

# DUÁLNY MODEL DUŠEVNÉHO ZDRAVIA A SOCIÁLNA OPORA U ŽIAKOV STREDNÝCH ŠKÔL

## DUAL-FACTOR MODEL AND SOCIAL SUPPORT IN HIGH SCHOOL STUDENTS

Mgr. Gabriela Šeboková, PhD.

Katedra psychologických vied, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita  
Konštantína Filozofa v Nitre

**Abstract:** Dual-Factor Model defines mental health as comprised of both indicators of psychopathology and positive mental health. When the indicators are combined, four quadrants emerge: positive mental health (low on psychopathology, high on well-being), Symptomatic but Content (high on psychopathology, high on psychopathology), Troubled (high on psychopathology, low on well-being). Dual model of mental health, in contrast to traditional model, provides more complete understanding of the youth functioning. The aim of the study was to replicate dual model of mental health in the sample of Slovak high school students and analyse differences in perceived social support from family, teachers, classmates and friends. Research sample consisted of 127 high school students, 49 boys (38, 6%) and 78 girls (61, 4%) with mean age 15, 14. The Child and the Adolescent Social Support Scale, Epoch questionnaire to assess well-being of adolescents and The Strength and Difficulties questionnaire to measure youth's psychopathology from the point of view of teachers, were utilized. Results demonstrated the existence of the four mental health status groups of high school students that differentiated in the level of perceived social support. The effect size of group differences was medium or high in magnitude, suggesting clinical importance of the differences. These results highlight the importance of focusing on both students high in psychopathology symptoms and low in positive indicators of well-being to enhance optimal functioning of high school students.

**Key words:** Dual-Factor Model of Mental Health, high school students, social support

**Abstrakt:** Duálny model duševného zdravia na základe kombinácie indikátorov psychopatológie a pozitívnych indikátorov well-beingu popisuje duševné zdravie dospievajúcich prostredníctvom štyroch kvadrantov: úplné duševné zdravie (vysoký well-being, nízka psychopatológia), vulnerabilní (nízka psychopatológia, nízky well-being), symptomatickí ale spokojní (vysoká psychopatológia, vysoký well-being) a rizikovní (vysoká psychopatológia, nízky well-being). Duálny model v porovnaní s klasickými prístupmi poskytuje komplexnejší pohľad na psychologické fungovanie adolescentov. Cieľom príspevku je replikovať duálny model duševného zdravia na vzorke slovenských žiakov stredných škôl a analyzovať rozdiely v percipovanej sociálnej opore od rodičov, učiteľov, spolužiakov a kamarátov. Výskumu sa zúčastnilo 127 žiakov stredných škôl, 49 chlapcov (38,6%) a 78 dievčat (61,4%) s priemerným vekom 15,14 roka. Použitý bol Dotazník sociálnej opory pre deti a dospievajúcich, na meranie well-beingu dotazník EPOCH a na zachytenie psychopatológie dotazník Predností a nedostatkov, ktorý vyplňali učitelia. Výsledky potvrdili existenciu štyroch skupín žiakov s rôznym statusom mentálneho zdravia, ktoré diferencovali v miere percipovanej sociálnej podpory. Zistené rozdiely boli vo všetkých prípadoch aj vecne významné, naznačujúce ich klinickú závažnosť. Naše výsledky ukázali, že na zabezpečenie optimálneho fungovania žiakov stredných škôl je nevyhnutné zamerať sa tak na žiakov s psychopatologickými symptómami, ako na žiakov s nízkym well-beingom.

**Kľúčové slová:** duálny model duševného zdravia, žiaci stredných škôl, sociálna opora

Grantová podpora: VEGA 1/0577/16

## Úvod

Pohľad na duševné zdravie sa v posledných desaťročiach významne mení. Tradične bolo na duševné zdravie nahliadané cez prítomnosť resp. neprítomnosť psychopatológie a duševné zdravie bolo definované ako neprítomnosť symptómov choroby (Keyes, 2005). S príchodom pozitívnej psychológie sa psychológovia začali zameriavať na pozitívne stránky ľudského fungovania a duševné zdravie definovali ako nielen neprítomnosť choroby, ale aj prítomnosť pozitívnych stránok ľudského života (tzv. indikátorov well-beingu). Napriek významnému nárastu záujmu o pozitívne indikátory well-beingu, vo výskumoch sa tradične nahliada na duševné zdravie ako jednu dimenziu, kontinuum, kde na jednej strane stojí prítomnosť psychopatológie a na druhej strane pocit šťastia alebo spokojnosti.

Na rozdiel od tradičného prístupu, duálny model duševného zdravia, prezentovaný v posledných rokoch (Antaramian, Huebner, Hills & Valois, 2010; Greenspoon & Saklofske, 2001; Suldo & Shaffer, 2008; Suldo, Thalji, & Ferron, 2011), vníma psychopatológiu a pozitívne indikátory well-beingu ako dva oddelené konštrukty. Kombináciou tradičných indikátorov (symptómov internalizujúcich a externalizujúcich problémov) a aktuálnejších pozitívnych indikátorov (well-being) popisuje duševné zdravie dospelých a dospievajúcich. Zameriavanie len na symptómy psychopatológie alebo naopak len na pozitívne indikátory well-beingu majú podľa autorov za následok opomenutie niektorých skupín jednotlivcov (tradične jednotlivci s nízkou psychopatológiou ale nízkym well-beingom a jednotlivci vykazujúci vysokú psychopatológiu napriek vysokému well-beingu). Na úplné pochopenie duševného zdravia u dospievajúcich je preto potrebné zahrnúť tak symptómy psychopatológie ako aj pozitívne indikátory well-beingu.

