přínos zákroku. Konečně informační kontrola představuje soubor informací, které pacient dostává o proceduře.

Kognitivní kontrolu lze trénovat různými typy relaxace či meditace, které zvyšují pocit sebekontroly a duševní odolnost, zlepšují schopnost sebeuvědomění a sebeovládání (Nešpor,

1998). Existuje celá řada jednoduchých tipů a návodů pro nácvik relaxace (např. Nešpor, 2016), pro menší děti například i autogenní trénink ve formě pohádek (Müller, 2010). Dalšími metodami jsou systematická desenzibilizace, biofeedback, modeling (pozorování), kognitivní restrukturalizace či přímo kognitivní terapie pro změnu maladaptivních myšlenkových vzorců užívané k léčbě depresí a úzkosti (Sarafino & Smith, 2012).

Konkrétní praktické tipy, jak zvýšit jednotlivé složky psychiky pomáhající k posílení psychické odolnosti (například zvýšení četnosti pozitivních emocí, častější prožívání zážitku flow, vytvoření tzv. pozitivní rodičovství) uvádí velmi čtivě ve své publikaci Slezáčková (2012). Pro udržení psychického zdraví, a tedy podporu salutorů, mezi které patří mimo jiné i locus of control či faktory sense of coherence, je v podstatě velmi snadný návod: zdravý životní styl. Hodně spánku, pravidelná fyzická aktivita, která člověka baví, vyvážená strava, udržování příjemných sociálních kontaktů a pokud možno omezení těch nepříjemných (Slezáčková, 2012; Křivohlavý, 2001).

Obecný návod pro rodiče, učitele a ostatní lidi pečující o děti, na to, jak zvýšit pocit kontroly dítěte, je následující: projevovat dítěti od samého začátku lásku a respekt; poskytnout mu stimuluující prostředí; dodávat mu kuráž tváří v tvář překážkám; přiměřeně poukazovat na jeho úspěchy; zároveň nastavit rozumné, tedy přiměřené požadavky na úspěchy dítěte a překážky prezentovat jako výzvy, nikoliv hrozby (Sarafino & Smith, 2012). Především poslední bod je myslím v současném českém školství značně opomíjen. Přitom právě školy a podobné organizace věnující se výchově a vzdělávání dětí mají unikátní příležitost učit je dobré věci pro jejich zdraví – zdravý životní styl, přístup k překážkám atp. Položme si otázku, zda naše školství učí děti vnímat překážky jako výzvy, nebo spíše jako hrozby?

Kapitolu o praktické stránce zvyšování psychické odolnosti u dětí a dospívajících nelze završit jinak než hrami. Hry po posílení psychické odolnosti lze bezesporu využít u menších dětí, při vhodném podání s nimi pochodíme i u adolescentů. Spoustu drobných her uvádí například Portmannová ve své knize Hry pro posílení psychické odolnosti (1999), nebo Hoskovcová (2006).

## 2. A. ANTONOVSKY: SALUTOGENETICKÝ MODEL A SENSE OF COHERENCE

Život je potencionálně patologický, neboť je přirozeně plný stresorů. Současnou dobu charakterizuje posun ve vnímání nemoci a zdraví směrem ke zdraví (Pelcák, 2013; Slezáčková, 2012). Tomuto pohledu předcházela dlouhá historie, kterou nastiňujeme v následující podkapitole. Vrcholem vývoje uvažování směrem ke zdraví je salutogenetický model Aarona Aronovského a sense of coherence jako odpověď na otázku: „Jak to, že lidé zůstávají zdraví?“ Salutogenetický model předkládá reformní pohled na zdraví a nemoc člověka. Zásadním přínosem salutogenetického modelu je, za prvé, odvrát od patogenetické dichotomie zdraví-nemoc a namísto toho chápání zdraví jako kontinua, za druhé soustředění pozornosti na zdroje zdraví namísto zdrojů nemoci. Oběma výše zmíněným fenoménům se podrobně věnujeme v následujících podkapitolách.

### 2. 1. Od patogeneze k salutogenezi

**Biomedicínské modely zdraví a nemoci** vycházely zejména z karteziánského dualismu a pojetí člověka jako „rozumného stroje“, kde lékař vystupuje jako „opravář stroje“. Tento přístup ke zdraví a nemoci je charakteristický preferencí výhradně biologických, příčinných faktorů při vzniku onemocnění; tělo a duši vnímá odděleně a pozornost věnuje především somatické stránce zdraví (psychiku do značné míry ignoruje); prvořadým zájmem je nemoc, zdraví bere jako samozřejmost ve smyslu opačného stavu k nemoci; nemoc je do značné míry nezávislá na psychických a sociálních faktorech; snaží se o popis nosologických jednotek s charakteristickou etiologií; nepodporuje prevenci a posilování zdraví ani individuální zodpovědnost za zdraví (Křivohlavý, 1999). Biomedicínský model selhává při hledání kauzálního činitele u nemocí, které nejsou způsobeny vnějšími činiteli a dále u nemocí, jejichž příčinu nelze nalézt v dědičnosti (Pelcák, 2013). Nelze mu však upřít zásadní zásluhu na snížení úmrtnosti a na zlepšení úrovně morbidit v posledních letech (Křivohlavý, 1999).

**Behaviorální medicína** rozšiřuje klasický medicínský model o psychosomatické aspekty, je to multidisciplinární obor, který klade důraz na interakci biologických a behaviorálních faktorů v etiologii onemocnění a při jeho léčbě. **Psychosomatická medicína** chápe fyzickou a psychickou stránku jako dva propojené systémy (Poněšický, 2002).

Pro rozvoj moderního medicínského myšlení měla velký význam **definice zdraví WHO** z roku 1946. Zdraví je podle WHO chápáno jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady (Křivohlavý, 2001). Přes některé námitky proti této definici (například její prakticky nedosažitelnou ideálnost), se stala výrazným podnětem pro rozpoutání mezioborové diskuse o zdraví a nemoci. Překonala totiž tradiční biologizující pojetí zdraví jako absence nemoci, slabosti, nebo dysfunkce; klade důraz na různé dimenze zdraví (ne jen fyzické komponenty); upozorňuje na význam duševního zdraví a subjektivního prožívání a na sociální vlivy (Pelcák, 2013).

V roce 1977 George Engel uvádí svůj známý článek, kde navrhuje alternativu k dosud převládajícímu biomedicínskému přístupu k nemocným – **biopsychosociální přístup**. Hlavní myšlenkou je, že k pomoci nemocnému je potřeba působit zároveň na biologickou stránku nemoci, psychologickou stránku i sociální aspekty (Engel, 1977). Engel nepopíral přínosy biomedicínského přínosu, kritizoval však narůstající dehumanizaci zdravotnické péče. Namítal proti striktnímu dualismu duše vs. tělo, namísto toho dokazuje, že se navzájem ovlivňují. Chladný, redukcionistický biomedicínský přístup znamená v praxi zanedbání, opomenutí, nedostatek péče věnované subjektivní stránce utrpení člověka v nemoci (Engel, 1980). Ani biopsychosociální model však nepřekonal veškeré nedostatky patogenetického modelu zdraví a nemoci (Antonovsky, 1990).

Změna paradigmatu v medicíně analogicky probíhala i v psychologii. Trend zanedbávání pozitivních témat je nahrazován orientací na salutogenezi (Pelcák, 2013). Dokladem tohoto obratu může být například množství konceptů osobnostní nezdolnosti (viz kap. 1. 1.), zkoumání copingových strategií a jejich vlivu na zdraví a v neposlední řadě vznik nových psychologických disciplín: psychologie zdraví a pozitivní psychologie.

## **2. 2. Salutogenetický model**

Izraelsko-americký sociolog Aaron Antonovsky zavádí nový pojem **salutogeneze** (z lat. salus = zdraví, z řeckého genesis = původ, zdroj, vznik), kterou definuje jako zdroje, základy zdraví (Antonovsky, 1979). Podstatou salutogenetického přístupu je obrácení pozornosti od nemoci ke zdraví. Patogenetický model se ptá: Proč jedince postihla tato konkrétní patologie? Salutogenetický model se ptá: Jak lidé zůstávají zdraví? Co posouvá člověka na kontinuu zdraví-nemoc směrem ke zdraví? (Antonovsky, 1979). Patogenetický model je

bezesporu nezbytný pro pochopení vzniku a vývoje nemoci, salutogenetický model potřebujeme pro pochopení rozvoje a udržování zdraví (Suominen & Lindström, 2008).

Salutogenetická orientace spočívá v nahlížení zdraví jako kontinua, od pocitu dobrého zdraví (well-being) k pocitu nemoci (Antonovsky, 1987). Zdraví je v tomto kontextu chápáno jako komplexní kvalita života člověka, která odráží kontinuální podstatu procesu zdraví a nemoci v biodromálním vývoji jedince. Aktuální zdravotní stav jedince může být vyjádřen v každém okamžiku života pozicí na kontinuu zdraví-nemoc. Zdraví a nemoc chápe jako dynamický proces, chaotickou nerovnováhu. Salutogeneze sleduje aktivní zdraví, well-being, wellness, kvalitu života. Podporuje a posiluje zdraví, snaží se stimulovat procesy sebeuzdravení. Vyzdvihává aktivní úlohu a zodpovědnost jedince v prevenci a podpoře zdraví, svobodu volby a hledání smyslu v nepříznivých situacích v životě. Zásadními tématy jsou dále proaktivní zvládnání stresu a posttraumatický rozvoj osobnosti (Pelcák, 2013).

Salutogeneze spočívá ve zkoumání zdrojů zvládnání (coping) namísto zaměření na stresory. Důsledky působení stresorů nejsou nahlíženy automaticky jako patogeny, ale jako možný zdroj růstu, možné ozdravné faktory. Pro salutogenetickou orientaci je typické, že hledá veškeré zdroje, které člověku usnadňují adaptaci na prostředí (generalizované zdroje osobnosti, viz dále) (Antonovsky, 1987) a zaměřuje se na faktory, které podporují subjektivní pohodu a zdraví člověka (Pelcák, 2013).

**Generalizované zdroje osobnosti (generalized resistance resources, GRRs, salutary)** jsou všeobecné zdroje člověka, které usnadňují adaptaci na prostředí, pomáhají úspěšně se vypořádat se stresem (Antonovsky, 1990). Patří sem vnitřní zdroje člověka a zdroje zvládnání ze sociálního prostředí. Jedná se o všeobecné zdroje odolnosti (fyzické, biochemické, materiální, kognitivní, emoční, hodnotově-postojové, interpersonální, makrosociokulturní charakteristiky) jednotlivce, nebo jeho primární skupiny, subkultury a společnosti. Tyto zdroje se při setkání se stresem projevují dvěma způsoby: (1) vyhnutím se stresoru; (2) odporem vůči různě široké škále stresorů. Generalizované zdroje osobnosti tak brání tomu, aby se potenciaální stresory přetransformovaly automaticky ve stres. Každý jedinec mobilizuje své zdroje s cílem zvládnout stres a překonat patogenní vlivy každodenních podnětů a nároků (Pelcák, 2013).

Lidé, kteří mají dobře vyvinuté GRRs a umějí je využívat, mají vyvinuté i silné sense of coherence. Klíčové přitom není to, jaké zdroje jsou přítomné, ale schopnost tyto zdroje skutečně využít k potřebnému účelu (Suominen & Lindström, 2008). Antonovsky se



neuspokojil nalezením generalizovaných zdrojů osobnosti, ale pátral dále po tom, co mají tyto zdroje společného. Čím to, že pomáhají jedinci posouvat se směrem ke zdraví? Odpovědí na tyto otázky je koncept sense of coherence (Antonovsky, 1990).

### 2. 3. Sense of coherence

Vytvoření reformního salutogenetického modelu a konceptu sense of coherence předcházela dlouhá cesta, jenž autor popisuje ve svých knihách (Antonovsky, 1979; 1987). Jedním z klíčových zjištění pro vytvoření nové koncepce bylo objevení 29% žen, které přežily držení v koncentračním táboře za druhé světové války bez známek závažných emocionálních škod (Antonovsky, 1990). Při porovnávání dvou skupin lidí, kteří se vrátili z koncentračních táborů (1) bez závažnějších problémů, (2) s následky, které oslabovaly schopnost dále zvládat běžné problémy (Křivohlavý, 2006), resp. při zkoumání generalizovaných zdrojů osobnosti, objevil Antonovsky (1990) jejich tři společné znaky:

1. Comprehensibility (srozumitelnost, porozumění situaci) – kognitivní složka. Pocit, že podněty z okolí dávají smysl, mají nějaký řád, jsou pochopitelné a předvídatelné; „rozumím“.
2. Manageability (zvládnutelnost, ovladatelnost, říditelnost dění) – konativní složka. Důvěra v to, že člověk má přístup ke zdrojům zvládnutí stresorů (buď je má jedinec přímo sám k dispozici, nebo jimi disponuje osoba, které může důvěřovat), a tak může stresory překonat; „zvládnou“.
3. Meaningfulness (smysluplnost) – motivační složka. To, že jedinec chápe stresory a věří, že je může zvládnout, ještě nestačí. Chybí důležitá část, a to, že člověk chce bojovat. Stresory mohou být extrémně bolestivé (např. úmrtí blízkého člověka), proto je nezbytný motivační element „chci bojovat“.

Tyto tři dimenze tvoří koncept sense of coherence, každá z nich má svůj pozitivní a negativní pól (Slezáčková, 2012). **Sense of coherence** (dále používána zkratka SOC) je specifický způsob nahlížení na život s jeho přirozenými strastmi a překážkami, jako na život pochopitelný, zvládnutelný a smysluplný (Antonovsky, 1990). Pojem je do češtiny často překládán jako „smysl pro soudržnost“ (např. Kebza, 2005; Slezáčková, 2012). Je definován jako globální orientace, která vyjadřuje, do jaké míry má jedinec vše prostupující, trvalý pocit důvěry, že: (1) podněty vnitřního a vnějšího prostředí jsou strukturované, předvídatelné

a vysvětlitelné (comprehensibility); (2) zdroje ke zvládnutí požadavků, které na jedince kladou tyto stresory, jsou jedinci dostupné (manageability); (3) tyto požadavky, které stresory kladou na jedince, jsou vnímány jako výzvy, k jejich překonání stojí za to investovat a bojovat (meaningfulness) (Antonovsky, 1987). Sense of coherence je odpovědí na salutogenetické otázky: Jak lidé zůstávají zdraví? Co posouvá lidi na kontinuu zdraví-nemoc směrem ke zdraví? Hypotéza je pak jasná: čím silnější má jedinec sense of coherence, tím úspěšněji se bude vypořádávat se životními stresory (Antonovsky, 1990).

K zachycení míry sense of coherence byla vytvořena Škála sense of coherence (Sense of Coherence Scale; Antonovsky, 1987), originální verze má dvě varianty: delší, 29-ti položkovou, a kratší 13-ti položkovou. Jedná se o multidimenzionální škálu obsahující faktory srozumitelnost, zvládnutelnost, smysluplnost, která zachycuje respondentův pohled na život, vnímání stresových situací a schopnost využívání GRRs pro udržení a zlepšení svého zdraví. Sense of coherence je validní a reliabilní nástroj k měření zdraví, průměrný SOC se navíc zdá být neměnný napříč kulturami (Eriksson & Lindström, 2006). K originálním škálám byly brzy přidány další specifické nástroje: například 9-ti položková verze Sense of Coherence Scale, existují dokonce více či méně úspěšné pokusy o úspornou tří položkovou verzi škály (např. Brief Assessment of Sense of Coherence, BASOC; Schumann, Hapke, Meyer, Rumpf, & John, 2003; Lundberg & Nystrom, 1995), věkově specifické škály pro děti (Child SOC; například Koukola, 2000), či pro měření SOC rodiny (Antonovsky & Sourani, 1988). Bližší informace o konstrukci škály a konkrétní metodologické proporce škály uvádíme v kapitole 6. 2.

## **2. 4. Shrnutí výzkumných poznatků o sense of coherence**

V následující podkapitole se budeme věnovat přehledu dosavadních výzkumů týkajících se sense of coherence. Oblasti, které nás vzhledem k našemu výzkumnému problému zajímají, lze pro přehlednost shrnout do dvou okruhů. Prvním okruhem našeho zájmu je obecný vztah sense of coherence a zdraví – má SOC skutečně pozitivní vliv na zdraví? S tím související vztah sense of coherence a locus of control a vzájemný vztah sense of coherence a deprese/depresivita. Druhou oblastí jsou pak faktory ovlivňující sílu/slabost SOC – jak lze posílit SOC? Které faktory jej naopak oslabují, a tím oslabují schopnost úspěšné adaptace na životní nároky? Doložením řady výzkumů zodpovíme na výše položené otázky.

Podle shrnutí výsledků relevantních výzkumů z let 1992-2003 (458 vědeckých publikací a 13 doktorských prací z celého světa), sense of coherence má zásadní vliv na celkové zdraví člověka, především na zdraví duševní (Eriksson & Lindström, 2006). SOC má moderující a mediátorský efekt na vnímané zdraví a kvalitu života (čím silnější SOC, tím lepší vnímaná kvalita a zdraví) a posiluje resilienci. Pozitivní vliv silného SOC je zřejmý především pro vnímané duševní zdraví, vztah k fyzickému zdraví je složitější a ovlivňuje ho méně než to duševní (Eriksson, 2007). Otázkou zůstává schopnost SOC predikovat zdraví. Některé studie dokládají úspěšnou predikci na základě SOC (např. Jeges & Varga, 2006; Suominen, Helenius, Blomberg et al., 2001; Ristner, Andersson, Johansson et al., 2000; Poppius, Tenkanen, Hakama et al., 2003), jiné ji nepotvrzují (např. Kivimäki, Feldt, Vahtera et al., 2000).

Při prokázaném pozitivním vztahu SOC a duševního zdraví nás nepřekvapí, že pozitivně koreluje s jednotlivými pozitivními dimenzemi duševního zdraví, jako je optimismus, hardiness, interní locus of control (např. Johnson, 2004), self-esteem a self-efficacy (Erikson, 2007). Negativně koreluje s anxiétou, vztekem, hostilitou, bezmocností, depresivitou (Erikson, 2007), s posttraumatickou stresovou poruchou (Ferrajão & Oliveira, 2016) a syndromem vyhoření (Škodová & Bánovčinová, 2011; Škodová & Lajčiaková, 2015). Sense of coherence má silný negativní vztah ke vnímané depresi - čím silnější SOC, tím menší jsou subjektivně zažívané symptomy deprese (Erikson, 2007). Čím silnější sense of coherence, tím méně je člověk depresivní (např. Anyfantakis et al., 2015; Pillay et al., 2014; Erikson, 2007).

Antonovsky (1990), s ohledem na své sociologické zaměření, udává jako nejvýznamnější činitel síly SOC sociální prostředí. Je jisté, že člověk, který je potomkem ilegálních imigrantů bude mít na své cestě životem pravděpodobně více stresorů, které musí překonat, než úspěšný realitní makléř ze střední vrstvy. Sense of coherence je silně ovlivněno psycho-emocionálními faktory (vztah s partnerem, sociální podpora, kvalita práce, životní podmínky v dětství) (Volanen, Lahelma, Silventoinen, & Suominen, 2004), pozitivně ovlivňuje celkovou kvalitu života, navíc ji s úspěšností predikuje (Eriksson & Lindström, 2007).

### 3. J. B. ROTTER: SOCIÁLNÍ TEORIE UČENÍ A LOCUS OF CONTROL

Julien B. Rotter patří mezi hlavní představitele sociálně kognitivního přístupu v psychologii osobnosti. Tento přístup je vedle psychoanalytického, humanisticko-existenciálního, rysového, případně integrujícího, jedním z hlavních přístupů v psychologii osobnosti. Mezi další představitele sociálně kognitivní perspektivy patří Albert Bandura, Rotterův student Walter Michel nebo Martin Seligman (Cakirpaloglu, 2012). V porovnání s ostatními směry psychologie osobnosti představila sociálně kognitivní perspektiva nový a kreativní pohled na osobnost, kterou pojmají jako výsledek interakce mezi vnitřními faktory na straně jedince a vnějšími faktory na straně prostředí a situace. Obecný psychologický princip recipročního determinismu osobnosti a prostředí otevřel nové obzory uvažování o osobnosti (oproti často jednostranně zaměřeným směrům na vnitřní determinanty osobnosti a chování - např. psychoanalýza, či naopak na vnější determinanty – behaviorismus) (Hall & Lindzey, 1985). Představitelé tohoto směru dokázali navíc zdárně převést své teoretické myšlenky do experimentální roviny (Hall & Lindzey, 1985). Důkazem je mimo jiné Rotterův koncept locus of control, který se stal jednou z nejlépe studovaných osobnostních proměnných nejen v rámci psychologie, ale i v ostatním humanitních vědách (Rotter, 1989). Teoretické podloží konceptu locus of control a výzkumně získané poznatky především o vztahu locus of control a duševního zdraví s důrazem na depresivitu, uvádíme v následující kapitole.

#### 3. 1. Sociálně kognitivní perspektiva a sociální teorie učení

Koncept locus of control vzešel z teoretického rámce sociální teorie učení, která spojuje behaviorální, kognitivní a sociální perspektivu v psychologii (Rotter, 1954). Sociálně kognitivní perspektiva je jedním z hlavních přístupů v psychologii osobnosti. Zásadním přínosem perspektivy je chápání osobnosti jako výsledku interakce mezi vnitřními faktory - člověkem (myšlení, emoce, chování) a vnějšími faktory - prostředím a situací. Emoce a myšlení mají výrazný vliv především na to, že z objektivní situace činí subjektivní prožitek, výsledkem je pak chování osobnosti (Cakirpaloglu, 2012).

Stěžejní pojmy Rotterovy teorie sociálního učení jsou: **generalizovaná očekávání, posílení, chování, psychologické situace** (Rotter, 1975; Allen, 1997). Očekávání je

pravděpodobnost, že se objeví určité posílení jako důsledek typu chování ve specifické situaci/souboru situací. Generalizované očekávání (generalized expectancies) je očekávání, které má člověk vůči řadě podobných situací. Mezi generalizované očekávání patří například locus of control (viz dále) nebo interpersonální důvěra. Pojmem posílení (reinforcement) Rotter označuje cokoli, co má vliv na výskyt, směr či druh chování. Hodnota posílení představuje stupeň preference toho, aby se objevilo určité posílení v situaci, kdy jsou stejné možnosti výskytu mnoha posílení. Jinak řečeno, na kolik jedinec preferuje určitý typ posílení v situaci, kdy může získat zároveň všechna ostatní posílení. Termín psychologická situace (psychological situation) označuje fakt, že člověk vnímá a interpretuje objektivní situaci svým typickým způsobem, i když ostatní to mohou mít jinak (poslech klasické hudby je pro jednoho zábava, pro jiného ztráta času) (Allen, 1997).

Rotter sám popisuje svou teorii jako „*molární teorii osobnosti, která se pokouší postihnout komplexnost lidského chování bez toho, aby se vzdala cíle využívat operacionálně definovatelné konstrukty a empiricky testovatelné hypotézy*“ (Rotter, 1975, 57). Teorie sociálního učení je svým způsobem průkopnická, a to ve smyslu poukázání na fakt, že pro vysvětlení lidského chování je nedostatečné uvažovat pouze o vlivu vnitřních faktorů, ale že je nutné počítat i s vnější situací, neboť lidské chování je multideterminované (Allen, 1997).

Pro lepší pochopení přínosu perspektivy je vhodné zmínit **princip reciproční determinace**. Jedná se o obecnější psychologickou zásadu, která znamená neustálou interakci mezi osobností a prostředím: člověk si na základě své osobnosti aktivně volí své prostředí (přátele, aktivity, zájmy apod.), ty pak zpětně ovlivňují jeho osobnost (Cakirpaloglu, 2012). Jedná se tedy o nepřetržitý proces reciproční interakce mezi osobou, jejím chováním a externím prostředím (Hall & Lindzey, 1985). Ačkoliv se perspektiva velmi inspirovala poznatky behaviorismu, nepřebírá jeho dogmata bez výhrady. Na rozdíl od behavioristického pohledu prostředí nepůsobí na člověka neomezeně, ale člověk sám utváří své prostředí. Vnitřní faktory osobnosti, jako jsou vrozené a nevědomé dispozice, rovněž nedeterminují člověka absolutně: jsou ovlivňovány vnějšími vlivy prostředí a situace (Cakirpaloglu, 2012).

### **3. 2. Locus of control**

Locus of control (dále používána zkratka LOC) je subjektivní pocit kontroly jedince nad

důsledky jeho chování. Lze jej chápat jako osobnostní charakteristiku člověka, jejíž míra se pohybuje na škále internalita-externalita. V důsledku individuálních zkušeností se jedinec přiblíží na škále internalita-externalita k jedné z dimenzí. Toto všeobecné nastavení pak ovlivňuje nejen jeho atribuci, ale i jeho rozhodování, vystupování a další oblasti jeho života. Lidé s interním místem kontroly (internalisté) vnímají události jako důsledky svého vlastního chování, nebo svých schopností, vlastností. Oproti tomu člověk s externím místem kontroly (externalista) nemá pocit kauzálnosti svého chování a následných událostí. Při interpretaci důsledků událostí se internalista spokojí s vysvětlením svého vlastního vlivu, svých schopností a činů, externalista se častěji odvolá na zásah zvenčí, na osud, štěstěnu apod. (Rotter, 1966).

Locus of control je významným činitelem v procesu sociálního učení, doplňuje jej totiž o subjektivní vnímání vlivu vlastního chování na posílení (Rotter, 1966). Původní název této osobnostní proměnné byl „internal versus external control of reinforcement“ - interní versus externí kontrola posílení (Rotter, 1966), často je však zkracován na locus of control (např. Rotter, 1975; Lefcourt, 1966 a další). Locus of control je silně ovlivněno situací a očekáváním člověka. Nejedná se tedy o bezpodmínečně stálý osobnostní rys, i když je to bezpochyby interindividuální faktor, ve kterém se lidé liší. Rotter sám zdůrazňuje, že se nejedná o osobnostní typ (Rotter, 1990), ale o kontinuum, na němž mohou být lidé rozděleni, jež bude kolísat v závislosti na čase a rozličnosti situace (Allen, 1997).

### **3. 3. Shrnutí výzkumných poznatků o locus of control**

Locus of control je věkově nestabilní. Některé výzkumy dokazují změny v LOC v závislosti na věku – čím starší jsme, tím více interní je locus of control, jedná se především o období dětství a adolescence (např. Gilmore, 1978; Tamayo, 1993), obecně lze říci, že potřeba ovládat svůj vlastní život v adolescenci narůstá (Macek, 2003). Některé výzkumy naopak poukazují na pokles internality po 60-65 letech věku (např. Bradley & Webb, 1976; Hale & Cochran, 1986). Obecný vzorec změny LOC v průběhu vývoje člověka je vzrůstající interní locus of control v adolescenci, relativně stabilní locus of control během dospělého věku a postupné snižování internality locus of control po 50. roce věku (Baltes & Baltes, 2014).

Vliv pohlaví na umístění locus of control není jednoznačně prokázán, výzkumy nacházejí

odlišné výsledky - signifikantně nevýznamné rozdíly mezi pohlavími (např. Kuther & Fordham, 1998), nebo častější internalitu mužů a externalitu žen (Brabander & Boone, 1990). Do vztahu LOC a pohlaví zasahují sociokulturní a geografické vlivy (Rotter, 1966; Hochreich, 1975).

Ačkoli Rotter (1966) původně netvrdil, že je jeden z pólů interní - externí locus of control horší nebo lepší, výzkumy vztahu locus of control a mnoha aspektů duševního zdraví donutili autora k opětovnému zvážení možného negativního vlivu převažující externí orientace. Kategorizace na interní/externí locus of control je relativně stabilní v čase (Kebza, 2005). Locus of control se ukázal jako reliabilní a validní osobnostní proměnná. Internalisté popisují sebe sama přívsky jako aktivní, úspěšný, mocný, nezávislý, efektivní, dosahující svých cílů (Hersch & Scheibe, 1967). Ve studiích se opakovaně potvrzuje, že internalita je více spojena s úspěchem a s lepším sociálním přizpůsobením (Hersch & Scheibe, 1967), s větší osobní pohodou (well-being) (Šolcová & Kebza, 2005). Externalisté jsou úzkostnější (Laštůvková, 2015; Ray & Katahn, 1968; Li & Chung, 2009). Externí locus of control se častěji objevuje u pacientů s depresí (Yu & Fan, 2016; Raffle & Jeyavel, 2016; Benassi, Sweeney, & Dufour, 1988; Phillips, 1980).

