

## *Empirická studie*

PELCÁK, S., HOFERKOVÁ, S., BĚLÍK, V. 2015. Smysl pro soudržnost a adherence ke zdravému životnímu stylu u adolescentů. *Lifelong Learning – celoživotní vzdělávání*, roč. 5, č. 2, s. 98–108. ISSN 1804-526X.

DOI: <http://dx.doi.org/10.11118/life1e2015050298>.

Příspěvek redakce obdržela: 30. 3. 2015.

Upravený příspěvek po recenzním řízení přijat k publikování: 18. 6. 2015.

# SMYSL PRO SOUDRŽNOST A ADHERENCE KE ZDRAVÉMU ŽIVOTNÍMU STYLU U ADOLESCENTŮ

Stanislav Pelcák, Stanislava Hoferková, Václav Bělík

**Abstrakt:** Článek seznamuje se syndromem rizikového chování v adolescenci. WHO stanovila adolescenty jako samostatnou rizikovou populační skupinu, hovoří se o tzv. nové morbiditě mládeže, která je v současnosti hlavní příčinou mortality v tomto vývojovém období. Závažnost projevů rizikového chování je v rámci multikauzální etiopatogeneze také ovlivněna salutoprotektivními faktory životního stylu. Vysoké hodnoty smyslu pro soudržnost potvrzují pohyb jedince směrem k aktivnímu zdraví.

**Klíčová slova:** adolescence, krize identity, rizikové chování v dospívání, salutoprotektivní faktory životního stylu

## SENSE OF COHERENCE AND ADHERENCE TO HEALTHY LIFESTYLE AMONGST ADOLESCENTS

**Abstract:** The article describes the risk behaviour syndrome in adolescence. WHO established adolescents as individual at-risk population group, we speak about so-called new morbidity of adolescents which is currently the main cause of mortality in this development period. Seriousness of risk behaviour manifestation is within the multi-causal aethiopathogenesis also influenced by salutoprotective factors of lifestyle. High level of sense of coherence prove individual's progress towards active health.

**Key words:** adolescence, identity crisis, risk behaviour in adolescence, salutoprotective factors of lifestyle

Dospívání představuje životní etapu, která má svoje typické znaky v rámci životního cyklu a svůj objektivní i subjektivní význam. Přesné vymezení této specifické vývojové fáze není jednoznačné. Vágnerová (2012) za adolescenci považuje celé období mezi dětstvím a dospíváním. Macek (2003) rozděluje toto období do tří vzájemně provázaných fází:

1. časná adolescence (10–13),
2. střední adolescence (14–16 let),
3. pozdní adolescence (17–20).

V adolescenci je jedinec konfrontován s řadou vývojových úkolů, se kterými se musí vypořádat. Macek (2003, s. 17) je charakterizuje následovně:

- přijetí vlastního těla, fyzických změn, včetně pohlavní zralosti a pohlavní role;
- kognitivní komplexita, flexibilita a abstraktní myšlení – schopnost využít intelektový potenciál v každodenní činnosti;
- uplatnění emocionálního a kognitivního potenciálu ve vrstevnických vztazích; změna vztahů k dospělým, rodičům a dalším autoritám;
- získání představy o ekonomické nezávislosti a směřování k určitým jistotám, které s ní souvisejí (volba povolání, získání profesní kvalifikace, ujasnění představ o budoucí profesi);
- získání zkušeností v erotickém vztahu, příprava pro partnerský a rodinný život;
- rozvoj intelektu, emocionality a interpersonálních dovedností zaměřených ke komunitě a společnosti – získání kompetence pro sociálně zodpovědné chování;
- představa o budoucích prioritách v dospělosti (důležité osobní cíle a styly života);
- ujasnění hierarchie hodnot, reflexe a stabilizace vlastního vztahu ke světu a životu.

