

SOUVISLOST PSYCHICKÝCH POTÍŽÍ A RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ ADOLESCENTŮ

původní práce

Lucie Foltová^{1,2}

¹Výzkumné pracoviště preventivní
a sociální pediatrie LF MU Brno

²Ústav preventivního lékařství
LF MU Brno

Kontaktní adresa:

Mgr. Lucie Foltová
VPPSP LF MU
Bieblova 16
613 00 Brno
e-mail: luciefoltova@mail.muni.cz

Tato práce byla podpořena grantem
IGA MZ ČR č. NS 9668-4/2008

SOUHRN

Foltová L. Souvislost psychických potíží a rizikového chování adolescentů

Cíl: Ověřit, zda u neklinického souboru adolescentů lze identifikovat případnou souvislost jejich psychického stavu se zapojením do několika specifických typů rizikového chování.

Materiál a metoda: Soubor vychází ze studie ELSPAC a zahrnuje 1531 adolescentů. Byla použita data ze šetření v 15 letech věku respondentů, kteří byli rozděleni do pěti sledovaných skupin dle rizikového chování (návykové, antisociální, rizikové sexuální, komorbidní a bez rizikového chování). Pomocí statistických metod (Chi²-test, ANOVA, Scheffého test, RR) v programu SPSS byly sledovány rozdíly mezi skupinami v subškálách dotazníku SDQ a ve vybraných psychických potížích.

Výsledky: U chlapců koresponduje míra emočních problémů a také hyperaktivity s nesoustředěností s antisociálním chováním (obojí $p < 0,001$). U dívek jsou sledované rozdíly podobné (těž $p < 0,001$). Dále byly nalezeny signifikantní rozdíly mezi skupinami v položkách psychických potíží. Nejméně jimi trpí nerizikovní adolescenti. U dívek souvisejí s rizikovým chováním anxióza, potíže se spánkem, vtíravé myšlenky (vše $p < 0,001$) a únava ($p < 0,01$); vše nejčastěji u skupiny s antisociálním chováním. U chlapců nejčastěji trpí také skupina s antisociálním chováním – pocity úzkosti, vznětlivostí a únavou; a dále syndromová skupina vtíravými myšlenkami a nechuťstvím (vše $p < 0,05$).

SUMMARY

Foltová L. The link between psychic difficulties and risk behaviour in adolescents

Aim: To verify if it is possible to identify an association between a frame of mind of adolescents and their involvement in some specific kind of a risk behaviour by the nonclinical group.

Material and methods: The study sample is formed by the participants of ELSPAC (European Longitudinal Study of Parenthood and Childhood) and include 1.531 adolescents. The data used are from the fifteen-year-old age (of the children from the project) period. Respondents were divided into five groups by the risk behaviour (an addictive b., an anti-social b., a risk sexual b., a syndrome group, a control non-risk group). The data were analysed in the SPSS programme by standard statistical methods (Chi²-test, ANOVA, Scheffe test, RR), using these methods the differences between groups in subscales of SDQ questionnaire and in selected psychic difficulties were determined.

Results: A degree of emotional problems and a score of hyperactivity-inattention scale too correspond to antisocial behaviour in boys, similarly in girls (all $p < 0,001$). Further significant differences between groups were found in the psychic difficulties items. Non-risk adolescents suffer from them at least. In girls, risk behaviour relates to anxiety, sleeping disorders, obtrusive thoughts (all $p < 0,001$), and exhaustion ($p < 0,01$);

Závěr: Psychické potíže souvisejí s rizikovým chováním adolescentů. Zapojení se do rizikového chování neznamena, že tito jedinci nejsou schopni chování prosociálního.

Klíčová slova: Adolescenti, ELSPAC, psychický stav, rizikové chování.

the most often in the group with antisocial behaviour. In boys, the group with antisocial behaviour also suffers the most often – from anxiety, irritability and exhaustion; and then the syndrome group from obtrusive thoughts and loss of appetite (all $p < 0,01$).

Conclusion: Psychic difficulties are related to risk behaviour. Involvement in risk behaviour does not mean that these individuals are not capable of prosocial behaviour.

Key words: adolescents, ELSPAC, frame of mind, risk behaviour.

ÚVOD

Adolescence je v této práci pojímána jako celé období mezi dětstvím a dospělostí, vycházející z původně americké periodizace, která je však stále častěji užívána celosvětově.¹ Dělí se obvykle na tři fáze (časnou/ranou; střední a pozdní), přičemž naše práce je zaměřena převážně na období časně adolescence (resp. dobu přechodu časně a střední adolescence). Jelikož se v adolescenci dějí velmi významné změny, a to ve všech vrstvách osobnosti, ty nejvýznamnější vztahující se k vybranému období budou nyní stručně uvedeny:

Na fyzické úrovni dochází k dramatickým pubertálním procesům, adolescenti se tak mj. musejí vyrovnat se změnami svého těla.

Kognitivní vývoj je rovněž velmi intenzivní, a to jednak díky neurálnímu zrání, jednak vlivem sociálního očekávání a tlaku. V myšlení dochází k přechodu od konkrétního k abstraktnímu, narůstá schopnost logického a kritického uvažování, hovoří se o fázi „černobílého“ myšlení. Až ve střední adolescenci jsou jedinci schopni plánovat svoji budoucnost. Mentální kapacita se však vyvíjí mnohem déle než úroveň fyzických změn.

Stejně tak emoční vývoj prochází změnami – adolescenti často mají intenzivní, někdy i protichůdné, rychle se měnící pocity, přičemž některé navíc mohou být zcela nové (včetně sexuálních). Je to doba hledání mj. genderové identity.