Cieľom predkladaného príspevku je preto kategorizovať žiakov stredných škôl do štyroch skupín na základe úrovni psychopatológie a well-beingu a porovnať ich v miere poskytovanej sociálnej opory od významných druhých v školskom aj rodinnom kontexte.

### Psychopatológia

Psychopatológia tradične rozlišuje dve kategórie problémovej adjustácie detí a adolescentov a to internalizujúce problémy, ktoré sú charakteristické vnútorným, subjektívnym negatívnym prežívaním a vznikajú v dôsledku nadmernej kontroly jednotlivcov (napr. úzkosť, depresia, psychosomatické problémy), a externalizujúce problémy, ktoré vznikajú v dôsledku nedostatočnej kontroly jednotlivcov a prejavujú sa problémovým správaním orientovaným navonok, voči druhým (napr. agresívne správanie, vzdor, hyperprotektivita) (Rubin & Coplan, 2004; Gajdošová, 1998; Steinberg, 2014). V predkladanej štúdii vychádzame z klasifikácie Goodmana (1997), ktorý v rámci tvorby Dotazníka predností a nedostatkov (SDQ), rozlišuje štyri oblasti problémovej adjustácie: emočné problémy, problémy s rovesníkmi (spoločne indikujú internalizujúce problémy) a problémové správanie a hyperaktivita (spoločne indikujú externalizujúce problémy), ktorých súčet vypovedá o celkovej úrovni problémov. Úroveň psychopatologických symptómov bola v predkladanej štúdii hodnotená učiteľmi. Zapojenie výpovede od učiteľov nám umožnilo objektívnejšie hodnotenie problémového správania žiakov a rovnako zistených súvislostí so sociálnou oporou, nakoľko sila vzťahov nebola nadhodnotená spoločnou varianciou použitých metodík (Restifo & Bögels, 2009)

### Well-being

Z pohľadu pozitívnej psychológie je well-being definovaný ako stav telesnej, duševnej a spoločenskej pohody, tzv. dobré fungovanie, ktorého prítomnosť je viac ako neprítomnosť negatívnych symptómov (Blatný, 2010). Aj napriek tomu, že v súčasnosti neexistuje jednotná uznávaná teória well-beingu, väčšina autorov definuje well-being ako multidimenzionálny konštrukt, ktorý pozostáva z viacerých indikátorov prosperujúcich k duševnej pohode (Seligman, 2014; Keyes, 2005; Kern, Benson, Steinberg, & Steinber, 2016). V predkladanej

štúdiu vychádzame z multidimenzionálneho modelu well-beingu Seligmana, konkrétne jeho adaptácie pre adolescentov od autorky Kernovej et al. (2016). Model EPOCH rozlišuje 5 indikátorov optimálneho fungovania adolescentov: zaujatie činnosťou (engagement), vytrvalosť (perseverance), optimizmus (optimism), zapojenie do sociálnych vzťahov (connectedness) a šťastie (happiness), ktorých výsledné skóre hovorí o miere well-beingu alebo prosperovania (flourishing) adolescentov. Prosperovanie je definované ako optimálne psychosociálne fungovanie vyplývajúce z optimálneho fungovania v jednotlivých psychosociálnych doménach života adolescentov.

#### Duálny model a sociálne fungovanie adolescentov

Na základe duálneho modelu duševného zdravia možno rozlíšiť štyri skupiny adolescentov (Greenspoon, & Saklofske, 2001). Prvá skupina, nazývaná ako adolescenti s pozitívnym alebo úplným duševným zdravím, vykazuje vysoké hodnoty well-beingu a nízku úroveň psychopatológie. Druhá skupina, so zvýšenou vulnerabilitou, vykazuje síce nízke hodnoty psychopatológie, ale aj nízke hodnoty well-beingu. Tretia skupina, symptomatická ale spokojná, vykazuje vysokú mieru psychopatológie a vysokú úroveň well-beingu. Napokon štvrtá, najrizikovejšia skupina, vykazuje vysoké hodnoty psychopatológie a nízku mieru well-beingu (Antaramian et al., 2010).

Výsledky viacerých výskumov poukazujú na významné rozdiely medzi identifikovanými štyrmi skupinami adolescentov v ukazovateľoch akademickej sociálnej a psychologickej adjustácie. Greenspoon a Saklofske (2001) zistili, že adolescenti v skupinách s nízkou psychopatológiou (skupiny 1 a 2), ktorí mali vysoký well-being, vykazovali vyššiu mieru sebahodnotenia, akademickej sebaúčinnosti, lokusu kontroly a interpersonálnych vzťahov, ako adolescenti s nízkym well-beingom. Podobne v skupinách s vysokou psychopatológiou (skupiny 3 a 4) dosahovali adolescenti s vyšším well-beingom vyššie skóre vo všetkých skúmaných pozitívnych ukazovateľoch adjustácie. Podobné výsledky zaznamenali Suldo a Shaffer (2008), kedy adolescenti s úplným mentálnym zdravím (skupina 1) dosahovali štatisticky významne vyššie hodnoty v akademickej (akademický self-koncept, motivácia, menej absencií) a sociálnej (lepšie rovesnícke a rodinné vzťahy) adjustácii v porovnaní s adolescentami s nízkou psychopatológiou a aj nízkym well-beingom (skupina 2). V oboch výskumoch sa potvrdila najnižšia úroveň pozitívnej adjustácie v rizikovej, štvrtej skupine respondentov s nízkou mierou well-beingu a vysokou úrovňou psychopatológie.