Složitost tohoto období pregnantně vystihují Smékal a Macek (2002, s. 113): „...V adolescenci jako by se člověk podruhé narodil a chce žít jinak. Osciluje mezi protiklady (nadšení proti světobolu, citlivost proti cynismu, přátelství proti samotě atd.), je plný emocí, ideálů a tužeb. Uvědomuje si protikladné tendence ve svém nitru, nezodpovědné a impulzivní ‚divošské‘ období bojuje s ‚civilizací‘ – tedy světem norem, stereotypů, zodpovědností a závazků.“ Základní vývojový úkol, který je tradičně spojován s obdobím adolescence, je dosažení identity. Jde o potvrzení vlastní existence před sebou samým

i ve společnosti, ve které jedinec žije. Macek (2006, s. 73) charakterizuje jednotlivé aspekty identity následovně:

- vědomí unikátnosti, jedinečnosti, odlišnosti od druhých;
- pocit sounáležitosti, pocit, že někam patřím;
- konzistence a kontinuita vlastní zkušenosti;
- potřeba explorační, zážitek autorství vlastního života, přijetí závazku a odpovědnosti za vlastní jednání;
- zážitek autentičnosti a pravdivosti;
- zážitek integrity.

Identita není v adolescenci definitivně utvořenou strukturou, naopak, je spojena s trvalým procesem sebereflexe. „Pokud v tomto období neproběhne úspěšné redefinování a nové sebevymezení, dostává se jedinec do stavu difúzní identity, tedy stavu ‚rozptýlenosti‘ či zmatku, který znemožňuje sebe sama ocenit a přijmout jako určitou konstantu či pevný bod reflexe vlastního života. To se ve svých důsledcích často projeví až v následném stadiu – mladší dospělosti, kdy je vývojovým úkolem vytvoření intimity“ (Smékal, Macek, 2002, s. 117). Způsoby dosažení identity, autonomie a dospělé zodpovědnosti jsou velmi individuální.

## 1 Syndrom rizikového chování v adolescenci

Adolescentní moratorium ve spojení s explorační znamená především výzvu, příležitost, ale také určité sociální zdravotní riziko. Jednání adolescentů, ať zdravé, nebo rizikové, slouží k tomu, aby dosáhli osobně a sociálně smysluplných cílů. Za kritické období pro rozvoj rizikového chování řada autorů považuje časnou adolescenci (Sobotková et al., 2009; Blatný et al., 2006a, 2006b; Jelínek et al., 2006; Reitz, Dekovič, Meijer, 2005; Blatný et al., 2005). Termín **rizikovost** obecně vystihuje náchylnost či větší ohrožení psychosociálního vývoje jedince oproti běžné populaci (Smik, 2001). Rizikové chování je podle Hamanové a Hellerové (2000a, 2000b) chování, které může přímo nebo nepřímo ohrozit prospěch, zdraví i další život mladých lidí. Macek (2003) s rizikovým a problémovým chováním spojuje predeliktivní chování a páchaní trestných činů, agrese, násilí, šikanu a týrání. Řada autorů spojuje rizikové chování také s chováním za volantem nebo s adrenalinovými sporty. Je pravděpodobné, že adolescent chovající se rizikově v jedné oblasti bude takové chování rozšiřovat na více oblastí. Nutno zdůraznit, že riskantní jednání adolescentovi současně může přinášet určité sebezpevnění, satisfakci v jeho aktuální situaci (Foltová, 2012). Uvádí se, že až polovina

adolescentů, resp. dokonce až 60 % jedinců, se během dospívání zapojí alespoň do jedné z forem rizikového chování (Hamanová, Kabíček, 2001). Velmi často je rizikové chování vzhledem k osobnostnímu vývoji jedince účelové, a vlastně v tomto smyslu funkční (Kabíček, 2006).

Bonino, Cattelino a Ciairano (2005) vysvětlují možné mechanismy chování a jednání, které umožňují překlenout toto specifické vývojové období (chovat se jako dospělý, identifikace a diferenciacie, sebepotvrzení a experimentování, překračování limitů, vyhledávání nových zážitků, vnímání vlastní kontroly, zvládání a únik, komunikace s vrstevníky, sdílení jednání a emocí, sdílený rituál, napodobování, zkoumání reakcí a limitů, diferenciacie a opozice). Nutno zdůraznit, že většina dospívajících nemá závažnější potíže, přechod od adolescence do dospělosti zpravidla proběhne bez ohrožení zdraví nebo duševní pohody. Experimentování s riziky je tedy v tomto období typické, většinou přechodné a nepřekračuje míru, která z něho činí chování problémové. Nelze však opomenout možná zdravotní rizika a důsledky. V ekonomicky vyspělých zemích v posledním desetiletí stále více adolescentů přijímá rizikový způsob života, který ohrožuje zdraví nejen v období dospívání, ale může mít následky v dalším životě. Hovoří se o tzv. **nové morbiditě mládeže**, která je aktuálně hlavní příčinou mortality v tomto vývojovém období. V této souvislosti WHO stanovila adolescenty jako samostatnou rizikovou populační skupinu a zdraví dorostu je definováno kromě jiného také nepřítomností rizikového – problémového chování. Hovoří se o **syndromu rizikového chování v dospívání** (SRCH-D), který je specifický právě pro toto vývojové období. Rozlišují se tři hlavní oblasti rizikového chování:

1. Abúzus návykových látek – nikotin, alkohol, kanabinoidy, ilegální drogy.
2. Negativní jevy v oblasti psychosociální – poruchy chování a projevy sociální maladaptace (krutost ke slabším, ničení majetku, krádeže, lhaní, školní selhávání, záškoláctví, útěky, agrese, autoagrese a suicidiální chování, delikvence a kriminalita, charakteristická je častá psychiatrická komorbidita).
3. Poruchy reprodukčního zdraví – předčasný pohlavní život a s ním ve zvýšené míře spojené střídání partnerů a pohlavně přenosné infekce, časná a nechtěná těhotenství.

Jevy uvedených oblastí se u většiny dospívajících vzájemně kombinují, ovlivňují vzájemně svůj vznik a mají do značné míry společné rizikové i protektivní faktory. Pojem SRCH-D v tomto kontextu nahrazuje dříve používaný termín sociálně patologické jevy. Shodně s Miovským a Bartíkem (2010) jej považujeme za stigmatizující, normativně laděný a kladoucí příliš velký

důraz na skupinovou/společenskou normu. V současnosti existují dva směry uvažování o rizikovém chování v adolescenci:

1. určitá normativní součást vývojového období, která v dalším stadiu z velké části vymizí;
2. dlouhodobé následky těchto forem chování, které není možno přehlížet, a není proto žádoucí takové počínání adolescentů jen zpovzdálí sledovat (Foltová, 2012).

Bez ohledu na rozdílnost přístupů k tomuto závažnému biopsychosociálnímu problému se autoři shodují na nezbytnosti výzkumu salutoprotektivních faktorů životního stylu, které snižují závažnost rizikového chování v adolescenci. Překvapivě, v rozporu s poznatky psychologie zdraví, je definují pouze na obecné rovině. Pilotní studie tedy reaguje na absenci těchto poznatků.

## **2 Screening rizikových a protektivních faktorů životního stylu u studentů středních škol**

Pro posouzení rizikových a protektivních faktorů životního stylu u adolescentů byly použity standardizované metody SCL-90, SOC-29 a Stress Profile. Výběr metod vycházel z teoretického konstruktů resilience. Výběrový soubor tvořilo 150 respondentů – studentů středních škol v Pardubicích (průměrný věk 17,5 roku  $\pm 0,87$ ). Pro měření subjektivně vnímaného distresu byla použita sebesposuzovací škála Symptom Checklist 90. SCL-90 je multidimenzionální, pětibodová škála Likertova typu (v rozpětí od 0 – vůbec ne po 4 – velmi silně). Měří aktuální psychický stav posuzováním intenzity subjektivních psychopatologických symptomů, které jsou sdruženy do devíti dimenzí: I. somatizace (SOM, 12 položek); II. obsese-kompulze (OC, 10 položek); III. interpersonální senzitivita (INT, 9 položek); IV. deprese (DEP, 13 položek); V. anxieta (ANX, 10 položek); VI. hostilita (HOS, 6 položek); VII. fobie (PHOB, 7 položek); VIII. paranoidní ideace (PAR, 6 položek); IX. psychoticismus (PSY, 10 položek). SCL-90 dále obsahuje sedm tzv. nezařazených položek, které se týkají poruch spánku a chuti k jídlu. Z SCL-90 získáme deset dimenzionálních skóre a souhrnný index GSI, který vyjadřuje celkovou míru distresu za určité časové referenční období. Koeficient vnitřní konzistence Cronbachovo  $\alpha = 0,98$ .