V osobnostním vývoji se v adolescenci řeší otázky hledání sebe sama, dochází k rozvoji vlastní identity, vyvažuje se potřeba nezávislosti a potřeba být důležitý pro ostatní. Vyvíjí se rovněž schopnost empatie. Vzrůstá potřeba trvalých, dlouhodobých přátelství (obsah kamarádství se proměňuje), proměňují se a rozšiřují společenské role.^{1,2,3,4}

Adolescenti odedávna disponují velkým množstvím energie a svou otevřeností pro vše nové.⁵ Vývojové aspekty v období dospívání představují rizikový potenciál, který se může za nepříznivých okolností výrazně podílet na vzniku různých forem poruch adaptace a nepřiměřeného chování.⁶

Termín „rizikovost“ se vysvětluje jako náchylnost či větší ohrožení psychosociálního vývoje oproti běžné populaci.⁷ Riziková mládež se tedy definuje jako „dospívající, u kterých je, následkem spolupůsobení vícera faktorů, zvýšená pravděpodobnost selhání v sociální a psychické oblasti“.⁷ Rizikovost a ohrožení přitom mohou být přítomny ve dvou rovinách. Buď je jedinec představuje pro společnost (delikvence, agresivita...), nebo sám pro sebe (tzv. sebepoškozující jednání – poruchy příjmu potravy, konzumace alkoholu, kouření, zneužívání drog, sexuální promiskuita, sebevražedné jednání apod.). Tato rizikovost se navíc může projevat z různých hledisek – osobnostního, somatického, zdravotního, sociálního, z hlediska schopností, chování ad.⁷

Rizikové chování je tedy takové chování, které může – přímo nebo nepřímo – ohrozit prospěch, zdraví, ale i celý další život mladých lidí.⁵ Je třeba mít na paměti, že riskantní jednání rizikovému adolescentovi současně může přinášet určité sebezpotvrzení, satisfakci v jeho aktuální situaci (přijetí mezi vrstevníky, vyšší sebevědomí...). Je tedy svým způsobem také účelové a funkční (proto též zvenčí těžko ovlivnitelné), což ovšem nijak nesnižuje riziko ohrožení zdraví, normálního vývoje a životní perspektivy jedince.^{8,9} Uvádí se, že až polovina adolescentů,¹⁰ resp. dokonce až šedesát procent jedinců¹¹ se během dospívání zapojí alespoň do jedné z forem rizikového chování.

Dá se říci, že existují dva směry uvažování o rizicích a rizikovém chování v období adolescence (vč. jeho neustálém rozšiřování v populaci) – jednak je tato skutečnost nahlížena jako určitá normativní součást vývojového období, která v dalším stadiu z velké části vymizí, jednak se ozývají také hlasy dalších odborníků, upozorňující na dlouhodobé následky těchto forem chování, které není možno přehlížet, a není proto žádoucí takové počínání adolescentů jen zpovzdálí sledovat.

Cílem práce je ověřit, zda u neklinického souboru adolescentů lze identifikovat případnou souvislost jejich psychického stavu se zapojením do několika specifických typů rizikového chování a přispět tak k cílenější prevenci těchto jevů.

MATERIÁL A METODA

Soubor

Výzkumný soubor vychází ze studie ELSPEC – Evropská longitudinální studie rodičovství a dětství.* Jedná se tedy o neklinický soubor respondentů. Ti tvoří vzorek běžné populace (tzn. nejedná se o homogenní skupinu osob s klinickou diagnózou, ačkoliv je samozřejmě možné, že někteří z nich mají diagnostikované nejrůznější poruchy). Záměrně byl vybrán soubor z šetření provedeného v 15 letech věku respondentů. Časná adolescence se totiž jeví jako období kritické pro rozvoj rizikového chování,¹⁰⁻¹⁵ neboť v tomto období dochází ke strmému nárůstu všech forem rizikového chování.¹⁰

Soubor rizikových jedinců je vytvořen v intencích tzv. syndromu rizikového chování.^{1,5,8,9} Ten se obvykle dělí na tři základní subtypy: 1. užívání návykových látek; 2. negativní jevy v oblasti psychosociální (možno též nazvat jako sociální nepřizpůsobivost); 3. poruchy reprodukčního zdraví (rizikové sexuální chování). Vzhledem k tomu, že ke statistickému porovnání byla zvolena metoda kontrastních nebo též extrémních skupin (viz dále), adolescenti byli záměrným výběrem zařazeni do následujících 5 skupin:

A – skupina s návykovým chováním; vykazují problémy v užívání návykových látek – v dotazníku byly vyjmenovány látky, k nimž se respondenti vyjadřovali a udávali, s jakou frekvencí je užívají. Jednalo se o položky: cigarety, alkohol, marihuana a hašiš, léky na lékařský předpis

(bez zdravotní indikace), pervitin, extáze, halucinogeny a těkavé látky (např. ředidla, lepidla apod.). Respondenti měli na výběr odpovědět: užívám často – více než jednou v životě – jednou v životě – nikdy. Do této skupiny byli zařazeni pouze ti, kteří odpověděli na jednu nebo více jmenovaných látek „užívám často“. Jedná se celkem o 126 respondentů, poměr chlapců a dívek je přesně 1 : 1 (tab. 1).

B – skupina s antisociálním chováním; vykazují problémy v psychosociální oblasti – z dotazníku byly vybrány položky vztahující se k této skupině problémů – „často jsem se popral/a“; „často jsem lhal/a a podváděl/a“; „kradl/a jsem věci z domu, ze školy nebo odjinud“; „často chodím za školu“, odpovědi byly v rozmezí: ano, je to pravda – jen jednou, nebo zřídka – ne, není to pravda. Do skupiny tedy byli zařazeni respondenti, kteří uvedli na jednu nebo více těchto položek souhlasnou odpověď (ano, je to pravda). Celkem je tak do skupiny zahrnuto 75 adolescentů, z toho 59 % chlapců a 41 % dívek (tab. 2).

