

Univerzita Palackého v Olomouci

DEPRESIVITA A IMPULZIVITA

**ako prediktory rizikového správania dospelých
v systéme ústavnej starostlivosti
a nižšieho sekundárneho vzdelávania**

Jaroslava Kulišek, Martin Dolejš

Olomouc 2019

Recenzovali:

doc. PhDr. Michal Čerešník, Ph.D.

Mgr. Lucie Vavrysová, Ph.D.

Tato monografie vznikla v rámci projektu *IGA_FF_2019_016 – Psychologický výzkum ve vybraných oblastech pedagogické a klinické psychologie IV* s grantovou podporou Univerzity Palackého v Olomouci.

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat občanskoprávní, správněprávní, popř. trestněprávní odpovědnost.

1. vydání

© Jaroslava Kulišek, Martin Dolejš, 2019

© Univerzita Palackého v Olomouci, 2019

DOI: 10.5507/ff.19.24456546

ISBN 978-80-244-5654-6 (print)

ISBN 978-80-244-5655-3 (online : PDF)

Obsah

Úvod.....	5
1	Obdobie dospievania7
1.1	Teoretické poňatie obdobia dospievania7
1.2	Periodizácia obdobia dospievania.....8
1.3	Vývin v období dospievania.....9
1.3.1	Kognitívny a morálny vývin10
1.3.2	Emočný vývin12
1.3.3	Sociálny vývin14
1.3.4	Osobnostný vývin15
2	Rizikové správanie v období dospievania18
2.1	Vymedzenie a koncepty rizikového správania19
2.2	Formy rizikového správania21
2.2.1	Užívanie a zneužívanie legálnych a nelegálnych látok.....22
2.2.2	Kriminalita.....24
2.2.3	Šikanovanie, hostilita a agresívne správanie26
2.2.4	Rizikové sexuálne aktivity28
2.2.5	Školské problémy a priestupky30
2.2.6	Extrémistické, hazardné a sektárske aktivity.....31
2.2.7	Ostatné formy rizikového správania.....32
3	Depresivita, depresia.....34
3.1	Vymedzenie a koncepty depresivity, depresie.....34
3.2	Depresivita, depresia u adolescentov36
3.3	Depresivita, depresia a rizikové správanie.....39
4	Impulzivita43
4.1	Vymedzenie a koncepty impulzivity.....43
4.2	Biologická podmienenosť impulzivity45
4.3	Impulzivita ako súčasť konštruktov osobnosti a psychopatológie46
4.4	Impulzivita a rizikové správanie48

5	Ústavná starostlivosť a ochranná výchova	52
5.1	Základné pojmy, vymedzenie	52
5.2	Zariadenia pre výkon ústavnej starostlivosti a ochranej výchovy	53
5.2.1	Centrum pre deti a rodiny (detský domov).	54
5.2.2	Diagnostické centrum	54
5.2.3	Reedukačné centrum	55
5.2.4	Liečebno-výchovné sanatórium	55
5.3	Inštitucionalizovaná výchova – situácia vo svete a vybrané výskumy.	56
6	Vymedzenie výskumného problému a cieľov výskumu.	60
7	Realizácia a metodologický rámec výskumu.	63
7.1	Psychodiagnostické nástroje	63
7.2	Proces zberu dát, etické aspekty, metódy analýzy a spracovania	66
7.3	Základné charakteristiky zapojených adolescentov	70
8	Výsledky výskumu – vybrané psychologické fenomény sledovaných adolescentov	75
8.1	Výskyt rizikového správania v adolescentnom veku – VRSA.	75
8.2	Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá – SDDSS.	91
8.3	Škála impulzivity Dolejš a Skopal – SIDS	100
8.4	Vzťahy medzi jednotlivými premennými	108
9	Slovenskí adolescenti v kontexte iných výskumov	110
10	Záver.	129
	Súhrn	131
	Summary	136
	Zoznam použitých zdrojov a literatúry.	141
	Menný register	163
	Vecný register	167