Pro posouzení psychické odolnosti byl použit Dotazník nezdolnosti SOC-29 (The Orientation to Life Questionnaire). Konstrukce dotazníku vychází z Guttmanovy teorie, normy pro českou populaci stanovil Pelcák (2013). Škála se skládá z 29 položek a měří celkovou koherenci (soudržnost) životní

orientace jedince a její tři dimenze: *comprehensibility* (11 položek), *manageability* (10 položek), *meaningfulness* (8 položek). Třináct z celkového počtu položek je formulováno negativně. Respondenti si mohou vybrat odpověď na sedmibodové škále se dvěma zakotvujícími frázemi. Metoda SOC-29 efektivně predikuje proaktivní zvládnání akutního a chronicky působícího stresu, selhávání a zdravotní problémy při expozici stresu (Pelcák, 2008). Koefficient vnitřní konzistence Cronbachovo  $\alpha = 0,88$ .

Stress Profile poskytuje informace o zvycích, specifickém životním stylu a chování, jež mohou ovlivňovat proces zdraví a nemoci, včetně subjektivní pohody jedince. Sebeuposuzovací dotazník se skládá ze 123 položek, které mapují oblasti týkající se stresu, životního stylu jedince a možného zdravotního rizika: I. stres obsahuje šest kategorií stresorů (oblast zdraví, práce, finanční situace, rodina, společenské vlivy, životní prostředí); II. zdravotní návyky a aktivity přispívají k fyzické i psychické pohodě (cvičení, režim odpočinek a spánku, jídlo/výživa, prevence); III. spokojenost se sociální podporou; IV. chování typu A; V. kognitivní nezdolnost; VI. strategie vyrovnávání se se zátěží (pozitivní pohled, negativní pohled, minimalizace hrozeb a zaměřenost na problém); VII. psychická pohoda za poslední tři měsíce. Dle autorů českého překladu může být každá škála interpretována jako poměrně nezávislý faktor, který ovlivňuje vztah stres–nemoc.

Zjištěné statisticky signifikantní vztahy na hladině  $p < 0,05$  a  $p < 0,01$  mezi celkovým skóre SOC, dimenzemi SOC a položkami Stress Profile potvrzují moderující roli psychické odolnosti (smyslu pro soudržnost) při expozici stresu ( $r = -0,34$ ) a adherenci ke zdravému životnímu stylu jedince. Vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost souvisejí s dodržováním zdraví podporujících návyků ( $r = 0,22$ ), pravidelnou pohybovou aktivitou podporující kardiovaskulární systém ( $r = 0,19$ ), preventivním chováním ( $r = 0,19$ ). Vyšší hodnoty SOC také kladně korelují s kognitivním stylem ( $r = 0,70$ ). Hodnocení situačních vlivů jako smysluplných výzev souvisí se zvládacími strategiemi: pozitivní pohled ( $r = 0,21$ ), negativní pohled ( $r = -0,42$ ), minimalizace hrozeb ( $r = 0,44$ ). Vyšší hodnoty SOC souvisejí s vyšší mírou subjektivně prožívané pohody ( $r = 0,44$ ). Vysoké hodnoty SOC vyjadřují pomyslný pohyb jedince směrem k aktivnímu zdraví (Pelcák, 2008, 2013).

Nespecifický vliv SOC na celkové zdraví popisují Nelson a Simmons (2003). Za vhodný ukazatel zdraví považují SOC Cederbald a Hansson (1996), kteří zjišťují signifikantní vztahy mezi SOC a dalšími faktory ovlivňujícími celkové zdraví: sociální opora, psychické zdraví, dostatečný spánek, fyzické cvičení. V dánské studii Due a Holstein (1998) uvádějí zápornou korelaci mezi vysokou nezdolností a nízkou subjektivní kvalitou života a vysokou prevalencí symptomů u všech věkových skupin populace. Pozitivní korelaci mezi SOC

Tabulka 1

Korelační analýza mezi smyslem pro soudržnost a faktory životního stylu

	SOC	C	MA	ME
SOC	–			
C ( <i>comprehensibility</i> )	0,77	–		
MA ( <i>canageability</i> )	0,88	0,52	–	
ME ( <i>meaningfulness</i> )	0,81	0,39	0,63	–
Stres	–0,44**	–0,34**	–0,39**	–0,35**
Zdraví	0,29**	0,24*	0,22*	0,26**
Cvičení	0,19*	0,11	0,16	0,16
Odpočinek/spánek	0,14	0,19*	0,11	0,07
Jídlo/výživa	0,16	0,06	0,19*	0,14
Prevence	0,19*	0,18	0,08	0,21*
ARC	0,05	0,02	–0,05	0,17
Sociální opora okolí	0,13	0,04	0,19*	0,11
Typ chování A	–0,12	–0,13	–0,11	–0,07
Kognitivní nezdolnost	0,70**	0,46**	0,65**	0,62**
Pozitivní pohled	0,21*	0,10	0,24*	0,29**
Negativní pohled	–0,42**	–0,42**	–0,34**	–0,27**
Minimalizace hrozeb	0,24*	0,25**	0,21*	0,14
Řešení problému	–0,04	–0,12	–0,06	0,08
Pohoda	0,61**	0,44**	0,52**	0,55**