Na longitudinálne súvislosti medzi duálnym modelom duševného zdravia a adjustáciou adolescentov sa zamerali Lyons, Huebner a Hiils (2013). Autori zistili, že spomedzi štyroch skupín mali najlepší priemer známok a školskú angažovanosť (behaviorálnu, kognitívnu a emočnú) adolescenti s úplným zdravím (skupina 1). Ako špecificky problematická sa ukázala skupina adolescentov so zvýšenou vulnerabilitou (s nízkou psychopatológiou a nízkym well-beingom), ktorí dosahovali nižšiu mieru emočnej angažovanosti v škole a výraznejší pokles v priemere známok než skupina s úplným duševným zdravím.

Niekoľko výskumníkov sa zameralo aj špecificky na rozdiely v kvalite sociálnych vzťahov medzi štyrmi skupinami adolescentov. Antaramian et al. (2010) poukázali na významné rozdiely v percipovanej podpore k učeniu od rodičov a rovesníkov a v kvalite vzťahu medzi učiteľom a žiakom medzi skupinami s vysokým a nízkym well-beingom. Adolescenti s vysokým well-beingom, nezávisle od miery psychopatológie, percipovali vyššiu podporu aj kvalitu vzťahu s významnými druhými, než adolescenti s nízkym well-beingom. Skupina „zraniteľných“ respondentov (nízka psychopatológia, nízky well-being) sa pritom štatisticky významne nelíšila v kvalite sociálnych vzťahov od rizikovej, štvrtej skupiny. Podobne Thalji (2012) skúmala rozdiely medzi skupinami žiakov stredných škôl na základe duálneho modelu v kvalite sociálneho fungovania. Výsledky ukázali, že skupina s úplným duševným zdravím percipuje najuspokojivejšie sociálne vzťahy (s rodičmi, učiteľmi, rovesníkmi aj romantickými

partnermi) v porovnaní s ostatnými tromi skupinami. Adolescenti, ktorí mali vyššie hodnoty psychopatológie a rovnako vyššiu mieru well-beingu (symptomatickí ale spokojní) pritom vykazovali vyššiu podporu od rodičov, učiteľov a rovesníkov (a podobnú adolescentom s úplným zdravím) než adolescenti s vysokou psychopatológiou ale nízkym well-beingom (riziková skupina).

### **Predkladaná štúdia**

Duálny model duševného zdravia kombináciou indikátorov psychopatológie a well-beingu poskytuje komplexnejší pohľad na psychologické fungovanie adolescentov. Viaceré zahraničné výskumy podporili význam duálneho modelu a poukázali na významné rozdiely v akademickom, psychologickom a sociálnom fungovaní adolescentov vzhľadom na kombináciu úrovní psychopatológie a well-beingu. Cieľom predkladaného príspevku je replikovať duálny model duševného zdravia na vzorke slovenských žiakov stredných škôl a analyzovať jeho dôsledky na sociálne fungovanie adolescentov (percipovanú sociálnu oporu od rodičov, učiteľov, spolužiakov a kamarátov). Vzhľadom k tomu, že sociálne vzťahy, konkrétne vysoká percipovaná sociálna opora od významných druhých, je asociovaná s úspešnou akademickou a psychologickou adaptáciou v škole (Bean, Bush, McKenry, & Wilson 2009; Suldo & Huebner, 2006), je dôležité zistiť, ktoré zo skupín vytvorených na základe duálneho modelu dosahujú najvyššie a naopak najnižšie hodnoty sociálnej opory. Vychádzajúc z predchádzajúcich výskumov predpokladáme, že adolescenti s úplným duševným zdravím (skupina 1) budú dosahovať vyššiu percipovanú podporu než adolescenti so zvýšenou vulnabilitou (skupina 2); a adolescenti symptomatickí ale spokojní (skupina 3) budú vzhľadom na protektívnu funkciu well-beingu dosahovať vyššiu mieru podpory než rizikovní adolescenti (skupina 4).

### **Metódy**

#### **Vzorka**

Výskumný súbor tvorilo 127 žiakov stredných škôl, 49 chlapcov (38,6%) a 78 dievčat (61,4%). Išlo o žiakov prvých ročníkov gymnázií v Nitrianskom kraji s priemerným vekom 15,14 roka. Výskumu sa zúčastnili aj triedni učitelia týchto tried, ktorí hodnotili mieru psychopatológie žiakov. Zber dát prebiehal formou ceruzka-papier v októbri 2016 v rámci vyhradených hodín počas vyučovania. Dáta použité v predkladanom výskume sú súčasťou väčšieho realizovaného zberu dát v rámci projektu VEGA, ktorého sa zúčastnili žiaci základných, stredných škôl a vysokých škôl. Vzhľadom na obmedzený rozsah príspevku a cieľ homogenizovať výskumnú vzorku sme sa pre účely predkladaného výskumu rozhodli analyzovať len dáta žiakov prvých ročníkov stredných škôl.

#### **Metodiky**

*Dotazník SDQ* (Strengths and Difficulties Questionnaire, Goodman, 1997, preklad Kučírková 2014) – je určený na posúdenie psychického prispôsobenia detí a dospievajúcich v oblasti správania, emocionálneho prežívania a sociálnych vzťahov. Obsahuje 25 položiek rozdelených do 5 oblastí (emočné problémy, problémy so správaním, hyperaktivita a nepozornosť, problémy vo vzťahoch s vrstovníkmi a prosociálne správanie), hodnotených na 3-bodovej škále (0=rozhodne nie, 2=určite áno). Vo výskume bola použitá verzia pre učiteľov. Celkové skóre problémov sa získa sčítaním štyroch oblastí problémov (okrem prosociálneho správania). Pôvodní autori ako i autori svetových adaptácií potvrdili dobrú reliabilitu a validitu dotazníka.