Úvod

Súčasný domáci aj zahraničný výskumy adolescencie venujú veľkú pozornosť fenoménu rizikového správania. Nástup experimentovania s aktivitami ako sú fajčenie cigariet, pitie alkoholu, krádeže či nezodpovedné sexuálne správanie môže vážne ohrozovať optimálny vývin dospelávajúceho jedinca a v širšom kontexte aj jeho okolie a celú spoločnosť. Dôvody pre rizikové správanie môžeme nachádzať v rôznych oblastiach. Prostredníctvom aktivít, ktoré prekračujú normy si dospelávajúci tvoria vlastný pohľad na svet, preskúšavajú svoju rodiacu sa samostatnosť a pokračujúci prerod v dospelého jedinca. Adolescencia je vo všeobecnosti obdobím mnohých a dramatických zmien, životnou etapou plnou výziev a konfliktov. Nie každý si v tomto náročnom kontexte zvolí tú najlepšiu cestu vlastného vývinu. Náchylnosť k nadmernému angažovaniu sa v rizikových aktivitách, ktoré podstatne narušujú zdravie, akademickú, sociálnu či osobnú úspešnosť, je daná mnohými faktormi. Môže byť dôsledkom nepriaznivej rodinnej situácie, problematickej výchovy, negatívnych vzorov či nedostatočnej opory zo strany dospelých. Môže vychádzať zo školského prostredia, rastúcej potreby ocenenia vrstovníkmi, ale aj zo špecifického zloženia osobnostných vlastností.

Medzi adolescentmi je možné nachádzať skupiny, ktoré majú náročné obdobie dospievania sťažené rôznymi okolnosťami. Jednou z nich sú dospelávajúci umiestnení v zariadeniach náhradnej ústavnej starostlivosti. Dysfunkcia a nestabilita biologickej rodiny, nedostačujúce sociálno-ekonomické zázemie, ale aj rôzne biologické a osobnostné faktory zvyšujú riziko maladaptívneho zvládania a zraniteľnosti voči rizikovým aktivitám. Títo mladí ľudia si bezpochyby vyžadujú zvýšenú pozornosť a odbornú starostlivosť. Tá je nevyhnutná, ak má byť prevenciou pokračovania negatívneho vývoja a majú byť v maximálnej možnej miere podporované silné stránky a protektívne vlastnosti. Aby bola podpora a intervencia cieľená a efektívna, je potrebné vychádzať z objektívneho poznania aktuálneho stavu. Identifikácia súvisiacich premenných prináša nielen hlbší vhľad

do problematiky, ale predovšetkým lepšie pochopenie potrieb cieľovej skupiny.

V tejto odbornej práci sa preto chceme venovať popísaniu rizikových aktivít a ich súvislostí s vybranými rizikovými faktormi na úrovni osobnosti, depresivitou a impulzivitou. Dospievajúci z centier pre deti a rodiny, reedukačných centier, diagnostických centier a liečebno-výchovných sanatórií budú porovnávaní s rovesníkmi zo základných škôl a osemročných gymnázií.

1 Obdobie dospievania

„Adolescencia je skutočným obdobím nového zrodenia, v ktorom dospievajúci nadobúda všetky dôležité znaky ľudského druhu.“

G. Stanley Hall

1.1 Teoretické poňatie obdobia dospievania

Viacerí autori (napr. Vágnerová, 2012; Příhoda, 1977; Langmeier, & Krejčířová, 2006; Macek, 2003) považujú obdobie dospievania za významnú, komplexnú, senzitivnú a pútavú etapu, v ktorej dochádza k premene dieťaťa na dospelého na základe mnohých vývinových zmien a úloh v rôznych oblastiach. Tiež Kapur (2015) vníma toto obdobie ako tranzitórne a poeticky ho prirovnáva k postupnej metamorfóze húsenice na motýľa.

V súčasnom ponímaní sú v popredí dve základné koncepcie dospievania. Prvá prirovnáva toto obdobie k ére búrky a krízy, najmä vo vzťahu k rôznym subjektívnym či sociálnym zmenám, predovšetkým na podklade masívnych fyzických, intelektuálnych a emočných zmien. Druhá vníma dospievanie optimisticky, v zmysle pokojného až nudného zvládania náročného procesu rastu osobnosti v psychickej a prosociálnej sfére (Dolejš, Skopal, Suchá, Cakirpaloglu, & Vavrysová, 2014).