Pozn.: Korelace průkazné na hladině \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

a subjektivně prožívaným zdravím zmiňuje Post-White (1994). Takayama et al. (1999) píší o kladné korelaci mezi SOC a psychickým zdravím, popisují nárazníkový efekt SOC ve vztahu k náročným životním situacím. Antonovsky (1993) charakterizuje signifikantní vztahy mezi SOC a kvalitou života ( $r = 0,76$ ) a soc a psychickým zdravím ( $r = 0,71$ ). Dahlin et al. (1992) u souboru 148 jedinců s vysoce rizikovým dětstvím uvádějí silnou korelaci mezi SOC a subjektivním zdravím. Naopak nízká hodnota SOC podle Höge a Büssinga (2004) predikuje stres. Vztah mezi smyslem pro soudržnost a subjektivně vnímaným distresem u adolescentů ilustruje tabulka 2.

Statisticky signifikantní záporné korelace mezi celkovou SOC, dimenzemi SOC a všemi položkami škály SCL-90 potvrzují moderující vztah mezi nezdolností a intenzitou výskytu subjektivních psychopatologických sympto-

Tabulka 2

*Korelační analýza mezi smyslem pro soudržnost a položkami multidimenzionální symptomatologické škály SCL-90*

	SOC	C	MA	ME
SOC	–			
C	0,77	–		
MA	0,88	0,52	–	
ME	0,81	0,40	0,63	–
Somatizace	–0,42**	–0,36**	–0,42**	–0,28**
Obsese-kompulze	–0,53**	–0,51**	–0,49**	–0,31**
Interpersonální senzitivita	–0,65**	–0,56**	–0,65**	–0,39**
Deprese	–0,68**	–0,55**	–0,68**	–0,46**
Anxiozita	–0,54**	–0,45**	–0,54**	–0,34**
Hostilita	–0,52**	–0,44**	–0,49**	–0,34**
Fóbie	–0,47**	–0,49**	–0,46**	–0,21**
Paranoidní ideace	–0,63**	–0,53**	–0,61**	–0,41**
Psychoticismus	–0,51**	–0,48**	–0,49**	–0,31**
Nezařazené	–0,51**	–0,42**	–0,47**	–0,36**
GSI – index celkové závažnosti	–0,66**	–0,58**	–0,65**	–0,42**

Pozn.: Korelace průkazné na hladině \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

mů. Statisticky významné vztahy mezi SOC a psychosomatickými obtížemi u souboru 3 998 adolescentů uvádějí také Simonsson et al. (2008). Podle Feldta (1997) vysoké hodnoty SOC souvisejí s nižší intenzitou psychosomatických symptomů a emocionálního vyčerpání při expozici stresu. Obdobně Schumacher (2000) dokládá, že vysoké hodnoty SOC souvisejí s nižším výskytem somatoformních symptomů a drobných zdravotních problémů v každodenním životě.

## Závěr

Teoretický konstrukt nezdolnosti typu SOC představuje bipolárně koncipovanou osobnostní charakteristiku. Jedinci s vysokou úrovní nezdolnosti se liší v kognitivním zpracování stresu, v hodnocení svých možností vyrovnat se s požadavky, které na ně klade náhlá změna situace aj. Úroveň nezdolnosti ovlivňuje volbu strategií zvládání, psychické procesy včetně vegetativní a endokrinní odpovědi organismu. Z hlediska posouzení individuální dispozice ke zvládání psychické zátěže a stresu v adolescenci je důležité umístění



jedince na pomyslném kontinuu vulnerabilita–nezdolnost, které vyjadřuje celkové skóre smyslu pro soudržnost SOC. Pochopení moderující role smyslu pro soudržnost v etiologii SRCH-D přispívá k nezbytnému posunu v uvažování od „redukcionismu sociální patologie“ k salutogenetickému pohledu na prevenci, jež akcentuje multikauzální etiologii sledovaného jevu a význam vnitřních a vnějších zdrojů adolescenta při překonávání tranzitorní vývojové krize. Tento posun je důležitý z hlediska snížení rizika stigmatizace dospívajících v důsledku uvedených behaviorálních projevů, umožňuje tak přesnější indikaci interdisciplinární, idiograficky orientované psychosociální intervence a posílení pozitivního vývoje v kontextu životního příběhu adolescenta, specifik konkrétního rodinného systému, školní instituce i vrstevnických skupin.