Z tab. 2 je patrné, že agresivní chování (tj. zapojení se do rvaček) celkem logicky vykazují častěji chlapci, v tomto vzorku je to téměř trojnásobně. Jiné výzkumy¹⁵ uvádějí přibližně 2,5násobek. Naopak dívky častěji uvádějí záško-láctví, zde je to 1,5krát více než u chlapců (o něco menší násobek lze nalézt v dalších výzkumech^{10,16}).

C – skupina s rizikovým sexuálním chováním; vykazují poruchy reprodukčního zdraví – sem byli zařazeni všichni respondenti, kteří uvedli, že již měli sexuální styk (tj. před patnáctým rokem života; ve vyšších věkových souborech se uvádí jako rizikové střídání partnerů, promiskuita, výskyt pohlavně přenosných nemocí, nechtěná těhotenství – domníváme se však, že již samotný fakt, že dotyčný adolescent zažil pohlavní styk ještě před patnáctým rokem života, je dostatečně riziková událost, i když se mělo jednat o zatím jednorázový akt). V tomto souboru je 77 respondentů, z toho 40 % chlapců a 60 % dívek (tj. poměr 2 : 3).

D – syndromová skupina; je tzv. komorbidní, neboli zahrnuje ty respondenty, kteří vykazovali problémy nejen v jedné z předešlých skupin, ale současně ve více z nich. Tento soubor zahrnuje celkem 118 respondentů, z toho 42 % chlapců a 58 % dívek (tab. 3).

Jednotlivé kombinace vykazují zajímavá čísla. Téměř polovina komorbidity připadá na souběh užívání návykových látek a pohlavního styku (v souladu s dalšími výzkumy, např. Lukšíka¹²), další čtvrtina vyazuje užívání návykových látek a psychosociální nepřizpůsobivost a šestina podsouboru vyazuje potíže ve všech třech problémových oblastech.

E – neriziková skupina; jedná se o „kontrolní“ (kontrastní) skupinu, ve které respondenti uvedli u všech předchozích sledovaných položek rizikového chování zápornou odpověď (tedy nikdy neužívají návykové látky ze skupiny A; ne, není pravda na položky skupiny B; a ne, ještě neměli pohlavní styk – skupina C), nevykazují tudíž žádnou ze sledovaných forem rizikového chování. Tato skupina je tvořena celkem 1135 adolescenty, genderový poměr vychází opět přesně 1 : 1.

Z předchozího vyplývá, že skupiny A až C jsou výhradně homogenní soubory rizikových osob zahrnutých do zvolených subtypů vycházejících ze syndromu rizikového chování, skupina D je tzv. komorbidní (syndromo-

* Tato prospektivní longitudinální studie probíhá v několika evropských zemích a sleduje vybrané soubory dětí a jejich rodiny od těhotenství matky, přes porod, šestinedělí a kojenecké období až do 19 let věku dítěte. Základní výzkumné údaje jsou získávány prostřednictvím dotazníků, které vyplňují ve stanovených termínech rodiče zkoumaných dětí, dále pediatrii, učitelé a od jedenácti let věku i samotné děti. První kontakt se sledovaným souborem zajistil ženský lékař, který respondentkám vysvětlil celý výzkum. Ženám i mužům, kteří byli ochotni se studii zúčastnit, byly poštou zaslány dotazníky na uvedenou adresu. Obsah dotazníků je koncipován mezinárodně, každý z nich projde nejprve pilotním sběrem k ověření srozumitelnosti pro respondenty a pro eliminaci zkraslených následně získávaných dat. Vyplněné dotazníky jsou respondenty zaslány zpět v přiložené obálce, anonymita je zajištěna díky přiděleným kódům jednotlivým rodinám, pod kterými jsou všechna data následně zpracovávána. Při každém sběru dat je respondenty podepsán informovaný souhlas.

vá), tedy vysoce riziková, a skupina E je kontrastní srovnávací skupinou respondentů nevykazujících žádný ze sledovaných rizikových projevů.

Celkový počet respondentů, kteří jsou zahrnuti ve vybraných sledovaných podsouborech a splňují všechny tyto podmínky, činí 1531 adolescentů, z toho poměr dle pohlaví je téměř 1 : 1 (resp. 49 % chlapci a 51 % dívky). Ostatní adolescenti, kteří buď na některou položku neodpověděli, nebo udali jen jednorázovou či občasnou zkušenost (položky ze souboru A a B), byli ze statistického porovnání zcela vyloučeni.

Nástroje

V této studii byl použit Dotazník psychického přizpůsobení se (SDQ¹⁷) ve verzi pro sebeposouzení adolescenta a sebeposuzovací škála zdravotních (psychických) potíží (škála byla vytvořena mezinárodním týmem ELSPAC, je užívána především pro longitudinální sledování zdravotních obtíží respondentů; nejedná se o standardizovaný test psychických potíží). *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) sestavil v 90. letech minulého století anglický pedopsychiatr Robert Goodman.^{17,18} SDQ je stručný dotazník pro posouzení psychického přizpůsobení se dětí (3–16 let) a rovnoměrně pokrývá oblasti jejich chování, emocionálního prožívání a sociálních vztahů. Studie ELSPAC vychází ze základní Goodmanovy verze z r. 1997. Tato sestává z 25 položek. Každá z nich je formulována jako výrok a respondenti posuzují na nabídnuté škále, do jaké míry je toto tvrzení vzhledem k nim relevantní. Přitom mají vycházet z posledních šesti měsíců. Dále je těchto 25 položek rozděleno do pěti subškál: škály emocionálních symptomů (Emotional Symptoms Scale), škály problémového chování (Conduct Problems Scale), škály hyperaktivity a nesoustředěnosti (Hyperactivity-Inattention Scale), škály obtíží ve vztazích s vrstevníky (Peer Problems Scale) a škály prosociálního chování (Prosocial Scale). První čtyři stupnice potom tvoří škálu celkových potíží (Total Difficulties Scale), jelikož sledované projevy jsou často provázané.¹⁹

Pro konkretizaci psychické nepohody jsou vybrány možné *psychické potíže* z otázek na to, jak se respondenti cítí po zdravotní stránce. Vyjadřují se k seznamu předložených potíží, jak často je trápí (1 – často, 2 – někdy, 3 – ojediněle, 4 – nikdy; přičemž pro zhodnocení v této práci bylo překódováno na trápí [1 + 2] a netrápí [3 + 4]). Je sledována úzkost, strach, pesimismus, vznětlivost, potíže se spánkem, únava, nechut k jídlu, vtíravé myšlenky.