Vnitřní locus of control umožňuje zaujímat aktivní, samostatný, sebevědomý a účelný styl zvládnání náročných životních situací (Kebza, 2005), souvisí s aktivními strategiemi zvládnání zátěžových situací (Medved'ová, 1996), má protektivní účinek ve zvládnání stresu (Luthar, 1991). Externí locus of control naopak pozitivně koreluje s pasivními strategiemi zvládnání zátěže, bezradností, vzdáváním se, a také s větším výskytem problémů (Hanzlová & Macek, 2009). Interní locus of control negativně koreluje s kouřením, zneužíváním alkoholu, drog a nejvíce s fyzickou neaktivitou (Kim, 2011). Křivohlavý (2001) uvádí interní locus of control mezi hlavními salutory. Allen (1997) označuje extrémní externalitu jako vážný psychologický handicap.

#### 4. DEPRESIVITA

V následující kapitole se budeme pohybovat na hraně mezi popisem normální, zdravé afektivity a psychopatologie. Nejprve se budeme věnovat depresivitě jako osobnostnímu rysu člověka a pesimismu, a to alespoň ve stručném teoretickém rámci emocí obecně. Přes

pochopení normální nálady jako emočního nastavení člověka se dostaneme až k vymezení patické nálady a jejích hlavních charakteristik. Přechod od zdraví k patologicky smutné náladě završíme v podkapitole o depresi, kde se budeme zabývat jak obecným zařazením deprese jako diagnostické jednotky MKN-10, tak jejími hlavními příznaky. Pro účely a cíle naší práce se dále podrobně zaměříme na specifické projevy deprese u dětí a adolescentů, věnovat se budeme podrobně i tématu suicidálního chování u adolescentů. Hlavním účelem celé kapitoly je převedení teoretických poznatků o depresivitě jako osobnostním rysu, depresi jako psychiatrickém onemocnění, suicidalitě, a v neposlední řadě o specifických projevech deprese a suicidálního chování u adolescentů, do praktického uplatnění při práci s adolescenty, které nabízíme v závěrečné podkapitole.

#### 4. 1. Depresivita jako osobnostní rys

Není snadné definovat hranici mezi smutkem jako normální, přirozenou reakcí, obecným pesimistickým laděním osobnosti (depresivitou jako osobnostním rysem člověka) a depresí jako nemocí. Základním rysem depresivní nálady je **smutek** (Zvolský a kol., 2003), patří mezi základní emoce (Plháková, 2003). Smutek je za normálních okolností přirozenou a zcela běžnou reakcí na odloučení (separaci), zmaření nadějí, zklamání, křivdu, nevděk, nejzávažnějším podnětem vyvolávajícím prožitek smutku je jistě nevratná ztráta blízkého člověka (Praško, Prašková & Prašková, 2003). Rovněž je zcela normální, že nálada během dne kolísá v reakci na vnitřní či vnější podněty. Je tedy normální, že v průběhu dne může člověka některá událost rozesmtnit. Většině lidí však taková drobnost trvá chvíli a vypořádají se s ní. Existují však lidé, kterým trvá déle dostat se z takové smutné nálady. Mají totiž tendenci vybírat si z událostí, které prožívají, ty negativní. „*Kdo myslí pesimisticky, mívá depresivní náladu*“ (Praško, Prašková & Prašková, 2003, 27).

**Pesimismus** je jeden ze způsobů dívání se na svět. Tento postoj si vytváříme v průběhu vývoje, v období adolescence je již pevně formovaný. Pesimismus je dispoziční rizikový faktor, který ovlivňuje celé dění v životě jedince. Pesimista je člověk používající převážně **pesimistický styl uvažování (explanatory style)** v situaci, kdy se mu děje něco nepříjemného. Styl uvažování (optimistický/pesimistický) lze posuzovat ze tří hledisek: (1) čas; (2) rozsah; (3) osobní podíl na tom, co se stalo. Tak v nepříznivé situaci pohlíží pesimista na momenty či události, které vedly k nepříjemnému stavu, jako na dlouhodobé



až nekonečně dlouhé, „*to zlé bude trvat věčně*“ (Křivohlavý, 2012, 45); ve vyjádření osoby se setkáme se slovy typu: trvalý, stálý, setrvávající, vždy, pořád, odjakživa, atp. Z hlediska rozsahu znamenají negativní události naprostou katastrofu, mají hluboko ležící příčiny a ničí vše ostatní; ve výrazech se setkáme se slovy: tragédie, osudná chyba, děsivá škoda, celý zkažený život apod. Negativní události si navíc způsobil pesimista sám, protože jejich příčiny pramení v jeho nitru, jsou interního původu (Křivohlavý, 2012). Pesimistický atribuční styl vede k pocitu nedostatečné kontroly nad situací a může být podkladem pro rozvoj emočních poruch (deprese) a jiných onemocnění (Sarafino & Smith, 2012). Pesimisté mají v konfrontaci s životními nároky tendenci vzdát se bez boje, jsou zvýšeně zranitelní (vulnerabilita), prožívají i nižší životní pohodu (well-being) a celkově mají horší schopnost adaptace (Křivohlavý, 2012).

Základní emoční dispozicí je **temperament**, který určuje charakter reakcí a převažující druh nálady, včetně její intenzity a stálosti, určuje základní tón prožívání jedince. „*Temperament představuje vrozenou energickou dispozici, která určuje specifickou reaktivitu a obecné emoční ladění jedince*“ (Cakirpaloglu, 2012, 64). Temperament je součástí osobnostního typu, z velké míry závisí na dědičných a vrozených vlastnostech, může však být modifikován i psychosociálními a vnitřními vlivy (Zvolský a kol., 2003). **Emoce** (z lat. emovere = vzrušovat) jsou bez sporu velmi důležitou složkou psychických dějů. Emoce jsou soubor psychických a fyziologických fenoménů, které charakterizují reakci jedince na danou situaci, podnět (Zvolský a kol., 2003). Většina psychologů se shoduje na třech komponentách emocí: (1) subjektivní fenomenologická komponenta (emocionální prožitky, city a pocity); (2) výrazová komponenta (bezděčný projev emocí jako např. mimický projev v obličeji); (3) tělesná komponenta (fyziologické změny v organismu a mozkové koreláty citů) (Plháková, 2003).

**Nálada** je protrahované, dlouhodobější vyladění emocí, soubor kladných či záporných prožitků subjektivního vztahu k předmětům a jevům vnitřního a vnějšího prostředí a k vlastním prožitkům. Je to déle trvající funkční nastavení emočního systému, které podmiňuje míru pohotovosti k emočním reakcím určitého typu, zároveň ovlivňuje charakter ostatních psychických funkcí a tvoří jejich podklad (pozornost, paměť, motivace, myšlení, chování, afekty a další) (Zvolský a kol., 2003). Má menší intenzitu a delší trvání než afekt. Zvýrazňuje emoce stejného zaměření, opačné emoce tlumí (Praško a kol., 2011). Normální, nepatická nálada je ovlivnitelná především psychologickými faktory, náladu dále ovlivňuje

i široké spektrum fyzikálních, chemických a metabolických faktorů (Zvolský a kol., 2003).

Základní rozdíly mezi zdravou (i když třeba zrovna smutnou) náladou a patickou náladou jsou následující: **1. intenzita** – sebevětší odchylka od normální nálady zdaleka nedosahuje intenzity patické nálady; **2. délka trvání** – patická nálada trvá nepřírozně dlouho, obvykle měsíce až léta; **3. nezávislost vzniku a kvality na psychogenních faktorech** – patická nálada je prakticky neodklonitelná, na rozdíl od normální nálady (každý z nás má své způsoby, jak si při špatné náladě zvednout náladu, tyto způsoby při patické náladě nefungují); **4. vliv na osobnost** – patická nálada výrazně zasahuje do osobnosti člověka, do jeho zájmů, běžného chování, utiskuje jeho osobnostní charakteristiky (Zvolský a kol., 2003).

Existuje několik typů patických nálad, u deprese se nejčastěji vyskytují následující patické nálady: **depresivní nálada** (hlavním příznakem je smutek, bezútěšnost, strach, zpomalení vitálních a psychomotorických funkcí, velké nebezpečí sebevraždy), **úzkostná nálada** (nemocný člověk zažívá velmi trýznivý prožitek napětí, neklidu, nejistoty, neustálého očekávání něčeho špatného, hrozí sebevražda nebo raptus), **bezradná nálada** (nelibě prožívaná neschopnost rozhodování, může být přítomna apatie nebo naopak značný neklid), **apatická nálada** (snížené tempo, lhostejnost, ztráta iniciativy, je postižena volní stránka, nerozhodnost) (Zvolský a kol., 2003).

## 4. 2. Deprese u dětí a adolescentů

Možnost rozvoje deprese u dětí a dospívajících byla zhruba do 70. let zcela popírána (Goetz, 2005), ať už pod vlivem psychoanalytického názoru (dítě nemá vyvinuté superego, deprese tedy u něj není možná), nebo pod vlivem laické představy o dětství jako výhradně šťastném období (Říčan, Krejčířová a kol., 2006). Deprese přitom představuje významný rizikový faktor pro sebepoškozující nebo suicidální chování, abúzus návykových látek a další duševní poruchy. Psychosociální faktory, které provázejí onemocnění deprese (pokles školní výkonnosti, narušení vztahů), mohou mít pro další vývoj mladého člověka větší dopad, než je tomu u dospělého. Deprese v tomto kritickém vývojovém období mohou negativně ovlivňovat celkový psychosociální vývoj dospívajícího člověka (Goetz, 2005).

MKN-10 řadí depresi mezi afektivní poruchy (F30 – F39), pro něž je charakteristická porucha afektivity či nálady, a to buď ve smyslu snížení (deprese), nebo zvýšení (mánie). Změnu nálady doprovází obvykle změna všeobecné úrovně aktivity, další příznaky jsou druhotné a lze je vysvětlit změnou nálady a aktivity. Afektivní poruchy mají tendenci k recidivě, začátek onemocnění je často spojen se zátěžovou situací. Depresivní syndrom je součástí několika onemocnění, dle MKN-10 lze přiřadit depresivní symptomy hned několika diagnostickým jednotkám. Jen z okruhu afektivních poruch jsou to bipolární afektivní porucha (F31), depresivní fáze (F32), periodická depresivní porucha (F33), perzistentní afektivní poruchy (F34), jiné afektivní poruchy (F38) (Smolík, 1996; Bouček, 2006). Zásadní informací je, že pokud se depresivní fáze opakuje, rediagnostikujeme na periodickou depresivní poruchu, pokud se objeví manická fáze, na bipolární afektivní poruchu. Drobné nuance mezi diagnostickými podjednotkami (například mírná/střední/těžká depresivní fáze), nejsou pro záměr naší práce stěžejní, proto se jimi na tomto místě nebudeme blíže zabývat.

*„Depresivní syndrom představuje pestrý obraz specifických projevů chování, pocitů, emocí, způsobů myšlení, tělesných potíží a pohledu na sebe, svět a budoucnost“* (Praško, Prašková & Prašková, 2003, 45). Tento obraz se u každého člověka nemocného depresí individuálně liší, příznaky nemusí být vždy vyjádřeny všechny, navíc se mohou lišit ve své kvalitě i kvantitě. Hlavním příznakem deprese je porucha nálady, ta je dlouhodobě smutná, plačtivá, úzkostná, „prázdná“, může se objevit anhedonie (neschopnost cítit, prožívat radost, nemocný v depresi nedokáže nic prožívat jako příjemné). Časté jsou pocity beznaděje, pesimismu, bezmoci, pocity viny a ztráta smyslu života. Nemocný ztrácí zájem o své dřívější koníčky, jeho aktivita a energie je celkově nápadně snižena, je unavený, ospalý, malátný, v důsledku toho můžeme pozorovat nadměrné polehávání, posedávání, odkládání činností, neschopnost přinutit se k činnosti, i běžné úkony nemocného člověka nadměru vyčerpávají. Může se objevit neklid, výbušnost, neustálé napětí, nadměrná ustaranost (Praško, Prašková & Prašková, 2003).

Celkový pokles energie a aktivity se projeví i v narušení kognitivních funkcí: nemocný má potíže s koncentrací, s pamětí, problémy s rozhodováním. Deprese zasahuje značně i tělesnou stránku člověka, projevuje se poruchami spánku, ztrátou chuti k jídlu a výrazným úbytkem na váze, nebo naopak nadměrným přejídáním, ztrátou libida, je přítomen objektivní důkaz (popis jinou osobou) psychomotorické retardace nebo agitovanosti nemocného člověka, zřetelná ztráta zájmů nebo ztráta potěšení při aktivitách, které jsou běžně příjemné

a nedostatek emoční reaktivity na situace či podněty, které běžně emoční reakci vyvolávají, případně ranní pesima (deprese je nejtěžší ráno po probuzení). Hovoříme o somatickém syndromu při depresi (Smolík, 1996; Praško, Prašková & Prašková, 2003).

Depresivní stavy jsou heterogenní skupinou onemocnění. Dřívější dělení na endogenní a reaktivní (exogenní) deprese je dnes do jisté míry zpochybňováno: uvažuje se o kontinuálním přechodu depresí z biologické do psychologické, příp. existenciální roviny a naopak (Smolík, 1996). Přesmyk v depresi endogenní do deprese exogenní se projeví změnou doby maxima potíží a změnou poruchy spánku, neodklonitelností a změnou autoakuzací až k nehoráznostem (Zvolský a kol., 2003). Příčina endogenní deprese byla spatřována v biologických mechanismech, příčinou reaktivních depresí byly psychogenní či existenciální faktory (Smolík, 1996). Hlavní rozdíly mezi těmito typy depresí jsou následující: **(1) doba maxima potíží** se u endogenních depresí vyskytuje ráno (typická ranní pesima – stav je nejhorší ráno po probuzení), v průběhu dne se zlepšuje, při reaktivní depresi se stav v průběhu dne zhoršuje a nejhůře je nemocnému zpravidla večer; **(2) rozdíly v narušení spánku** jsou patrné probouzením o několik hodin dříve a nemožností znova usnout u endogenních depresí, naopak iniciální insomnií u reaktivních depresí (Smolík, 1996).

Souhrnně řečeno, deprese je onemocnění zasahující komplexně celého člověka, je to onemocnění duše i těla (Praško, Prašková & Prašková, 2003). Hlavním příznakem je porucha nálady a aktivity, která však zasahuje i ostatní psychické funkce (myšlení, koncentraci, paměť, motivaci, vůli) a fyzické funkce (chuť k jídlu, spánek, chuť na sex, odolnost vůči únavě apod.) (Goetz, 2005).

Rozpoznání klinických příznaků deprese u dětí závisí na jejich věku a vývojové úrovni. Jiné klinické projevy má deprese u dítěte předškolního věku, školního věku a konečně u adolescentů, kde se již manifestuje výrazněji vyjádřenými symptomy (Goetz, 2005). Diagnostika deprese u dětí může být obtížná, neboť se zde objevují „maskující příznaky“, výrazněji bývají manifestovány somatické a regresivní potíže. Nálada často není smutná, ale spíše podrážděná, rezonantně laděná, klíčové je pozorování hry dítěte (Vágnerová, 2005).

Deprese u dětí předškolního věku se projeví smutnou, podrážděnou, celkově proměnlivou náladou (v praxi například neutišitelným pláčem, opozičním chováním, rozbíjením hraček), anhedonie se projeví ztrátou zájmu o hru, nezájmem o nové hračky, případně náhlým ukončením hry. Rodiče narážejí na nesoustředění a odmítavost dítěte. Časté jsou somatické

stesky. U dítěte školního věku se deprese manifestuje především jako porucha nálady, která je proměnlivá, smutná, nestabilní, dítě je „náladové“. Významná je ztráta zájmu o hru, kroužky a dosavadní zájmy, celková znučenost. Časté je zhoršení vztahu s vrstevníky, pokles školní výkonnosti, problémy ve škole spojené s odporem k učení. Klíčové jsou pocity viny a zhoršení sebevědomí. Dítě může své obavy verbalizovat – nikdo jej nemá rád, zklamává rodiče a jejich lásku si nezaslouží. Časté jsou obavy o zdraví blízkých, zvýšená vnímavost k negativním událostem v okolí (Goetz, 2005).

Klinický obraz deprese u adolescenta je již zcela analogický dospělému (Říčan, Krejčířová a kol., 2006; Goetz, 2005). Období adolescence je typické častým kolísáním nálad, intenzivními, ovšem krátkodobými emočními reakcemi, které jsou často nepřiměřené podnětu. Tato emoční instabilita je jistě způsobena množstvím změn a vývojových úkolů, které musí mladý člověk v době dospívání překonat (budování osobní identity; biologické, psychické a sociální změny) (Vágnerová, 2005). Adolescenti proto představují vulnerabilní skupinu k depresivním onemocněním (Praško, Prašková & Prašková, 2003; Vágnerová, 2005), k rizikovému chování zahrnujícímu abúzus psychoaktivních látek či sebepoškození (Dolejš, 2010; Kabíček, Csémy, Hamanová a kol., 2014; Skopal, Dolejš, & Suchá, 2014) a k suicidálnímu chování (Koutek & Kocourková, 2003). Rizikovým chováním jsme se zabývali již v předchozí práci (Laštůvková, 2015), v následujících podkapitolách se proto budeme věnovat suicidálnímu chování obecně, jeho specifika u adolescentů a aplikaci těchto poznatků do praxe.

#### **4. 3. Suicidální chování a jeho specifika u adolescentů**

S depresivitou nesporně souvisí problematika suicidálního chování. Pojem smrti se u dětí vyvíjí postupně, představa smrti s její ireverzibilitou se etabluje mezi 9. – 11. rokem života (Vágnerová, 2012; Koutek & Kocourková, 2003). Období adolescence lze s ohledem na náročnost vývojových úkolů, častost suicidálních nápadů a suicidálních pokusů považovat za rizikové (Koutek & Kocourková, 2003). Pro období adolescence je typické riskování a experimentace (např. Kabíček, Csémy, & Hamanová, 2014; Vágnerová, 2012; Dolejš, 2010; Macek, 2003). Suicidální chování v tomto věku má často charakter „ruské rulety“ – adolescenti jsou více než jiné věkové populace ochotni riskovat, dávat svůj život v sázku.

To dokládá skutečnost, že právě v adolescenci jsou nejčastější suicidální pokusy charakteristické svou ambivalencí k ukončení života (Koutek & Kocourková, 2003).

**Suicidální chování** představuje závažný multidisciplinární problém. Suicidální projevy zahrnují širokou škálu chování a prožívání s podílem behaviorálních, emocionálních, kognitivních a interpersonálních vlivů, navíc s různým podílem vědomých a nevědomých impulsů. **Formy suicidálního chování** u adolescentů jsou shodné s formami suicidálního chování u dospělých: rozlišujeme suicidální nápady a myšlenky, suicidální tendence, suicidální pokus a dokonané suicidium. Na formy suicidálního chování lze nahlížet dvěma způsoby: (1) formy suicidálního chování se od sebe liší kvantitativně, tedy pevností rozhodnutí zemřít, od nejnižších - myšlenek, po nejpevnější rozhodnutí – dokonalé suicidium (tzv. kontinuální model); (2) formy se liší kvalitativně – suicidální pokus má pak jiný význam, než že je to pouze „nepovedená sebevražda“ (Koutek & Kocourková, 2003). Při zvážení přirozené tendence adolescentů riskovat, časté ambivalenci k úmyslu zemřít a neuvědomování si nebezpečnosti svého jednání, je zejména u adolescentů výhodné pohlížet na formy suicidálního chování kvalitativně. Suicidální pokus může skončit dokonanou sebevraždou, i když to tak adolescent původně nezamýšlel a naopak, to, co považujeme za „nepovedenou sebevraždu“ mohl adolescent zamýšlet zcela vážně jako ukončení života.

Suicidální myšlenky jsou v období dospívání velmi časté, ve většině případů jde o frustrní suicidální nápady, kterým schází chuť k realizaci. Tyto vývojově přirozené nápady souvisí s tím, že adolescent uvažuje o smyslu života, o smrti, zkouší své limity. Rozdíl mezi vývojově přirozenými myšlenkami na sebevraždu a ohrožujícími suicidálními myšlenkami je v jejich nutkavosti, intenzitě, obtížné odklonitelnosti a času, který jim adolescent věnuje (Koutek & Kocourková, 2003).

Jako suicidální pokus (testamen suicidii, dále jen TS) označujeme každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, bez letálního konce. Dokonalé suicidium je sebepoškozující akt s následkem smrti, vědomé suicidální jednání s jednoznačným úmyslem zemřít (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008). Samostatnou otázkou je pak kvantitativní či kvalitativní rozdíl mezi TS a dokonáním suicidium. Hlavní rozdíly mezi nimi shrnujeme v následující tabulce.

Tab. č. 2: Rozdíly mezi suicidálním pokusem a dokonáním suicidiem

	Suicidální pokus	Dokonané suicidium
<b>Pohlaví</b>	častěji ženy	častěji muži
<b>Věk</b>	1. polovina života, naprosto převažuje v adolescenci	2. polovina života
<b>Metody</b>	měkké	tvrdé
<b>Motivy</b>	interpersonální problémy	intrapsychické problémy
<b>Příprava</b>	zkratkovité, bez přípravy	předchází plánování a příprava

Zdroj: Koutek & Kocourková, 2003, upraveno.

Podle způsobu suicidálního jednání rozlišujeme **měkké a tvrdé metody**. Měkké metody nevedou okamžitě a vždy ke smrti, existuje zde vždy možnost záchrany (medikamenty, pořezání, skok z nízké výšky). Tvrdé metody vedou vždy ke smrti, patří sem strangulace, střelná zbraň, skok z výšky, skok pod vlak (Koutek & Kocourková, 2003). Je nutné zvažovat i schopnost dítěte zhodnotit skutečnou nebezpečnost metody (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008).

**Motivy suicidálního chování** zůstávají často neobjasněné, když už jsou zjištěné, je třeba si uvědomit, že se málokdy dovíme opravdový motiv – často jde o pomyslnou poslední kapku (Koutek & Kocourková, 2003). Stejní autoři uvádí jako nejčastější zjištěné motivy adolescentů do 14 let rodinné problémy a konflikty, školní obtíže, od 14 let se přidávají erotické problémy. Zvláštním motivem je situace, kdy se adolescent snaží dosáhnout řešení svých problémů či svízelné situace suicidálním chováním, hovoříme o demonstrativním či účelovém charakteru suicidálního jednání, jež má charakter volání o pomoc (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008).

Koutek a Kocourková (2003) řadí mezi **rizikové faktory suicidálního chování** zejména **(1) problémy v rodině** (nefungující rodinné vztahy, narušení primární vazby k pečující osobě, ztráta základní vztahové osoby, citová deprivace, dlouhodobé konflikty v rodině – např. rozvod, hereditární zátěž v rodině), dále **(2) neuspokojivou situaci dítěte ve škole** (menší nadání, školsky přetěžované děti, negativní vztahy s učitelem, hyperkinetické poruchy a poruchy učení, školní fobie). **(3) Důležitost vrstevnických vztahů** v období adolescence je známá (např. Macek, 2003; Macek & Lacinová, 2006; Vágnerová, 2012), proto není

překvapivé, že problémy v této oblasti představují rovněž rizikový faktor (pocit nedostačivosti v kolektivu, špatné zapojení do třídního kolektivu, nápadnost, vybočování z kolektivu, snížení adaptability, úzkostnost a uzavřenost dítěte, členství ve vrstevnické skupině s tendencí k negativnímu či delikventnímu jednání). Dalšími rizikovými faktory jsou **(4) špatná sociální situace rodiny**, nezaměstnanost rodičů či opuštění domova adolescentem. Významným rizikovým faktorem je **(5) zdravotní stav**, zejména závažné tělesné onemocnění dítěte. Mezi nejvíce alarmující rizikový faktor řadíme **(6) předchozí suicidální pokus** (Koutek & Kocourková, 2003; Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008; Dušek & Večeřová – Procházková, 2005) a do jisté míry **pohlaví**: mužské pohlaví pro dokonané suicidium a ženské pohlaví pro TS (Koutek & Kocourková, 2003).

S rizikovými faktory pak interferují vyvolávací faktory, kam lze zařadit individuální kapacitu a schopnost adaptace jedince (Koutek & Kocourková, 2003). Samostatnou kapitolou rizikových faktorů suicidality jsou psychická onemocnění. Vzhledem k zaměření naší práce jsme se věnovali depresi u dětí a adolescentů a v následující podkapitole aplikujeme teoretické poznatky do praktické práce s adolescenty.

#### **4. 4. Praktická aplikace poznatků o suicidálním chování adolescentů**

Klinický obraz adolescenta se sklony k suicidálnímu jednání lze popsat následovně: dítě se cítí smutné, nemocné, unavené, je dysforické, má suicidální myšlenky, časté jsou psychosomatické obtíže (poruchy spánku, změna jídelního chování, vegetativní projevy jako je bušení srdce apod.), v některých případech přichází po době napětí a dysforie uvolnění, které může být způsobeno tím, že se dotyčný rozhodl vykonat suicidium (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá, a kol., 2008).

Koutek a Kocourková (2003) uvádějí nejčastější mýty ohledně suicidality a z jejich vyvrácení lze zároveň čerpat doporučení pro praxi: (1) Sebevražda nepřichází z čista jasna, předchází presuicidální syndrom, který trvá určitou dobu, ve většině případů lze tedy suicidální chování vypořádat. (2) Častou obavou rozšířenou nejen mezi laiky je to, že otázkou na sebevražedné chování vnukneme tázanému tento nápad. Je však velice nepravděpodobné, že bychom člověku, který před naším dotazem nebyl suicidální, mohli myšlenku na sebevraždu vnuknout. Naopak, hovorem o suicidálním chování můžeme stanovit úroveň závažnosti sebevražedných tendencí, zasáhnout a nabídnout adekvátní



pomoc. Proto je vhodné povzbudit člověka k vyhledání pomoci při rozrušení, povzbudit jej v tom, aby otevřeně hovořil o sebevražedném záměru (Beer, Pereira, & Paton, 2005). (3) Ve prospěch tohoto tvrzení hovoří i fakt, že u většiny lidí, kteří se dopustili suicidia, lze zpětně dohledat, že se snažili volat o pomoc, někteří lidé před suicidium sami vyhledávali lékařskou pomoc či jinak varovali své okolí. (4) V neposlední řadě je nutné si uvědomit, že když se člověk rozhodne spáchat sebevraždu, neznamená to, že mu není pomoci – u mnoha lidí, kteří o sebevraždě uvažují, zjišťujeme, že se nachází střídavě mezi touhou žít a zemřít (jak již bylo uvedeno výše, tato ambivalence je typická pro období adolescence) – proto včasnou pomocí a léčbou je možné od sebevraždy odvrátit.

Každé dítě či dospívající, u kterého předpokládáme suicidální tendence či myšlenky, musí být vyšetřeno psychiatrem. Je nutné explorovat vážnost suicidálních tendencí, zhodnotit přípravu suicidálního aktu, to, zda existuje konkrétní představa o suicidálním aktu, či jsou dokonce připravené nástroje, prostředky k aktu. Dále je nutné zjištění přítomnosti depresivní symptomatiky, duševních poruch. Samozřejmostí je zjištění motivace a problémů dítěte a v neposlední řadě TS v anamnéze dítěte. Je nutné zhodnotit nebezpečí opakování suicidálního aktu, užitečné je užití škál a dotazníků zaměřených na přítomnost deprese a suicidálních tendencí (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008).

Psychiatrickou pomoc při výskytu suicidálního chování lze rozčlenit podle klinických projevů a závažnosti příznaků. V některých případech je nutná okamžitá i nedobrovolná hospitalizace (vysoká pravděpodobnost realizace nebo opakování suicidálního jednání, nebezpečnost použitých metod, opatření k rychlé záchraně, nebo naopak, opatření, která člověk udělal, aby jej při suicidium nenašli atd.). V méně závažných případech se zvažuje hospitalizace nebo ambulantní léčba pacienta. Léčba suicidálních dětí a adolescentů závisí na aktuálním psychickém stavu, na době, kdy je poskytována (první pomoc, krizová intervence, systematická léčba), může mít podobu psychoterapeutickou, krizovou intervenci, farmakologickou, systematickou. Klasicky se užívá kombinace farmakoterapie a psychoterapie (Dušek & Večeřová – Procházková, 2005). Je nutné se zaměřit jak na léčbu akutních suicidálních projevů, tak i na psychopatologické pozadí těchto projevů (Koutek & Kocourková, 2003).