Vo všeobecnosti je len málo vývinových období charakterizovaných toľkými premenami na rôznych úrovniach. Aj keď väčšina dospievajúcich prejde touto fázou bez väčších problémov, mnohí z nich zažívajú ťažkosti a problémy danej periódy (Eccles et al., 1993). Priaznivý alebo nepriaznivý vývin v dospievaní je funkciou viacerých faktorov, vrátane interindividuálnych rozdielov. Celkovo vzaté, vedú všetky vývinové zmeny k zvýšeným nárokom na osobnosť, správanie, či vlastnú reguláciu. V závislosti od individuálnej odozvy môžu byť vnímané ako určité výzvy a príležitosti alebo naopak, ako rizikové a komplikujúce životné udalosti (Steinberg, 2005; Macek, 2003; Dolejš et al., 2014).

1.2 Periodizácia obdobia dospievania

Ako píše Vavrysová (2018), obdobie prechodu z detstva do dospelosti a postupného dozrievania, označujú rôzni autori rôzne, najčastejšie však pojmami ako dospievanie, puberta, pubescencia či adolescencia. Dané pomenovania sú definované nejednoznačne, s nejednoznačným začiatkom, či koncom. Vo všeobecnosti sa toto obdobie spája s druhou dekádou života (Wild, & Swartz, 2012) a je možné ho ohraničiť vekom 11 („takmer dieťa“) – 20 rokov („takmer dospelý“) (Langmeier, & Krejčířová, 2006; porov. Vágnerová, 2012) a vymedziť obdobím pubescencie (11–15 rokov) a obdobím vlastnej adolescencie (15–23 rokov) (Dolejš et al., 2014; porov. Čerešník, & Gatíal, 2014).

Nášho výskumu sa zúčastnili jednotlivci vo veku 11–15 rokov, preto sa pri popise periodizácie zameriame na toto obdobie. Langmeier, & Krejčířová (2006), ale aj Příhoda (1977) označujú obdobie 11–15 rokov pojmom pubescencia, pričom ho ďalej delia na fázu prepubertry (prvá pubertálna fáza, 11–13 rokov) a fázu vlastnej puberty (druhá pubertálna fáza, 13–15 rokov). Obe fázy, prvá búrlivejšia, charakteristická objavením sa prvých sekundárnych pohlavných znakov, zrýchleným rastom a prvým zamilovaním, druhá pokojnejšia, ohraničená dosiahnutím plnej reprodukčnej schopnosti a možnosti prokreácie, jednotne smerujú k psychickému a fyzickému dozrievaniu. Po nich nasleduje obdobie adolescencie (do cca 20 rokov).

Vágnerová (2012), podobne ako vyššie spomínaní autori, delí obdobie dospievania na obdobie 11–15 rokov, ktoré však označuje pojmom ranej adolescencie a obdobie 15–20 rokov, pomenované ako neskorá adolescencia. Obdobie ranej adolescencie sa v podstate prekrýva s obdobím stredného a staršieho školského veku, ohraničených prechodom na 2. stupeň základnej školy a ukončením povinnej školskej dochádzky (Čerešník, & Gatíal, 2014). V súvislosti s fázou ranej adolescencie, autorka (Vágnerová, 2012) ďalej zdôrazňuje, že telesné dospievanie a hormonálne zmeny sú impulzom pre zmeny v ďalších oblastiach. Ide predovšetkým o vývin spôsobu myslenia a jeho posun k abstrakcii a k premenám v emočnom prežívaní, pre ktoré sú typické výkyvy v danom období, ale aj budovanie

vlastnej identity, postupné osamostatňovanie sa od viazanosti na rodičov a zvyšovanie významu vrstovníckych vzťahov.