Použitá data vycházejí z dotazníků, které vyplňují sami adolescenti v 15 letech věku (referují o předcházejícím období, tj. 11–15 let, tzn. raná až střední adolescence) a vypovídají v nich sami o sobě (tzv. self-reported). To je na jednu stranu hlavní výhodou studie, jelikož některá data není možno získat jiným způsobem než z výpovědí samotných respondentů, na druhou stranu je to ovšem logicky současně limitujícím faktorem (adolescenti mohou záměrně data zkreslovat, případně zamlčovat nebo naopak nadhodnocovat, eventuálně si odpovědi na některé otázky nevybaví nebo otázky nemusejí správně pochopit). Podobně o této metodě sběru dat hovoří např. Blatný.¹⁰

Analýza dat

Dotazníky jsou kódovány podle předem stanovených zpracovaných kódovacích instrukcí a následně pořízeny do počítače, celý tento proces je na několika výstupech pečlivě kontrolován. Posléze jsou data zpracována v programu IBM SPSS Statistics 19 standardními statistickými metodami. V souladu s výzkumným cílem byly provedeny primární ošetření dat a klasická frekvenční analýza dat.

Pro statistické porovnávání je užitá metoda extrémních skupin. Tato metoda je užívána i v jiných výzkumech,²⁰ neboť tento přístup umožňuje průkazně identifikovat rozdíly mezi skupinami.

Pro testování síly vztahu kategoriálních proměnných byl použit nejznámější ze statistických testů pro kvalitativní (nominální) proměnné, a to asymptoticky platný Pearsonův χ^2 -test nezávislosti v kontingenční tabulce. Byly tak testovány nulové hypotézy, tj. hypotézy o shodě rozložení ve sledovaných skupinách. V případě, že nulovou hypotézu nezamítáme, je rozložení závislých proměnných ve skupinách stejné. O nezamítnutí hypotézy rozhoduje hladina významnosti $p = 0,05$. Pokud nulovou hypotézu zamítáme, existuje statisticky významný rozdíl (hladina významnosti bude vždy uvedena) mezi sledovanými skupinami. Poté byla u signifikantních výsledků dopočtena relativní rizika (RR). Dále byl použit test ANOVA k posouzení shody středních hodnot tam, kde to vyžaduje povaha dat. Pro dopočet, které skupiny se od sebe statisticky liší, byl užit Scheffeho test rozdílů středních hodnot.

VÝSLEDKY

Pro přehlednost jsou ve všech tabulkách zvýrazněny tučnou kurzivou nejvyšší a nejnižší hodnoty. Je tak na první pohled patrné, mezi kterými skupinami byly identifikovány největší rozdíly. Ve výsledkové (resp. tabulkové) části je podrženo značení skupin pomocí písmen A–E (jak je uvedeno výše). Vzhledem k tomu, že očekáváme určité genderové rozdíly, jsou výsledky rozděleny dle pohlaví.

Výsledky vztahu rizikového chování s psychickým přizpůsobením (dle subškál SDQ) chlapců znázorňuje tab. 4. Pomocí testu ANOVA byly zamítnuty nulové hypotézy o shodě středních hodnot. U subškály *hyperaktivita a nesoustředěnost* ($F = 5,792$; $p < 0,001$) po dopočtu Scheffeho testem rozdílů středních hodnot je možno říci, že se statisticky významně liší skupina chlapců s antisociálním chováním od nerizikové skupiny ($p < 0,01$). *Emoční problémy* ($F = 7,861$; $p < 0,001$) – po dopočtu Scheffeho testem lze konstatovat, že se statisticky významně liší skupina chlapců s antisociálním chováním od nerizikové skupiny ($p < 0,001$) a rovněž od skupiny s návykovým chováním ($p < 0,05$). *Problémové chování* ($F = 44,125$; $p < 0,001$) poměrně logicky vykazuje nejvíce skupina s antisociálním chováním a syndromová skupina. Po dopočtu však vycházejí statisticky významné rozdíly mezi všemi sledovanými problémovými skupinami a nerizikovou skupinou (již zmíněné skupiny s antisociálním chováním a syndromová na hladině $p < 0,001$; skupiny s návykovým a rizikovým sexuální chováním na hladině $p < 0,05$). *Celkové skóre*

potíží ($F = 13,833$; $p < 0,001$) statisticky odlišuje skupinu s antisociálním chováním a skupinu syndromovou od skupiny nerizikové (obojí $p < 0,001$).

Tab. 1. Počty respondentů dle druhu užívaných látek

Druh návykové látky	Chlapci	Dívky	Celkem
Cigarety	35	34	69
Alkohol	35	35	70
Marihuana, hašiš	12	9	21
Léky na předpis	1	4	5
Pervitin	1	1	2
Extáze	0	1	1
Halucinogeny (např. lysohlávky)	1	2	3
Těkavé látky (např. ředidla, lepidla)	3	2	5

Pozn.: Sloupcové součty mohou být vyšší než celkový počet respondentů ve skupině, neboť někteří z nich udali časté užívání více látek současně.

Tab. 2. Počty respondentů dle uvedených projevů chování

Projev chování	Chlapci	Dívky	Celkem
Rvačky	48	18	66
Lhaní, podvody	30	28	58
Krádeže	11	6	17
Záškoláctví	21	33	54

Pozn.: Sloupcové součty mohou být vyšší než celkový počet respondentů ve skupině, neboť někteří z nich udali více projevů současně.