V predkladanej štúdii dosiahol koeficient Cronbachovej alfy pre celkové skóre problémov hodnotu 0,64.

*EPOCH* (EPOCH measure of adolescent well being, Kern et al. (2016)). Dotazník pozostáva z 5 faktorov: Zaujatie činnosťou (Engagement), Vyrvalosť (Perseverance), Optimizmus (Optimism) zapojenie do sociálnych vzťahov (Connectedness) a Šťastie (Happiness). Celková miera prosperovania resp. well-beingu sa získa spočítaním skóre z piatich dimenzií. Dotazník obsahuje 20 výrokov, 4 pre každý faktor, ktoré respondent hodnotí na 5 bodovej škále Likertovho typu 1= skoro nikdy/ vôbec nie ako ja- 5= skôr vždy/úplne ako ja. Metodika bola s využitím postupov spätného prekladu preložená autorkou článku do slovenčiny. Pôvodná verzia metodiky vykazuje vysokú reliabilitu a validitu (Kern et al., 2016). V predkladanej štúdii dosiahol koeficient Cronbachovej alfy pre celkové skóre hodnotu  $\alpha = 0,89$ .

*Dotazník sociálnej opory pre deti a dospievajúcich* (CASS, Malecki, et al (2002), preklad a úprava Komárek, Ondřejová, & Mareš, (2002)). Dotazník zisťuje percipovanú sociálnu oporu detí a adolescentov od rodičov, učiteľov, kamarátov, spolužiakov a ľudí v škole). Pozostáva zo 60 položiek, ktoré respondent hodnotí v dvoch dimenziách: frekvencia výskytu podpory (6 bodová Likertova škála 1= nikdy, 6= vždy) a dôležitosť podpory pre jednotlivca (3 bodová škála Likertovho typu 1= nedôležité, 3= veľmi dôležité). V predkladanom výskume sme použili len dimenziu frekvencie výskytu podpory. Pôvodní autori potvrdili dobrú reliabilitu a validitu metodiky. V predkladanom výskume dosiahol koeficient Cronbachovej alfy pre jednotlivé škály hodnoty 0,85 – 0,91).

## Štatistická analýza

Na zaradenie respondentov do štyroch kategórií duševného zdravia podľa duálneho modelu boli použité celkové hrubé skóre problémov (SDQ) a well-beingu (EPOCH). Na určenie statusu mentálneho zdravia boli respondenti najprv klasifikovaní podľa úrovne symptómov psychopatológie. Na základe všeobecne odporúčaných kritérií klinickej významnosti symptómov psychopatológie v dotazníkoch (rovnako ako v hrubých odporúčaníach pre SDQ) bol zvolený 80. percentyl ako rozlišujúce skóre. Nakoľko nie sú v rámci dotazníka SDQ pre slovenskú populáciu vypracované normy, 80.percentyl bol určený na základe dosiahnutých hodnôt v predkladanej vzorke (t.j. hodnota 10 bodov). Do skupiny s vysokou úrovňou problémov boli zaradení respondenti s hodnotami HS > 10 a do skupiny s nízkou úrovňou problémov respondenti s hodnotami HS ≤ 10.

Podobne sme postupovali pri určení nízkych a priemerných až vysokých hodnôt well-beingu, nakoľko neexistujú vypracované normy pre dotazník EPOCH v slovenskej populácii, ako kritérium bol podľa všeobecných odporúčaní a v súlade s postupom autorov skúmajúcich duálny model (Greenspoon, & Saklofske, 2001) určený 20. percentyl dosiahnutého celkového skóre EPOCH v predkladanej vzorke (t.j. 60 bodov). Respondenti dosahujú skóre v dotazníku EPOCH > 60 boli zaradení do kategórie s priemerným až vysokým well-beingom a respondenti s dosiahnutými hodnotami ≤ 60 boli zaradení do kategórie s nízkym well-beingom.

Následne boli štyri skupiny porovnávané z hľadiska percipovanej sociálnej opory prostredníctvom analýzy rozptylu one-way ANOVA s využitím post hoc testu LSD. V rámci deskriptívnej analýzy boli vypočítané priemerné hodnoty, štandardné odchýlky, percentá a Pearsonova súčinná korelácia.

## Výsledky

Deskriptívne štatistiky a korelácie medzi skúmanými premennými sú uvedené v tabuľke 1. Všetky premenné spĺňali z hľadiska šikmosti a strmosti podmienky normálneho rozloženia (skewnes < 1,5, kurtosis < 2).

Tabuľka 1: Deskriptívna štatistika a interkorelácie medzi skúmanými premennými

|                | Well-being | Problémy | SO: rodič | SO: učiteľ | SO: spolužiaci | SO: kamaráti |
|----------------|------------|----------|-----------|------------|----------------|--------------|
| Well-being     | -          |          |           |            |                |              |
| Problémy       | -,27**     | -        |           |            |                |              |
| SO: rodič      | ,57**      | -,28**   | -         |            |                |              |
| SO: učiteľ     | ,34**      | -,05     | ,23**     | -          |                |              |
| SO: spolužiaci | ,51**      | -,27**   | ,38**     | ,34**      | -              |              |
| SO: kamaráti   | ,54**      | -,29**   | ,40**     | ,23*       | ,62**          | -            |
| M              | 71,63      | 6,19     | 54,31     | 48,53      | 48,53          | 58,86        |
| SD             | 11,83      | 3,88     | 10,41     | 8,56       | 9,31           | 9,48         |