Macek (2003) sa prikláňa k periodizácii, podľa ktorej sa celé obdobie dospievania označuje termínom adolescencia. Obdobiu 11–15 rokov odpovedajú fázy časnej (10/11–13 rokov) a strednej (14–16 rokov) adolescencie, ktoré pokračujú fázou neskorkej adolescencie (17–20 rokov). V porovnaní s detstvom sa tu rozvíja predovšetkým vedomie sebaúčinnosti a s ním spojená sebaregulácia, či anticipácia a plánovanie (Bandura, 2005). Na podklade pohlavného dozrievania ďalej adolescent nadobúda nové sociálne role a spoločenský status (Macek, 2003). S podobným delením pracujú aj Wild, & Swartz (2012), či Petersen, & Hamburg (1986), s miernym posunom časnej adolescencie do veku 13/14 rokov a strednej adolescencie do 16/17 rokov. V tejto práci sa prikláňame k periodizácii, podľa ktorej sa celé obdobie dospievania označuje pojmom adolescencia. Za účelom lepšej prehľadnosti a ľahšej čitateľnosti budeme pojmy dospievania a adolescencia považovať za rovnocenné a vhodné ich v texte zamieňať.

1.3 Vývin v období dospievania

Každé obdobie ľudského vývoja sa spája s určitými výzvami, ktoré sú príležitosťou pre osobnostný rast a nadobúdanie nových kompetencií. Za jedno z najdôležitejších sa v tomto smere považuje práve obdobie adolescencie, charakteristické množstvom zmien v biologickej, sociálnej, emočnej a iných sférach. Ako píše Bandura (2005), dospievajúci sa musia naučiť vyrovnávať sa s mnohými úlohami, získať zručnosti a spôsoby dospelšej populácie. Pre pochopenie správania a prežívania adolescentov je tak nevyhnutné pochopiť premeny, ktorými prechádzajú. V ďalšom texte sa preto zameriame na popis vybraných aspektov psychosociálneho vývinu, ktoré ako kľúčové popisujú tiež Čerešník, & Gatíal (2014).

1.3.1 Kognitívny a morálny vývin

Podľa rôznych teórií kognitívneho vývinu spôsob, akým spracovávame naše skúsenosti, sa v priebehu času stáva stále adaptabilnejším (Hill, 2004). Podľa Steinberga (2005), základom kognitívneho posunu v období dospievania je objavenie sa vedomejšej, samostatnejšej a cielenejšej mysle.

Podľa jednej z najvplyvnejších teórií, Piagetovej teórie kognitívneho vývinu, sa vo veku okolo 11/12 rokov objavuje rad kvalitatívne nových myšlienkových operácií, ako sú proporcionalita, relativita či pravdepodobnosť. V nich adolescent postupne opúšťa konkrétne myslenie a nevyhnutnú potrebu fyzickej prítomnosti manipulovaných objektov a prechádza do tzv. štádia formálnych operácií. Už v predchádzajúcom období si osvojil decentralizáciu a schopnosť brať do úvahy viacero hľadísk tej istej situácie, teraz sa postupne stáva schopným uvažovať abstraktne a hypoteticky aj o pojmoch či situáciách, s ktorými sa doteraz nestretol (Piaget, & Inhelderová, 2007; Hill, 2004). Ku koncu strednej adolescencie (cca 15/16 rokov) ovláda všetky dôležité aspekty vedeckého myslenia, formálne logické operácie nezávislé na obsahu, uvažuje o neexistujúcom „keby“, kriticky hodnotí (ne)kongruenciu reality s proklamovanými ideálmi a hodnotami, dozrievajú tvorivé nápady (Řičan, 2004).

Na podklade abstraktného myslenia sa u dospievajúcich objavujú aj tzv. metakognície, myslenie o myslení (Weil et al., 2012). Flavell (1979) zdôrazňuje, že ide o, prostredníctvom tzv. meta-skúseností, rozvinutú schopnosť reflektovať svoje myšlienky a správanie. Metakognície sú vo všeobecnosti základom introspekcie, vynárajúceho sa self-konceptu a zdokonaľujúceho sa vedomia seba samého, ale aj schopnosti posúdiť stav mysle iných ľudí, mentalizácie (Weil et al., 2012). Tiež sa stávajú významným predpokladom odhadu vlastných schopností (napr. schopností pamäte, porozumenia apod.) a obtiažnosti úlohy a na jeho základe zrelšieho rozhodovania, stanovovania si cieľov a zodpovedajúcich stratégií riešenia problémov (Flavell, 1979). Napriek tomu sa stále uplatňujú aj menej racionálne mechanizmy správania (Dolejš et al., 2014). Kognitívna kontrola impulzov a jednaní je pri prechode a počas ranej a strednej ado-