Tab. 3. Počty respondentů podle jednotlivých kombinací rizikového chování

Kombinace problémů	Počet respondentů
A + B (návykové chování + antisociální chování)	32
A + C (návykové chování + rizikové sexuální chování)	52
B + C (antisociální chování + rizikové sexuální chování)	14
A + B + C (návykové chování + antisociální chování + rizikové sexuální chování)	20

Tab. 4. Srovnání sledovaných skupin v dosažených průměrech skóre jednotlivých subškál dotazníku SDQ – chlapci

Škála	A (N = 63)		B (N = 44)		C (N = 31)		D (N = 48)		E (N = 556)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
HN	3,97	2,01	4,79	2,19	4,43	1,76	4,04	2,08	3,49	2,13
EP	2,61	1,86	4,07	2,46	3,35	2,23	3,44	2,21	2,54	2,04
PCH	2,71	1,73	4,32	1,84	2,87	1,36	4,35	1,94	2,06	1,48
VV	1,46	1,29	2,25	1,71	2,10	1,71	1,81	1,57	1,99	1,67
CSP	10,68	5,09	15,50	5,99	12,73	5,59	13,65	5,15	10,17	5,42
PS	6,35	1,80	5,95	2,28	6,83	1,66	5,85	2,26	6,18	2,15

N = počet; M = průměr; SD = směrodatná odchylka

HN = škála hyperaktivity a nesoustředěnosti; EP = emoční problémy; PCH = problémové chování; VV = obtíže ve vrstevnických vztazích; CSP = celkové skóre potíží; PS = prosociální chování

A – skupina s návykovým chováním; B – skupina s antisociálním chováním; C – skupina s rizikovým sexuálním chováním; D – syndromová skupina; E – neriziková skupina

Pozn.: Kurzivou jsou označeny subškály, u kterých byly prokázány rozdíly mezi skupinami

Rozdíly v subškálách *problémové chování* a samozřejmě též *celkové skóre potíží* jsou tak logickým potvrzením rizikivosti sledovaných skupin (oproti skupině nerizikové).

U škály *obtíží ve vrstevnických vztazích* nulovou hypotézu o shodě středních hodnot nezamítáme a stejně tak u pozitivní škály *prosociálního chování*.

V tab. 5 jsou uvedeny výsledky dívek. U subškály *hyperaktivita a nesoustředěnost* ($F = 11,744$; $p < 0,001$) po dopočtu Scheffeho testem rozdílů středních hodnot je možno říci, že se statisticky významně liší skupina dívek s antisociálním chováním a rovněž syndromová skupina od skupiny nerizikové (obojí $p < 0,001$). *Emoční problémy* ($F = 6,211$; $p < 0,001$) – po dopočtu se statisticky významně liší skupina dívek s antisociálním chováním od nerizikové skupiny ($p < 0,01$). Stejně jako u chlapců vycházejí i u dívek v subškále *problémového chování* statisticky významné rozdíly mezi všemi sledovanými rizikovými skupinami a skupinou nerizikovou (skupiny syndromová, s antisociálním a s rizikovým sexuálním chováním na hladině $p < 0,001$; skupina s návykovým chováním na hladině $p < 0,05$). A stejně jako u chlapců *celkové skóre potíží* ($F = 13,833$; $p < 0,001$) statisticky odlišuje skupinu s antisociálním chováním a skupinu syndromovou od skupiny nerizikové ($p < 0,001$).

U škály *obtíží ve vrstevnických vztazích* nulovou hypotézu o shodě středních hodnot opět nezamítáme, avšak u děvčat je to jen velmi těsně ($p = 0,058$). Rovněž škála *prosociálního chování* nevykázala statisticky významné rozdíly.

Jak je patrné, z genderového hlediska nebylo prokázáno mnoho rozdílů v jednotlivých sledovaných subškálách použitého dotazníku. Odlišné rozložení mezi skupinami tak vykazuje pouze škála hyperaktivity a nesoustředěnosti a především škála emočních problémů, které výrazněji vykazují dívky. Dále je však možné zaregistrovat, že dívky vykazují vyšší průměrná skóre než chlapci, a to ve všech subškálách i sledovaných skupinách (s výjimkou hodnocení vrstevnických vztahů). Vzhledem k tomu, že se jedná o sebeposouzení vlastního chování, je patrné, že dívky jsou k sobě mnohem kritičtější než chlapci.

Sledovaní adolescenti dále vypovídali o svých subjektivně pociťovaných zdravotních potížích (resp. zdravotním stavu), z čehož jsme vybrali ty položky, které souvisejí s psychikou a psychickým stavem (tj. šest položek v tab. 6,

Tab. 5. Srovnání sledovaných skupin v dosažených průměrech skóre jednotlivých subškál dotazníku SDQ – dívky

Škála	A (N = 63)		B (N = 31)		C (N = 46)		D (N = 69)		E (N = 569)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
HN	4,46	2,08	5,97	2,32	4,54	1,92	5,15	2,26	3,92	2,12
EP	4,24	2,40	5,55	2,58	4,50	2,15	4,59	2,40	3,76	2,42
PCH	3,02	1,67	4,55	1,93	3,37	1,58	4,30	1,97	2,37	1,54
VV	1,52	1,40	2,48	1,98	2,04	1,44	1,62	1,71	1,91	1,69
CSP	13,26	5,52	18,55	6,23	14,46	4,51	15,79	6,11	11,94	5,56
PS	7,26	2,10	6,97	2,31	7,54	1,68	7,17	1,93	7,41	1,87

N = počet; M = průměr; SD = směrodatná odchylka

HN = škála hyperaktivity a nesoustředěnosti; EP = emoční problémy; PCH = problémové chování; VV = obtíže ve vrstevnických vztazích; CSP = celkové skóre potíží; PS = prosociální chování