n = 127, \*\*p < ,01, \*p < ,05

Ako bolo spomenuté vyššie, participanti boli rozdelení do štyroch kategórií na základe dosiahnutých hodnôt psychopatológie (celkové skóre problémov v SDQ) a well-beingu (celkové skóre v EPOCH). Z celkového počtu 127 stredoškôľakov bolo 91 (71,7%) zaradených do kategórie úplné duševné zdravie, ktorí dosahovali priemerný až vysoký well-being a nízku mieru psychopatológie. Išlo o najväčšiu skupinu. Druhou najväčšou skupinou boli stredoškôľáci so zvýšenou vulnerabilitou, ktorí dosahovali nízku mieru psychopatológie, no aj nízku mieru well-beingu. Títo vulnerabilní stredoškôľáci tvorili 12,6% z celej vzorky. Symptomatickí ale spokojní stredoškôľáci (s vysokou úrovňou psychopatológie a priemernou až vysokou úrovňou well-beingu) tvorili 10,2% z celkovej vzorky. Napokon 7 respondentov (5,5%) bolo zaradených do štvrtej najrizikovejšej skupiny s vysokou mierou psychopatológie a nízkym well-beingom.

Tabuľka 2: Štyri skupiny respondentov na základe duálneho modelu duševného zdravia

|                 |                                | Well-being                                |                                          |
|-----------------|--------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|
|                 |                                | Nízky<br>(≤ 20. percentyl)                | Priemerný až vysoký<br>(> 20. percentyl) |
| Psychopatológia |                                | <b>Skupina so zvýšenou vulnerabilitou</b> | <b>Úplne mentálne zdravie</b>            |
|                 | Nízka<br>(≤ 80.<br>percentyl)  | N = 16; 12,6%<br>CH: 18,8% D: 81,3%       | N = 91; 71,7%<br>CH: 39,6% D: 60,4%      |
|                 |                                | <b>Riziková skupina</b>                   | <b>Symptomatická a spokojná skupina</b>  |
|                 | Vysoká<br>(> 80.<br>percentyl) | N = 7; 5,5%<br>CH: 57,1% D: 42,9%         | N = 13; 10,2%<br>CH: 46,2% D: 53,8%      |

Z hľadiska pohlavia sa respondenti v zaradení do jednotlivých skupín duálneho modelu duševného zdravia významne nelíšili ( $\chi^2 = 4,03$ ,  $p > 0,05$ ). Najvýraznejší rozdiel sa ukázal v skupine so zvýšenou vulnerabilitou, kde bolo zaradených viac dievčat ako chlapcov. Výsledky sú uvedené v tabuľke 2.

Následne sme zisťovali rozdiely medzi štyrmi skupinami respondentov v percipovanej sociálnej opore od významných druhých. Výsledky poukázali na štatisticky významné rozdiely medzi kategóriami duševného zdravia v percipovanej sociálnej opore od rodičov, spolužiakov a kamarátov ( $p < 0,001$ ). Z hľadiska vecnej významnosti boli tieto rozdiely stredne veľké, až veľké (sociálna opora od kamarátov) (Cohen, 1992). Priemerné hodnoty a štandardné odchýlky spolu s výsledkami testu ANOVA sú uvedené v tabuľke 3.

Tabuľka3: Rozdiely v sociálnej opore medzi skupinami podľa duálneho modelu duševného zdravia

|                            |                          | n  | M     | SD    | F                | sig          | $\eta$                                              |
|----------------------------|--------------------------|----|-------|-------|------------------|--------------|-----------------------------------------------------|
| Sociálna opora: rodič      | Úplne duševné zdravie    | 91 | 56,84 | 8,82  | 9,73<br>(3,122)  | <b>0,000</b> | <b>0,44</b><br><b>stredný</b><br><b>effect size</b> |
|                            | Vulnerabilní             | 15 | 47,27 | 11,21 |                  |              |                                                     |
|                            | Symptomatickí a spokojní | 13 | 51,85 | 11,72 |                  |              |                                                     |
|                            | Rizikovní                | 7  | 41,14 | 9,35  |                  |              |                                                     |
| Sociálna opora: učiteľ     | Úplne duševné zdravie    | 91 | 49,66 | 9,05  | 2,29<br>(3,121)  | 0,081        | 0,23<br>malý effect size                            |
|                            | Vulnerabilní             | 15 | 44,13 | 7,61  |                  |              |                                                     |
|                            | Symptomatickí a spokojní | 13 | 47,08 | 5,50  |                  |              |                                                     |
|                            | Rizikovní                | 6  | 45,50 | 2,70  |                  |              |                                                     |
| Sociálna opora: spolužiaci | Úplne duševné zdravie    | 91 | 53,58 | 8,28  | 8,57<br>(3,122)  | <b>0,000</b> | <b>0,42</b><br><b>stredný</b><br><b>effect size</b> |
|                            | Vulnerabilní             | 15 | 50,47 | 8,69  |                  |              |                                                     |
|                            | Symptomatickí a spokojní | 13 | 47,54 | 7,85  |                  |              |                                                     |
|                            | Rizikovní                | 7  | 38,00 | 12,81 |                  |              |                                                     |
| Sociálna opora: kamaráti   | Úplne duševné zdravie    | 91 | 61,05 | 7,11  | 13,56<br>(3,122) | <b>0,000</b> | <b>0,50</b><br><b>veľký</b><br><b>effect size</b>   |
|                            | Vulnerabilní             | 15 | 56,93 | 9,01  |                  |              |                                                     |
|                            | Symptomatickí a spokojní | 13 | 55,08 | 8,12  |                  |              |                                                     |
|                            | Rizikovní                | 7  | 41,43 | 17,99 |                  |              |                                                     |

Vo všeobecnosti, najvyššiu mieru sociálnej opory percipovali respondenti s úplným duševným zdravím. Naopak najnižšiu sociálnu oporu od rodičov a učiteľov uvádzali rizikovní a vulnerabilní respondenti, od kamarátov a spolužiakov rizikovní a symptomatickí ale spokojní respondenti.