lescencie relatívne nezrelá (Vágnerová, 2012). To významne zvyšuje riziko angažovania sa dospievajúcich v rizikových aktivitách (McCormick, Qu, & Telzer, 2016). Schopnosť posúdiť zisk a riziko sa mení s vekom. Napr. Burnett, Bault, Coricelli, & Blakemore (2010) zistili, že v skupine adolescentov (9–18 rokov) je najvyššia tendencia riskovať u 14-ročných.

S vyššie popísanými zmenami v myslení dochádza tiež k zmenám posudzovania etických aspektov a k vývinu morálneho usudzovania (Čerešník, & Gatial, 2014). Tradične sa práve obdobie adolescencie považuje za kruciálne pre vývin morálky a vytvorenie zvnútorneného systému noriem, ktorý sa stáva jedným z regulačných mechanizmov správania (Molchanov, 2013).

Podľa Piageta (1977, in Vacek, 2013) je možné vývin morálky chápať ako vývin vzťahu k systému noriem a pravidiel. Už na začiatku adolescencie, v nadväznosti na rozvoj abstraktného myslenia, postupujúcej decentrácie, spolupráce s vrstovníkmi a zmenšujúcej sa závislosti na autorite dospelých, nastupuje záujem o pravidlá a ich kodifikáciu. Normy, predtým vnímané ako nemenné a dané zvonka, inými ľuďmi, sú postupne chápané ako produkty vzájomného konsenzu, ktoré je možné po spoločnej dohode aj meniť. Posun tiež nastáva v posudzovaní viny. Veľkosť previnenia nie je daná výlučne rozsahom škody, ale predovšetkým zámerom jednajúcej osoby a ďalšími okolnosťami situácie. Dospievajúci prechádza z fázy mravného realizmu do fázy mravného relativizmu (Hill, 2004).

Podľa Kohlberga, morálny vývin nespočíva v jednoduchom náraste poznania kultúrnych hodnôt typicky vedúcich k etickej relativite, ale skôr ide o transformáciu myslenia a morálnych úsudkov (Kohlberg, & Hersh, 1977). Aj keď sa na počiatku adolescencie u niektorých objavujú prvky generalizujúcej konvenčnej morálky (Vágnerová, 2012), v popredí morálneho uvažovania väčšina dospievajúcich je tzv. inštrumentálno-relativistické zameranie. V ňom je správne to, čo prináša odmenu a naplňuje osobné potreby a iba príležitostne potreby iných. Férovosť a pomoc je vnímaná recipročne, v zmysle niečo za niečo, nie v konotáciách lojality či spravodlivosti. Niektorí adolescenti sú už schopní uvažovania v zmysle „dobrého chlapca/dobrého dievčaťa“. Správne je to, čo iným urobí radosť a prinesie sociálne schválenie. „Myslieť veci dobre“ sa po prvýkrát stáva

dôležitým pri morálnom posudzovaní (Kohlberg, & Hersh, 1977; Hill, 2004).

Celkovo je možné konštatovať, že v období dospievania dochádza k zmene kvality myslenia a perspektívy. Adolescenti sa odpútavajú od konkrétnej reality, aj názoru autorít a spoločenských konvencií, a vytvárajú si vlastný pohľad na svet, na to, čo je dobré a čo zlé (Macek, 2003; Vágnerová, 2012). Tento posun sa stáva tiež základom citového a psychosociálneho prerodu v dospievaní (Piaget, & Inhelderová, 2007).