A – skupina s návykovým chováním; B – skupina s antisociálním chováním; C – skupina s rizikovým sexuálním chováním; D – syndromová skupina; E – neriziková skupina
Pozn.: Kurzivou jsou označeny subškály, u kterých byly prokázány rozdíly mezi skupinami

Tab. 6. Pociťované psychické potíže – chlapci, dívky, soubor celkem

Potíže	Počet respondentů (v %) dle skupin – chlapci					χ ²	p
	A	B	C	D	E		
Úzkost	22,6	45,5	32,3	39,6	26,2	11,856	0,05
Vznětlivost	43,5	63,6	38,7	52,1	39,5	12,126	0,05
Potíže se spánkem	32,3	31,8	29,0	25,0	20,9	ns	
Únava	30,6	48,8	29,0	35,4	23,6	15,852	0,01
Nechuť k jídlu	12,9	18,6	16,7	25,0	9,7	12,943	0,05
Vtíravé myšlenky	30,6	30,2	32,3	33,3	19,1	12,434	0,05
	Počet respondentů (v %) dle skupin – dívky						
Úzkost	54,0	66,7	37,0	56,5	39,3	18,955	0,001
Vznětlivost	60,3	76,7	65,2	69,6	56,7	ns	
Potíže se spánkem	41,3	70,0	34,8	50,7	31,2	28,051	0,001
Únava	60,3	70,0	50,0	49,3	43,5	14,000	0,01
Nechuť k jídlu	22,2	30,0	28,3	33,3	20,1	ns	
Vtíravé myšlenky	30,2	56,7	34,8	43,5	25,8	21,579	0,001
	Počet respondentů (v %) dle skupin – celkem						
Úzkost	38,4	54,1	35,1	49,6	32,8	25,191	0,001
Vznětlivost	52,0	68,9	54,5	62,4	48,2	19,607	0,001
Potíže se spánkem	36,8	47,3	32,5	40,2	26,1	27,578	0,001
Únava	45,6	57,5	41,6	43,6	33,7	25,403	0,001
Nechuť k jídlu	17,6	23,3	23,7	29,9	15,0	21,238	0,001
Vtíravé myšlenky	30,4	41,1	33,8	39,3	22,5	30,393	0,001

p = hladina významnosti; ns = nesignifikantní

A – skupina s návykovým chováním; B – skupina s antisociálním chováním; C – skupina s rizikovým sexuálním chováním; D – syndromová skupina; E – neriziková skupina

resp. osm, přičemž dvě z nich nejsou signifikantní – strach a pesimismus). V porovnávaných skupinách byly zjištěny následující rozdíly.

V podsouboru chlapců jsou nejvýznamnější rozdíly mezi skupinami u projevu únavy, na hladině $p < 0,01$. Únavou tak nejméně trpí neriziková sledovaná skupina a dle dopočtu relativního rizika je nejvíce udávána ve skupině s antisociálním chováním, a to 2,07krát častěji. Za ní následuje syndromová skupina, 1,50krát častěji než neriziková skupina. Úzkost udává nejčastěji opět skupina chlapců s antisociálním chováním (oproti nerizikové skupině 1,74krát častěji a oproti skupině s návykovým chováním, která udává nejvyšší počet trpících,

dokonce 2,01krát častěji). Rovněž *vznětlivost* poměrně logicky udávají nejčastěji chlapci s antisociálním chováním, oproti nerizikové skupině 1,61krát častěji, a za nimi také syndromová skupina (1,32krát oproti nerizikové skup.). Poněkud překvapivě vnímáme výsledky ohledně *nechutenství*, neboť v podsouboru chlapců jsou signifikantní rozdíly (u dívek nikoliv, viz níže). Nejvíce jím trpí syndromová skupina chlapců, a to dokonce 2,58krát častěji než neriziková skupina. Rovněž *vtíravými myšlenkami* trpí nejvíce syndromová skupina (1,74krát častěji než neriziková skupina). Všechny výsledky jsou na hladině $p < 0,05$. *Potíže se spánkem* byly v souboru chlapců nesignifikantní.

Naproti tomu u dívek byly nejsignifikantnější rozdíly (na hladině $p < 0,001$) shledány právě u potíží se spánkem, úzkosti a vtíravých myšlenek. *Potíže se spánkem* nejvíce udává skupina dívek s antisociálním chováním (2,24krát častěji než neriziková skupina) a následně syndromová skupina (1,63krát častěji než neriziková skupina). Podobně je tomu u *vtíravých myšlenek*. Skupina s antisociálním chováním je udává 2,20krát častěji a syndromová skupina 1,69krát častěji než neriziková skupina. *Úzkost* vykazuje rovněž nejčastěji skupina dívek s antisociálním chováním (1,69krát častěji než neriziková skupina a 1,80krát častěji než skupina s rizikovým sexuálním chováním, která ji reflektuje nejméně ze všech). Rovněž *únavou* trpí nejčastěji skupina s antisociálním chováním (1,61krát častěji než neriziková skupina), a to již na hladině $p < 0,01$. Žádné rozdíly nebyly nalezeny u *vznětlivosti* a *nechutenství*.

V celém souboru jsou všechny výsledky vysoce signifikantní, na hladině $p < 0,001$. Zároveň všemi projevy nejméně trpí neriziková skupina. Lze tedy jednoznačně říci, že se všemi sledovanými formami rizikového chování souvisí psychický stav jedinců. Nejvíce ohroženou skupinou z hlediska výskytu symptomů je v tomto případě ta s antisociálním chováním (úzkost, vznětlivost, potíže se spánkem, únava), následovaná syndromovou skupinou (nechuť k jídlu, vtíravé myšlenky).

U položek strach a pesimismus nebyly nalezeny rozdíly mezi sledovanými skupinami ani v celém souboru, ani při rozdělení dle pohlaví.