Respondenti s úplným duševným zdravím (nízke problémy, priemerný a vysoký well-being) sa štatisticky významne líšili od vulnerabilných (nízke problémy, nízky well-being) respondentov len v percipovanej podpore od rodičov a učiteľov ( $M_{dif} = 5,53 - 9,657$ ,  $p < 0,01$ ). Respondenti s úplným duševným zdravím dosahovali štatisticky významne vyššiu oporu

od spolužiakov a kamarátov len v porovnaní so skupinami s vysokou úrovňou problémov (symptomatickí ale spokojní a rizikovní) ( $M_{dif} = 5,98 - 19,63$ ,  $p < 0,05$ ), bez ohľadu na mieru well-beingu. Respondenti v skupine symptomatickí ale spokojní (vysoké problémy a vysoký well-being) percipovali štatisticky významne vyššiu sociálnu oporu od rodičov, spolužiakov a kamarátov než rizikovní respondenti (vysoké problémy, nízky well-being). Výsledky porovnaní sú uvedené tabuľke 4.

Tabuľka 4: Výsledky post hoc testu: porovnanie štyroch skupín v percipovanej sociálnej opore

|                            |                    |                  | Mdif  | sig          | Cohen d     |
|----------------------------|--------------------|------------------|-------|--------------|-------------|
| Sociálna opora: rodič      | Úplné duš. zdravie | Vulnerabilní     | 9,57  | <b>0,000</b> | <b>0,95</b> |
|                            |                    | Sympt a spokojní | 4,99  | 0,078        | 0,48        |
|                            |                    | Rizikovní        | 15,69 | <b>0,000</b> | <b>1,73</b> |
|                            | Vulnerabilní       | Sympt a spokojní | -4,58 | 0,204        | 0,39        |
|                            |                    | Rizikovní        | 6,12  | 0,16         | <b>0,59</b> |
|                            | Sympt a spokojní   | Rizikovní        | 10,70 | <b>0,017</b> | <b>1,01</b> |
| Sociálna opora: učiteľ     | Úplné duš. zdravie | Vulnerabilní     | 5,53  | <b>0,02</b>  | <b>0,66</b> |
|                            |                    | Sympt a spokojní | 2,58  | 0,303        | 0,34        |
|                            |                    | Rizikovní        | 4,16  | 0,244        | <b>0,62</b> |
|                            | Vulnerabilní       | Sympt a spokojní | -5,53 | <b>0,02</b>  | 0,44        |
|                            |                    | Rizikovní        | -1,37 | 0,705        | 0,24        |
|                            | Sympt a spokojní   | Rizikovní        | 1,58  | 0,705        | 0,36        |
| Sociálna opora: spolužiaci | Úplné duš. zdravie | Vulnerabilní     | 3,11  | 0,194        | 0,37        |
|                            |                    | Sympt a spokojní | 6,04  | <b>0,019</b> | <b>0,75</b> |
|                            |                    | Rizikovní        | 15,58 | <b>0,00</b>  | <b>1,44</b> |
|                            | Vulnerabilní       | Sympt a spokojní | 2,93  | 0,369        | 0,35        |
|                            |                    | Rizikovní        | 12,47 | <b>0,002</b> | <b>1,14</b> |
|                            | Sympt a spokojní   | Rizikovní        | 9,54  | <b>0,019</b> | <b>0,90</b> |
| Sociálna opora: kamaráti   | Úplné duš. zdravie | Vulnerabilní     | 4,12  | 0,078        | <b>0,51</b> |
|                            |                    | Sympt a spokojní | 5,98  | <b>0,017</b> | <b>0,78</b> |
|                            |                    | Rizikovní        | 19,63 | <b>0,000</b> | <b>1,43</b> |
|                            | Vulnerabilní       | Sympt a spokojní | 1,86  | 0,556        | 0,22        |
|                            |                    | Rizikovní        | 15,50 | <b>0,000</b> | <b>1,09</b> |
|                            | Sympt a spokojní   | Rizikovní        | 13,65 | <b>0,001</b> | <b>0,98</b> |

## Diskusia

Cieľom štúdie bolo overiť duálny model duševného zdravia na vzorke slovenských žiakov stredných škôl a analyzovať jeho užitočnosť prostredníctvom skúmania rozdielov medzi identifikovanými skupinami v kvalite sociálneho fungovania (percipovanej sociálnej opore od významných druhých).

Naše zistenia priniesli podporu duálnemu duševného zdravia aj na vzorke slovenských stredoškôľakov. Výsledky poukázali na existenciu štyroch samostatných skupín respondentov na základe hodnôt well-beingu a symptómov psychopatológie. Väčšina, 71,7% respondentov, bolo zaradených do kategórie úplného duševného zdravia, teda kategórie respondentov



s priemerným až vysokým well-beingom a nízkymi symptómami psychopatológie. Naopak, najmenej respondentov bolo zaradených do rizikovej skupiny, respondentov s vysokými symptómami psychopatológie a nízkym well-beingom (5,5%). Žiakov stredných škôl z našej vzorky, ktorí nemali zvýšený výskyt symptómov psychopatológie, ale aj napriek tomu mali nízky well-being, (respondenti so zvýšenou vulnerabilitou), bolo 12,6%. Poslednú skupinu, ktorá mala zvýšenú mieru psychoaptologických symptómov a zároveň vyššiu mieru well-beingu, (symptomatickí ale spokojní) tvorilo 10,2% respondentov.