## 5. METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

Záměrem práce je prozkoumání vztahů mezi vybranými salutoprotektivními faktory (locus of control, sense of coherence) a osobnostním rysem depresivity u adolescentů studujících v rámci sekundárního stupně vzdělávání v Moravskoslezském kraji. Pro tento účel jsme zvolili kvantitativní přístup s použitím pěti dotazníkových metod, které jsme administrovali žákyním a žákům 6. - 9. ročníků čtyř náhodně vybraných škol v Moravskoslezském kraji. Cílem je deskripce a predikce možných souvislostí mezi proměnnými. Výzkum je kombinací dotazníkového šetření, srovnávací a korelační studie. V následujících podkapitolách detailně popíšeme metodologickou stránku výzkumu, včetně jeho hlavních cílů, hypotéz, popíšeme charakteristiky populace a výběrového souboru. Další kapitoly budou patřit popisu použitých metod, etických problémů a jejich ošetření. V neposlední řadě podáme podrobný přehled a rozbor výsledků, který završíme v diskuzi.

### 5. 1. Výzkumný problém, výzkumné otázky a výzkumné cíle

Práce se zabývá problematikou psychické odolnosti u adolescentů. Výzkumný problém představují vybrané salutoprotektivní faktory (locus of control, sense of coherence), jejich vzájemné vztahy a souvislost s osobnostním rysem depresivity. Stanovené výzkumné otázky jsou: (1) vzájemné vztahy mezi salutoprotektivními faktory (interní LOC, SOC) a depresivitou; (2) predikce depresivity prostřednictvím těchto faktorů; (3) prozkoumání vlivu doplňkových proměnných (pohlaví, věk, počet sourozenců, úplnost/neúplnost rodiny, spokojenost/nespokojenost se školním prospěchem) na zkoumané faktory LOC, SOC a depresivitu.

Cíle výzkumu jsou deskriptivní (popis) a prediktivní (nalezení souvislostí). Hlavním výzkumným cílem práce je analýza vztahů mezi umístěním locus of control, mírou sense of coherence a depresivitou u adolescentů v Moravskoslezském kraji. Mezi dílčí výzkumné cíle patří:

1. Deskripce základních výsledků proměnných ve výběrovém souboru.
2. Analýza vztahů mezi proměnnými v souboru.
3. Překlad dotazníků k měření locus of control do českého jazyka a zjištění jejich základních metodologických charakteristik (Cronbachovo alfa, korelace mezi

položkami):

- (1) „Short Scales for the Assessment of Locus of Control Orientations in Population Surveys“ (Jakoby & Jacob, 1999)
- (2) Internal External Locus of Control-4 (Kovaleva, 2012)
4. Podílení se na badatelském záměru Mgr. Zemanové (tvorba norem locus of control pro českou populaci adolescentů; tvorba nového psychodiagnostického nástroje k měření locus of control).
5. Podílení se na tvorbě norem „Škály depresivity“ (SDDSS) (Dolejš, Skopal & Suchá, 2013).
6. Srovnání výsledků metod s normovým souborem, případně s výsledky jiných studií.

## 5. 2. Hypotézy

Na základě studia odborných pramenů uvedených v předešlých kapitolách a na základě výzkumných otázek, si stanovujeme následující hypotézy:

**H<sub>1</sub>:** Existuje statisticky signifikantní vztah mezi salutoprotektivními faktory (interní locus of control, sense of coherence) a depresivitou.

**H<sub>2</sub>:** Existuje statisticky signifikantní vztah mezi salutoprotektivními faktory a proměnnými věk, ne/úplnost rodiny, počet sourozenců, ne/spokojenost se školním prospěchem.

**H<sub>3</sub>:** Existuje statisticky signifikantní vztah mezi depresivitou a proměnnými věk, ne/úplnost rodiny, počet sourozenců, ne/spokojenost se školním prospěchem.

**H<sub>4</sub>:** Dívky a chlapci se statisticky signifikantně liší v míře salutoprotektivních faktorů.

**H<sub>5</sub>:** Dívky a chlapci se statisticky signifikantně liší v míře depresivity.

## 5. 3. Charakteristika výběrové populace

Výběrovou populaci tvoří **žáci a žákyně nižšího sekundárního základního vzdělávání v Moravskoslezském kraji**. Výběrová populace zahrnuje školská zařízení bez ohledu na zřizovatele školy (obec, kraj, soukromník, církev, MŠMT, MV), s vyloučením škol s jiným než českým vyučovacím jazykem (zahrnuty jsou však školy bilingvní), a to z důvodu porozumění dotazníkům. Z důvodu homogenity výzkumného souboru jsou z populace

vyloučeny školy specializované pro děti s jakýmkoli tělesným či mentálním postižením a školy při dětských domovech či diagnostických ústavech.

Výběrová populace tedy zahrnuje žáky a žákyně ve věku 11-15 let, studující 6. - 9. ročníky běžných základních škol; primu-kvartu osmiletých gymnázií; 1. a 2. ročník šestiletých gymnázií; 1. - 4. ročník osmiletých konzervatoří; 1. – 4. ročník středních škol. V Moravskoslezském kraji se nachází **288 školských zařízení** splňující výše uvedená kritéria. Ve školním roce 2013/2014 studovalo ve vybraných typech škol v kraji **cca 126 000 dětí** (Odbor školství, mládeže a sportu Krajského úřadu Moravskoslezského kraje Ostrava, 2015).

Moravskoslezský kraj je rozdělen na šest okresů: **Bruntál** (Bruntál, Krnov, Rýmařov), **Opava** (Opava, Hlučín, Kravaře, Vítkov), **Ostrava** (Ostrava), **Karviná** (Karviná, Orlová, Havířov, Český Těšín, Bohumín), **Frýdek-Místek** (Frýdek-Místek, Frýdlant nad Ostravicí, Jablunkov, Třinec), **Nový Jičín** (Nový Jičín, Bílovec, Frenštát pod Radhoštěm, Kopřivnice, Odry).

Tab. č. 3: Počet škol výběrové populace v okresech Moravskoslezského kraje

<b>Okres</b>	<b>Počet škol spadajících do výběrové populace</b>
<i>Bruntál</i>	25
<i>Frýdek-Místek</i>	44
<i>Karviná</i>	55
<i>Nový Jičín</i>	41
<i>Opava</i>	46
<i>Ostrava</i>	77
<b>Celkem Moravskoslezský kraj</b>	<b>288</b>

#### 5. 4. Výběrový soubor

Výběrový soubor tvoří **551 respondentů**, což odpovídá **0,44 %** z výběrové populace. Celkem bylo otestováno **281 chlapců (50,99 %)** a **265 dívek (48,09 %)**, 5 respondentů nevedlo pohlaví (0,91 %). Nejvíce respondentů studuje v 9. ročníku sekundárního vzdělání (n = 165), dále v 6. ročníku (n = 153), 8. ročníku (n = 125) a v 7. ročníku (n = 108). Respondenti pochází ze čtyř okresů Moravskoslezského kraje: nejvíce z Nového Jičína (n = 199), z Opavy (n = 164), z Karviné (n = 145) a nejmenší počet z okresu Bruntál (n = 43).

Tab. č. 4: Složení výběrového souboru

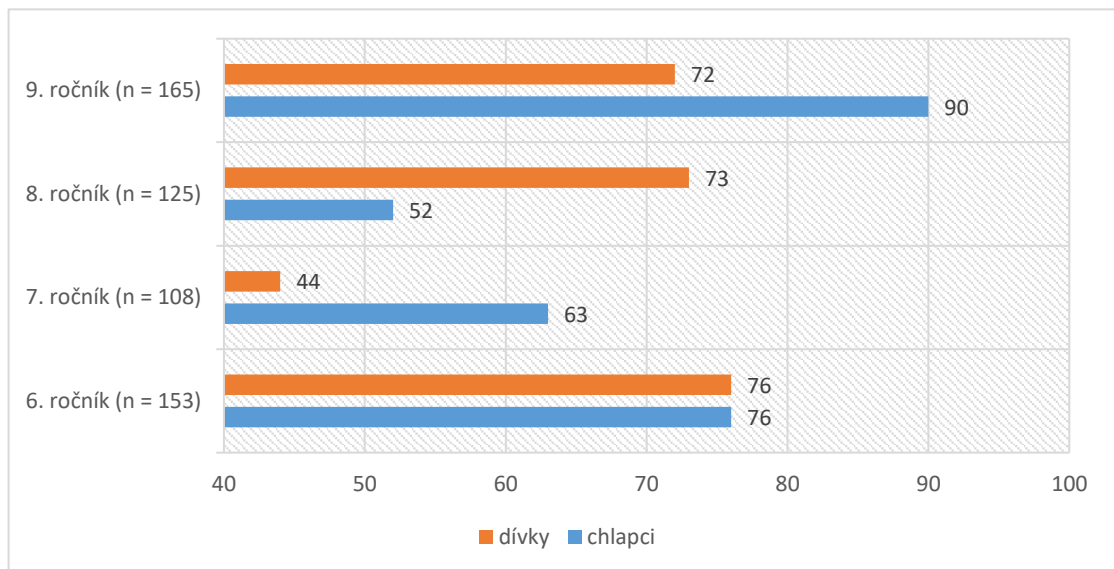
Počet respondentů	%	
<b>Pohlaví</b>		
Dívky	265	<b>48,09</b>
Chlapci	281	<b>50,99</b>
<i>Neuvedeno</i>	5	<i>0,91</i>
<b>Ročník</b>		
6.	153	<b>28</b>
7.	108	<b>19,60</b>
8.	125	<b>22,69</b>
9.	165	<b>29,95</b>
<i>Neuvedeno</i>	0	0
<b>Okres</b>		
Nový Jičín	199	<b>36,12</b>
Opava	164	<b>29,76</b>
Karviná	145	<b>26,32</b>
Bruntál	43	<b>7,80</b>
<i>Neuvedeno</i>	0	0

Průměrný věk výběrového souboru je **13,06 let +/- 1,32 SD** (min. 11, max. 16). Průměrný věk chlapců je 13,05 let; průměrný věk dívek 12,97 let. Dva respondenti neuvedli věk.

Tab. č. 5: Rozdělení výběrového souboru podle pohlaví a věkových kohort

Věkové kohorty	N	%	Z toho dívky	Z toho chlapci
<b>11</b>	81	14,75%	46	34
<b>12</b>	124	22,59%	50	73
<b>13</b>	115	20,95%	66	49
<b>14</b>	141	25,68%	73	68
<b>15</b>	84	15,30%	30	51
<b>16</b>	4	0,73%	0	4

Graf č. 1: Počet dívek a chlapců v jednotlivých ročnících



Ve výběrovém souboru se nachází 12% jedináčků. Nejčetnější skupinou jsou respondenti s jedním sourozencem (61%). Téměř 20% respondentů má dva sourozence, téměř 4% respondentů tři sourozence, jak znázorňuje následující tabulka.

Tab. č. 6: Počet sourozenců respondentů výběrového souboru

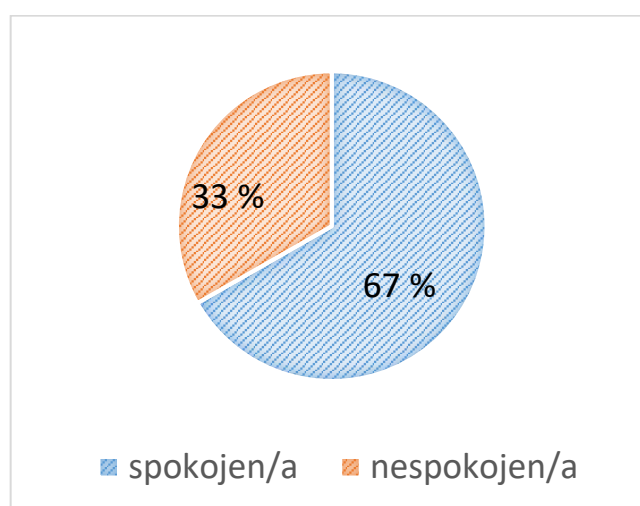
Počet sourozenců	Počet respondentů	%
0	65	12,01
1	331	61,18
2	107	19,78
3	20	3,70
4	9	1,66
5 a více	9	1,66
Neuvedlo	10	1,81

Informaci o rodinném statusu poskytlo celkem 550 respondentů. 68 % respondentů označilo svou rodinu za úplnou, to znamená, že žijí v jedné domácnosti s biologickými rodiči, 32 % respondentů žije v neúplné rodině. Rozložení výběrového souboru z hlediska zastoupení pohlaví mezi úplnými a neplnými rodinami je téměř shodné (viz tabulka č. 7). Subjektivní zhodnocení spokojenosti/nespokojenosti se svým školním prospěchem uvedlo celkem 546 respondentů. Spokojených je 67 % respondentů (celkem 363; z toho dívky 170, chlapci 191), nespokojených je 33 % respondentů (181; z toho 90 dívek a 88 chlapců). Spokojenost s prospěchem negativně slabě koreluje s věkem ( $r = -0,20$ ), potažmo s ročníkem ( $r = -0,17$ ): čím starší adolescent, tím je se svým prospěchem méně spokojený.

Tab. č. 7: Rozložení výběrového souboru z hlediska ne/úplnosti rodiny

	ÚPLNÁ RODINA	NEÚPLNÁ RODINA
<b>Celkem</b>		
	<b>374 (68%)</b>	<b>175 (32%)</b>
<b>Pohlaví</b>		
Dívky	175 (47,6%)	86 (49,1%)
Chlapci	194 (51,9%)	87 (49,7%)
<b>Počet sourozenců</b>		
0	31 (8,3%)	34 (19,4%)
1	254 (67,6%)	77 (44%)
2	71 (19%)	35 (20%)
3	8 (2,1%)	12 (6,9%)
4	5 (1,3%)	4 (2,3%)
5 a více	0 (0%)	0 (0%)

Graf č. 2: Ne/spokojenost se školním prospěchem



## 6. METODY

Pro sběr dat jsme použili dotazníkové metody, a to v závislosti na kvantitativním přístupu výzkumu. Testová baterie se skládá z úvodní strany se základními informacemi (příloha č. 2) a z pěti dotazníkových metod v následujícím pořadí:

1. Škála interního-externího místa kontroly (CNSIE);
2. Škála Sense of coherence (SOC 13);
3. Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS);
4. Krátká škála pro posouzení orientace locus of control v průzkumech populace (KMKB);

## 5. Škála interního a externího místa kontroly – 4 (IE-4).

Respondenti vyplňovali celkem 89 položek dotazníků a základní údaje: třída, datum administrace, pohlaví, věk, počet vlastních sourozenců, úplnost/neúplnost primární rodiny a spokojenost/nespokojenost se školním prospěchem. V následujících podkapitolách popíšeme aplikované metody. Všechny použité dotazníky byly vyplňovány klasicky metodou tužka-papír.

## 6. 1. Metody k měření locus of control (CNSIE, KMKB, IE-4)

K určení interního/externího locus of control jsme použili tři dotazníkové metody. Za první, naši verzi překladu dotazníku CNSIE (Dolejš & Laštůvková, 2015), a za další, překlady metod KMKB a IE-4, které jsme vytvořili pro účely tohoto výzkumu. Detailní popis postupu vytváření překladu metod naleznete níže.

### Škála interního- externího místa kontroly, CNSIE

(Nowicki & Strickland, 1973; překlad Dolejš & Laštůvková, 2015)

Dotazníková metoda Children's Nowicki-Strickland Internal-External Control Scale (CNSIE) (Nowicki & Strickland, 1973) byla vytvořena na základě analýzy 102 položek vyvozených z Rotterovy definice locus of control. Konečná verze dotazníku obsahuje 40 položek s dichotomickou volbou odpovědi (ano-ne). Metoda je určena pro respondenty od 9 do 18 let. Administrace trvá 10-15 minut.

Při vyhodnocování dotazníku jsme nejprve zhodnotili položky podle skórovacího klíče (příloha č. 3), který byl součástí CNSIE manuálu, jež nám poskytl autor dotazníku (Nowicki, e-mailová konverzace, 20. prosince 2015). Některé položky jsme podle skórovacího klíče obrátili tak, aby odpověď kódovaná jako „1“ znamenala odpověď v externím směru a odpověď kódovaná jako „0“ znamenala odpověď v interním směru. Konečné skóre je součet odpovědí v externím směru (Nowicki & Strickland, 1973). Takto jsme upravili následující položky: 2, 4, 6, 9, 13, 16, 20, 22, 25, 26, 28, 30, 32, 34, 38, 40. Nowicki (e-mailová korespondence, 20. prosince 2015) doporučuje vyhodnocení dotazníku na základě rozdělení souboru podle mediánové hodnoty – hodnoty nad mediánem jsou ve směru externího LOC, hodnoty pod mediánem ve směru interního LOC.



Autoři dotazníku (1973) reportují vnitřní konzistenci metody na úrovni kolem 0,70 (0,63 pro 3., 4., 5. třídy); 0,68 (pro 6., 7., 8. třídy); 0,74 (pro 9., 10., 11. třídy) a 0,71 (pro 12. třídu). Dotazník jsme využili již v předešlé práci, kde jsme pro naše účely vytvořili překlad metody z anglického jazyka do českého (Dolejš & Laštůvková, 2015; příloha č. 4). Pro každou položku jsme shromáždili dvacet nezávislých překladů, jejichž analýzou jsme pak došli ke konečnému znění položky v českém jazyce. Podrobný popis vytvoření překladu dotazníku uvádíme jinde (Laštůvková, 2015).

### **Krátká škála pro posouzení orientace locus of control v průzkumech populace KMKB** (Jakoby & Jacob, 1999; překlad Dolejš, Laštůvková, & Zemanová, 2016)

Tato krátká metoda k měření locus of control byla speciálně vyvinutá pro účely sociálních průzkumů. Obsahuje šest položek, otázky jsou zaměřené na nespécifický kontext (měří LOC v nespécificky zaměřených situacích). Respondent vybírá u každé odpovědi z pěti stupňové Likertovy škály (Jakoby & Jacob, 1999).

Dotazník obsahuje dva faktory: (1) ILOC (položky 1, 2, 3; položky na interní LOC); (2) ELOC (položky 4, 5, 6; externí LOC). Za účelem srozumitelnější interpretace výsledků statistických analýz jsme nejprve reverzně obrátili položky č. 4, 5 a 6, tedy tak, aby hrubý skór dotazníku znamenal součet odpovědí v externím směru (čím větší hrubý skór, tím je respondent blíže externímu LOC a naopak) – stejně, jako je tomu u vyhodnocení metody CNSIE. Z důvodu menšího počtu položek v dotazníku vyšlo poměrně nízké Cronbachova alfa (0,40). Podle statistických analýz by po přidání deseti položek vystoupalo na hodnotu 0,64.

### **Škála interního a externího místa kontroly – 4, IE-4**

(Kovaleva, 2012; překlad Dolejš, Laštůvková, & Zemanová, 2016)

V originální verzi (Kovaleva, 2012) obsahuje metoda pouze čtyři položky sytící dva faktory. Faktor ILOC sytí položka č. 1 („Když budu tvrdě pracovat, uspěji.“) a položka č. 2 („Svůj život mám ve svých rukou“). Faktor ELOC pak položka č. 3 („To, co dělám, ať už ve škole nebo v soukromí, je do velké míry určováno ostatními.“) a položka č. 4 („Mé plány často překazí osud.“).

Pro naše výzkumné účely jsme použili deset položek, se kterými Kovaleva (2012) pracovala v procesu vytváření IE-4. Budou využity k psychometrickému podkladu nové české psychodiagnostické metody k měření locus of control, jenž bude jedním z výsledků doktorského projektu Mgr. Vandy Zemanové. Faktor ILOC sytí položky 2, 4, 5, 7, 9, faktor ELOC je syčen položkami 1, 3, 6, 8, 10 (viz příloha č. 5 – Škála interního a externího místa kontroly – 4). Svě odpovědi zanáší respondent na pěti bodovou Likertovu škálu. Výsledný hrubý skór je opět součtem odpovědí v externím směru. Minimum získaných bodů je 10 bodů, maximum 50 bodů. Cronbachovo alfa pro celou metodu vyšlo 0,68.

**Překlady psychodiagnostických metod KMKB a IE-4** byly vytvořeny stejným způsobem. Vycházeli jsme jak z anglické, tak z německé verze metod, překládali jsme tím pádem obě verze do českého jazyka. Provedli jsme obsahovou analýzu položek jednotlivých překladů a vydefinovali konečnou verzi položky. Překlady nezávislých překladatelů jak z anglického jazyka, tak z německého, jsme posléze porovnali a vybrali nejvhodnější verzi položky v českém jazyce. Toto výsledné znění položek prošlo ještě jazykovou korekturu studentky bohemistiky.

Pro dotazník IE-4 se nám podařilo shromáždit čtrnáct překladatelů z anglického do českého jazyka a pět překladatelů z německého jazyka. V příloze č. 6 uvádíme pro ilustraci překlady metody KMKB – třináct překladatelů z anglického jazyka a pět z německého. Pro zajištění větší kvality překladu jsme provedli ještě pilotní studii, o níž blíže pojednáváme v podkapitole 7. 1. Výsledné překlady metod uvádíme v přílohách 5 (IE-4) a 7 (KMKB).

## **6. 2. Škála Sense of Coherence (SOC 13)**

Antonovsky (1987) vytvořil dva původní nástroje k měření SOC: 29-ti položkovou verzi dotazníku a kratší, 13-ti položkovou verzi, kterou jsme použili v našem výzkumu. Tato kratší verze se původně nazývala “The Orientation to Life Questionnaire” (Dotazník orientace na život). Měří koncept sense of coherence ve třech faktorech: (1) srozumitelnost (comprehensibility), (2) zvládnutelnost (manageability) a (3) smysluplnost (meaningfulness). Faktor srozumitelnost je syčen položkami 2, 6, 8, 9, 11; faktor zvládnutelnost položkami 3, 5, 10, 13 a faktor smysluplnost položkami 1, 4, 7, 12.

Využitá verze metody obsahuje 13 položek, délka administrace je 15-20 minut. U každé položky vybírá respondent na sedmibodové škále se dvěma ukotvujícími tvrzeními.

Minimální počet bodů, které může respondent získat je 13, maximální možný počet 91 bodů. Použili jsme překlad slovenské verze dotazníku (Škodová & Bánovčinová, 2011), který jsme převedli do českého jazyka. Před vyhodnocením jsme upravovali reverzní položky: 1, 2, 3, 5, 7, 10. Výsledný hrubý skór ukazuje sílu SOC (čím vyšší skór, tím silnější SOC).

**Hodnota Cronbachova alfa** ve 127 studiích používajících SOC 13 se pohybuje mezi 0,70 – 0,92 (Eriksson & Lindström, 2005), v našem výzkumu **0,79**. Metodu lze použít již od věku 13 let (Pavithra, Lalithambigai, Junaid, & Kumar, 2015). Test-retestová stabilita v čase se pohybuje v rozmezí 0,69 – 0,78 (1 rok), 0,64 (3 roky), 0,42 – 0,45 (4 roky), 0,59 – 0,67 (5 let) a 0,54 (10 let). I po deseti letech se SOC 13 jeví být stabilní metodou, ovšem má tendenci s věkem narůstat. SOC 13 je validní, reliabilní a mezikulturně použitelný nástroj (Eriksson & Lindström, 2005).

### 6. 3. Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS)

Stav depresivity u adolescentů zjišťuje nový psychodiagnostický nástroj autorského týmu Dolejš, Skopal, & Suchá (2013). Metoda ideově vychází z Beckovy škály depresivity (Beck, Steer, & Brown, 1996). Dotazník má 20 položek, je určen pro dospívající ve věkovém rozmezí 11-19 let. U každého tvrzení respondent vybírá ze škály: rozhodně nesouhlasím, nesouhlasím, souhlasím, rozhodně souhlasím. Minimální počet získaných bodů je 20, maximální 80. Škála je unidimenzionální (Dolejš, Skopal, Suchá, & Charvát, 2016, in press).

Metoda se ukázala jako vysoce validní a reliabilní, a to na normativním souboru 2 387 studentů a studentek českých gymnázií. Cronbachovo alfa u plné škály nabývá hodnoty 0,91, při rozdělení na liché a sudé položky 0,86. Split-half reliabilita škály je velmi vysoká: 0,92 (ordinální alfa dokonce 0,94) (Dolejš, Skopal, Suchá, & Charvát, 2016, in press). V našem výzkumu vyšlo **Cronbachovo alfa** také velmi vysoké: **0,90**.

Administrace trvá přibližně 10 minut, lze ji provádět individuálně i skupinově. Výsledek představuje celkový skór depresivity. Na výsledný skór lze nahlížet jak kvantitativně (porovnat jej s dostupnými normami na českých adolescentech pro věkové rozmezí 15-19 let), tak kvalitativně. Na základě výsledku může odborník vyhodnocující dotazník zařadit adolescenta do pásma: (1)  $\pm 1SD$  = průměrný výsledek v rámci populace; (2) přesahující

+1SD = adolescent významně depresivní. V případě vyššího výsledku než +1SD je doporučena odborná intervence a poradenství. Autoři metody upozorňují na odborné užívání psychodiagnostického nástroje – je nutné brát v potaz věk adolescenta, sociální a životní podmínky, ve kterých se právě nachází, k přesnějším výsledkům využívat vždy více metod (Dolejš, Skopal, Suchá, & Charvát, 2016, in press). Jedná se o výbornou screeningovou metodu depresivity u adolescentů s vysokou psychometrickou kvalitou. Normový soubor na naší populaci jen dokládá kvalitu metody a vhodnost jejího praktického použití.

## 7. REALIZACE VÝZKUMU A SBĚR DAT

Samotnému sběru dat předcházela pilotní studie, jejíž účely a vyhodnocení uvedeme. Popíšeme proces kontaktování škol, samotný sběr dat, podrobně se budeme věnovat procesu zpracování dat. V závěru kapitoly rozebereme etická úskalí výzkumu a způsoby, které jsme zvolili k jejich ošetření.

### 7. 1. Pilotní studie

Pilotní studie proběhla dne 29. září 2016 na 43 respondentech (22 dívek, 20 chlapců; průměrný věk 11,75 let) dvou 6. tříd základní školy v Krnově. Záměry pilotní studie byly následující: (1) dořešení případných nejasností v překladu dotazníků KMKB a IE-4; (2) celková časová náročnost testové baterie (při ostrém testování jsme pedagogům garantovali délku administrace do jedné vyučovací hodiny, tedy méně než 45 minut); (3) ověření použitelnosti dotazníků KMKB a IE-4 u mladších respondentů. Z důvodu prvního a posledního bodu byly záměrně vybrány děti z nejmladší věkové skupiny našeho výběrového souboru.

Administrace probíhala skupinově, v průběhu byly zaznamenávány otázky respondentů ohledně dotazníků a jakékoliv nejasnosti týkající se znění položek. Při pilotní studii se nám rovněž prokázalo, že lze metody KMKB a IE-4 použít u mladších respondentů.

## 7. 2. Kontaktování škol, sběr dat a zpracování dat

Po náhodném vylosování škol odpovídajících našim kritériím, jsme tato zařízení kontaktovali nejprve písemně. Součástí dopisu byla Žádost o spolupráci na výzkumné studii (příloha č. 8) a Informace pro vedení školy k výzkumné studii (příloha č. 9). Tyto dokumenty obsahovaly nejdůležitější informace o našem výzkumu, včetně záměru, průběhu testování a ošetření etických aspektů. V následujícím týdnu byly ředitelkám/ředitelům těchto škol zaslány stejné informace elektronicky. Konkrétní domluva na průběhu testování probíhala ve všech případech telefonicky.

Při komunikaci s vedením školy jsme nabízeli dvě varianty sběru dat: v prvním případě mohl na školu přijet člen výzkumného týmu a data osobně sesbírat; ve druhém případě mohla škola obdržet předem domluvený počet testových baterií, které pak sami pedagogové ve svých hodinách administrovali. Všechna zařízení, která se zúčastnila našeho výzkumu, se rozhodla pro druhou variantu. Výhodou této varianty byla nepopiratelná časová a finanční úspora pro výzkumný tým, navíc si škola sama mohla vybrat, ve kterých vyučovacích hodinách se jim administrace dotazníků více hodí. V jednotlivých třídách tedy administrovali připravenou testovou baterii pedagogové, kterým jsme spolu s testovými bateriemi zaslali i stručné informace o tom, jak mají metody administrovat, a jak se chovat při dotazech respondentů. Po domluvě s vedením školy jsme zajistili dostatečný počet testových baterií a zaslali je škole pro samotný sběr dat.

Sběr dat proběhl v časovém úseku listopad - prosinec 2016. Po sběru dat následovala fáze přepisu dat z papírové podoby do podoby elektronické. K tomu byl využit program Excel. Přepis dat zabral přibližně 48 hodin čisté práce. Následovalo překódování reverzních položek v dotaznících SOC 13, KMKB, IE-4 a všech položek v dotazníku CNSIE (kvůli jeho vyhodnocování v externím směru musely být všechny položky překódovány v externím směru). Pro snadnější analýzu výsledků jsme všechny metody měřící lokalizaci locus of control upravili po vzoru dotazníku CNSIE, tedy tak, aby výsledný hrubý skóre znamenal počet odpovědí v externím směru (čím vyšší počet bodů, tím více externí locus of control). Touto úpravou odpovědí jsme všechny tři metody ke zjištění locus of control sjednotili. Nakonec jsme se dostali k čištění dat a k jejich přípravě ke statistickým analýzám.