DISKUSE

Na rizikové a problémové chování mají vliv nejrůznější determinanty. V předcházející práci jsme prokázali vliv prožitého stresu matky v těhotenství na potíže v chování v sedmi a jedenácti letech věku dětí, přičemž se zdá, že s věkem tento vliv slábne.¹⁹ Dále lze rovněž uvažovat o emočním či zdravotním stavu jedince, např. byl zjištěn vztah mezi depresí a konzumací alkoholu a užíváním drog.²¹ Další výzkum odhalil, že změny v duševním zdraví signifikantně korelují s nárůstem rizikového chování.²¹ Obojí však bylo zkoumáno až v období pozdní adolescence. Objevila se souvislost psychických poruch s předčasným zahájením sexuálního života.²² Cílem předložené práce proto bylo najít možný vztah psychického rozpoložení a přizpůsobivosti ke specifickým typům rizikového chování, a to v období rané/střední adolescence. Výsledky tuto premisu potvrdily.

Krch et al.²³ ve svém výzkumu posuzovali výskyt užívání marihuany mezi 13–16letými adolescenty a pokusili se identifikovat faktory, které by mohly hrát významnou roli při rozvoji rizikového či škodlivého užívání těchto látek. Jak uvádějí, nízký věk respondentů jim umožnil zaměřit se na iniciační fázi rozvoje problémového chování. Kromě otázek zaměřených na užívání marihuany a hašiše obsahoval jejich dotazník rovněž škálu anomie, deprese, reflektovali zájmy a hodnoty respondentů, jejich rodiny, Rosenbergovu škálu sebehodnocení a Windleho psychometrický nástroj zaměřený na poruchy chování v dětském věku (RETROPROB) a další. Z výsledků jejich studie mj.

vyplývá, že respondenti vykazovali vyšší skóre deprese a anomie, ve Windleho škálách dosahovali většího deficitu pozornosti a hyperaktivity a více příznaků opozičních tendencí a poruch chování.

Možná souvislost rizikového chování s psychickými potížemi byla sledována také např. ve výzkumu Čermáka et al.,²⁴ kteří se zaměřili na souvislost deprese a poruch chování, které hodnotili podle Achenbachova dotazníku (CBCL). Považujeme za možné srovnat subškály tohoto dotazníku s užitým dotazníkem Goodmana (SDQ). Vzorek tvořili žáci sedmých až devátých tříd základních škol (tj. věkové rozmezí 13–16 let). Autoři ve studii prokázali očekávaný vztah mezi úrovní deprese a mírou problémového chování, největší rozdíly byly shledány v míře sociálních problémů, problémů s myšlením a pozorností a míře delikventního a agresivního chování, nezávisle na pohlaví respondentů (dle vyjádření autorů pravděpodobně kvůli nízkému počtu respondentů).

Výsledky našeho výzkumu částečně potvrzují tato zjištění, nicméně existují v něm rozdíly mezi pohlavími. Navíc nejvyšší skóre se nenachází ve skupině s návykovým chováním (kam spadá užívání marihuany ze zmiňovaného výzkumu). U chlapců koresponduje míra problémů hyperaktivity a nesoustředěnosti s antisociálním chováním, i další rizikové skupiny vykazaly vyšší míru těchto potíží oproti skupině nerizikové. Stejně tak je tomu u emočních problémů. U obou subškál byly po dopočtech signifikantní rozdíly zjištěny jen při srovnání chlapců s antisociálním chováním a nerizikovou skupinou. U dívek je tato souvislost napříč skupinami průkaznější, resp. sledované rozdíly jsou silnější. V míře hyperaktivity a nesoustředěnosti je vysoce signifikantní rozdíl mezi nerizikovou skupinou a skupinami syndromovou a s antisociálním chováním, u emočních problémů je opět nejvíce ohroženou skupinou skupina s antisociálním chováním. Obtíže ve vrstevnických vztazích ani míra prosociálního chování nevykazaly souvislost s rizikovým chováním, a to ani u jednoho pohlaví. Tato zjištění můžeme považovat za pozitivní faktor s preventivním potenciálem.

Prokopčáková prokázala, že ochotu zkusit drogu podporují depresivní a anxiózní stavy adolescentů (patnáctiletí respondenti), agresivita, nízké sebevědomí, slabá schopnost sociální interakce a špatné vztahy s rodiči (mnohem více než s kamarády nebo učiteli).²⁵ Z našeho výzkumu můžeme porovnat jen zjištění týkající se prožívané úzkosti adolescentů. Ta jsou však s uvedeným výzkumem v rozporu. V podsouboru chlapců vykazují dle našich výsledků nejvyšší míru úzkosti ve skupině s antisociálním chováním a naopak nejméně chlapci s návykovým chováním (dokonce méně než skupina neriziková). To by podle našeho názoru mohlo korespondovat s tezí o tzv. „sebemedikaci“ prožívané případně emoční bolesti návykovými látkami.²⁶ V podsouboru dívek je situace jiná. Opět nejvyšší četnost úzkosti vykazuje skupina s antisociálním chováním, naopak nejnižší míra se nachází ve skupině s rizikovým sexuálním chováním. Lze se domnívat, že dívky mohou díky svému většímu zaměření na vztahovost prostřednictvím partnerského vztahu snižovat své negativní psychické prožitky.

Kromě strachu a pesimismu byly v naší práci shledány vysoce signifikantní rozdíly mezi skupinami v dalších šesti položkách psychických potíží, přičemž platí, že nejméně těmito problémy trpí nerizikovní adolescenti. Zdá se, že pohlaví rovněž hraje roli, neboť po rozdělení souboru na dívky a chlapce jsou tyto rozdíly variabilnější. U dívek koresponduje s rizikovým chováním již zmíněná anxiozita, dále potíže se spánkem, vtravé myšlenky a únava. Vše nejčastěji pociťuje skupina dívek s antisociálním chováním. Souvislost nebyla prokázána u vznětlivosti a nechuti k jídlu. U chlapců nejčastěji trpí také skupina s antisociálním chováním – pocity úzkosti, vznětlivosti a únavou, dále syndromová skupina, a to vtravými myšlenkami a poněkud překvapivě nechutenstvím. Jsme si ovšem vědomi, že únava, nechutenství a potíže se spánkem mohou mít širší souvislosti než jen psychickou podmíněnost.