## Literatura

- ANTONOVSKY, A. 1993. The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*, vol. 36, no. 6, pp. 725–733. ISSN 0277-9536.  
DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-z](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-z)
- BLATNÝ, M., ET AL. 2005. Problematika rizikového chování vývoje dětí a dospívajících: hlavní témata a implikace pro další výzkum. *Československá psychologie*, roč. 49, č. 6, s. 524–539. ISSN 0009-062X.
- BLATNÝ, M., ET AL. 2006a. Antisocial Involvement, Use of Substances, and Sexual Behaviors Among Urban Youth in The Czech Republic. *Studia Psychologica*, vol. 48, no. 2, pp. 107–123. ISSN 0039-3320. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/2158244013500678>
- BLATNÝ, M., ET AL. 2006b. Prevalence antisociálního chování českých adolescentů z městských oblastí. *Československá psychologie*, roč. 50, č. 4, s. 297–310. ISSN 0009-062X.
- BONINO, S., CATTELINO, E., CIAIRANO, S. 2005. *Adolescents and Risk: Behavior, Functions, and Protective Factors*. Milano: Springer. 371 p. ISBN 978-88-470-0290-6.
- CEDERBALD, M., HANSSON, K. 1996. Sense of Coherence—A Concept Influencing Health and Quality of Life in a Swedish Psychiatric At-Risk Group. *Israel Journal of Medical Sciences*, vol. 32, no. 3–4, pp. 194–199. ISSN 0021-2180.
- DAHLLIN, L., ET AL. 1992. Childhood Vulnerability and Adult Invincibility. *ACTA Psychiatrica Scandinavica*, vol. 82, no. 3, pp. 228–232. ISSN :1600-0447.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1990.tb03058.x>
- DUE, E. P., HOLSTEIN, B. 1998. Sense of Coherence, Social Class and Health in a Danish Population Study. *Ugeskrift for Laeger*, vol. 160, no. 51, pp. 7424–7429. ISSN 1603-6824.
- FELDT, T. 1997. The Role of Sense of Coherence in Well-being at Work: Analysis of Main and Moderator Effects. *Work Stress*, vol. 11, no. 2, p. 134–147. ISSN 1464-5335.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02678379708256830>
- FOLTOVÁ, L. 2012. Souvislost psychických potíží a rizikového chování adolescentů. *Česká a slovenská psychiatrie*, roč. 108, č. 2, s. 72–79. ISSN 1212-0383.