Při čištění dat jsme postupovali následovně:

1. V případě, kdy chyběla jedna položka v jednofaktorovém dotazníku (SDDSS, SOC13) byl dopočítán průměr odpovědí respondenta v daném dotazníku.
2. V případě, že chyběla jedna položka v jednom faktoru vícefaktorového dotazníku (např. KMKB – faktor ILOC), postupovali jsme stejně jako v předešlém případě a položku dopočítali.
3. Pokud se v jednofaktorovém dotazníku objevily dvě a více chybějících odpovědí, respondent nebyl zahrnut do statistické analýzy obsahující data z tohoto dotazníku.
4. Stejně jsme postupovali při dvou a více chybějících odpovědí v jednom faktoru vícefaktorového dotazníku.
5. V případě, kdy respondent neuvedl své pohlaví, byl zahrnut do analýz (pokud to odpovědi v dotaznících umožňovaly), ovšem nebyl zahrnut do analýz pracujících s proměnnou pohlaví.
6. Při zaznačení více než jedné odpovědi na otázku v dotazníku, bylo s touto odpovědí nakládáno tak, jako by byla nevyplněna.
7. Do statistických analýz týkajících se věku nebyli zahrnuti šestnáctiletí respondenti pro jejich nízký počet ve věkové kohortě ( $N = 4$ ).

Pro základní výpočty a úpravu dat jsme použili Excel, pro podrobnější statistickou analýzu program Statistica. Výsledky statistické analýzy uvádíme kapitole 8.

### **7. 3. Etické aspekty studie**

Vzhledem k tomu, že náš výzkumný soubor tvořili z velké části respondenti mladší patnácti let, nutností k účasti na výzkumu bylo získání informovaného souhlasu zákonných zástupců respondentů. Velkým usnadněním bylo, že všechny školy zahrnuté do testování, disponovaly generálním souhlasem, který svou povahou pokryl danou problematiku výzkumu. V něm rodiče mimo jiné souhlasili s činností školského poradenského centra a s případným dotazníkovým šetřením, pod tuto položku jsme (vždy po dohodě s jednotlivými řediteli a ředitelkami škol) zahrnuli i náš výzkum. Vyplnění dotazníků bylo navíc vždy dobrovolné a informace o dobrovolnosti a anonymitě šetření byla uvedena na úvodní straně testové baterie.

Anonymita údajů byla ošetřena třemi způsoby. Za prvé, upozorněním respondentů, že je

dotazník anonymní, tudíž se nemají podepisovat. Za druhé tím, že jsme každé testové baterii přidělili specifický kód. S daty bylo ve všech částech zpracování dat, vyhodnocování dat a výsledků nakládáno jako s anonymními daty – pod specifickým kódem lze rozeznat pouze: název školy, ročník, pořadové číslo dotazníku. Specifický kód dotazníku jsme přidělili z důvodu potřeby zpětného dohledání dotazníku. V neposlední řadě zachováváme anonymitu samotných škol při prezentaci výsledků šetření.

Zajímavým etickým problémem jsme se zabývali při vyhodnocování pilotní studie, kde se ukázalo, jak citlivým materiálem mohou být výsledky Škály depresivity. Na jednom z dotazníků bylo totiž i přes opakovaná upozornění, že se respondenti nemají podepisovat, uvedeno celé jméno i příjmení respondenta, výsledné skóre depresivity bylo navíc alarmující (včetně suicidálních myšlenek – položka č. 9). Po konzultaci s vedoucím práce jsme dospěli k závěru, že aspekt anonymity prolomil respondent dobrovolně sám, a že budeme raději kontaktovat poradenské pracoviště dané školy. Respondentu se tak dostalo pomoci v jeho, jak jsme se později dozvěděli, aktuálně obtížné životní situaci. Při pilotní studii se tak ukázalo, jak může použití kvalitní screeningové psychodiagnostické metody vést ke včasné psychologické intervenci.

## 8. VÝSLEDKY

Popis a interpretaci výsledků zahájíme analýzou salutoprotektivních faktorů locus of control a sense of coherence, pokračovat budeme depresivitou. V neposlední řadě se budeme věnovat také vzájemným vztahům mezi zmíněnými proměnnými a popisem základních metodologických ukazatelů psychodiagnostických nástrojů, které jsme použili. Do statistických analýz zahrneme jak základní demografické údaje (pohlaví, věk), tak i přidané položky z úvodu testové baterie (spokojenost/nespokojenost se školním prospěchem, úplnost/neúplnost rodiny, počet sourozenců). Pro přehlednost jsme kapitolu výsledků rozčlenili do podkapitol podle zásadních proměnných – LOC, SOC, depresivita. V závěru kapitoly se vyjádříme ke stanoveným hypotézám.

### 8. 1. Locus of control

V následující kapitole se nejprve budeme věnovat analýze použitých metod k měření locus of control (CNSIE, KMKB, IE-4). Srovnáme jejich úspěšnost při zjišťování úrovně proměnné, popíšeme základní statistické údaje a uvedeme rozložení proměnné LOC měřené jednotlivými metodami. Po tomto základním statistickém úvodu prozkoumáme vztah locus of control s ostatními faktory prostřednictvím pokročilých lineárních modelů.

#### 8. 1. 1. Analýza metod k měření locus of control a rozložení proměnné LOC

Locus of control jsme měřili třemi psychodiagnostickými metodami. U všech použitých metod se jedná o naše překlady do českého jazyka. Zajímalo nás, jak spolu jednotlivé nástroje korelují, neboť se jedná o metody, které měří stejný psychologický koncept. Všechny uvedené korelace jsou statisticky signifikantní na hladině  $*p < 0,05$ .

Tab. č. 8: Korelace mezi metodami k měření LOC

	CNSIE	KMKB	IE-4
CNSIE	1,00	<b>0,33*</b>	<b>0,36*</b>
KMKB	<b>0,33*</b>	1,00	<b>0,53*</b>
IE-4	<b>0,36*</b>	<b>0,53*</b>	1,00



Tab. č. 9: Reliabilita metod k měření LOC

<b>CNSIE</b>	<b>N</b>	<b>CRONBACHOVO ALFA</b>	
Nowicki & Strickland, 1973	1017	0,70	
Dolejš & Laštůvková, 2015	366	0,65	
<b>Aktuální výzkum</b>	<b>551</b>	<b>0,59</b>	
<b>KMKB</b>	<b>N</b>	<b>Subškály</b>	
		<b>ILOC</b>	<b>ELOC</b>
Jakoby & Jacob, 1999	*2979	0,70	0,58
	**3 132	0,62	0,64
Kovaleva, 2012	10 030	0,76	0,60
<b>Aktuální výzkum</b>	<b>551</b>	<b>0,47(0,70)</b>	<b>0,40 (0,64)</b>
<b>IE-4</b>	<b>N</b>	<b>Subškály</b>	
		<b>ILOC</b>	<b>ELOC</b>
Kovaleva, 2012***	199	0,61	0,57
<b>Aktuální výzkum</b>	<b>551</b>	<b>0,69</b>	<b>0,62</b>

\* výzkumný soubor z roku 1995  
\*\* výzkumný soubor z roku 1996  
\*\*\* deseti položková verze metody  
*Kurzíva: hodnota Cronbachova alfa po přidání pěti položek*

Metody KMKB a IE-4 jsou dvou faktorové (faktory ILOC, ELOC), zajímala nás proto i korelace mezi faktory. Korelace mezi faktorem interního locus of control metody KMKB a IE-4 je  $r = 0,41$ ; silnější pak pro faktor ELOC:  $r = 0,51$ . Korelační studie položek faktorů ILOC a ELOC v metodách KMKB (tři položky) a IE-4 (pět položek) ukázala, že spolu nejvíce korelují položky faktoru ILOC dotazníku IE-4. Ostatní položky mezi sebou korelovaly na nižší úrovni než  $r = 0,30$  (obvykle kolem  $r = 0,20 - 0,30$ ). Obdobné výsledky přináší korelační studie položek faktoru ELOC metod KMKB a IE-4: nejsilnější korelace nacházíme opět mezi položkami metody IE-4.

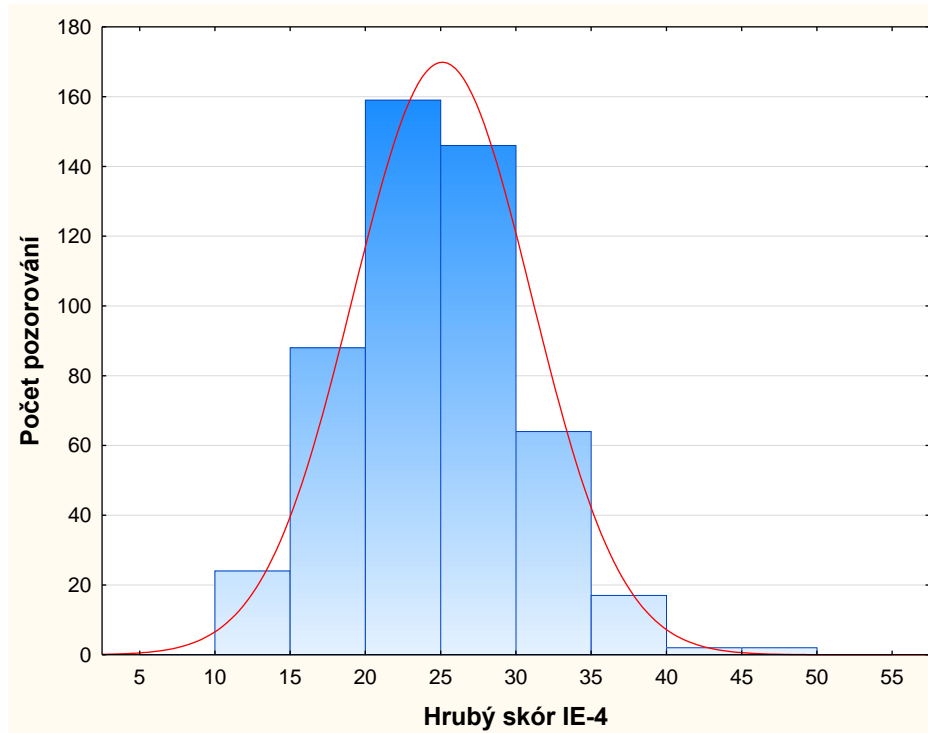
Tab. č. 10: Deskripce základních údajů metod CNSIE, KMKB, IE-4

<b>Metoda</b>	<b>N platných</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Průměr</b>	<b>SD (+/-)</b>
<b>CNSIE</b>	493	6	30	17,52	4,57
<b>KMKB</b>	504	6	28	15,88	3,33
<b>IE-4</b>	502	11	49	25,00	5,89

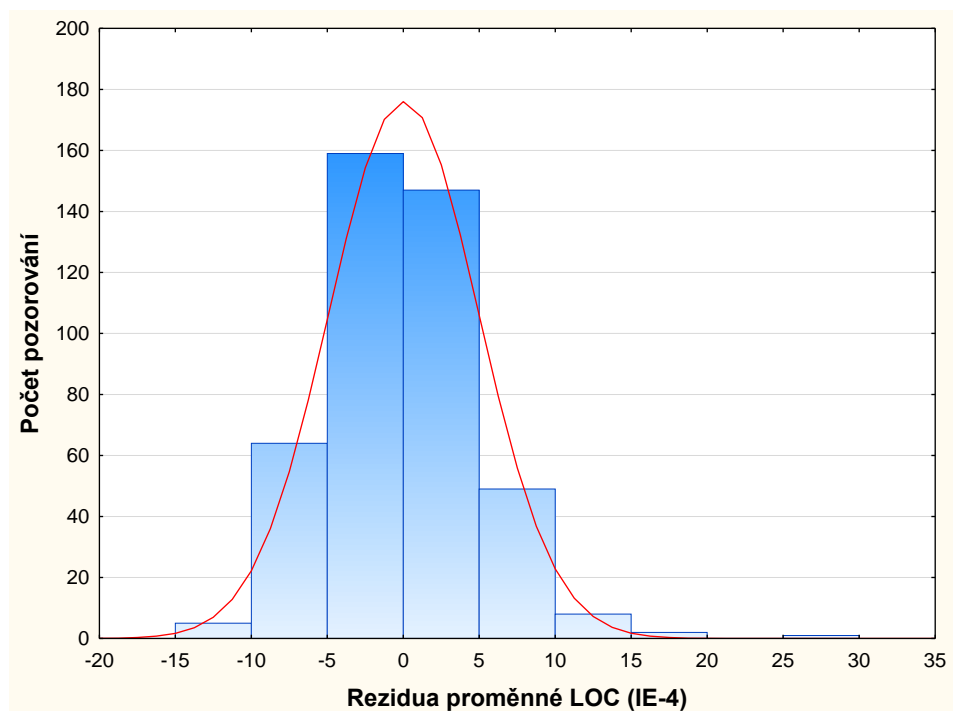
Abychom mohli použít lineární modely ke statistickému zpracování dat, ověřili jsme nejprve nezbytné podmínky pro jejich užití (Dostál, 2015). Všechny tři metody, použité k měření locus of control, mají normální rozložení hrubých skóre i reziduí, jak můžeme vidět na histogramech v příloze 10 (zde uvádíme pro ukázkou normalitu rozložení proměnné LOC

měřené dotazníkem IE-4). U všech metod jsme také vyloučili heteroskedasticitu proměnné LOC (viz příloha 11; zde opět pro ukázkou výsledky metody IE-4).

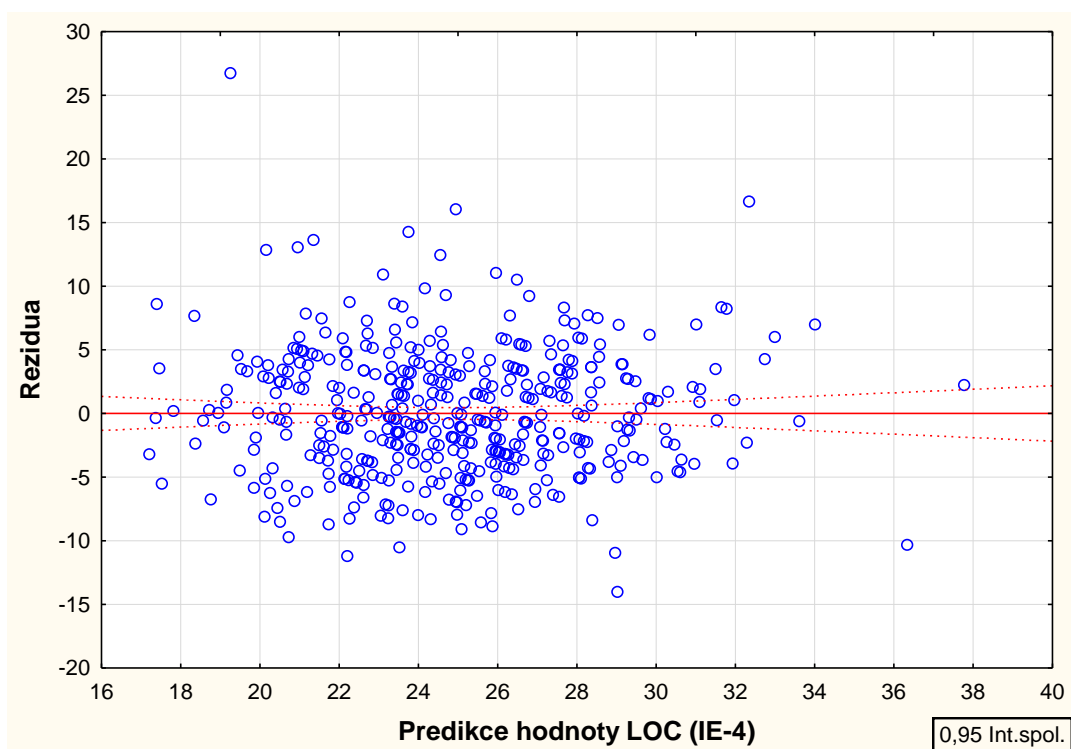
Graf č. 3: Rozložení hrubých skóre IE-4



Graf č. 4: Rozložení reziduí proměnné LOC měřené metodou IE-4



Graf č. 5: Ověření homoskedasticity proměnné LOC měřené metodou IE-4



### 8. 1. 2. Vztah locus of control s ostatními proměnnými

Locus of control souvisí se dvěma proměnnými: (1) pohlaví (chlapci mají více interní LOC); (2) subjektivní pocit spokojenosti/nespokojenosti se školním prospěchem (respondenti, kteří uvedli, že nejsou spokojeni se svým školním prospěchem, jsou častěji externalisté). Tyto výsledky dokládají na statisticky významné hladině metody CNSIE a IE-4, metodou KMKB se prokázal pouze vliv spokojenosti s prospěchem, nikoliv statisticky významný vliv pohlaví (ačkoliv je zřejmé, že i zde dosahují dívky vyšších skóre externího LOC – viz. srovnání průměrů v tabulce).

Tab. č. 11: Locus of control a pohlaví

	Průměr dívky	Průměr chlapci	N dívky	N chlapci	t	sv	p
<b>CNSIE</b>	18, 64 (SD = 4, 30)	16, 48 (SD = 4, 57)	234	254	- 5, 35	486	< 0,001
<b>KMKB</b>	16, 09 (SD = 3, 54)	15, 74 (SD = 3, 24)	242	257	-1, 20	497	nsg.
<b>IE-4</b>	25, 62 (SD = 6, 02)	24, 36 (SD = 5, 70)	243	254	-2, 40	495	< 0,05

Korelace jednotlivých metod k měření LOC a proměnné ne/spokojenost se školním prospěchem je následující: (1) CNSIE  $r = -0,20$ ; (2) KMKB  $r = -0,13$ ; (3) IE-4  $r = -0,20$ .

Tab. č. 12: Locus of control a ne/spokojenost se školním prospěchem

	Průměr LOC - spokojeni	Průměr LOC - nespokojeni	N spokojeni	N nespokojeni	t
<b>CNSIE</b>	16, 93 (SD = 4, 62)	18, 68 (SD = 4, 30)	325	164	<b>-4,06*</b>
<b>KMKB</b>	15, 50 (SD = 3, 27)	16, 56 (SD = 3, 29)	333	165	<b>-3,41*</b>
<b>IE-4</b>	24, 16 (SD = 5, 89)	26, 58 (SD = 5, 47)	332	164	<b>-4,41*</b>

\* $p < 0,05$

Pozn.: Čím vyšší počet hrubých skóre proměnné locus of control, tím více externí umístění LOC.

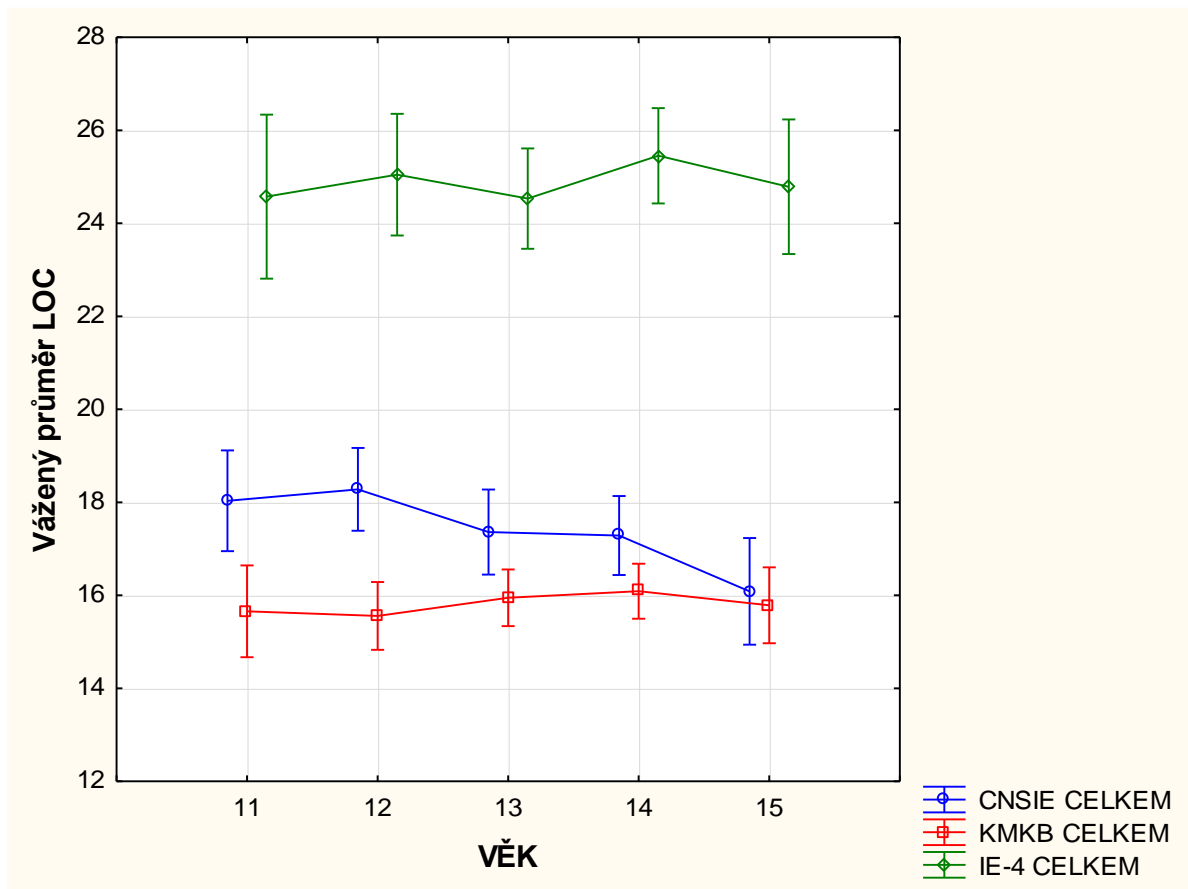
Neprokázal se statisticky významný vliv úplné či neúplné rodiny na locus of control. V následující tabulce uvádíme podrobné informace o proměnné LOC ve věkových kohortách 11-15 let (respondenti z věkové kohorty 16 let byli pro nízký počet čtyř respondentů z této analýzy vyřazeni).

Tab. č. 13: Locus of control a věk

VĚK	CNSIE			KMKB			IE-4		
	N	průměr	SD	N	průměr	SD	N	průměr	SD
<b>11</b>	70	<b>18,14</b>	4,30	71	<b>15,68</b>	3,64	70	<b>24,60</b>	6,69
<b>12</b>	104	<b>18,21</b>	4,26	110	<b>15,55</b>	3,28	103	<b>25,36</b>	5,92
<b>13</b>	105	<b>17,39</b>	4,51	102	<b>16,01</b>	2,99	106	<b>24,81</b>	5,58
<b>14</b>	133	<b>17,47</b>	4,84	137	<b>16,15</b>	3,44	136	<b>25,26</b>	5,78
<b>15</b>	75	<b>16,13</b>	4,76	78	<b>15,97</b>	3,41	81	<b>24,83</b>	6,01

V následujícím grafu lze názorně vidět, jak se umístění LOC ve věkových kohortách v našem souboru výrazně nemění. Výjimku tvoří výsledky metody CNSIE, kde nalézáme statisticky signifikantní vliv věku na skóre LOC:  $F(4) = 2,91$ ,  $p < 0,05$ .

Graf č. 6: Locus of control ve věkových kohortách 11 - 15 let



Ke statistické analýze dat jsme využili hierarchickou regresi. Regresory, s nimiž pracujeme v modelech, jsou následující: pohlaví, věk, počet sourozenců, ne/úplnost rodiny, ne/spokojenost se školním prospěchem, hrubý skór SOC13 a SDDSS. Pro každou metodu měřící LOC prezentujeme souhrn výsledků hierarchické regrese v následujících tabulkách. Při hierarchické regresi postupujeme vždy podle následujícího schématu:

1. vytvoření modelu s proměnnými pohlaví a věk;
2. vytvoření modelu s přidáním více proměnných (pohlaví, věk, počet sourozenců, ne/úplnost rodiny, ne/spokojenost se školním prospěchem);
3. vytvoření modelu zahrnujícím všechny proměnné, jejichž vliv na závisle proměnnou LOC zkoumáme (tedy proměnné vyjmenované v bodě 2, a navíc hrubý skór SOC13 a SDDSS);
4. porovnání síly modelů (upravené R<sup>2</sup>).

Tab. č. 14: Výsledky hierarchické regrese pro závisle proměnnou LOC (CNSIE)

N = 486	b*	Sm.chyba (z b*)	b	Sm.chyba (z b)	t(483)	p	R2 upravené
Absolutní člen			21,37	2,04	10,45	<0,001	6,33%
<b>POHLAVÍ</b>	<b>0,23</b>	<b>0,04</b>	<b>2,10</b>	<b>0,40</b>	<b>5,22</b>	<b>&lt;0,001</b>	
<b>VĚK</b>	<b>-0,11</b>	<b>0,04</b>	<b>-0,37</b>	<b>0,15</b>	<b>-2,41</b>	<b>&lt;0,01</b>	
N = 475	b*	Sm.chyba (z b*)	b	Sm.chyba (z b)	t(469)	p	
Absolutní člen			24,65	2,23	11,08	<0,001	10,01%
<b>POHLAVÍ</b>	<b>0,22</b>	<b>0,04</b>	<b>2,01</b>	<b>0,40</b>	<b>4,99</b>	<b>&lt;0,001</b>	
<b>VĚK</b>	<b>-0,15</b>	<b>0,04</b>	<b>-0,53</b>	<b>0,16</b>	<b>-3,39</b>	<b>&lt;0,001</b>	
POČET SOUROZENCŮ	0,05	0,04	0,21	0,17	1,20	0,23	
NE/ÚPLNOST RODINY	-0,02	0,04	-0,22	0,43	-0,50	0,62	
<b>SPOKOJENOST S PROSPĚCHEM</b>	<b>-0,19</b>	<b>0,04</b>	<b>-1,87</b>	<b>0,44</b>	<b>-4,28</b>	<b>&lt;0,001</b>	
N = 426	b*	Sm.chyba (z b*)	b	Sm.chyba (z b)	t(418)	p	
Absolutní člen			27,40	2,91	9,40	<0,001	25,24%
<b>POHLAVÍ</b>	<b>0,14</b>	<b>0,04</b>	<b>1,28</b>	<b>0,39</b>	<b>3,29</b>	<b>&lt;0,01</b>	
<b>VĚK</b>	<b>-0,14</b>	<b>0,04</b>	<b>-0,50</b>	<b>0,15</b>	<b>-3,30</b>	<b>&lt;0,01</b>	
POČET SOUROZENCŮ	0,01	0,04	0,03	0,17	0,18	0,86	
NE/ÚPLNOST RODINY	0,02	0,04	0,19	0,42	0,46	0,64	
SPOKOJENOST S PROSPĚCHEM	-0,09	0,04	-0,82	0,43	-1,92	0,06	
<b>SOC13 CELKEM</b>	<b>-0,33</b>	<b>0,06</b>	<b>-0,12</b>	<b>0,02</b>	<b>-5,80</b>	<b>&lt;0,001</b>	
<b>SDDSS CELKEM</b>	<b>0,13</b>	<b>0,06</b>	<b>0,06</b>	<b>0,03</b>	<b>2,43</b>	<b>&lt;0,05</b>	

Při analýze dotazníku CNSIE se ukazují jako statisticky významné regresory pohlaví, věk, SOC13, SDDSS a ne/spokojenost se školním prospěchem. Efekt ne/spokojenosti s prospěchem je značně oslaben po přidání regresorů SOC13 (korelace CNSIE a SOC13  $r = 0,30$ ) a SDDSS (korelace CNSIE a SDDSS  $r = -0,24$ ).

Konečný regresní model, ve kterém zahrnujeme jako závisle proměnnou LOC měřený dotazníkem CNSIE vysvětluje přibližně 25 % rozptylu proměnné LOC (CNSIE). Největší váhu má regresor SOC13 (korelace SOC13 a CNSIE  $r = -0,46$ ).

Regresní model navíc potvrzuje změny v LOC v závislosti na věku zachycené dotazníkem CNSIE: s každým rokem navíc respondent přichází o půl bodu v externím směru – čím je respondent starší, tím se více se jeho locus of control stává interním (viz také graf č. 6).