1.3.2 Emočný vývin

Nástup dospievania je v porovnaní s predchádzajúcim obdobím vo všeobecnosti spojený s vyššou emočnou labilitou, zmenami nálad, negatívnou emocionálnosťou a na ich podklade tiež s impulzívnym a nepredvídateľným jednaním (Langmeier, & Krejčířová, 2006). Emočná nestálosť máva aj iné následky, u niektorých adolescentov môže viesť k akademickým problémom, k výkyvom v školských výkonoch, úzkosti, psychosomatizácii, či kolísaniu aktívnej úrovne a k striedaniu intenzívnej aktivity s nechuťou a apatiou (Eccles et al., 1993; Langmeier, & Krejčířová, 2006; Říčan, 2004). Ťažkosti s kontrolou predovšetkým negatívnych emócií, typicky smútku, ale hlavne zlosti, zvyšujú u adolescentov pravdepodobnosť rizikového správania, ako napr. užitia tvrdých drog, striedania sexuálnych partnerov, či vo všeobecnosti slabšej behaviorálnej adjustácie. Práve zvyšovanie emocionálnych kompetencií môže byť významným preventívnym faktorom rizikového správania v adolescencii (Hessler, & Katz, 2010).

Spoločným menovateľom daného obdobia je nízka adaptívna regulácia emócií. Maladaptívne regulačné stratégie sa na jednej strane prejavujú problémami s kontrolou a expresiou afektov, na strane druhej môžu viesť k tendencii inhibovať a skrývať emočné prežívanie (Zeman, Cassano, Perry-Parrish, & Stegall, 2006). Jedným z možných príčin tohto zvýšeného introvertného ladenia sú odmietavé reakcie okolia, ktoré správanie či prejavy adolescentov bežne vníma ako neprimerané, neodôvodnené či neakceptovateľné. To v dospievajúcich vyvoláva zmätok, pocity ne-

istoty i precitlivosť spojenú s túžbou po väčšom pochopení (Vágnerová, 2012). Na základe týchto skúseností sa však zvyšuje uvedomenie interpersonálnych dôsledkov exprese istých emócií. Aj preto adolescenti oveľa ochotnejšie odkrývajú svoje, predovšetkým negatívne emócie, napr. pocity smútku alebo zlosti, ak majú určitú istotu podporujúceho prostredia (Fuchs, & Thelen, 1988).

Dospievajúci sa vo svojich kolísavých pocitoch častokrát nedokážu dobre zorientovať, vysvetlenie hľadajú v reakciách okolia (Říčan, 2004). S tým súvisiaci nárast záujmu o mienku iných, predovšetkým vrstovníkov, je kľúčovou príležitosťou pre rozvoj pochopenia tzv. sociálnych emócií, ako sú rozpaky, vina, či hanba. Tie sú, na rozdiel od základných, definované ako emócie, ktoré si vyžadujú vnímanie mentálnych stavov iných ľudí (Burnett, Bird, Moll, Frith, & Blakemore, 2008). Burnett, Thompson, Bird, & Blakemore (2011) dokázali, že s rastúcim vekom v období adolescencie rastie schopnosť uvedomovať si, že v určitom kontexte môže človek naraz prežívať viacero sociálnych pocitov. Protiváhou týchto skúseností je tendencia dospievajúcich zamerať sa predovšetkým na vlastné emócie a nárast tzv. emocionálneho egocentrizmu (Vágnerová, 2012). Ten vedie k určitým chybám a skresleniam pri odhade emočného prežívania iných ľudí, čo sa odzrkadľuje problémami v interpersonálnych vzťahoch a interakciách (Riva, Triscoli, Lamm, Carnaghi, & Silani, 2016).

Vo všeobecnosti je hlavne začiatok dospievania, najmä na podklade prebiehajúcich hormonálnych zmien, spojený s nízkou frustračnou toleranciou, precitlivosťou aj voči bežným podnetom a reakciám, so zvýšenou impulzivitou či nedostatkom sebaovládania (Příhoda, 1977; Vágnerová, 2012). Aj preto je jednou z najdôležitejších úloh daného obdobia naučiť sa lepšie kontrolovať a prijateľným spôsobom vyjadrovať svoje emócie, rovnako ako aj lepšia orientácia vo vlastných pocitoch a v pocitoch iných (Kapur, 2015).