Naše zistenia sú porovnateľné s výsledkami zahraničných autorov, ktorí rovnako identifikovali ako najpočetnejšiu skupinu respondentov s úplným duševným zdravím a ako najmenej početnú skupinu rizikovú (Antaramian et al., 2010; Greenspoon, & Saklofske, 2001; Suldo & Shaffer, 2008; Thalji, 2012). V našej vzorke, v porovnaní so zahraničnými výskumami, sme však zaznamenali vyššie percento zaradených do skupiny úplné duševné zdravie (vo výskumoch 57 – 67%) a nižšie percento zaradených do rizikovej skupiny (vo výskumoch 7,7 – 17%). Dôvodom môže byť fakt, že sme v našom výskume nepoužili cut-off skóre (80.percentyl) na základe normatívnej vzorky ale určený na základe našich dát. Rovnako mohol výsledok ovplyvniť fakt, že informácie o symptómoch psychopatológie sme získavali od učiteľov a nie samotných žiakov stredných škôl, čo najmä v prípade hodnotenia internalizujúcich problémov mohlo viesť k podhodnoteniu skutočného výskytu prežívania týchto problémov u stredoškolákov. Naše výsledky však podporili predpoklad a zistenia z viacerých výskumov, že približne štvrtinu vzorky možno zaradiť do kategórií vulnerabilní alebo symptomatickí ale spokojní.

Existencia štyroch skupín s rôznym statusom mentálneho zdravia potvrdzuje, že duševné zdravie nie je výsledkom len neprítomnosti psychopatológie (nakoľko existuje skupina adolescentov (12,6%), ktorí napriek nízkej psychopatológii neprospeievajú optimálne a podobne skupina adolescentov (10,2%), ktorí napriek zvýšenej psychopatológii prosperujú optimálne) a ukazuje, že well-being a psychopatologické symptómy sú dve samostatné kategórie, resp. indikátory duševného zdravia (Antaramian et al., 2010; Kern et al., 2016).

Výsledky predkladanej štúdie nielen potvrdili existenciu duálneho modelu, ale aj podporili jeho užitočnosť v súvislosti so sociálnym fungovaním adolescentov, nakoľko diferencovali v miere percipovanej sociálnej podpory u žiakov stredných škôl.

Adolescenti s úplným duševným zdravím vnímali spomedzi skupín najvyššiu podporu od svojich rodičov. Výsledky naznačili, že vysoká percipovaná podpora od rodičov je významnejšie spojená s well-beingom adolescentov, nakoľko skupina s úplným zdravím vykazovala podobné hodnoty podpory od rodičov ako symptomatická ale spokojná skupina (obe vysoký well-being) a zároveň vyššie než vulnerabilná a riziková skupina (dve skupiny s nízkym well-beingom). Rizikovní adolescenti pritom vnímali najnižšiu mieru podpory od svojich rodičov. Výsledok je v zhode so zisteniami autorov a poukazuje na dôležitosť vysokého well-beingu v súvislosti s pozitívnymi rodinnými vzťahmi adolescentov (Antaramian et al., 2010; Thalji, 2012; Kern et al., 2016). Výsledky tiež naznačujú, že priemerné až vysoké hodnoty well-beingu môžu pôsobiť ako protektívny faktor negatívneho vplyvu problémov v adjustácii na rodinné vzťahy adolescentov, čo je v súlade s viacerými výskumami (Suldo & Huebner, 2006).

V súvislosti s podporou od rovesníkov sa ukázala ako významná najmä neprítomnosť psychopatológie, nakoľko respondenti s úplným mentálnym zdravím dosiahli štatisticky aj vecne významne vyššiu mieru podpory od spolužiakov a kamarátov ako respondenti symptomatickí ale spokojní (vysoký well-being a vysoké symptómy psychopatológie). V porovnaní so všetkými skupinami dosahovali rizikovní stredoškoláci najnižšiu vnímanú podporu od spolužiakov a kamarátov, pričom tieto rozdiely sa ukázali aj ako klinicky významné (veľký efekt size). Výsledky ukazujú, že žiaci s nízkym

well-beingom a vysokou mierou psychopatologických symptómov sú obzvlášť rizikovou skupinou z hľadiska negatívnych vzťahov s rovesníkmi. Tento výsledok sa vzťahuje najmä na žiakov stredných škôl, nakoľko v tomto období je sociálna opora od rovesníkov jednou z najdôležitejších zdrojov podpory a jej nedostatok je asociovaný s negatívnymi dôsledkami v akademickej aj psychologickkej oblasti adjustácie žiakov (Kingery, Erdley, & Marshall, 2010; Lopez & DuBois, 2005).

Napriek tomu, že sociálna opora od rodičov bola výraznejšie asociovaná s well-beingom a naopak sociálna opora od rovesníkov s psychopatologickými symptómami, ani v jednom prípade nešlo o jediný faktor, ktorý diferencoval medzi skupinami. Zistené rozdiely boli vo všetkých prípadoch nielen štatisticky významné ale aj vecne významné, naznačujúce klinickú závažnosť rozdielov (najmä stredne veľké až veľké efekty rozdielov). Výsledky naznačili, že pri posudzovaní duševného zdravia dospievajúcich je nevyhnutné brať do úvahy okrem tradičných metód na zachytenie psychopatologických symptómov aj metódy na zachytenie well-beingu. Duálny model, ktorý kombinuje oba prístupy, umožňuje zachytiť všetkých žiakov, ktorí nemajú optimálne duševné zdravie (buď v dôsledku vyššieho výskytu problémov alebo nízkeho well-beingu).