Tab. č. 15: Výsledky hierarchické regrese pro závisle proměnnou LOC (KMKB)

N = 497	b*	Sm.chyba (z b*)	b	Sm.chyba (z b)	t(494)	p	R2 upravené
Absolutní člen			14,23	1,50	9,49	<0,001	0,07%
POHLAVÍ	0,05	0,04	0,36	0,30	1,20	0,23	
VĚK	0,05	0,04	0,12	0,11	1,02	0,31	
N = 484	b*	Sm.chyba (z b*)	b	Sm.chyba (z b)	t(478)	p	1,34%
Absolutní člen			15,76	1,59	9,91	<0,001	
POHLAVÍ	0,04	0,05	0,23	0,29	0,77	0,44	
VĚK	0,02	0,05	0,04	0,11	0,38	0,70	
POČET SOUROZENCŮ	0,02	0,05	0,06	0,13	0,45	0,66	
NE/ÚPLNOST RODINY	0,01	0,05	0,04	0,32	0,12	0,91	
<b>SPOKOJENOST S PROSPĚCHEM</b>	<b>-0,14</b>	<b>0,05</b>	<b>-0,98</b>	<b>0,32</b>	<b>-3,05</b>	<b>&lt;0,01</b>	
N = 438	b*	Sm.chyba (z b*)	b	Sm.chyba (z b)	t(430)	p	
Absolutní člen			12,89	2,14	6,02	<0,001	
POHLAVÍ	-0,03	0,05	-0,22	0,29	-0,74	0,46	
VĚK	0,03	0,05	0,08	0,11	0,68	0,49	
POČET SOUROZENCŮ	-0,05	0,04	-0,15	0,12	-1,21	0,23	
NE/ÚPLNOST RODINY	0,05	0,05	0,31	0,32	1,00	0,32	
SPOKOJENOST S PROSPĚCHEM	-0,04	0,05	-0,25	0,33	-0,78	0,43	
<b>SOC13 CELKEM</b>	<b>-0,13</b>	<b>0,06</b>	<b>-0,03</b>	<b>0,01</b>	<b>-2,22</b>	<b>&lt;0,05</b>	
<b>SDDSS CELKEM</b>	<b>0,30</b>	<b>0,06</b>	<b>0,10</b>	<b>0,02</b>	<b>5,19</b>	<b>&lt;0,001</b>	

Při analýze dotazníku KMKB zjišťujeme statisticky významné regresory ne/spokojenost s prospěchem, SOC13 a SDDSS. Efekt ne/spokojenosti s prospěchem je opět značně oslaben po přidání regresorů SOC13 a SDDSS. Model vysvětluje 15 % rozptylu proměnné LOC měřené metodou KMKB. Jedná se tedy o nejslabší z modelů hierarchické regrese pro proměnnou locus of control. Největší váhu zde má regresor SDDSS (korelace SOC13 a KMKB  $r = 0,41$ ).

Tab. č. 16: Výsledky hierarchické regrese pro závisle proměnnou LOC (IE-4)

N = 495	b*	Sm.chyba (z b*)	b	Sm.chyba (z b)	t(492)	p	R2 upravené
Absolutní člen			24,39	2,69	9,08	<0,001	<b>0,75%</b>
<b>POHLAVÍ</b>	<b>0,11</b>	<b>0,04</b>	<b>1,26</b>	<b>0,53</b>	<b>2,39</b>	<b>&lt;0,05</b>	
VĚK	0,00	0,04	0,00	0,20	-0,01	0,99	
N = 482	b*	Sm.chyba (z b*)	b	Sm.chyba (z b)	t(476)	p	<b>3,83%</b>
Absolutní člen			28,98	2,89	10,03	<0,001	
POHLAVÍ	0,09	0,04	1,02	0,53	1,92	0,05	
VĚK	-0,04	0,05	-0,18	0,20	-0,86	0,39	
POČET SOUROZENCŮ	-0,04	0,05	-0,20	0,23	-0,87	0,39	
NE/ÚPLNOST RODINY	-0,04	0,05	-0,46	0,57	-0,81	0,42	
<b>SPOKOJENOST S PROSPĚCHEM</b>	<b>-0,20</b>	<b>0,05</b>	<b>-2,45</b>	<b>0,58</b>	<b>-4,24</b>	<b>&lt;0,001</b>	
N = 439	b*	Sm.chyba (z b*)	b	Sm.chyba (z b)	t(431)	p	<b>29,58%</b>
Absolutní člen			24,09	3,59	6,71	<0,001	
POHLAVÍ	-0,02	0,04	-0,20	0,49	-0,42	0,67	
VĚK	-0,03	0,04	-0,12	0,19	-0,65	0,52	
<b>POČET SOUROZENCŮ</b>	<b>-0,10</b>	<b>0,04</b>	<b>-0,52</b>	<b>0,21</b>	<b>-2,52</b>	<b>&lt;0,05</b>	
NE/ÚPLNOST RODINY	0,03	0,04	0,33	0,52	0,63	0,53	
SPOKOJENOST S PROSPĚCHEM	-0,04	0,04	-0,53	0,55	-0,98	0,33	
<b>SOC13 CELKEM</b>	<b>-0,23</b>	<b>0,05</b>	<b>-0,10</b>	<b>0,02</b>	<b>-4,24</b>	<b>&lt;0,001</b>	
<b>SDDSS CELKEM</b>	<b>0,37</b>	<b>0,05</b>	<b>0,23</b>	<b>0,03</b>	<b>6,96</b>	<b>&lt;0,001</b>	

Nejsilnější model nabízí regresní analýza dotazníku IE-4. Vysvětluje téměř 30 % rozptylu proměnné locus of control a potvrzuje statistickou významnost regresorů SOC13 a regresoru s nejvyšší vahou – míru depresivity měřenou dotazníkem SDDSS (korelace SDDSS a IE-4  $r = 0,53$ ). Nepotvrzuje významnost vlivu pohlaví a věku, naopak přidává další dva významné regresory: spokojenost s prospěchem a počet sourozenců. Z výsledků regresní analýzy je patrná stejná tendence u všech tří metod, a to, že přidáním regresorů se vysvětlovací schopnost modelu zvyšuje.

Regresní analýza metod k měření LOC dokládá významný vliv pohlaví: u metod, kde se tento faktor prokázal jako signifikantní (CNSIE, IE-4) má i podobný praktický dopad. Při interpretaci výsledků totiž zjišťujeme, že se příslušností k ženskému pohlaví zvyšují body



externího LOC o 1,28 u metody CNSIE, o 1,26 v prvním kroku hierarchické regrese metody IE-4. U metody IE-4 však přidáním dalších regresorů upadá významnost faktoru pohlaví a nastupuje místo něj především míra depresivity a sense of coherence, překvapivě i počet sourozenců (jeden sourozenec navíc znamená podle regresního modelu téměř o půl bodu nižší externí LOC).

## 8. 2. Sense of coherence

Kapitola nabídne deskripci základních statistických ukazatelů metody SOC13 a jejích faktorů, ověření normality a homoskedasticity proměnné SOC pro následné použití parametrických metod a popis nejvýznamnějších výsledků. Prozkoumáme vztahy mezi SOC a demografickými, doplňujícími proměnnými, a také mezi proměnnými LOC a depresivitou.

### 8. 2. 1. Analýza metody SOC13 a rozložení proměnné SOC

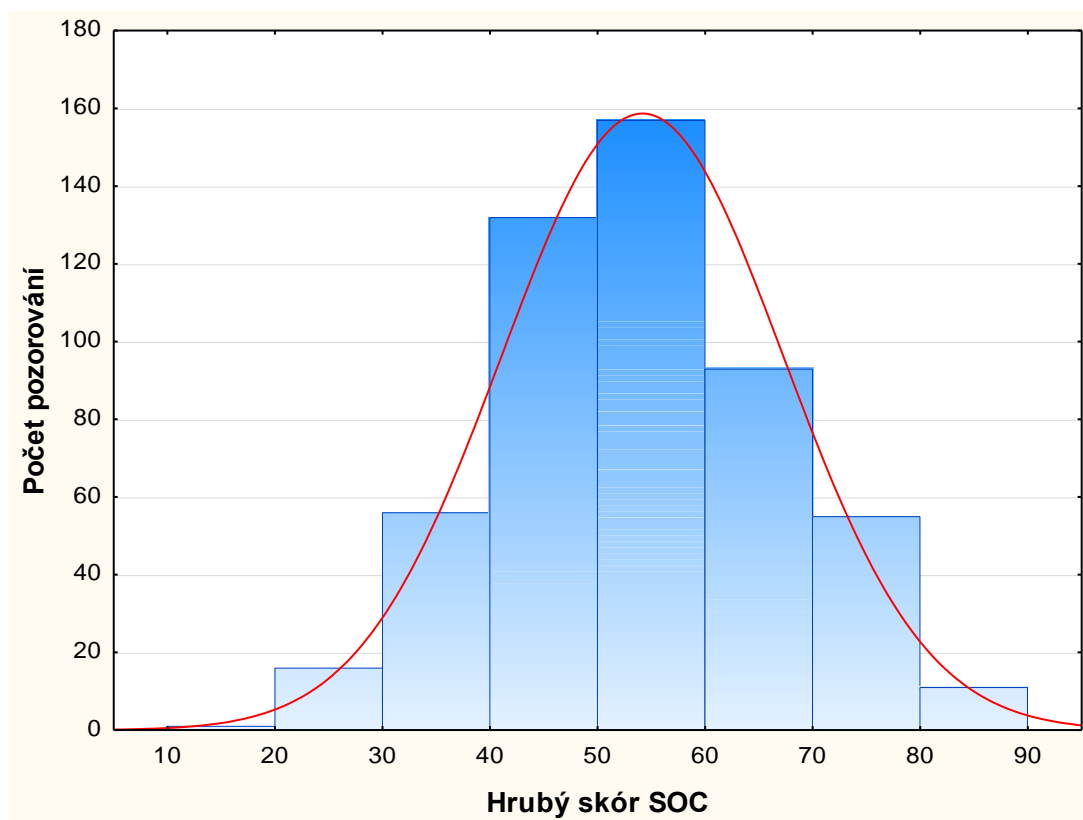
Metoda SOC13 se prokázala jako reliabilní (viz kapitola č. 6), dokládá to i velmi silná korelace mezi jednotlivými faktory dotazníku SOC13 a celkovým skórem sense of coherence: srozumitelnost  $r = 0,84$ ; zvládnutelnost  $r = 0,85$ ; smysluplnost  $r = 0,78$ . Průměrný skór SOC měřený metodou SOC13 se pohybuje od 35.39 (*SD 0.10*) do 77.60 (*SD 13.80*) bodů hrubého skóru (Eriksson, 2007), náš průměrný skór 54,17 (*SD 13,10*) tedy není výjimkou.

Tab. č. 17: Základní statistické údaje SOC a jeho faktorů

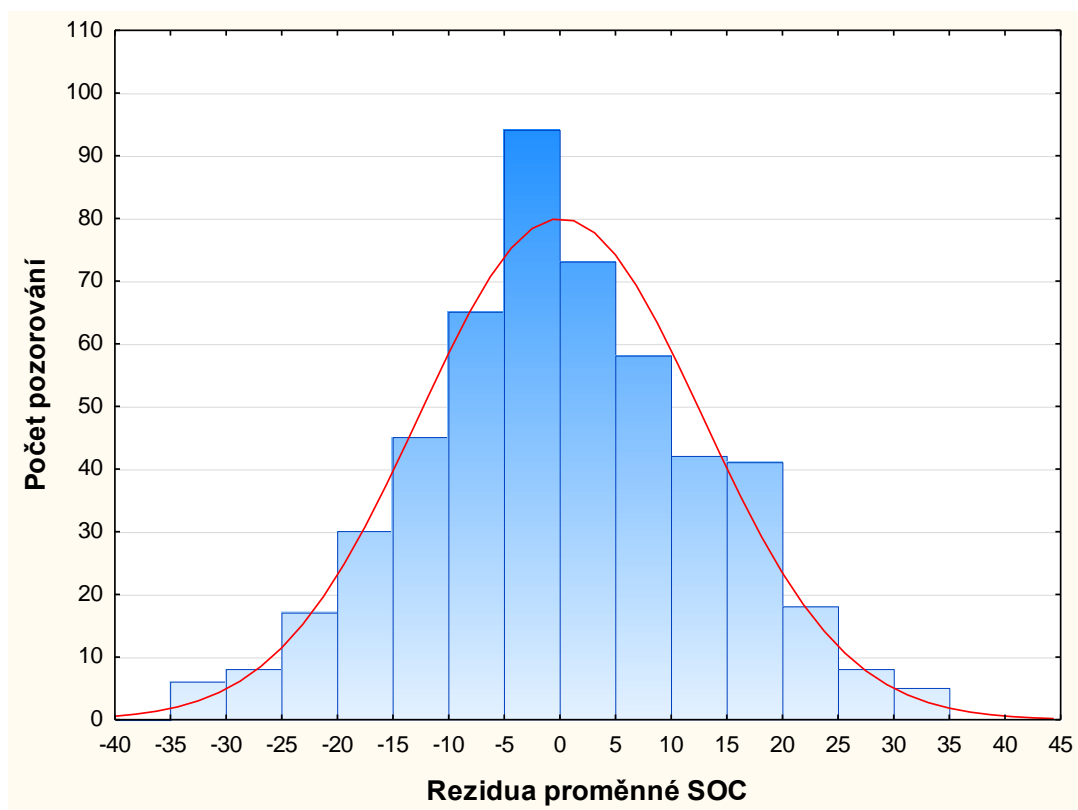
	N platných	Průměr	Min.	Max.	SD
<b>SOC</b>	<b>521</b>	<b>54,17</b>	<b>18</b>	<b>90</b>	<b>13,10</b>
Smysluplnost	534	17,62	0	28	5,40
Zvládnutelnost	534	16,69	0	28	5,92
Srozumitelnost	534	18,54	0	35	6,47

Před použitím parametrických metod jsme opět ověřili normalitu rozložení reziduí a homoskedasticitu proměnné SOC.

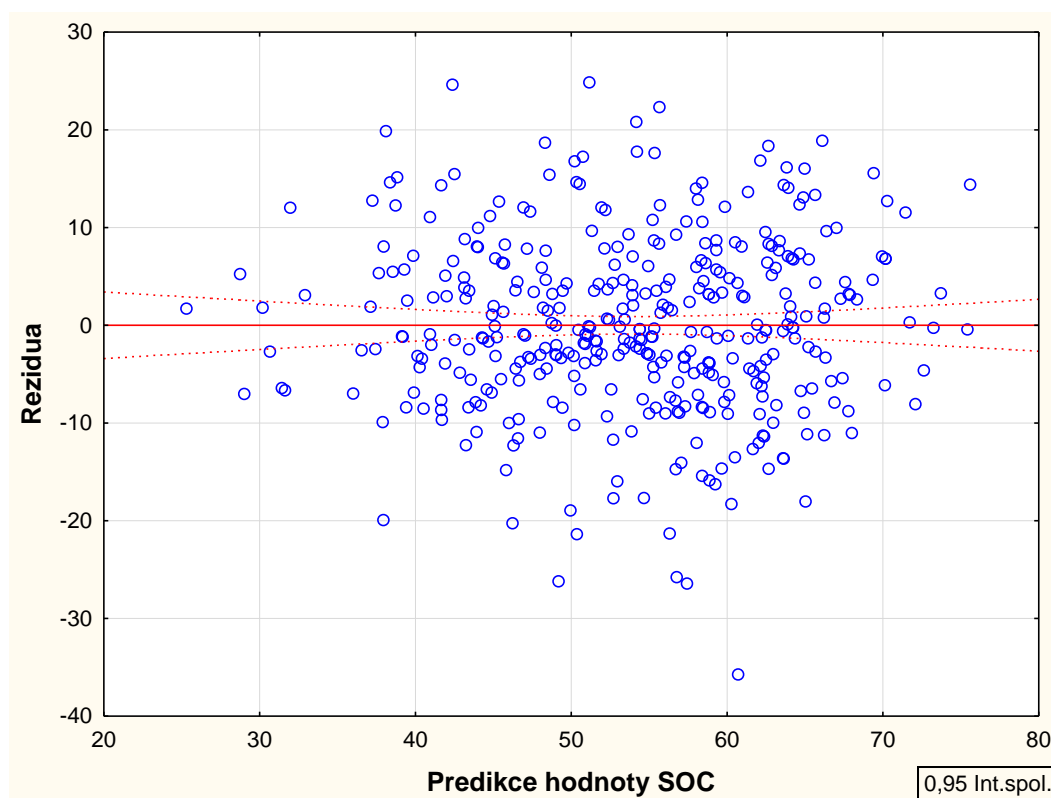
Graf č. 7: Normalita rozložení hrubých skóre SOC



Graf č. 8: Normalita rozložení reziduí proměnné SOC



Graf č. 9: Ověření homoskedasticity proměnné SOC



### 8. 2. 2. Vztah sense od coherence s ostatními proměnnými

Chlapci dosahují signifikantně vyššího skóru sense of coherence než dívky. Tento statisticky významný rozdíl mezi pohlavími se ukazuje i ve faktorech srozumitelnost a zvládnutelnost. Korelace mezi celkovým skórem SOC a pohlavím je poměrně slabá ( $r = -0,19$ ). Pohlaví nejvíce koreluje s faktorem srozumitelnost ( $r = -0,23$ ).

Tab. č. 18: SOC a pohlaví

	Chlapci			Dívky			t	sv	p
	Průměr	SD	N	Průměr	SD	N			
<b>SOC</b>	<b>56,48</b>	<b>12,66</b>	<b>266</b>	<b>51,50</b>	<b>12,94</b>	<b>250</b>	<b>4,41</b>	<b>514</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Srozumitelnost</b>	<b>19,68</b>	<b>6,75</b>	<b>274</b>	<b>17,20</b>	<b>5,87</b>	<b>255</b>	<b>4,49</b>	<b>527</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Zvládnutelnost</b>	<b>17,28</b>	<b>6,03</b>	<b>274</b>	<b>16,05</b>	<b>5,75</b>	<b>255</b>	<b>2,40</b>	<b>527</b>	<b>&lt;0,05</b>
Smysluplnost	17,87	5,34	274	17,24	5,41	255	1,35	527	nsg.

Respondenti z úplných rodin dosahují signifikantně vyššího skóru SOC než respondenti z neúplných rodin (tato tendence je signifikantní i ve faktorech srozumitelnost a zvládnutelnost). Největší rozdíl v průměrném skóru SOC nacházíme při porovnání skupin

respondentů spokojených a nespokojených se školním prospěchem, jenž je signifikantní ve všech faktorech dotazníku SOC13 – viz následující tabulky.

Tab. č. 19: SOC a ne/úplnost rodiny

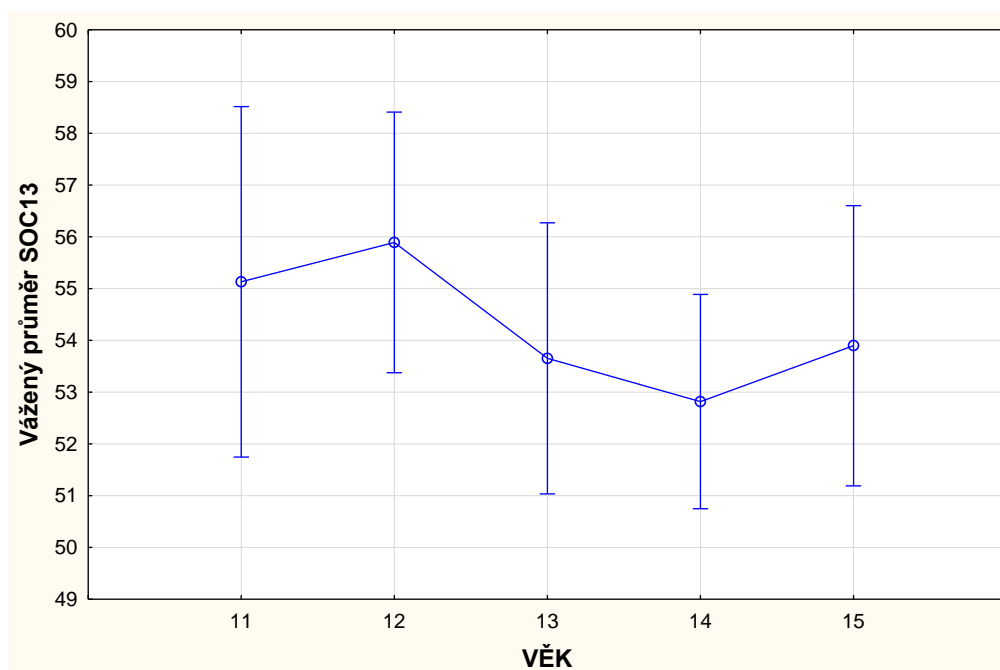
	Neúplná rodina			Úplná rodina			t	sv	p
	Průměr	SD	N	Průměr	SD	N			
<b>SOC</b>	<b>51,55</b>	<b>12,74</b>	<b>165</b>	<b>55,41</b>	<b>13,11</b>	<b>355</b>	<b>-3,15</b>	<b>518</b>	<b>&lt;0,01</b>
<b>Srozumitelnost</b>	<b>17,27</b>	<b>6,04</b>	<b>169</b>	<b>19,14</b>	<b>6,59</b>	<b>364</b>	<b>-3,14</b>	<b>531</b>	<b>&lt;0,01</b>
<b>Zvládnutelnost</b>	<b>15,87</b>	<b>6,03</b>	<b>169</b>	<b>17,08</b>	<b>5,85</b>	<b>364</b>	<b>-2,21</b>	<b>531</b>	<b>&lt;0,05</b>
<b>Smysluplnost</b>	17,19	5,26	169	17,81	5,46	364	-1,24	531	nsg.

Tab. č. 20: SOC a ne/spokojenost se školním prospěchem

	Spokojeni			Nespokojeni			t	sv	p
	Průměr	SD	N	Průměr	SD	N			
<b>SOC</b>	<b>57,03</b>	<b>12,55</b>	<b>343</b>	<b>48,74</b>	<b>12,40</b>	<b>171</b>	<b>7,08</b>	<b>512</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Srozumitelnost</b>	<b>19,23</b>	<b>6,70</b>	<b>353</b>	<b>17,16</b>	<b>5,86</b>	<b>174</b>	<b>3,48</b>	<b>525</b>	<b>&lt;0,01</b>
<b>Zvládnutelnost</b>	<b>17,56</b>	<b>5,92</b>	<b>353</b>	<b>15,07</b>	<b>5,56</b>	<b>174</b>	<b>4,64</b>	<b>525</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Smysluplnost</b>	<b>18,62</b>	<b>5,32</b>	<b>353</b>	<b>15,67</b>	<b>5,02</b>	<b>174</b>	<b>6,10</b>	<b>525</b>	<b>&lt;0,001</b>

Ne/spokojenost se školním prospěchem a celkový skóre SOC spolu korelují na úrovni  $r = 0,31$  (faktor smysluplnost  $r = 0,34$ ; faktor zvládnutelnost  $r = 0,24$ ; faktor srozumitelnost  $r = 0,20$ ). Mezi věkovými kohortami 11-15 let nebyl nalezen signifikantní rozdíl v celkovém skóre SOC.

Graf č. 10: Srovnání vážených průměrů SOC ve věkových kohortách 11-15 let



Hierarchická regrese pro závisle proměnnou SOC přináší v prvním kroku zajímavý výsledek. Při zahrnutí regresorů pohlaví a věk totiž vychází pohlaví jako velmi silný regresor: mužské pohlaví by pak přidávalo 5 bodů v dotazníku SOC13. Při zahrnutí dalších regresorů v následujících krocích regresní analýzy však významnost vlivu pohlaví klesá a zastupují jej jiné regresory.

Tab. č. 22: Výsledky hierarchické regrese pro závisle proměnnou SOC

N = 510	b*	Sm.chyba (z b*)	b	Sm.chyba (z b)	t(507)	p	R2 upravené
Absolutní člen			65,28	5,79	11,27	<0,001	<b>3, 70%</b>
<b>POHLAVÍ</b>	<b>-0,19</b>	<b>0,04</b>	<b>-5,00</b>	<b>1,14</b>	<b>-4,40</b>	<b>&lt;0,001</b>	
VĚK	-0,07	0,04	-0,68	0,44	-1,54	nsg.	
N = 495	b*	Sm.chyba (z b*)	b	Sm.chyba (z b)	t(489)	p	<b>13, 4%</b>
Absolutní člen			50,67	6,00	8,45	<0,001	
<b>POHLAVÍ</b>	<b>-0,18</b>	<b>0,04</b>	<b>-4,70</b>	<b>1,09</b>	<b>-4,31</b>	<b>&lt;0,001</b>	
VĚK	-0,01	0,04	-0,08	0,43	-0,19	nsg.	
POČET SOUROZENCŮ	-0,05	0,04	-0,63	0,49	-1,29	nsg.	
<b>NE/ÚPLNOST RODINY</b>	<b>0,12</b>	<b>0,04</b>	<b>3,26</b>	<b>1,19</b>	<b>2,74</b>	<b>&lt;0,01</b>	
<b>SPOKOJENOST S PROSPĚCHEM</b>	<b>0,29</b>	<b>0,04</b>	<b>7,94</b>	<b>1,19</b>	<b>6,65</b>	<b>&lt;0,001</b>	
N = 388	b*	Sm.chyba (z b*)	b	Sm.chyba (z b)	t(378)	p	<b>50, 62%</b>
Absolutní člen			102,36	6,10	16,77	<0,001	
POHLAVÍ	-0,03	0,04	-0,87	0,96	-0,91	nsg.	
VĚK	-0,07	0,04	-0,66	0,37	-1,76	nsg.	
POČET SOUROZENCŮ	0,00	0,04	-0,02	0,39	-0,04	nsg.	
<b>NE/ÚPLNOST RODINY</b>	<b>0,10</b>	<b>0,04</b>	<b>2,75</b>	<b>1,01</b>	<b>2,72</b>	<b>&lt;0,01</b>	
<b>SPOKOJENOST S PROSPĚCHEM</b>	<b>0,09</b>	<b>0,04</b>	<b>2,41</b>	<b>1,04</b>	<b>2,31</b>	<b>&lt;0,05</b>	
<b>CNSIE CELKEM</b>	<b>-0,22</b>	<b>0,04</b>	<b>-0,64</b>	<b>0,12</b>	<b>-5,35</b>	<b>&lt;0,001</b>	
<b>SDDSS CELKEM</b>	<b>-0,47</b>	<b>0,04</b>	<b>-0,63</b>	<b>0,06</b>	<b>-10,60</b>	<b>&lt;0,001</b>	
KMKB CELKEM	0,02	0,04	0,06	0,17	0,36	nsg.	
<b>IE-4 CELKEM</b>	<b>-0,14</b>	<b>0,05</b>	<b>-0,31</b>	<b>0,10</b>	<b>-3,10</b>	<b>&lt;0,01</b>	

Model hierarchické regrese vysvětluje po zahrnutí všech sledovaných faktorů téměř 51 % rozptylu proměnné SOC. Nejsilnějšími regresory jsou při tom hrubý skór depresivity, hrubý skór CNSIE, IE-4 a v menší míře i ne/úplnost rodiny a ne/spokojenost s prospěchem.

Úplnost rodiny přidává respondentovi průměrně 2,75 bodů v dotazníku SOC13, spokojenost se školním prospěchem přidává 2,41 bodů.

Všechny faktory metody SOC13 korelují signifikantně se všemi metodami k měření LOC na hladině  $p < 0,05$ , jak vidíte v následující tabulce.

Tab. č. 21: Korelace faktorů SOC13 a metod k měření LOC

	<b>CNSIE</b>	<b>KMKB</b>	<b>IE-4</b>
Srozumitelnost	-0,37	-0,30	-0,35
Zvládnutelnost	-0,38	-0,19	-0,37
Smysluplnost	-0,41	-0,34	-0,45
<b>SOC13</b>	<b>-0,47</b>	<b>-0,33</b>	<b>-0,47</b>

### 8. 3. Depresivita

Poslední kapitola věnující se popisu výsledků bude zaměřena na depresivitu a dotazník SDDSS. Popíšeme jejich základní statistické vlastnosti, prozkoumáme vztahy s ostatními proměnnými a metodami. Zkoumání faktoru depresivity završíme regresní analýzou.

#### 8. 3. 1. Analýza metody SDDSS a rozložení proměnné depresivita

Do statistické analýzy dotazníku SDDSS bylo zahrnuto celkem 510 platných případů. Průměrný skóre depresivity v našem souboru je 39,46 (SD = +/- 9,77), minimum 20, maximum 78 bodů.