1.3.3 Sociálny vývin

V sfére vzťahov sa vďaka dospievaniu mení sociálne postavenie jedinca, vzťahy k dospelým sú čoraz viac rovnocenné a horizontálne (Příhoda, 1977). Jednou z najdôležitejších úloh dospievania je nadobudnúť väčšiu nezávislosť od rodičov (Macek, 2003). Zrejme aj preto sa v tomto období objavujú častejšie konflikty rodičov a ich dospievajúcich detí. Smetana, Yau, & Hanson (1991) uvádzajú, že vzájomné spory sú záležitosťou osobnej jurisdikcie a vyplývajú predovšetkým z rozdielnych pohľadov na sociálnu konvenciu. Kým rodičia vnímajú určité veci ako apriori správne, či v zmysle „takto sa to robí“, adolescenti ich považujú za záležitosť osobného rozhodnutia. V skutočnosti však väčšina adolescentov považuje ich vzťahy s rodičmi za šťastné a podporujúce (Steinberg, 2001), aj keď s postupujúcim časom trávajú s rodičmi menej času a intimita a blízkosť ich vzájomného vzťahu pozvoľna klesá. Tento proces začína už od nástupu dieťaťa do školy (Buhrmester, & Furman, 1987).

Na význame nadobúdajú vrstovnícke vzťahy, predovšetkým intímne a tzv. najlepšie priateľstvá, ktoré od rodiny preberajú úlohu zdroja istoty a naplňajú dospievajúcim potrebu akceptácie, pochopenia, seba-odhalenia a obojstrannej podpory. Navyše ich pripravujú na trvalejšie emocionálne vzťahy v dospelosti (Corsaro, & Eder, 1990; Langmeier, & Krejčířová, 2006). Na druhej strane, potreba byť skupinou rovesníkov prijatý a akceptovaný, významná predovšetkým v ranej a strednej adolescencii, vedie k prijatiu skupinovej identity (Říčan, 2004). To môže byť v prípade členstva v „zlej partii“ faktorom vyššej zraniteľnosti voči tlaku rovesníkov k rizikovým aktivitám (Corsaro, & Eder, 1990). Rovesníci sa stávajú dôležitými aj z iného hľadiska. S nástupom dospievania si adolescenti začínajú oveľa intenzívnejšie uvedomovať a zaujímať sa o pohľad iných ľudí, predovšetkým vrstovníkov, na svoju osobu. Rovnako self-koncept sa opiera o vnímanú sociálnu reputáciu (Davey, Yücel, & Allen, 2008).

V sociálnej oblasti tiež dochádza k experimentovaniu s rôznymi rolami a pozíciami, k nadobúdaniu nových sociálnych rolí. V priebehu adolescencie mladí ľudia získavajú všetky dôležité zručnosti potrebné k zastávaniu dospelých rolí, k oslobodeniu sa od prílišnej naviazanosti

na vlastnú rodinu a k vytváraniu zreých partnerských vzťahov v budúcnosti (Langmeier, & Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2012; Řičan, 2004).

1.3.4 Osobnostný vývin

Vývin osobnosti so všetkými jej psychickými, biologickými a sociálnymi znakmi je celoživotný a komplexný proces (Cakirpaloglu, 2012) a nie je možné ho považovať za záležitosť konkrétneho životného úseku (Vavrysová, 2018). Napriek tomu je obdobie dospievania vo všeobecnosti vnímané ako perióda, v ktorej osobnosť postupne dozrieva a stáva sa viac stabilnou (Meeus, Van de Schoot, Klimstra, & Branje, 2011). Okrem toho je možné pre obdobie adolescencie vymedziť najvýznamnejšie oblasti osobnostného vývinu a popísať niektoré špecifické osobnostné rysy dospievajúcich (Vavrysová, 2018).