- HAMANOVÁ, J., HELLEROVÁ, P. 2000a. Syndrom rizikového chování v dospívání (1. část). *Československá pediatrie*, roč. 55, č. 6, s. 380–387. ISSN 0069-2328.
- HAMANOVÁ, J., HELLEROVÁ, P. 2000b. Syndrom rizikového chování v dospívání (2. část). *Československá pediatrie*, roč. 55, č. 7, s. 466–473. ISSN 0069-2328.
- HAMANOVÁ, J., KABÍČEK, R. 2001. Syndrom rizikového chování v dospívání. *Zdravotnické noviny*, příl. *Lékařské listy*, roč. 50, č. 4, s. 38–40. ISSN 1214-7664.
- HÖGE, T., BÜSSING, A. 2004. The Impact of Sense of Coherence and Negative Affectivity of the Work Stressor-strain Relationship. *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 9, no. 3, pp. 195–205. ISBN 978-1-4338-0776-3.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.9.3.195>
- JELÍNEK, M., ET AL. 2006. Vrstevnická konformita jako faktor rizikového chování mladistvých: struktura, zdroje, dopady. *Československá psychologie*, roč. 50, č. 5, s. 393–404. ISSN 0009-062X.
- KABÍČEK, P. 2006. Nová morbidita mládeže. *Sanquis*, č. 48. ISSN 1212-6535.
- MAČEK, P. 2003. *Adolescence*. Praha: Portál. 144 s. ISBN 80-7178-747-7.
- MAČEK, P. 2006. Psychologický výzkum identity: vyčerpané nebo nevyčerpatelné téma? In BLATNÝ, M. (Ed.). *Metodologie psychologického výzkumu: konsilience v rozmanitosti*. Praha: Academia, s. 72–84. ISBN 80-200-1450-0.
- MÍOVSKÝ, M., BARTÍK, P. 2010. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN. 253 s. ISBN 978-808-7258-477.
- NELSON, D. L., SIMMONS, B. L. 2003. Health Psychology and Work Stress: A More Positive Approach. In QUICK, J. C., TETRICK, L. E. (Eds.). *Handbook of Occupational Health Psychology*. Washington: American Psychological Association, pp. 97–119. ISBN 978-1-4338-0776-3.
- PELČÁK, S. 2008. Psychologická pomoc u pomáhajících profesí: prediktory psychologické morbidity u zdravotníků. In JANEBOVÁ, R., KAPPL, M., SMUTEK, M. (Eds.). *Sociální práce mezi pomocí a kontrolou: sborník z konference IV. Hradecké dny sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, s. 344–350. ISBN 978-80-7041-118-6.
- PELČÁK, S. 2013. *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. Hradec Králové: Gaudeamus. 207 s. ISBN 978-80-7435-342-0.
- POST-WHITE, J. 1994. The Role of Sense of Coherence in Mediating the Effects of Mental Imagery on Immune Function, Cancer Outcome, and Quality of Life. In MCCUBBIN, H. I. (Ed.). *Sense of Coherence and Resiliency: Stress, Coping and Health*. Madison: University of Wisconsin System, pp. 279–291. ISBN 978-0963933409.
- REITZ, E., DEKOVÍČ, M., MEIJER, A. M. 2005. The Structure and Stability of Externalizing and Internalizing Problem Behavior During Early Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 34, no. 6, pp. 577–588. ISSN 0047-2891.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-005-8947-z>
- SCHUMACHER, J. 2000. Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. *Psychotherapy, Psychosomatik, Midizinische Psychologie*, vol. 50, no. 12, pp. 472–482. ISSN 0937-2032.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-2000-9207>

- SIMONSSON, B., ET AL. 2008. Psychosomatic Complaints and Sense of Coherence among Adolescents in a County in Sweden: A Cross-Sectional School Survey. *Biopsychosocial Medicine*, vol. 2, no. 4. ISSN 1751-0759. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1751-0759-2-4>
- SMÉKAL, V., MACEK, P. 2002. *Utváření a vývoj osobnosti: psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister and Principal. 264 s. ISBN 80-85947-83-8.
- SMÍK, J. 2001. Dospívání a rizika dospívání. In LABÁTH, V. (Ed.). *Riziková mládež: možnosti potenciálních změn*. Praha: Sociologické nakladatelství, s. 14–22. ISBN 80-85850-66-4.
- SOBOTKOVÁ, I., ET AL. 2009. Typologie antisociálního chování v rané adolescenci a jeho vztah k dalším formám rizikového chování. *Československá psychologie*, roč. 53, č. 5, s. 428–440. ISSN 0009-062X.
- TAKAYAMA, T., ET AL. 1999. Sense of Coherence, Stressful Life Events and Psychological Health. *Nippon kshū eisei zasshi / Japanese Journal of Public Health*, vol. 46, no. 11, pp. 965–976. ISSN 0546-1766.
- VÁGNEROVÁ, M. 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Karolinum. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

## Autoři

PhDr. Stanislav Pelcák, Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, Katedra sociální patologie a sociologie, Rokitanského 62, 500 03 Hradec Králové, e-mail: [stanislav.pelcak@uhk.cz](mailto:stanislav.pelcak@uhk.cz)

Mgr. Stanislava Hoferková, Ph.D., Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, Katedra sociální patologie a sociologie, Rokitanského 62, 500 03 Hradec Králové, e-mail: [stanislava.hoferkova@uhk.cz](mailto:stanislava.hoferkova@uhk.cz)

PhDr. Václav Bělík, Ph.D., Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, Katedra sociální patologie a sociologie, Rokitanského 62, 500 03 Hradec Králové, e-mail: [vaclav.belik@uhk.cz](mailto:vaclav.belik@uhk.cz)