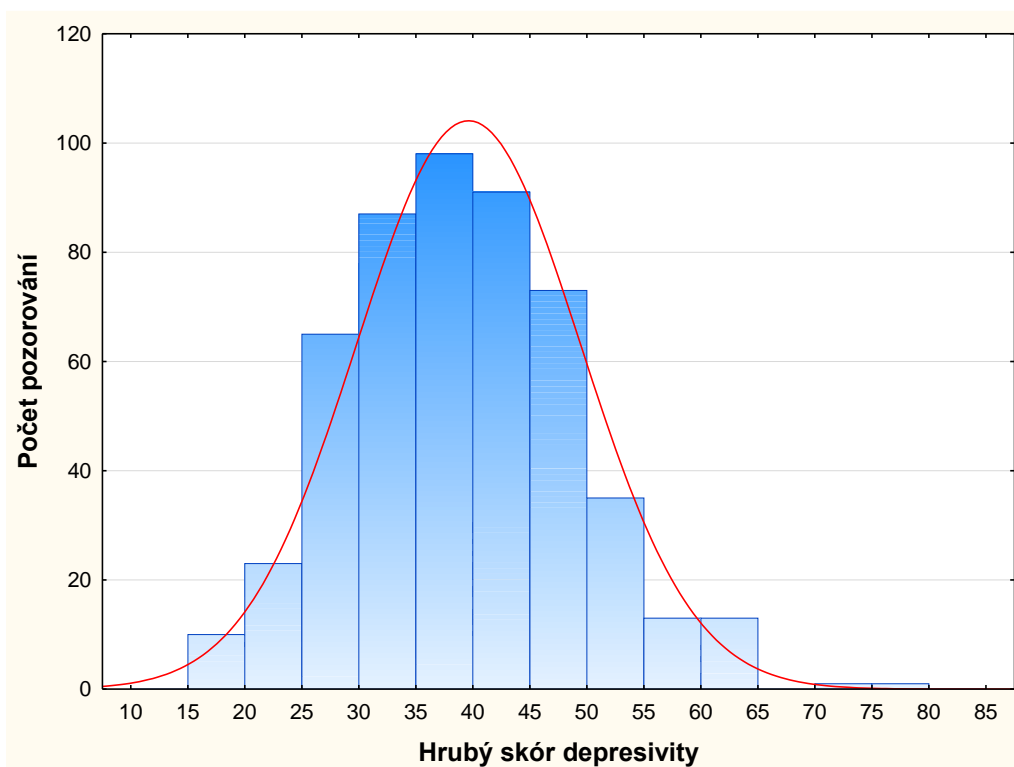
Tab. č. 23: Cronbachovo alfa metody SDDSS

<b>Výzkumný projekt</b>	<b>SDDSS</b>
Aktuální výzkum; N = 551; věk = 13,06 (SD+- 1,32)	0,90
Dolejš, Suchá, Skopal a kol. (2014); N = 2387; Věk = 16,97 (SD+- 1,05)	0.91
Melecká (2015); N = 219; Věk = 16,72 (SD+- 0,89); Testování 1	0.91
Melecká (2015); N = 219; Věk = 17,32 (SD+- 0,89); Testování 2	0.91
Melecká (2015); N = 219; Věk = 17,57 (SD+- 0,89); Testování 3	0.93

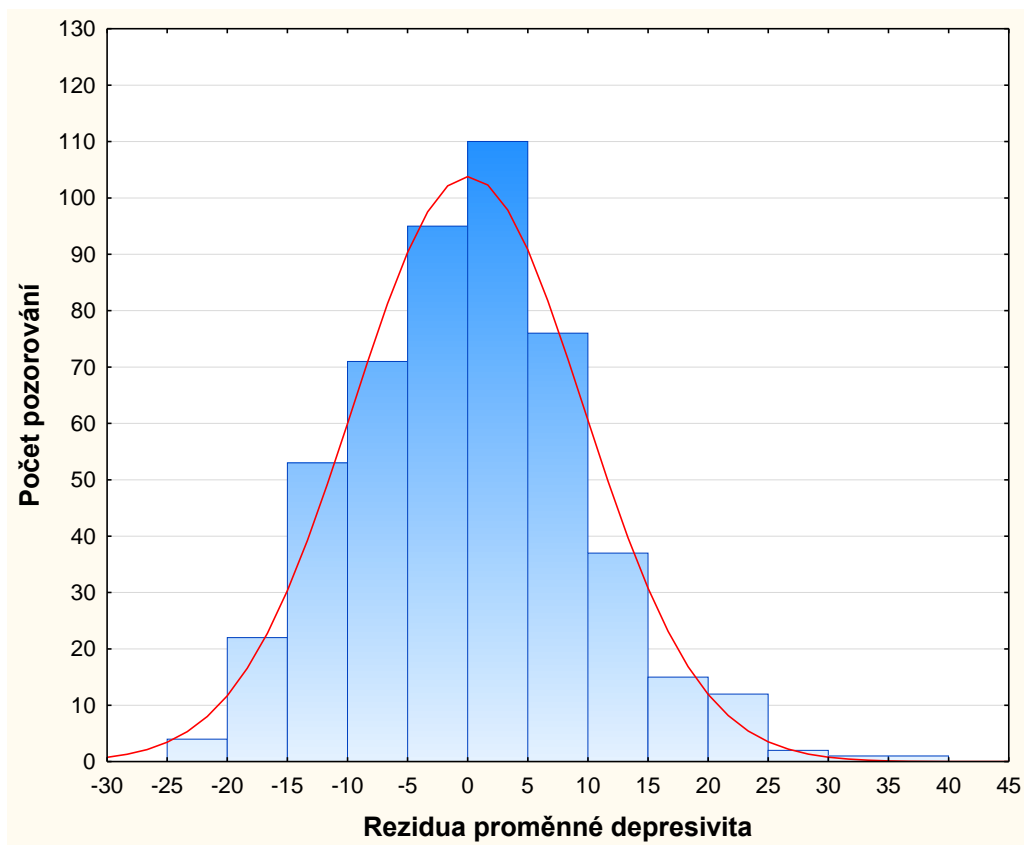
Zdroj: Dolejš, Skopal, Suchá, & Charvát, 2016, in press; upraveno.

Ověření normality rozložení reziduí a homoskedasticity proměnné depresivity nám umožňuje použít ke statistickému zpracování parametrické metody.

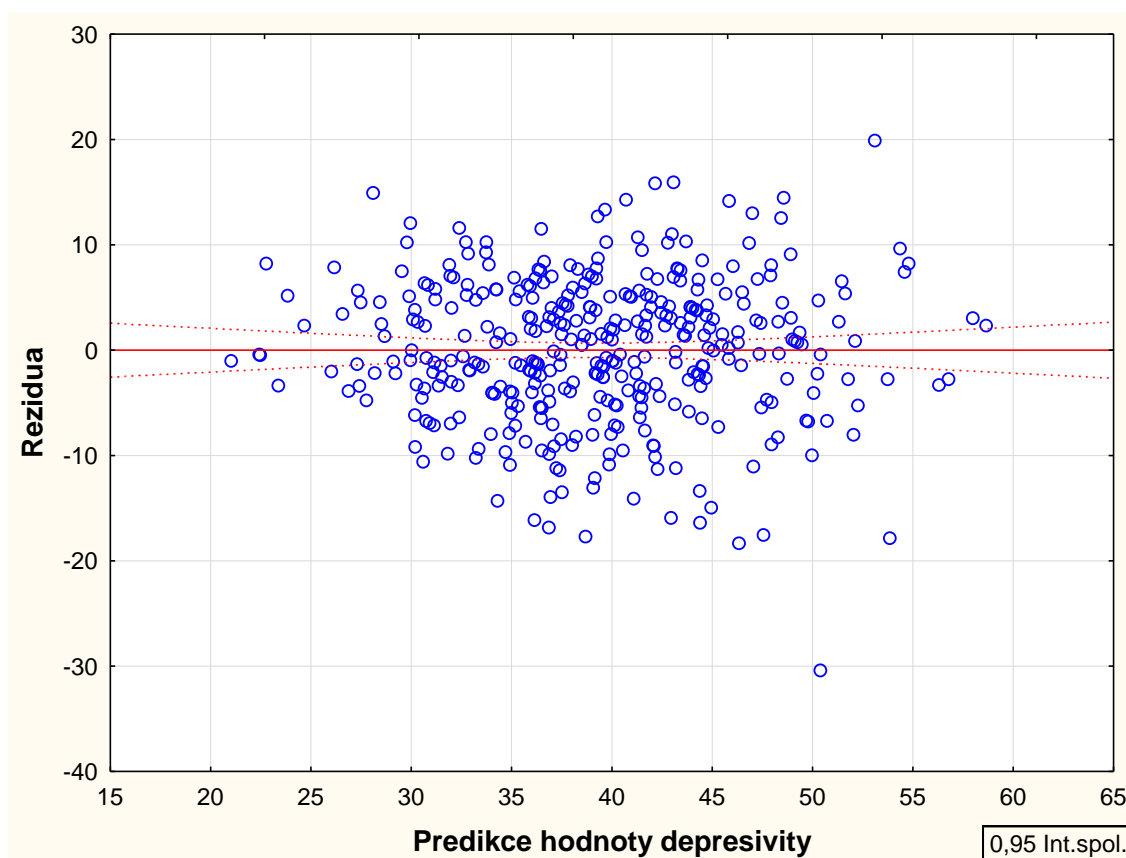
Graf č. 11: Rozložení hrubých skóre SOC



Graf č. 12: Rozložení reziduí proměnné depresivity



Graf č. 13: Ověření homoskedasticity proměnné depresivita



### 8. 3. 2. Vztah depresivity s ostatními proměnnými

V našem výzkumu jsou dívky depresivnější než chlapci:  $t(503) = -4,03$ , a to na statisticky signifikantní hladině  $p < 0,001$ . Dívky dosahují průměrného skóru depresivity 41,29 ( $SD = 10,32$ ), oproti tomu chlapci jen 37,83 ( $SD = 8,90$ ). Na stejné hladině významnosti ( $p < 0,001$ ) se liší skupiny „spokojeni se školním prospěchem“ a „nespokojeni se školním prospěchem“, na hladině  $p < 0,05$  pak respondenti z úplné/neúplné rodiny.

Tab. č. 24: Vztah depresivity s proměnnými ne/spokojenost se školním prospěchem a ne/úplnost rodiny

	Spokojeni			Nespokojeni			t	sv	p
	Průměr	SD	N platných	Průměr	SD	N platných			
	37,63	8,81	334,00	42,92	10,65	171,00	-5,94	503	<0,001
Depresivita	Úplná rodina			Neúplná rodina			t	sv	p
	Průměr	SD	N platných	Průměr	SD	N platných			
	38,87	9,29	347	40,69	10,67	162	1,97	507	<0,05



Regresní model zahrnující proměnné pohlaví a věk vysvětluje pouhých 2,75 % rozptylu proměnné depresivity. O něco více, 9,87 % rozptylu SDDSS, je vysvětleno kombinací faktorů pohlaví ( $r = 0,15$ ), počet sourozenců ( $r = 0,15$ ) a ne/spokojenost s prospěchem ( $r = -0,22$ ). Když však do modelu zahrneme proměnné SOC a LOC měřené metodami CNSIE, KMKB a IE-4, model nám vysvětlí 48,14 % rozptylu proměnné SDDSS, faktory pohlaví a ne/spokojenost s prospěchem při tom ztrácí svou statistickou významnost. Konečný výsledek hierarchické regrese shrnuje následující tabulka.

Tab. č. 25: Výsledky hierarchické regrese pro závisle proměnnou depresivita

N = 499	b*	Sm.chyba (z b*)	b	Sm.chyba (z b)	t(496)	p	R2 upravené
Absolutní člen			37,85	4,45	8,51	<0,001	2,75%
<b>POHLAVÍ</b>	<b>0,18</b>	<b>0,04</b>	<b>3,47</b>	<b>0,87</b>	<b>4,01</b>	<b>&lt;0,001</b>	
VĚK	0,00	0,04	0,00	0,33	-0,01	nsg.	
N = 486	b*	Sm.chyba (z b*)	b	Sm.chyba (z b)	t(480)	p	9,87%
Absolutní člen			44,95	4,66	9,65	<0,001	
<b>POHLAVÍ</b>	<b>0,16</b>	<b>0,04</b>	<b>3,05</b>	<b>0,84</b>	<b>3,62</b>	<b>&lt;0,001</b>	
VĚK	-0,04	0,04	-0,33	0,33	-1,00	nsg.	
<b>POČET SOUROZENCŮ</b>	<b>0,11</b>	<b>0,04</b>	<b>0,94</b>	<b>0,36</b>	<b>2,59</b>	<b>&lt;0,01</b>	
NE/ÚPLNOST RODINY	-0,03	0,04	-0,72	0,92	-0,79	nsg.	
<b>SPOKOJENOST S PROSPĚCHEM</b>	<b>-0,25</b>	<b>0,04</b>	<b>-5,07</b>	<b>0,91</b>	<b>-5,55</b>	<b>&lt;0,001</b>	
N = 388	b*	Sm.chyba (z b*)	b	Sm.chyba (z b)	t(378)	p	48,14%
Absolutní člen			45,84	5,62	8,16	<0,001	
POHLAVÍ	0,03	0,04	0,60	0,72	0,82	nsg.	
VĚK	-0,02	0,04	-0,17	0,28	-0,60	nsg.	
<b>POČET SOUROZENCŮ</b>	<b>0,10</b>	<b>0,04</b>	<b>0,81</b>	<b>0,29</b>	<b>2,73</b>	<b>&lt;0,01</b>	
NE/ÚPLNOST RODINY	0,05	0,04	0,99	0,77	1,28	nsg.	
SPOKOJENOST S PROSPĚCHEM	-0,03	0,04	-0,54	0,79	-0,68	nsg.	
CNSIE	0,01	0,04	0,03	0,09	0,34	nsg.	
<b>SOC13</b>	<b>-0,49</b>	<b>0,05</b>	<b>-0,36</b>	<b>0,03</b>	<b>-10,60</b>	<b>&lt;0,001</b>	
<b>KMKB</b>	<b>0,10</b>	<b>0,04</b>	<b>0,28</b>	<b>0,13</b>	<b>2,19</b>	<b>&lt;0,05</b>	
<b>IE-4</b>	<b>0,22</b>	<b>0,05</b>	<b>0,35</b>	<b>0,08</b>	<b>4,56</b>	<b>&lt;0,001</b>	

Jak ukázala hierarchická regrese, nejsilnějším prediktorem depresivity je SOC ( $\beta = -0,49$ ;  $p < 0,001$ ). Korelační analýza ukázala, že nejsilněji koreluje s depresivitou celkový skóre SOC ( $r = -0,65$ ). Mezi jednotlivými faktory dotazníku SOC13 a mírou depresivity nalézáme nejsilnější korelaci u faktoru zvládnutelnost ( $r = -0,56$ ) druhou nejsilnější u faktoru smysluplnost ( $r = -0,52$ ) a nakonec srozumitelnost ( $r = -0,51$ ). S každým bodem navíc, který

respondent skóruje v dotazníku SOC13, ubývá jeho skór depresivity o -0,36 bodu (kdyby tedy nasbíral o tři body více v SOC13, měl by podle statistických výpočtů o 1 bod méně v dotazníku SDDSS).

Významný vliv pohlaví na míru depresivity jsme zmiňovali již v úvodu podkapitoly, i zde se nám potvrdil. Příslušnost k ženskému pohlaví zvyšuje skór v dotazníku SDDSS téměř o 3,5 bodů. Body depresivity naopak ubírá spokojenost s prospěchem, a to přibližně o 5 bodů. Vyšší počet sourozenců zvyšuje míru depresivity: s každým dalším sourozencem získává respondent téměř 1 bod depresivity navíc (0,81 bodu).

## 8. 4. Vyjádření ke stanoveným hypotézám

Na základě výsledků statistických analýz předkládáme vyhodnocení stanovených hypotéz.

Tab. č. 26: Vyjádření ke stanoveným hypotézám

HYPOTÉZA	VYJÁDŘENÍ
<i>H<sub>1</sub>: Existuje statisticky signifikantní vztah mezi salutoprotektivními faktory (interní locus of control, sense of coherence) a depresivitou.</i>	✓ Přijímáme pro všechny faktory.
<i>H<sub>2</sub>: Existuje statisticky signifikantní vztah mezi salutoprotektivními faktory a proměnnými věk, ne/úplnost rodiny, počet sourozenců, ne/spokojenost se školním prospěchem.</i>	✓ Přijímáme pro salutoprotektivní faktor interní LOC a faktor ne/spokojenost se školním prospěchem (CNSIE, KMKB, IE-4), částečně pro proměnnou věk (CNSIE). ✓ Přijímáme pro salutoprotektivní faktor SOC a faktor ne/úplnost rodiny, ne/spokojenost se školním prospěchem.
<i>H<sub>3</sub>: Existuje statisticky signifikantní vztah mezi depresivitou a proměnnými věk, ne/úplnost rodiny, počet sourozenců, ne/spokojenost se školním prospěchem.</i>	✓ Přijímáme pro faktor ne/úplnost rodiny a ne/spokojenost se školním prospěchem.
<i>H<sub>4</sub>: Dívky a chlapci se statisticky signifikantně liší v míře salutoprotektivních faktorů.</i>	✓ Přijímáme.
<i>H<sub>5</sub>: Dívky a chlapci se statisticky signifikantně liší v míře depresivity.</i>	✓ Přijímáme.

Popsali a interpretovali jsme naše výsledky, prostřednictvím statistických analýz jsme zjistili, že je možné ve větší či menší míře přijmout všechny stanovené hypotézy. V následující diskuzi poskytneme reflexi výsledků a závěrů, které z nich vyplývají.

## 9. DISKUZE

Výsledky naší studie dokládají negativní vztah mezi mírou depresivity (měřena metodou SDDSS), salutoprotektivními faktory interní locus of control (metody CNSIE, KMKB, IE-4) a sense of coherence (SOC13). Nejsilnějším prediktorem depresivity je celkový skóre sense of coherence ( $r = -0,65$ ). U všech metod k měření LOC se jako statisticky signifikantní regresor ukazuje SOC a SDDSS: externí locus of control souvisí s nižším skórem SOC a s vyšší mírou depresivity. Zjištěné poznatky jsou v souladu s teoretickými východisky a shrnutím dosavadních výzkumů o konceptech LOC, SOC a depresivitě, které uvádíme v teoretické části práce.

Zajímavým zjištěním studie je nalezený rozdíl mezi pohlavími v míře depresivity a obecně v míře salutoprotektivních faktorů. Výsledky naznačují, že chlapci v našem výzkumném souboru jsou méně depresivní než dívky a disponují lepší salutoprotektivní výbavou: dosahují vyšších skóru sense of coherence a jejich locus of control je umístěn spíše interně.

Fakt, že dívky dosahují vyšších skóru externího LOC než chlapci, se prokázal ve dvou ze tří metod k měření LOC (CNSIE:  $t = -5,35$ ,  $p < 0,05$ ; IE-4:  $t = -2,40$ ,  $p < 0,05$ ). Statisticky signifikantní rozdíl mezi pohlavími se sice nepotvrdil metodou KMKB, nicméně i zde je tato tendence patrná, když srovnáme průměrný LOC dívek ( $16,09$   $SD$   $3,54$ ) a chlapců ( $15,74$   $SD$   $3,24$ ). Tendence dívek dosahovat vyšších skóru externího LOC v porovnání s chlapci jsme prokázali již v předešlém výzkumu (Laštůvková, 2015). Našimi výsledky se přikláníme k výzkumům potvrzujícím genderově odlišné výsledky LOC ve smyslu častější internality mužů (např. Brabander & Boone, 1990; Yuchtman-Yaar & Shapira, 1981; McGinnies, Nordholm, Ward & Bhanthumnavin, 1974; Marks, 1972). Jedním z možných vysvětlení genderových rozdílů v umístění LOC mohou být sociokulturní vlivy na LOC. V našich sociokulturních a geografických podmínkách je „mužské LOC“ chápáno jako interní, naopak „ženské LOC“ jako externí (Hochreich, 1975).

Nižší skóre SOC u dívek dokazují i jiné výzkumy (např. Moksnes & Haugan, 2015), některé nenalézají statisticky signifikantní rozdíly mezi pohlavími (např. Paulík, 2011). V našem výzkumném souboru dívky dosahují nižších skóru sense of coherence, rozdíl je nejmarkantnější ve faktoru srozumitelnost (*průměr chlapci*  $19,68$   $SD = 6,75$ ; *dívky*  $17,20$

$SD = 5,87$ ) a ve faktoru zvládnutelnost (*průměr chlapci 17,28*  $SD = 6,03$ ; *dívky 16,05*  $SD = 5,75$ ). Když uvážíme, že chlapci v našem souboru jsou spíše internalisté, tedy aktivní, úspěšní, mocní, nezávislí a efektivní (Hersch & Scheibe, 1967), nepřekvapí nás, že jsou více než dívky s externím LOC přesvědčeni o tom, že mohou svým jednáním účinně ovlivňovat své okolí. Podněty z okolí mohou předvídat, rozumí jim, navíc důvěřují svým zdrojům ke zvládnutí potenciálních stresorů.

Nenalezli jsme statisticky signifikantní rozdíly mezi dívkami a chlapci ve faktoru smysluplnost (*průměr chlapci 17,87*  $SD = 5,34$ ; *dívky 17,24*  $SD = 5,41$ ). O chlapcích v našem výzkumné souboru lze uvažovat takto: podněty z okolí jim dávají smysl, mají řád, jsou pro ně pochopitelné a předvídatelné (*comprehensibility*), zároveň důvěřují v sama sebe, ve své schopnosti zvládat stresory, a tím ovládat dění kolem sebe (*manageability*), jejich motivace bojovat s případnými stresory je však na podobné úrovni jako motivace dívek. Dívky si naopak tolik nedůvěřují ve své schopnosti ovládat dění kolem sebe a zvládat případné stresory, okolí jim nepřipadá tolik pochopitelné a předvídatelné, na druhou stranu však mají téměř shodnou chuť bojovat s případnými stresory jako chlapci (*meaningfulness*). Lze uvažovat o genderově odlišném složení faktorů SOC.

Ženy onemocní depresí dvakrát častěji než muži (Praško, Prašková, & Prašková, 2003; Bouček a kol., 2006). V našem souboru dosahují dívky vyšší míry depresivity než chlapci. V souvislosti s externím LOC dívek, a tedy pocitem, že člověk nemá dění kolem sebe pod kontrolou, a v kombinaci s nižším SOC ve faktorech „zvládnou to“ a „rozumím“ není vyšší míra depresivity dívek překvapující. Sense of coherence má navíc silný negativní vztah ke vnímané depresi: čím silnější SOC, tím menší jsou subjektivně zažívané symptomy deprese (Anyfantakis et al., 2015; Pillay et al., 2014; Erikson, 2007). Dívky v našem souboru mají nižší skóre SOC a jsou i více depresivní, což je v souladu se zjištěními výše zmíněných výzkumníků.

Spokojenost nebo nespokojenost s vlastním školním prospěchem se jeví jako úsporný ukazatel míry depresivity na jedné straně a míry salutoprotektivních faktorů na straně druhé. Respondenti nespokojení se školním prospěchem dosahují vyšší míry depresivity. Takovýto výsledek nás jistě nepřekvapí při znalosti příznaků depresivní nálady, jak jsme je popsali v kapitole č.4.

Regresor ne/spokojenost s prospěchem se objevuje ve výsledcích hierarchické regrese všech tří metod k měření LOC ( $\beta$  se pohybuje kolem 0,19 - 0,20). Přidáním SOC a SDDSS je však síla tohoto regresoru oslabena. Ne/spokojenost se školním prospěchem a celkový skóre SOC spolu korelují na úrovni  $r = 0,31$ , nejvýše koreluje faktor smysluplnost  $r = 0,34$ . V regresní analýze s regresory pohlaví, věk, počet sourozenců, ne/úplnost rodiny je ne/spokojenost s prospěchem nejsilnějším faktorem ( $\beta = 0,29$ ,  $p < 0,001$ ), při přidání regresorů SOC13 a SDDSS však klesá na sílu 0,09 ( $p < 0,05$ ). Ačkoliv se tedy faktor ne/spokojenost se školním prospěchem jeví jako efektivní ukazatel míry depresivity a míry salutoprotektivních faktorů, k predikci LOC jsou vhodnější silnější faktory SOC13 a SDDSS. Pro predikci skóre SOC je rovněž nejvhodnějším regresorem míra depresivity.

Úplnost vs. neúplnost primární rodiny je podle Matějčka a Dytrycha (2002) jedním z nejrizikovějších faktorů rodinné resilience. Následné vztahy nevlastních rodičů a dětí rovněž výrazně ovlivňují resilienci dítěte (Matějček & Dytrych, 1999). Rodinná resilience je zásadní protektivní faktor pro úspěšnou adaptaci na stresující události v životě pro dítě (Křivohlavý, 2010). Děti z rozvedených rodin jsou ohroženy deprivací (Langmeier & Matějček, 2011). Navzdory teoretickým východiskům se v naší studii neprokázal statisticky signifikantní vliv neúplné rodiny na salutoprotektivní faktory LOC a SOC. Ani u jedné ze tří metod k měření LOC se neprokázal jako statisticky signifikantní regresor v rámci hierarchické regresní analýzy, a to ani v jednom z kroků. Neúplná rodina souvisí v našem výzkumu s vyšší mírou depresivity, a to pouze v bivariačním modelu.

Ačkoliv jsme očekávali větší vliv neúplnosti rodiny na salutoprotektivní faktory, výsledky jen dokládají existenci individuální psychické odolnosti adolescentů. Představme si adolescenta, který disponuje individuální psychickou odolností, jež v rámci našeho výzkumu zastupují proměnné LOC a SOC. Tento náš adolescent disponuje svým relativně stabilním locus of control umístěným na kontinuu internalita-externalita, a určitou mírou sense of coherence. Do této salutoprotektivní výbavy adolescenta najednou zasáhne závažný stresor – dejme tomu rozvod rodičů. Zásah se neprojeví výrazně na salutoprotektivní výbavě – ta je zde právě od toho, aby adolescent situaci zvládl. Ovlivní však míru depresivity (reaktivní deprese je zde zcela na místě).

I přes objektivně zatěžující situaci rozpadlé rodiny jsou zřejmě někteří adolescenti natolik resilientní, že se dokáží se situací vypořádat. Jiným vysvětlením může být také optimální

fungování rodiny, i když je „neúplná“. Roli může hrát i doba uplynulá od rozpadu primární rodiny, a tím i doba, kterou měl adolescent k dispozici na psychické zotavení. Zcela jistě bude v jiné situaci adolescent, který v okamžiku vyplňování naší testové baterie zažívá doma nepříjemné rozvodové řízení rodičů, na rozdíl od adolescenta, jehož rodiče se rozvedli před několika lety a vycházejí spolu bez problémů. Domníváme se, že neprokázání vlivu neúplné rodiny na salutoprotektivní faktory by stálo za další výzkumné prozkoumání. Naše výsledky mohou být omezeny nedostatečnými informacemi o proměnné neúplná rodina. Výzkum by jistě obohatilo podrobnější zmapování rodinného prostředí, ve kterém adolescent žije.

Počet sourozenců se projevil jako signifikantní faktor pouze u metody IE-4 a SDDSS, a to výsledky, které si poněkud protirečí. S větším počtem sourozenců je respondentovo locus of control měřené metodou IE-4 o 0,51 bodu blíže internímu umístění. Vyšší počet sourozenců by tedy měl mít salutoprotektivní účinek. Na druhou stranu, s každým dalším sourozencem získává respondent téměř 1 bod depresivity (0,81 bodu).

Z důvodu, že se signifikantnost výsledku projevila pouze u jedné ze tří metod k měření LOC, se na tomto místě zdržíme rozsáhlých interpretací (například rozebírání sourozeneckých konstelací ve smyslu větší zodpovědnosti staršího sourozence; větší depresivita staršího sourozence z důvodu jakéhosi odebrání rodičovské pozornosti při narození dalšího sourozence atp.). Domníváme se však, že by bylo vhodné před interpretováním takto protichůdných výsledků výzkum replikovat a sledovat, zda objeví obdobné výsledky, případně do něj i zahrnout další proměnné (např. socioekonomický status rodiny – domníváme se, že vyšší míra depresivity spojená s vyšším počtem sourozenců může být odrazem celkové socioekonomické situace rodiny).