ZÁVĚR A DOPORUČENÍ

Z výsledků práce vyplynulo, že psychické potíže adolescentů souvisejí s jejich rizikovým chováním. V navazujícím výzkumu by bylo velice vhodné ověřit směr působení, tj. zda mají vliv potíže na chování nebo naopak. Z našeho pohledu se prozatím přikláníme k hypotéze, že psychické potíže zvyšují vulnerabilitu k rizikovému chování.

Zapojení se do rizikového chování však neznamená, že tyto jedinci nejsou schopni chování prosociálního. Právě naopak, z výsledků vyplynulo, že v této oblasti nejsou rozdíly mezi skupinami, což bychom mohli považovat za pozitivní preventivní faktor.

Vzhledem k výsledkům práce se domníváme, že je vhodné i z hlediska prevence rizikového chování věnovat pozornost a péči psychickému rozpoložení, stavu a potížím adolescentů, a to již v časně fázi tohoto vývojového období.

LITERATURA

- Macek P. Adolescence. Praha: Portál; 2003: 144.
- Smékal V. Pozvání do psychologie osobnosti: Člověk v zrcadle vědomí a jednání. Brno: Barrister & Principal, 2004: 523.
- Cossa M. Rebels with a Cause: Working with Adolescents Using Action Techniques. London: Jessica Kingsley Publisher; 2006: 205.
- Langmeier J, Krejčířová D. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing, 2006: 368.
- Hamanová J, Hellerová P. Syndrom rizikového chování v dospívání (1. část). Československá pediatrie 2000; 55 (6): 380–387.
- Smik J. Dospievania a riziká dospievania. In: Labáth V et al. (eds.). Riziková mládež. Možnosti potenciálních změn. Praha: Sociologické nakladatelství; 2001: 14–22.
- Labáth V et al. Riziková mládež. Možnosti potenciálních změn. Praha: Sociologické nakladatelství; 2001: 157.
- Hamanová J, Hellerová P. Syndrom rizikového chování v dospívání (2. část). Československá pediatrie 2000; 55 (7): 466–473.
- Hamanová J, Kabíček P. Syndrom rizikového chování v dospívání. Zdravotnické noviny, příl. Lékařské listy 2001; 50 (4): 38–40.
- Blatný M, Hrdlička M, Sobotková V, Jelínek M, Květon P, Vobořil D. Prevalence antisociálního chování českých adolescentů z městských oblastí. Československá psychologie 2006; 50 (4): 297–310.
- Reitz E, Deković M, Meijer AM. The Structure and Stability of Externalizing and Internalizing Problem Behavior during Early Adolescence. Journal of Youth and Adolescence 2005; 34 (6): 577–588.
- Blatný M, Polišínská VA, Balaščíková V, Hrdlička M. Problematika rizikového chování vývoje dětí a dospívajících: hlavní témata a implikace pro další výzkum. Československá psychologie 2005; 49 (6): 524–539.
- Jelínek M, Květon P, Vobořil D, Blatný M, Hrdlička M. Vrstevnická konformita jako faktor rizikového chování mladistvých: struktura, zdroje, dopady. Československá psychologie 2006; 50 (5): 393–404.
- Podaná Z, Buriánek J. Česká mládež v perspektivě delikvence: Výsledky mezinárodního výzkumu ISRD-2. Praha: Univerzita Karlova; 2007: 24.
- Sobotková V, Blatný M, Jelínek M, Hrdlička M, Urbánek T. Typologie antisociálního chování v rané adolescenci a jeho vztah k dalším formám rizikového chování. Československá psychologie 2009; 53 (5): 428–440.
- Blatný M, Hrdlička M, Ruchkin V, Vermeiren R, Schwab-Stone M. Anti-social Involvement, Use of Substances, and Sexual Behaviors among Urban Youth in the Czech Republic. Studia Psychologica 2006; 48 (2): 107–123.
- Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines 1997; 38 (5): 581–586.
- Goodman R. The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden. Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines 1999; 40 (5): 791–799.
- Foltová L, Kukla L, Smékal L. Stres matky během těhotenství jako antecedent behaviorálních potíží v dětství. Psychológia a patopsychológia dieťaťa 2010; 45 (2): 99–112.
- Širůček J, Širůčková M, Macek P. Sociální opora rodičů a vrstevníků a její význam pro rozvoj problémového chování v adolescenci. Československá psychologie 2007; 51 (5): 476–488.
- Fisher L, Feldman SS. Familial Antecedents of Young Adult Health Risk Behavior: A Longitudinal Study. Journal of Family Psychology 1998; 12 (1): 66–80.
- Foltová L. Posouzení životní situace adolescentů s psychickými poruchami. Sociální práce / Sociálna práca 2010; 10 (4): 101–110.
- Krčh FD, Csémy L, Drábková H. Psychosociální souvislosti užívání marihuany u dětí staršího školního věku. Česká a slovenská psychiatrie 2004; 100 (6): 348–355.
- Čermák I, Klimusová H, Vízdalová H. Deprese v dětství a její vztah k problémům chování. Československá psychologie 2005; 49 (3): 223–236.
- Prokopčáková A. Adjustment Problems in Adolescents and Drugs. Studia Psychologica 1997; 39 (3): 221–224.
- Dies K. Adolescent Development and a Model of Group Psychotherapy: Effective Leadership in the New Millennium. Journal of Child and Adolescent Group Therapy 2000; 10 (2): 97–111.