Naše zistenia potvrdili, že samotná absencia problémov nezaručuje optimálnu úroveň sociálnej opory zo strany významných druhých a poukázali na dôležitosť zamerania sa na tzv. vulnerabilných adolescentov (v našej vzorke 12,6%), ktorí by v iných typoch výskumov unikli pozornosti. Výsledky tiež ukázali, že existuje skupina žiakov, ktorí napriek zvýšeným problémom v adjustácii sú priemerne alebo vysoko optimálne prosperujúci, naznačujúc, že well-being adolescentov môže pôsobiť ako protektívny faktor u žiakov s problémami v správaní. Ako najrizikovejšia skupina sa z hľadiska percipovanej podpory konštantne ukázala skupina žiakov s nízkym well-beingom a vysokou mierou psychopatologických problémov.

Predkladaná štúdia má niekoľko limitov. V prvom rade je to veľkosť a špecifickosť vzorky, nakoľko bola zložená len zo žiakov prvého ročníka gymnázií v Nitrianskom kraji, čo obmedzuje možnosť zovšeobecnenia získaných výsledkov na iné typy škôl, kraje a vekové skupiny žiakov. Do budúcnosti plánujeme výskum replikovať na žiakoch základných a rôznych typoch stredných škôl vo viacerých ročníkoch štúdia ako aj analyzovať zmeny v pozíciách žiakov v duálnom modeli prostredníctvom longitudinálneho výskumu (po roku). Informácie o problémovom správaní sme získavali len od učiteľov, čo má, ako sme spomínali vyššie, výhody, no najmä v prípade internalizujúcich problémov mohlo dôjsť k podhodnoteniu ich výskytu u žiakov. Do budúcnosti by bolo preto vhodné kombinovať výpovede od učiteľov, samotných žiakov a prípadne aj rodičov.

Napriek spomenutým limitom naše zistenia ukázali, že na zabezpečenie optimálneho akademického fungovania žiakov stredných škôl je nevyhnutné zamerať intervencie tak na žiakov s psychopatologickými symptómami, rovnako ako na žiakov s nízkym well-beingom, pričom ako najrizikovejšia sa ukazuje skupina žiakov s kombináciou oboch situácií.

## Literatúra

- Antaramian, S. P., Huebner, E. S., Hills, K. J., & Valois, R. F. (2010). A dual-factor model of mental health: Toward a more comprehensive understanding of youth functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80, 462-472.
- Bean, R. A., Bush, K. R., McKenry, P. C., & Wilson, S. M. (2009). The impact of parental support, behavioral control, and psychological control on the academic achievement and

- self-esteem of African American and European American adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 18(5), 523-541.
- Blatný, M. a Kolektiv. (2010). *Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy*. Praha : Grada Publishing.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112, 1, 155-159.
- Gajdošová, E. (1998). *Školský psycholog a jeho vstup do humanizácie našich škôl*. Bratislava : Príroda.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Greenspoon, P. J., & Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, 54, 81-108.
- Kern, M.L., Benson, L., Steinberg, E.A., & Steinberg, L. 2016. The EPOCH Measure of Adolescent Well-Being. *Psychological Assessment*, 28, 5, 586–597.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 3, 539 –548.
- Kingery, J.N., Erdley, C.A., & Marshall, K.C. (2010). Peer acceptance and friendship as predictors of early adolescent' adjustment across the middle school transition. *Merrill-Palmer Quarterly*, 57, 3, 215-243.
- Lopez, C., & DuBois, D.L. (2005). Peer Victimization and Rejection: Investigation of an Integrative Model of Effects on Emotional, Behavioral and Academic Adjustment in Early Adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 1, 25-36.
- Lyons, M. D., Huebner, E. S., & a Hiils, K. J. (2013). The Dual-Factor Model of Mental Health: A Short-Term Longitudinal Study of School-Related Outcomes. *Soc Indic Res*, 114, 549–565.
- Malecki, C. K., & Demaray, M. K. (2002). Measuring perceived social support: Development of the Child and Adolescent Social Support Scale (CASSS). *Psychology in the Schools*, 39(1), 1-18.
- Restifo, K., & Bögels, S. (2009). Family processes in the development of youth depression: Translating the evidence to treatment. *Clinical Psychology Review* 29, 294-316.
- Rubin, K., & Coplan, R.J. (2004). Paying Attention to and Not Neglecting Social Withdrawal and Social Isolation. *Merrill-palmer quarterly*, 17, 4, 1086-1096.
- Seligman, M. (2014). *Vzkvétání. Nové poznatky o podstatě štěstí a duševní pohody*. Praha: Jan Melvil Publishing.
- Steinberg, L. D. (2014). *Adolescence*. McGraw-Hill: New York.
- Suldo, S. M. & Huebner, E. S. (2006). Is extremely high life satisfaction during adolescence advantageous? *Social Indicators Research*, 78, 179-203.
- Suldo, S. M. & Shaffer, E. J. (2008). Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review*, 37, 52-68.
- Suldo, S. M., Thalji, A., & Ferron, J. (2011). Longitudinal academic outcomes predicted by early adolescents' subjective well-being, psychopathology, and mental health Status yielded from a dual factor model. *Journal of Positive Psychology*, 6(1), 17-30.
- Thalji, A.L. (2012). *A Dual-Factor Model of Mental Health in High School Students: Group Characteristics and Social Functioning*. Dissertation thesis. University of South Florida

**Kontakt:**

Mgr. Gabriela Šeboková, PhD.

Kraskova 1, 949 74 Nitra, Slovenská republika

[gabriela.sebokova@gmail.com](mailto:gabriela.sebokova@gmail.com)