Metody KMKB a IE-4 se prokázaly jako validní a reliabilní psychodiagnostické nástroje. Z důvodu nízkého počtu položek je i nižší Cronbach u metody KMKB (0,40), po přidání 10 položek by dle statistického odhadu vyšplhalo na 0,64. Metodu CNSIE jsme použili ve výzkumu již po druhé (srovnej Laštůvková & Dolejš, 2015), kdy vycházelo Cronbach alfa 0,65 ( $N = 366$ ), v aktuálním výzkumu ( $N = 551$ ) je o něco nižší: 0,59. Jako nejkvalitnější psychodiagnostický nástroj k měření LOC ze tří použitých metod se jeví metoda IE-4. Cronbachovo alfa dosahuje hodnoty 0,69 pro faktor ILOC, 0,62 pro faktor ELOC, celkově pak 0,68. Na otázku, zda metody měří stejný koncept lze odpovědět výsledky korelační analýzy ( $p < 0,05$ ): CNSIE-KMKB  $r = 0,33$ ; IE-4-CNSIE  $r = 0,36$ ; IE-4-KMKB  $r = 0,53$ .

## 10. ZÁVĚRY

Výsledky naší studie dokládají negativní vztah mezi mírou depresivity a salutoprotektivními faktory interní locus of control a sense of coherence. Nejsilnějším prediktorem míry depresivity je SOC (čím nižší skóre SOC, tím vyšší míra depresivity). Externí LOC souvisí s vyšší mírou depresivity a nižším skórem SOC.

Nalezli jsme signifikantní rozdíl mezi salutoprotektivní „výbavou“ dívek a chlapců. Dívky dosahují statisticky signifikantně vyšších skóre externího LOC než chlapci. Chlapci dosahují vyšších skóre SOC než dívky. Dívky jsou také depresivnější než chlapci.

Ne/spokojenost se školním prospěchem souvisí s mírou depresivity i s mírou salutoprotektivních faktorů. Respondenti spokojení se svým školním prospěchem dosahují nižších skóre depresivity. Míra depresivity negativně koreluje se spokojeností se školním prospěchem ( $r = -0,26$ ). Souvislost mezi externím LOC a nespokojeností s prospěchem se prokázala ve všech třech metodách k měření LOC. Korelace jednotlivých metod k měření LOC a proměnné ne/spokojenost se školním prospěchem je  $r = -0,20$  pro metody CNSIE a IE-4;  $r = -0,13$  pro metodu KMKB. Nespokojení respondenti dosahují nižších skóre SOC. Korelace mezi faktorem ne/spokojenost se školním prospěchem a celkovým skórem SOC je  $r = 0,31$ .

Respondenti z úplných a neúplných rodin se sice statisticky signifikantně liší v průměrném skóru depresivity, při zahrnutí ostatních regresorů však tento faktor ihned ztrácí statistickou významnost. To, zda respondent aktuálně žije v úplné nebo neúplné rodině, má však významný vliv na míru SOC: respondent, který uvedl, že žije v úplné rodině, dosahuje podle statistických analýz o 2,75 bodů více v dotazníku SOC13 než respondent žijící v neúplné rodině. Neprokázal se statisticky významný vliv ne/úplnosti rodiny na locus of control.

Věk má statisticky signifikantní vliv pouze na locus of control měřený metodou CNSIE (čím je respondent starší, tím více se jeho LOC stává interním). Nebyl nalezen statisticky signifikantní vliv věku na SOC, ani na depresivitu. Počet sourozenců se ukázal jako statisticky významný faktor vzhledem k LOC u metody IE-4: s počtem sourozenců stoupá interní LOC. S počtem sourozenců roste i míra depresivity.

Všechny naše překlady metod k měření locus of control se prokázaly jako reliabilní psychodiagnostické nástroje. Metodologicky nejkvalitnějším nástrojem je metoda IE-4 s nejvyšším Cronbach alfa 0,68. Metody k měření LOC spolu korelují statisticky signifikantně na hladině  $p < 0,05$  (IE-4 a KMKB  $r = 0,53$ ; IE-4 a CNSIE  $r = 0,36$ ; CNSIE a KMKB  $r = 0,33$ ).



## SOUHRN

Diplomová práce se zabývá problematikou salutoprotektivních faktorů a depresivity u adolescentů. Teoretickým východiskem je pojem psychické odolnosti, které věnujeme první kapitole. Mapujeme vývoj myšlení od patogeneze k salutogenezi. Popisujeme zásadní témata v oblasti psychologie zdraví a pozitivní psychologie. Definujeme hlavní salutoprotektivní koncepty současné psychologie (atribuční styl, self-efficacy, hardiness, flow, flexibilita, flourishing). Zaměřujeme se na psychickou odolnost dětí a dospívajících. Uvádíme možnosti rozvíjení a podpory resilience u adolescentů.

Stěžejními tématy práce jsou koncepce Aarona Antonovského a Juliana Rottera. Salutogenetický model Antonovského znamenal převrat v dosavadním chápání pojmů zdraví a nemoc. Podrobně popisujeme Antonovského teorii a koncept sense of coherence. Uvádíme originální psychodiagnostické nástroje k měření konceptu. Shrnujeme aktuální výzkumné poznatky o sense of coherence.

Julian B. Rotter byl mimo jiné významným představitelem sociální teorii psychologie osobnosti, proto se věnujeme i hlavním myšlenkám sociálně kognitivní perspektivy a sociální teorii učení. Vysvětlujeme koncept locus of control a dokládáme nejvýznamnější aktuální výzkumy o locus of control.

Posledním teoretickým východiskem práce je depresivita u adolescentů. Rozlišujeme depresivitu jako osobnostní rys, normální smutnou náladu, pesimistické ladění a konečně depresi jako psychiatrické onemocnění. Zaměřujeme se na klinické projevy deprese u dětí a adolescentů. Podrobně se věnujeme suicidálnímu chování adolescentů. Uvádíme praktická doporučení, jak nakládat se suicidálními tendencemi u adolescentů a vyvracíme časté mýty o suicidálním chování.

Hlavním záměrem výzkumu je prozkoumání vzájemných vztahů vybraných salutoprotektivních faktorů (interní locus of control, sense of coherence) a osobnostního rysu depresivity, a dále ověření možného vlivu proměnných věk, pohlaví, počet sourozenců, ne/úplnost rodiny, ne/spokojenost se školním prospěchem na umístění locus of control, míru sense of coherence a míru depresivity.

Ke splnění výzkumných cílů jsme zvolili kvantitativní přístup. Výběrovou populaci tvoří žáci a žákyně nižšího sekundárního základního vzdělávání v Moravskoslezském kraji. Výběrový soubor je tvořen 551 respondenty (281 chlapců, 265 dívek) ze čtyř okresů Moravskoslezského kraje, což představuje 0,44 % výběrové populace. Průměrný věk výběrového souboru je 13,06 ( $SD = 1,32$ ) (chlapci 13,05; dívky 12,97). Vzhledem k věku respondentů bylo zajištěno dodržení etických podmínek výzkumu (souhlas zákonných zástupců s účastí dítěte v šetření). Samozřejmostí byla dobrovolnost a anonymita respondentů, i škol samotných.

Data byla získána skupinovou administrací testové baterie v náhodně vylosovaných školách Moravskoslezského kraje. Testovou baterii tvořila úvodní strana s položkami věk, pohlaví, datum administrace, ročník, počet sourozenců, úplnost/neúplnost rodiny, spokojenost/nespokojenost se školním prospěchem, a pět dotazníkových metod:

1. Škála interního-externího místa kontroly (CNSIE; Nowicki & Strickland, 1973),
2. Škála Sense of coherence (SOC 13),
3. Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS),
4. Krátká škála pro posouzení orientace locus of control v průzkumech populace (KMKB; Jakoby & Jacob, 1999),
5. Škála interního a externího místa kontroly – 4 (IE-4; Kovaleva, 2012).

Škálu CNSIE jsme přeložili do českého jazyka a použili již v předešlé práci (Laštůvková, 2015; překlad Dolejš & Laštůvková, 2015), v aktuálním výzkumu jsme potvrdili její reliabilitu (*Cronbach alfa* 0,59). Nově jsme vytvořili překlady metod KMKB (Dolejš, Laštůvková, & Zemanová, 2016) a IE-4 (Dolejš, Laštůvková, & Zemanová, 2016).

Výsledky naší studie dokládají negativní vztah mezi mírou depresivity a salutoprotektivními faktory interní locus of control a sense of coherence. Nalezli jsme statisticky signifikantní rozdíly v míře depresivity a salutoprotektivních faktorů mezi pohlavími: chlapci dosahují nižších skóre depresivity než dívky, vyšších skóre sense of coherence a jejich locus of control je častěji než u dívek interní.

Respondenti spokojení se svým školním prospěchem dosahují nižších skóre depresivity a mají spíše interní locus of control. Nespokojení respondenti dosahují nižších skóre SOC. Respondenti žijící v neúplné rodině mají statisticky signifikantně vyšší skóre depresivity, a

naopak nižší skóre sense of coherence než respondenti z úplné rodiny. Neprokázal se statisticky významný vliv ne/úplnosti rodiny na locus of control.

Věk má statisticky signifikantní vliv pouze na locus of control měřený metodou CNSIE (čím je respondent starší, tím více se jeho LOC stává interním). Nebyl nalezen statisticky signifikantní vliv věku na SOC, ani na depresivitu. Počet sourozenců se ukázal jako statisticky významný faktor vzhledem k LOC pouze u metody IE-4, a dále v míře depresivity: s počtem sourozenců roste i míra depresivity.

Praktický přesah práce spočívá ve vytvoření překladu dvou psychodiagnostických metod k měření locus of control (KMKB, IE-4) a zjištění jejich základních metodologických charakteristik na české populaci. Dalším přínosem práce je podíl na tvorbě norem „Škály depresivity“ (SDDSS) pro českou populaci.

## POUŽITÉ ZDROJE A LITERATURA

1. **Allen, B., P. (1997).** *Personality Theories: Development, growth, and diversity*. Needham Heights, MA: Alyn & Bacon.
2. **Antonovsky, A. (1979).** *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass Limited.
3. **Antonovsky, A. (1987).** *Unraveling The Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
4. **Antonovsky, A. (1990).** *Salutogenesis: Studying health vs. Studying disease*. Lecture at the Congress for Clinical Psychology and Psychotherapy, Berlin 19 February, 1990. Získáno online 19. 12. 2016 z the Universidade Nova de Lisboa: [http://www.ensp.unl.pt/saboga/soc/pulic/soc\\_AAconference\\_berlim\\_91.pdf](http://www.ensp.unl.pt/saboga/soc/pulic/soc_AAconference_berlim_91.pdf)
5. **Antonovsky, A., & Sourani, T. (1988).** *Family Sense of Coherence and Family Adaptation*. *Journal of Marriage and Family*, 50(1), 79-92.
6. **Anyfantakis, D., Symvoulakis, E., K., Linardakis, M., Shea, S., Panagiotakos, D., & Lionis, Ch. (2015).** *Effect of religiosity/spirituality and sense of coherence on depression within a rural population in Greece: the Spili III project*. *BMC Psychiatry*, 15(173).
7. **Baltes, M., M., & Baltes, P., B. (2014).** *The Psychology of Control and Aging*. NJ: Psychology Press.
8. **Bandura, A. (1977).** *Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 84, 191-215.
9. **Barlow, D., H. (2000).** *Unravelling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory*. *American Psychologist*, 55, 1245-1263.
10. **Barlow, D., H. (2002).** *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
11. **Beck, A., T., Steer, R., A., & Brown, G. (1996).** *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
12. **Beer, M., D., Pereira, S., & Paton, C. (2005).** *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada.
13. **Benard, B. (2004).** *Resiliency: What Have We Learned*. WestEd: New Title Edition.
14. **Benassi, V., A., Sweeney, P., D., & Dufour, C., L. (1988).** *Is There a Relation between Locus of Control Orientation and Depression?* *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 357-367.
15. **Bond, F., W., Hayes, S., C., Baer, R., A., Carpenter, K., M., Guenole, N., Orcutt, H., K., et al. (2011).** *Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance*. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
16. **Bouček, J. a kol. (2006).** *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta.
17. **Bradley, R., H., & Webb, R. (1976).** *Age-related differences in locus of control orientation in three behavior domains*. *Human Development*, 19, 49-55.
18. **Břicháček, V. (2002).** *Odolnost rodiny*. Děti, mládež a rodiny v období transformace, 10-20.
19. **Cakirpaloglu, P. (2012).** *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
20. **Csikszentmihalyi, M. (1996).** *O štěstí a smyslu života*. Praha: Lidové noviny.
21. **Dolejš, M. (2010).** *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
22. **Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J., & Charvát, M. (2016).** *Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS): Příručka pro praxi*. In press.
23. **Dostál, D. (2015).** *Statistické lineární modely pro studenty společenských věd: Učební text k předmětu Kvantitativní metodologie - pokročilé designy*.
24. **Dušek, K., & Večeřová - Procházková, A. (2005).** *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada
25. **Engel, G., L. (1977).** *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. *Science*, 196 (4286), 129-236.

26. Engel, G., L. (1980). *The clinical application of the biopsychosocial model*. American Journal of Psychiatry, 137, 535-544.
27. Eriksson, M. (2007). *Unravelling the mystery of salutogenesis: The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale*. Helsinki: Folkhälsan Research Centre.
28. Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). *Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review*. J Epidemiol Community Health, 59, 460-466.
29. Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). *Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review*. J Epidemiol Community Health; 61(11).
30. Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). *Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review*. J Epidemiol Community Health, 61, 938-944.
31. Ferrajão, P., C., & Oliveira, R., A. (2016). *The Effects of Combat Exposure, Abusive Violence, and Sense of Coherence on PTSD and Depression in Portuguese Colonial War Veterans*. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 8(1), 1-8.
32. Gilligan, R. (2001). *Promoting Resilience. A resource on working with children in the care system*. London: British Agencies for Adoption & Fostering.
33. Gilmor, T., M. (1978). *Locus of Control as a Mediator of Adaptive Behaviour in Children and Adolescents*. Canadian Psychological Review, 19 (1).
34. Goetz, M. (2005). *Deprese u dětí a dospívajících*. Pediatrie pro praxi, 2005(5). Získáno 27. 12. 2016 z <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2005/06/03.pdf>.
35. Hale, W., D., & Cochran, C., D. (1986). *Locus of Control Across the Adult Lifespan*. Psychological Reports, 59 (1), 311-313.
36. Hall, C., & Lindzey, G. (1985). *Introduction to Theories of Personality*. New York: Wiley & Sons, Inc.
37. Hanžlová, M., & Macek, P. (2009). *Vztah mezi styly zvládání, přesvědčením o vlastním vlivu a problémy dospívajících*. E-psychologie, 3 (1).
38. Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
39. Hersch, P., D., & Scheibe, K., E. (1967). *Reliability and Variability of Internal-External Control as a Personality Dimension*. Journal of Consulting Psychology, 31 (6), s. 609- 613.
40. Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E., a kol. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
41. Hoskovcová, S. (2006). *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada.
42. Jakoby, N. & Jacob, R. (1999). *Messung von internen und externen Kontrollüberzeugungen in allgemeinen Bevölkerungsumfragen*. ZUMA Nachrichten 23 (45), 61-71.
43. Jeges, S., & Varga, K. (2006). *Unravelling the mystery of the Sense of Coherence*. European Journal of Mental Health, 1 (2006), 45-71.
44. Johnson, M. (2004). *Approaching the salutogenesis of sense of coherence: The role of 'active' self-esteem and coping*. British Journal of Health Psychology, 9, 419-432.
45. Kabíček, P., Csémy, L., Hamanová, J., & kol. (2014). *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton.
46. Kebza, V., & Šolcová, I. (2008). *Hlavní koncepce psychické odolnosti*. Československá Psychologie, 52 (1), 1-19.
47. Kebza, V., & Šolcová, I. (2015). *Resilience: Některé novější koncepce psychické odolnosti*. Československá psychologie, 59 (5), 444-451.
48. Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
49. Keyes, C., L., M. (2014). *Happiness, flourishing, and life satisfaction*. The Wiley Blackwell Encyclopedia of health, illness, behavior, and society. Online library, 747-751. John Wiley & Sons, Ltd.

50. **Kim, Y. (2011).** *Adolescents' Health Behaviours and it's Associations with Psychological Variables*. Central European Journal of Public Health, 19 (4), 205-209.
51. **Kivimäki, M., Feldt, T., Vahtera, J., et al. (2000).** *Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples*. Soc Sci Med, 50, 583–597.
52. **Kobasa, S., C., Maddi, S., & Khan, S. (1982).** *Hardiness and health*. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 1-11.
53. **Koukola, B. (2001).** *Dětská verze dotazníku SOC. Pilotní studie*. (Prezentace). Jeseník: 5. celostátní konference Psychologie zdraví s mezinárodní účastí.
54. **Koutek, J., & Kocourková, J. (2003).** *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál.
55. **Kovaleva, A. (2012).** *The IE-4: Construction and Validation of a Short Scale for the Assessment of Locus of Control*. Köln: GESIS-Schriftenreihe.
56. **Křivohlavý, J. (2001).** *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
57. **Křivohlavý, J. (2006).** *Psychologie smysluplnosti existence: Otázky na vrcholu života*. Praha: Grada Publishing.
58. **Křivohlavý, J. (2010).** *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.
59. **Křivohlavý, J. (2012).** *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada Publishing.
60. **Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006).** *Vývojová psychologie: 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing.
61. **Langmeier, J., & Matějček, Z. (2011).** *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum.
62. **Laštůvková, K. (2015).** *Vztah mezi locus of control, rizikovým chováním a vybranými osobnostními charakteristikami žáků 8. a 9. tříd v Moravskoslezském kraji*. (Nepublikovaná bakalářská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
63. **Lefcourt, H. (1966).** *Internal versus External Control of Reinforcement: A Review*. Psychological Bulletin, 65 (4), s. 206-220.
64. **Li, H., Ch., W., & Chung, O., K., J. (2009).** *The Relationship Between Children's Locus of Control and Their Anticipatory of Anxiety*. Public Health Nursing, 26 (2), 153–160.
65. **Lundberg, M., & Nystrom, P. (1995).** *A simplified way of measuring sense of coherence: Experiences from a population survey in Sweden*. European Journal of Public Health, 5(1), 56-59.
66. **Luthar, S., S. (1991).** *Vulnerability and Resilience: A Study of High-Risk Adolescents*. Child Development, 62, 600-616.
67. **Macek, P. (2003).** *Adolescence*. Praha: Portál.
68. **Macek, P., & Lacinová, L. (2006).** *Vztahy v dospívání*. Brno: Barrister and Principal.
69. **Masten, A., S., & Reed, M., G. (2002).** *Resilience in development*. In Snyder, C., R., & Lopez, S., J. (2002): Handbook of positive psychology. New York: Oxford University Press.
70. **Matějček, Z., & Dytrych, Z. (1999).** *Nevlastní rodiče a nevlastní děti*. Praha: Grada.
71. **Matějček, Z., & Dytrych, Z. (2002).** *Krizové situace v rodině očima dítěte*. Praha: Grada.
72. **Medved'ová, I. (1996).** *Štruktúry sebaocenenia a lokalizácia kontroly ako moderátory zvládania stresu u pubescentov*. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 31 (2), 120–134.
73. **Moksnes, U., K., & Haugan, G. (2015).** *Stressor experience negatively affects life satisfaction in adolescents: the positive role of sense of coherence*. Quality of Life Research, 24, 2473-2481.
74. **Müller, E. (2010).** *Příběhy z měsíční houpačky: Autogenní trénink pro děti od 4 let*. Praha: Portál.
75. **Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2002).** *The concept of flow*. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), Handbook of positive psychology. Oxford: Oxford University Press.
76. **Nakonečný, M. (1999).** *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
77. **Nešpor, K. (1998).** *Uvolněně a s přehledem: Relaxace a meditace pro moderního člověka*. Praha: Grada.

78. Nešpor, K. (2016). *Kudy do pohody: Tisíc snadných rad, jak se uklidnit*. Praha: Portál.
79. Paulík, K. (2011). *Salutogeneze, percepce zátěže a zdraví učitelů a učitelek*. Škola a zdraví 21, Výchova ke zdravotní gramotnosti, 323-330.
80. Pavithra, R., Lalithambigai, G., Junaid, M., & Kumar, M. (2015). *Content Validity and Reliability of the 13-Item Sense of Coherence Scale among 13-15 Year Old School Children in Chennai City*. The International Journal of Indian Psychology, 3(1), 43-50.
81. Pelcák, S. (2013). *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. Hradec Králové: Gaudeamus.
82. Phillips, W., M. (1980). *Purpose in life, depression, and locus of control*. Journal of Clinical Psychology, 36(3), 661-667.
83. Pillay, B., Lee, S., J., Katona, L., De Bono, S., Burney, S., & Avery, S. (2014). *A prospective study of the relationship between sense of coherence, depression, anxiety, and quality of life of haematopoietic stem cell transplant patients over time*. Psycho-Oncology, 24, 220–227.
84. Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
85. Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
86. Poněšický, J. (2002). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton.
87. Poppius, E., Tenkanen, L., Hakama, M., et al. (2003). *The sense of coherence, occupation and all-cause mortality in the Helsinki heart study*. Eur J Epidemiol, 18, 389–393.
88. Portmannová, R. (1999). *Hry pro posílení psychické odolnosti*. Praha: Portál.
89. Praško, J., a kol. (2011). *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
90. Praško, J., Prašková, H., & Prašková, J. (2003). *Deprese a jak ji zvládat: Stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál.
91. Raffle, N., A., & Jeyavel, S. (2016). *The relationship between locus of control and depression among college students of Gulbarga city*. Indian Journal of Positive Psychology, 7(2), 249-255.
92. Ray, W., J., & Katan, M. (1968). *Relation of anxiety to locus of control*. Psychological Reports, 23, 1196.
93. Ristner, G., Andersson, R., Johansson, L., M., et al. (2000). *Sense of coherence and lack of control in relation to outcome after orthopaedic injuries*. Injury, 31, 751–756.
94. Rotter, J., B. (1954). *Social Learning and Clinical Psychology*. NJ: Prentice-Hall, Inc.
95. Rotter, J., B. (1966). *Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement*. Psychological Monographs: General and Applied, 80 (1).
96. Rotter, J., B. (1975). *Some Problems and Misconceptions Related to the Construct of Internal Versus External Control of Reinforcement*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43 (1), 56-67.
97. Rotter, J., B. (1989). *Internal Versus External Control of Reinforcement: A Case History of a Variable*. American Psychologist, 45 (4), 489-493.
98. Rotter, J., B. (1990). *Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable*. American Psychologist, 45(4), 489-493.
99. Říčan, P., & Krejčířová, D. a kol. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing.
100. Sarafino, E., P., & Smith, T., W. (2012). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. John Wiley & Sons.
101. Schumann, A., Hapke, U., Meyer, C., Rumpf, H., J., John, U. (2003). *Measuring sense of coherence with only three items: a useful tool for population surveys*. Br J Health Psychol, 8(4), 409-421.
102. Skopal, O., Dolejš, M., & Suchá, J. (2014). *Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
103. Slezáčková, A. (2010). *Pozitivní psychologie - věda nejen o štěstí*. E-psychologie, 4 (3), 55-70.
104. Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií: Nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada Publishing.

105. **Smolík, P. (1996).** *Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika.* Praha: Maxdorf s. r. o.
106. **Suominen, S., & Lindström, B. (2001).** *Salutogenesis.* Editorial. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(4), 337-339.
107. **Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., et al. (2001).** *Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: Results of 4 years of follow-up of adults.* *J Psychosom Res*, 50, 77–86.
108. **Škodová, Z., & Bánovčinová, L. (2011).** *Osobnostné prediktory syndrómu vyhorenia u študentov pomáhajúcich profesií.* *Ošetrovatelství a porodní asistence*, 2(4), 288-294.
109. **Škodová, Z., & Lajčiaková, P. (2015).** *Impact of psychosocial training on burnout, engagement and resilience among students.* *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 6(3), 313–319.
110. **Tamayo, A. (1993).** *Locus of Control: Diferencias por Sexo y por Edad.* *Acta Psiquiátrica Y Psicológica De América Latina*, 39 (4), 301-308.
111. **Vágnerová, M. (2012).** *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání.* Praha: Karolinum.
112. **Volanen, S., M., Lahelma, E., Silventoinen, K., & Suominen, S. (2004).** *Factors contributing to sense of coherence among men and women.* *The European Journal of Public Health*, 14, 322-330.
113. **Výrost, J., & Slaměník, I. (2008).** *Sociální psychologie: 2., přepracované a rozšířené vydání.* Praha: Grada Publishing.
114. **Yu, X., & Fan, G. (2016).** *Direct and indirect relationship between locus of control and depression.* *Journal of Health Psychology*, 21(7), 1293-1298.
115. **Zvolský, P., a kol. (2006).** *Obecná psychiatrie.* Praha: Karolinum.



## **ABSTRAKT MAGISTERSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Vybrané salutoprotektivní faktory a depresivita u žáků sekundárního stupně vzdělávání v Moravskoslezském kraji

**Autor práce:** Bc. Kateřina Laštůvková

**Vedoucí práce:** PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 69 stran, 137 784 (bez mezer)

**Počet příloh:** 11

**Počet titulů použité literatury:** 115

### **Abstrakt:**

Záměrem diplomové práce je prozkoumání vztahů vybraných salutoprotektivních faktorů (interní locus of control, sense of coherence) a depresivity u adolescentů. Východiskem práce je resilience u dětí a dospívajících, salutogenetický model a sense of coherence A. Antonovského, sociální teorie učení a locus of control J. Rottera a depresivita u adolescentů. Zvolili jsme kvantitativní přístup s použitím pěti dotazníkových metod (CNSIE, SOC13, SDDSS, KMKB, IE-4). Výzkumnou populaci tvoří žáci a žákyně nižšího sekundárního základního vzdělávání v Moravskoslezském kraji. Výzkumný soubor je složen z 551 respondentů ze čtyř okresů Moravskoslezského kraje ve věku 11 – 16 let. Šetření se zúčastnily čtyři školy, které byly vylosovány náhodným výběrem. Nalezli jsme signifikantní rozdíly mezi pohlavími v míře depresivity i v míře salutoprotektivních faktorů. Výsledky naší studie dokládají negativní vztah mezi mírou depresivity a salutoprotektivními faktory.

**Klíčová slova:** resilience; adolescence; locus of control; sense of coherence; depresivita

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Some salutoprotective factors and depressivity among secondary education pupils in Moravian-Silesian region

**Author:** Bc. Kateřina Laštůvková

**Supervisor:** PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 69 pages, 137 784 (without spaces)

**Number of appendices:** 11

**Number of references:** 115

### **Abstract:**

The main purpose of the thesis is to explore the relationships between some salutoprotective factors (internal locus of control, sense of coherence) and depressivity among adolescents. Our thesis is theoretically based on children's and adolescent's resiliency, salutogenetic model and sense of coherence by A. Antonovsky, social learning theory and locus of control by J. Rotter and depressivity among adolescents. We used quantitative approach for this purpose, while using five questionnaire methods (CNSIE, SOC13, SDDSS, KMKB, IE-4). Research population consists of secondary level of education's students from Moravian-Silesian region. Our research group consists of 551 respondents from four districts of Moravian-Silesian region, 11 - 16 years old. In our research, four schools participated, all of them chosen randomly. We found significant gender differences in depressivity and salutoprotective factors. Our results confirmed negative relationship between the rate of depression and salutoprotective factors.

**Key words:** resiliency; adolescence; locus of control; sense of coherence; depressivity

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

- Graf 1: Počet dívek a chlapců v jednotlivých ročnících
- Graf 2: Ne/spokojenost se školním prospěchem
- Graf 3: Rozložení hrubých skóre IE-4
- Graf 4: Rozložení reziduí proměnné LOC měřené metodou IE-4
- Graf 5: Ověření homoskedasticity proměnné LOC měřené metodou IE-4
- Graf 6: Locus of control ve věkových kohortách 11 - 15 let
- Graf 7: Normalita rozložení hrubých skóre SOC
- Graf 8: Normalita rozložení reziduí proměnné SOC
- Graf 9: Ověření homoskedasticity proměnné SOC
- Graf 10: Srovnání vážených průměrů SOC ve věkových kohortách 11-15 let
- Graf 11: Rozložení hrubých skóre SOC
- Graf 12: Rozložení reziduí proměnné depresivita
- Graf 13: Ověření homoskedasticity proměnné depresivita

- Tab. 1: Souhrnný přehled zdrojů resilience dítěte
- Tab. 2: Rozdíly mezi suicidálním pokusem a dokonaným suicidiem
- Tab. 3: Počet škol výběrové populace v okresech Moravskoslezského kraje
- Tab. 4: Složení výběrového souboru
- Tab. 5: Rozdělení výběrového souboru podle pohlaví a věkových kohort
- Tab. 6: Počet sourozenců respondentů výběrového souboru
- Tab. 7: Rozložení výběrového souboru z hlediska ne/úplnosti rodiny
- Tab. 8: Korelace mezi metodami k měření LOC
- Tab. 9: Reliabilita metod k měření LOC
- Tab. 10: Deskripce základních údajů metod CNSIE, KMKB, IE-4
- Tab. 11: Locus of control a pohlaví
- Tab. 12: Locus of control a ne/spokojenost se školním prospěchem
- Tab. 13: Locus of control a věk
- Tab. 14: Výsledky hierarchické regrese pro závisle proměnnou LOC (CNSIE)
- Tab. 15: Výsledky hierarchické regrese pro závisle proměnnou LOC (KMKB)
- Tab. 16: Výsledky hierarchické regrese pro závisle proměnnou LOC (IE-4)
- Tab. 17: Základní statistické údaje SOC a jeho faktorů
- Tab. 18: SOC a pohlaví
- Tab. 19: SOC a ne/úplnost rodiny
- Tab. 20: SOC a ne/spokojenost se školním prospěchem
- Tab. 21: Korelace faktorů SOC13 a metod k měření LOC
- Tab. 22: Výsledky hierarchické regrese pro závisle proměnnou SOC
- Tab. 23: Cronbachovo alfa metody SDDSS
- Tab. 24: Vztah depresivity s proměnnými ne/spokojenost se školním prospěchem a ne/úplnost rodiny
- Tab. 25: Výsledky hierarchické regrese pro závisle proměnnou depresivita
- Tab. 26: Vyjádření ke stanoveným hypotézám

### Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. LAŠTŮVKOVÁ Kateřina	Boční 1089/3, Krnov	F150439

#### TÉMA ČESKY:

Vybrané salutoprotektivní faktory a depresivita u žáků sekundárního stupně vzdělávání v Moravskoslezském kraji

#### TÉMA ANGLICKY:

Some salutoprotective factors and depressivity among secondary education pupils in Moravian-Silesian region

#### VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Martin Dolejš, Ph.D. - PCH

#### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Zpracování rešerše a studium odborné literatury
2. Vymezení pojmů a teoretických východisek zkoumané oblasti
3. Příprava metodiky výzkumné části
4. Realizace výzkumu za využití vybraných technik
5. Zpracování a vyhodnocení dat, včetně jejich interpretace
6. Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi

#### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Antonovsky, A. (1979). Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36 (6), 725-733.
- Antonovsky, H. & Shifra, S. (1986). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *The Journal of Social Psychology*, 126 (2), 213-225.
- Břicháček, V. & Habermannová, M. (2006). Studie z psychologie zdraví. Praha: Ermat.
- Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J. a kol. (2014). Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Epidemiol Community Health* 2005 (59), 460-466.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Epidemiol Community Health* 2006 (60), 376-381.
- Frankl, V., E. (2006). *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta.
- Frenz, A., W., Carey, M., P. & Jorgensen, R., S. (1993). Psychometric evaluation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Psychological Assessment*, 5 (2), 145-153.
- Hornáková, M. (2009). Podpora resilience prostřednictvím rozvíjení životních zručností. Psychosociální rehabilitace v teorii a praxi: Sborník příspěvků z mezinárodní konference konané 9. října 2009 v Bratislavě. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě.
- Hoskocová, S. & Ryntová, L. (2009). *Výchova k psychické odolnosti dítěte*. Praha: Grada Publishing.
- Kebza, V. (2009). Psychická odolnost dětí a adolescentů ve vztahu k životnímu stylu. Sborník příspěvků z mezinárodní konference: Psychosociální rehabilitace v teorii a praxi. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě.
- Kebza, V. & Šolcová, I. (2008). Hlavní koncepce psychické odolnosti. *Československá Psychologie*, 52 (1), 1-19.
- Kohoutek, R. (2006). Psychologie osobnosti a zdraví žáka. Brno: Masarykova univerzita.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Lefcourt, H., M. (1966). Internal versus External Control of Reinforcement: A Review. *Psychological Bulletin*, 65 (4), s. 206-220.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.
- McSherry, W., C. & Holm, J., E. (1994). Sense of coherence: Its effects on psychological and physiological processes prior to, during, and after a stressful situation. *Journal of Clinical Psychology*, 50 (4), 476487.
- Nešpor, K. (1998). *Uvolněně a s přehledem. Relaxace a meditace pro moderního člověka*. Praha: Grada.

- Pallant, J. & Lae, L. (2002). Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences*, 33 (1), 3948.
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
- Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy: Klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál.
- Praško, J., Prašková, J. & Vyskočilová, J. (2006). *Úzkost a obavy: Jak je překonat*. Praha: Portál.
- Rotter, J., B. (1954). *Social Learning and Clinical Psychology*. NJ: Prentice-Hall.
- Rotter, J., B. (1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80 (1).
- Říčan, P. & Krejčířová, D. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
- Skopal, O. & Dolejš, M. (2014). Sebepjetí českých adolescentů ve vztahu k rizikovému chování dle rosenbergovy koncepce sebehodnocení. Sborník příspěvků z PhD konference 2014: Česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií: Nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada Publishing.

**Podpis studenta:** .....

**Datum:** .....

**Podpis vedoucího práce:** .....

**Datum:** .....



## „Vybrané salutoprotektivní faktory a depresivita u žáků sekundárního stupně vzdělávání v Moravskoslezském kraji“

Před sebou máš 5 dotazníků. Snažíme se zjistit, co si kluci a holky ve Tvém věku myslí o určitých věcech, jaké mají postoje k sobě a k jiným lidem. Přečti si pozorně každou otázku. Odpovídej upřímně. Tvé odpovědi jsou považovány za důvěrné. Výzkum je anonymní. Nejde o žádný test, nejsou zde správné ani špatné odpovědi.

Chceme, aby ses při odpovídání na otázky řídil/a tím, jak to TY cítíš. Žádnou otázku bys neměl/a vynechat. Pro jednu odpověď se musíš vždycky rozhodnout, i když je rozhodování někdy třeba těžké. V jednom řádku smí být vždy jen jedna odpověď. Nakonec, prosím, zkontroluj, zda jsi odpověděl/a na všechny otázky. Když něčemu nebudeš rozumět, tak se přihlas a zeptej se.

Vyplň, prosím, tyto základní údaje:

	Třída:	
	Dnešní datum:	
	Pohlaví:	
	Věk:	
(uveď prosím i měsíce – například když ses narodil/a dne 1. 9. 2002, je ti 14 let a 2 měsíce, napíšeš sem tedy 14,2)		
	Kolik máš vlastních sourozenců?	

Zakroužkuj, co pro Tebe platí:

	Má rodina je:	úplná
(úplná = žiju doma s vlastní matkou a vlastním otcem; vše ostatní je pro účely dotazníku bráno jako rodina „neúplná“)		neúplná
	Se svým školním prospěchem jsem:	spokojen/a
		nespokojen/a

Souhlasím dle ustanovení zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů se zpracováváním (tím se rozumí zejména shromažďování, analyzování, uchovávání, třídění, zpracování a předávání) mých osobních údajů. Všechny uvedené údaje jsou poskytovány dobrovolně.

Scoring Key (Items are keyed in the external direction)

1. Yes
2. No
3. yes
4. no
5. yes
6. no
7. yes
8. yes
9. no
10. yes
11. yes
12. yes
13. no
14. yes
15. yes
16. no
17. yes
18. yes
19. yes
20. no
21. yes
22. no
23. yes
24. yes
25. no
26. no
27. yes
28. no
29. yes
30. no
31. yes
32. no
33. yes
34. no
35. yes
36. yes
37. yes
38. no
39. yes
40. no

Číslo otázky	1 (ILOC)	
	ANGLIČTINA	NĚMČINA
	<b>I like taking responsibility.</b>	<b>Ich übernehme gerne Verantwortung.</b>
Překladatel		
	1 Rád přebírám zodpovědnost.	Rád přebírám zodpovědnost.
	2 Rád vezmu zodpovědnost.	Rád přebírám zodpovědnost.
	3 Rád/-a přebírám zodpovědnost.	Rád přebírám odpovědnost.
	4 Rád na sebe беру odpovědnost.	Rád/a přebírám odpovědnost.
	5 Rád беру zodpovědnost na sebe.	Nebojím se převzít odpovědnost.
	6 Rád přebírám zodpovědnost	Rád přebírám odpovědnost.
	7 Ráda přebírám odpovědnost.	
	8 Rád na sebe беру zodpovědnost.	
	9 Rád na sebe беру zodpovědnost.	
	Mám rád přebírání odpovědnosti (mám rád	
	10 odpovědnost)	
	11 Rad prebiram zodpovednost.	
	12 Rád/a na sebe беру odpovědnost.	
	13 Rád/a přebírám odpovědnost.	
Konečná verze položky	Rád/a přebírám zodpovědnost.	



## **Věc: Žádost o spolupráci na výzkumné studii**

Vážená paní ředitelko, pane řediteli,

obracíme se na Vás s žádostí o spolupráci při realizaci výzkumné studie, do které byla vybrána Vaše škola. Výzkumný projekt je zaměřen na některé osobnostní charakteristiky studentů a studentek sekundárního stupně vzdělávání. Cílem této studie je analýza a standardizace několika psychodiagnostických nástrojů zaměřených na osobnostní charakteristiky adolescentů a na jejich protektivní účinek na zdraví.

Projekt je realizován v rámci magisterské diplomové práce s názvem „*Vztah mezi locus of control, sense of coherence a depresivitou u žáků sekundárního stupně vzdělávání v Moravskoslezském kraji*“ a podílí se na doktorském výzkumném projektu „*Diagnostika místa kontroly (locus of control) a jeho využití při práci s adolescenty (běžná populace, klienti NZDM)*“ na Katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci za odborného vedení PhDr. Martina Dolejše, Ph.D.

Chtěli bychom Vás touto cestou požádat o spolupráci na výzkumném projektu. Veškerá výzkumná činnost bude realizována pouze s informovaným souhlasem zákonných zástupců a studentů (ti mají právo účast ve výzkumu odmítnout). Výzkum je po celou dobu anonymní. Dbáme maximální úrovně ochrany všech poskytnutých dat. Do kontaktu se studenty se dostane pouze kvalifikovaný a proškolený personál. S daty bude nakládáno v souladu s příslušnými zákonnými a etickými normami. Stejně tak budou chráněny i veškeré informace o Vaší škole a z výsledku studie nebude možné zjistit, z kterých škol jaká data pocházejí.

Pro podrobnější domluvu případné spolupráce budete dále kontaktováni telefonicky během několika dní. Pokud byste měl/a jakékoli další dotazy, obraťte se prosím přímo na výzkumný tým zastoupený Kateřinou Laštůvkovou (telefon: +420 777574223, e-mail: [katerina.lastuvkova01@upol.cz](mailto:katerina.lastuvkova01@upol.cz)). Bližší informace o studii naleznete v příloženém dokumentu „Informace pro vedení školy k výzkumné studii“.

Děkujeme a těšíme se na případnou spolupráci.

Za výzkumný tým

PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.  
Bc. Kateřina Laštůvková  
Mgr. Vanda Zemanová

Katedra psychologie  
FF Univerzita Palackého  
Křížkovského 10, 771 80 Olomouc  
[www.psych.upol.cz](http://www.psych.upol.cz)

V Olomouci dne 4. 10. 2016

Příloha: Informace pro vedení školy k výzkumné studii



**KATEDRA  
PSYCHOLOGIE**

FILOZOFICKÁ FAKULTA  
UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Korespondenční adresa: Křížkovského 10, 771 80 Olomouc  
Sídlo: Vodární 6, 779 00 Olomouc  
Tel.: +420 585 633 501 | Fax: +420 585 633 700  
Email: [psychologie@upol.cz](mailto:psychologie@upol.cz) | [www.psych.upol.cz](http://www.psych.upol.cz)

## **Informace pro vedení školy k výzkumné studii**

Vážená paní ředitelko, pane řediteli,

dovolte nám, abychom Vás seznámili s procedurální stránkou naší případné spolupráce na studii, která je zaměřená na analýzu a standardizaci několika dotazníkových metod (bližší informace o dotaznících viz níže). Vaše škola byla vybrána ze seznamu všech škol v Moravskoslezském kraji.

Naším cílem je získat vyplněné dotazníky od Vašich studentů a studentek ve věku 11 až 16 let. Sběr dat proběhne skupinovou administrací, osobně v jednotlivých třídách Vaší školy. Znamená to, že bychom soubor dotazníků administrovali studentům 6. – 9. ročníků základních škol (a odpovídajícím ročníkům jiných typů škol). Výběr konkrétních tříd bychom nechali na telefonické domluvě s Vámi.

Administrace testové baterie trvá jednu vyučovací hodinu (45 minut). Při administraci dotazníků bychom Vám chtěli komplikovat výuku co nejméně, a proto škole vyjdeme maximálně vstříc při dohodě, ve kterých vyučovacích hodinách budeme moci testovat. Nicméně preferujeme dopolední vyučovací hodiny, kdy jsou studenti relativně méně unaveni. Před administrací budou studenti seznámeni se záměrem studie a etickými pravidly. Celé testování je zcela anonymní a odpovídá všem etickým standardům psychologického testování formou dotazníků na dané populaci. Data budou chráněná proti zneužití.

Realizace sběru dat může proběhnout dvěma způsoby. První možností je zaslání příslušného počtu dotazníků přímo do Vaší školy. Ve vybranou vyučovací hodinu by pedagog rozdával dotazníky žákům, po vyplnění by byly dotazníky zaslány zpět výzkumnému týmu, samozřejmě s úhradou poštovních nákladů. Druhou možností je osobní návštěva Vaší školy členem výzkumného týmu. Vzhledem k časové i finanční náročnosti projektu preferujeme první možnost.

Předpokládaný počet vyplněných dotazníků z osobního administrování je cca 800 pro celé území Moravskoslezského kraje.

Testovou baterii bude celkem tvořit pět dotazníků v tomto pořadí:

### **1. Sense of Coherence Scale (Antonovsky, 1987)**

Škála zjišťující úroveň sense of coherence (smysl pro integritu). Stejně jako locus of control, je tento psychologický konstrukt významným protektivním faktorem s opakovaně prokázaným pozitivním působením na zdraví člověka. Dotazník obsahuje 13 položek a jeho vyplnění trvá přibližně 5-10 minut.

**Příklad položek:** Dokážeš správně odhadnout své síly a schopnosti? Máš pocit, že se s tebou zachází nefér, nespravedlivě?

## **2. Children's Nowicki-Strickland Locus of Control Scale (Nowicki & Strickland, 1973)**

Psychodiagnostický nástroj k určení locus of control (subjektivní přesvědčení člověka, zda má/nemá život ve svých rukou). Obsahuje 40 položek, vyplnění trvá přibližně 10-15 minut.

**Příklad položek:** Myslíš si, že se většina problémů vyřeší sama, když si s nimi nebudeš lámat hlavu? Dávají ti často za vinu věci, za které nemůžeš?

## **3. Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (Dolejš, Skopal & Suchá, 2013)**

Nově vytvořený nástroj informuje o míře depresivity u adolescentů, zaměřuje se na oblast vztahu k sobě a k ostatním lidem. Škálu tvoří 20 položek, jejichž vyplnění trvá cca 5–10 minut.

**Příklad položek:** Jsem stále smutný/á a nemohu se z toho dostat. Jsem sám/sama sebou znechucen/a.

## **4. Short Scales for the Assessment of Locus of Control Orientations in Population Surveys (Jakoby & Jacob, 1999)**

Tento krátký dotazník byl vytvořen pro sociologické výzkumy na německé populaci. Zjišťuje umístění locus of control, obsahuje 6 položek a vyplnění trvá méně než 5 minut.

**Příklady položek:** Rád/a přebírám zodpovědnost. Nejráději dělám rozhodnutí sám/sama za sebe, než abych se spoléhal/a na osud.

## **5. Internal External Locus of Control-4 (Kovaleva, 2012)**

Nový psychodiagnostický nástroj k rychlé identifikaci umístění locus of control. Obsahuje pouze 10 položek a vyplnění trvá méně než 5 minut.

**Příklad položek:** Když budu tvrdě pracovat, uspěji. Svůj život mám ve svých rukou.

V průběhu několika dnů či týdnů Vás budeme kontaktovat telefonicky, abychom dohodli konkrétní podmínky případné spolupráce a datum testování. Stejně tak rádi zodpovíme případné další dotazy a nejasnosti týkající se administrace a dalších náležitostí výzkumu.

Děkujeme.

S pozdravem

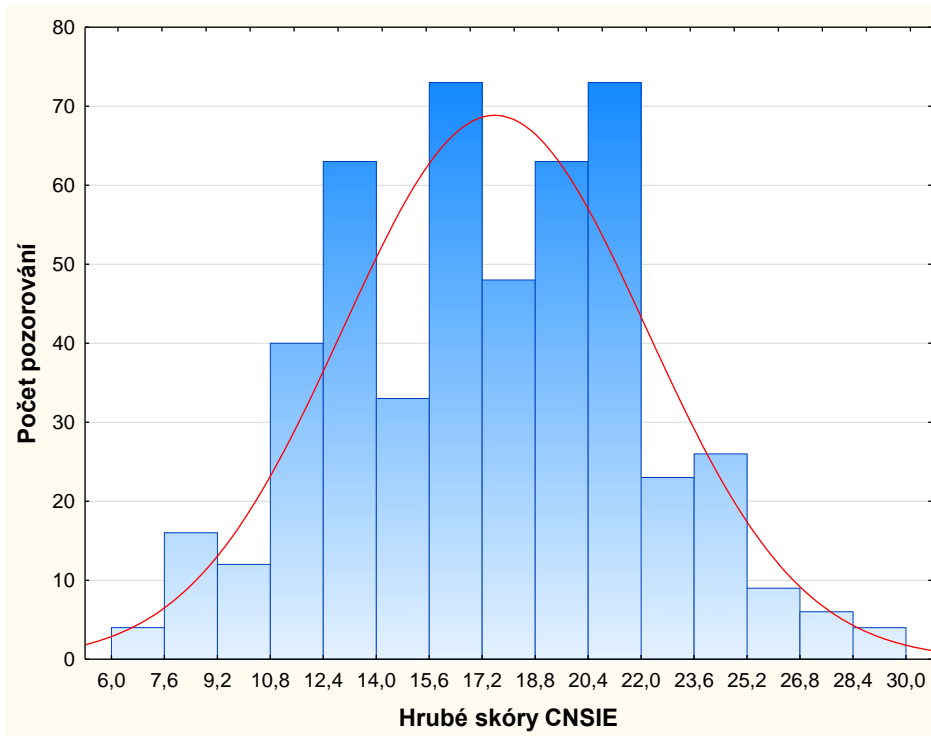
PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.  
Bc. Kateřina Laštůvková  
Mgr. Vanda Zemanová

Katedra psychologie  
FF Univerzita Palackého  
Křižkovského 10, 771 80 Olomouc  
www.psych.upol.cz

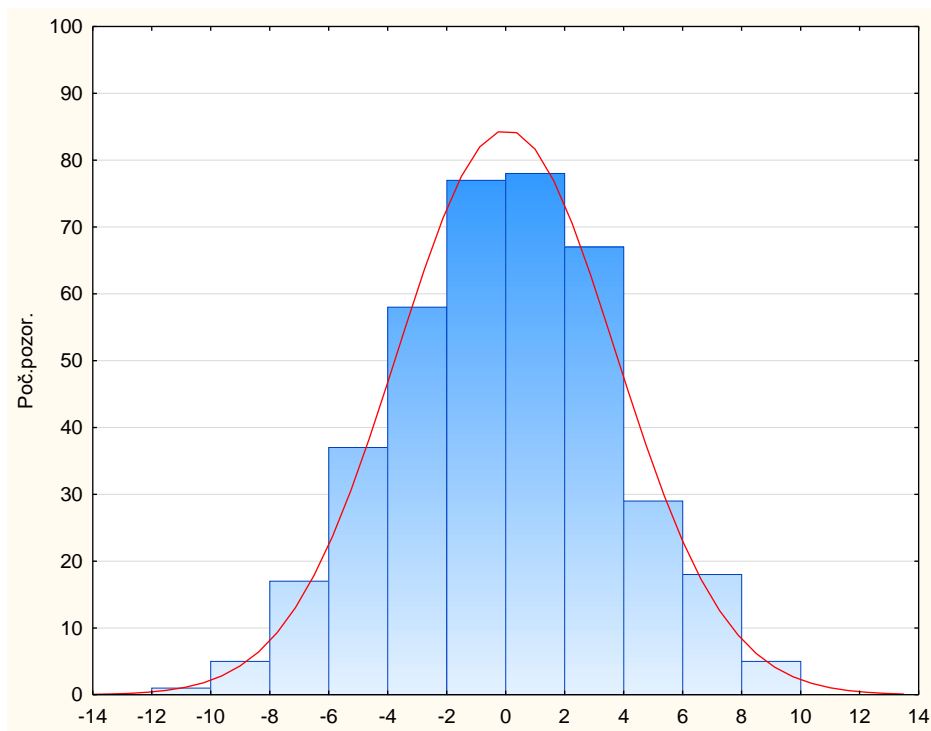
V Olomouci dne 4. 10. 2016

PŘÍLOHA Č. 10: Normalita rozložení hrubých skóre a reziduí LOC měřené metodami  
CNSIE, KMKB, IE-4

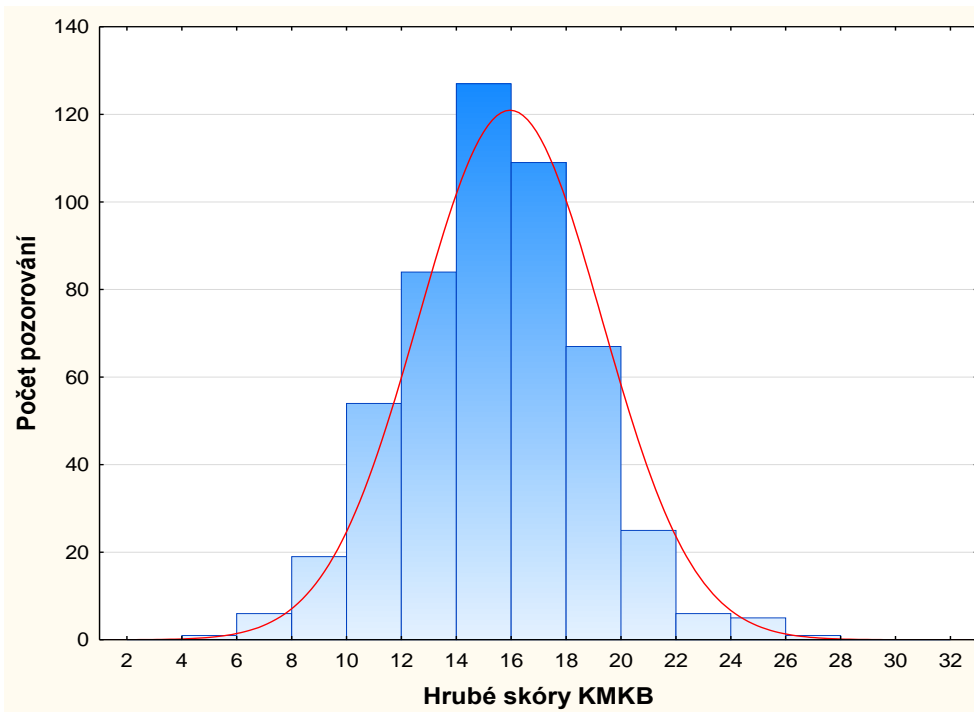
Rozložení hrubých skóre CNSIE



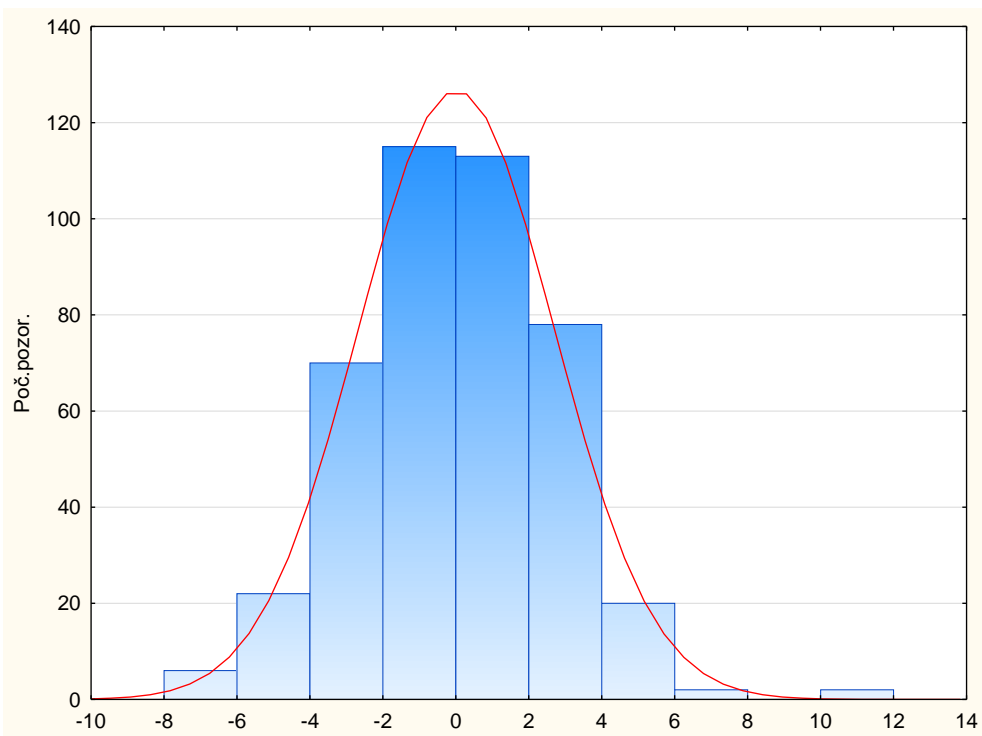
Rozložení reziduí proměnné LOC měřené metodou CNSIE



Rozložení hrubých skóreů KMKB

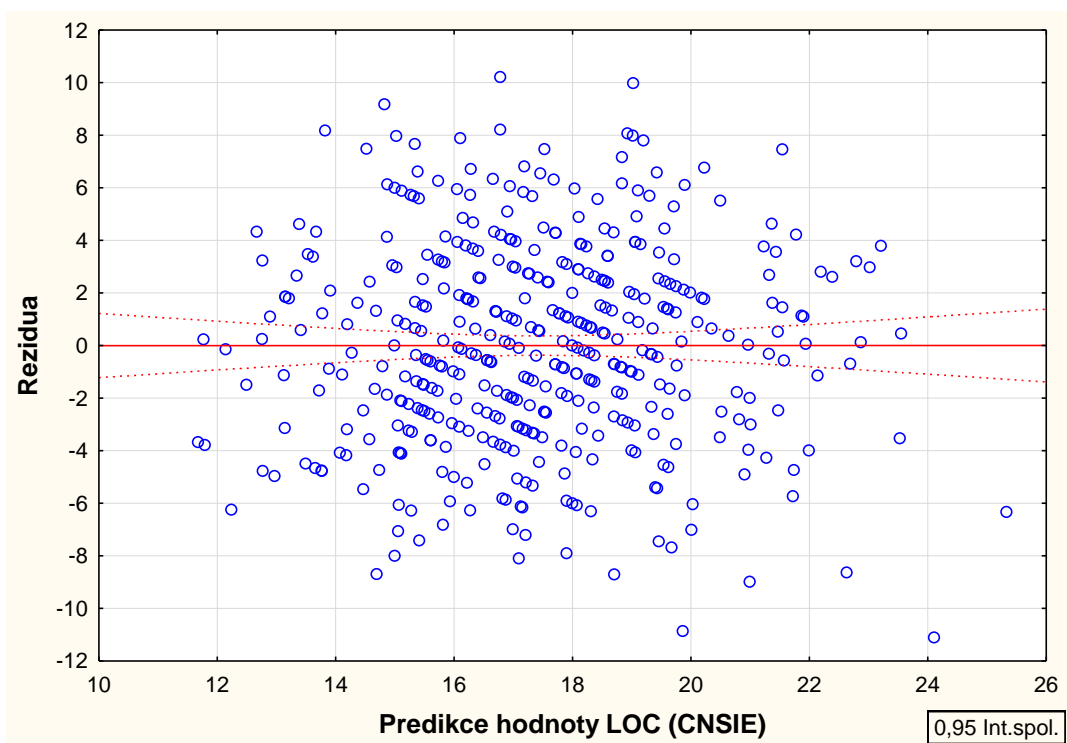


Rozložení reziduí proměnné LOC měřené metodou KMKB



# PŘÍLOHA Č. 11: Ověření homoskedasticity proměnné LOC (CNSIE, KMKB)

## Ověření homoskedasticity proměnné LOC měřené metodou CNSIE



## Ověření homoskedasticity proměnné LOC měřené metodou KMKB