Jednou z nesporných úloh prechodu z detstva do dospelosti je budovanie vlastnej identity (Macek, 2003). Tradičné pohľady považujú utváranie identity za náročné obdobie krízy, búrky a stresu (Hill, 2004). Adolescentný zápas o identitu začína okolo 12 rokov. Nezáväzným skúšaním rôznych rolí, postojov či názorov, ale aj postupnou rekapituláciou a zosúladovaním meniacich sa predstáv o sebe zažívaných v doterajšom živote, sa dospievajúci pokúša o odpoveď na otázku, „kto som“. Tá je spojená s objavovaním a následným prijatím relatívne stabilného systému osobne významných hodnôt, presvedčení a budúcich aspirácií. Charakteristickou čnosťou daného obdobia sa stáva vernosť a lojalita. Antitézou identity je zmätenie identity, nesúlad rolí a hodnôt, čo sa môže prejavovať ako nepriebojnosť alebo naopak vzdor a prijatie negatívnej identity. Tá v sebe nesie sociálne neprijateľné a napriek tomu rigidne potvrdzované prvky (Erikson, 2015). Niektoré výskumy (napr. Dumas, Ellis, & Wolfe, 2012) ukázali, že prijatie záväzku voči osobným hodnotám môže byť protektívnym faktorom rizikového správania adolescentov. Naopak, neukončený proces hľadania vedie k väčšej zraniteľnosti voči tlaku vrstovníckej skupiny k sociálne neakceptovateľnému správaniu.

Ako uvádza Vágnerová (2012), novovznikajúca schopnosť uvažovať o rôznych hypotetických alternatívach, o tom, čo všetko by mohlo byť inak, spôsobuje, že dospievajúci bývajú egocentrickí v oblasti poznávania. To sa odráža v ich osobnosti v podobe hyperkritickosti voči názorom iných, sklonu polemizovať, považovať svoje úvahy za výnimočné. Sú stále málo schopní kompromisov, či výnimiek, často je prítomná radikálnosť vychádzajúca z nadmerných generalizácií. Zrejme aj vďaka meniacemu sa pohľadu na svet a úlohu iných v ňom sa, v súlade s Freudovou koncepciou psychosexuálneho vývinu osobnosti, mení tiež perspektíva zo zamerania sa na výlučné napĺňanie svojich potrieb k obráteniu pozornosti na potreby iných. Rozvíja sa schopnosť altruizmu a nesebeckého záujmu. To sú významné premeny najmä v súvislosti s prípravou na prácu, manželstvo a založenie rodiny (Hall, Lindzey, Loehlin, & Manosevitz, 2002).

Napriek rastúcemu záujmu, výskumov zaoberajúcich sa dozrievaním, zmenami či stabilitou osobnostných rysov v adolescencii je relatívne málo. Na základe doterajších poznatkov je možné konštatovať, že v priebehu dospievania sa intenzita niektorých rysov zvyšuje, iných naopak znižuje (Klimstra, Hale, Raaijmakers, & Branje, 2009). Roberts, Walton, & Viechtbauer (2006) vo svojej meta-analýze ukázali, že sa adolescenti s rastúcim vekom vo všeobecnosti stávajú viac extravertovanými (sociálna vitalita), viac otvorenými voči skúsenosti, a menej labilnými. Block, & Block (1980, in Meeus et al., 2011) na základe teórie odolnosti (flexibilita voči environmentálnym nárokom) a kontroly ega (voči impulzom) definovali tri typy osobnosti: rezilientnú, nadmerne kontrolujúcu a impulzívnu. Meeus et al. (2011) v súlade s vyššie popisovanou meta-analýzou potvrdili, že v období ranej a strednej adolescencie prevláda medzi dospievajúcimi impulzívny typ osobnosti. Počas dospievania dochádza k systematickému posunu smerom k osobnostnej reziliencii. Niektoré rysy dospievajúcich môžu byť viac, iné menej rizikové v súvislosti s tendenciou k rizikovému správaniu (Dolejš et al., 2014). Napr. v súlade s trojdimenzionálnou typológiou osobnostných rysov boli u dospievajúcich majúcich skúsenosti s užívaním drog zistené vyššie hodnoty v dimenzii vyhľadávania nového a nižšie skóre vo vyhybaní sa poškodeniu

a závislosti na odmene v porovnaní s nerizikovými rovesníkmi (Ko et al., 2006). V našej práci sme sa zamerali na súvislosť impulzivity a depresivity s rizikovým správaním, ktorých opisu sa budeme venovať v nasledujúcom texte.

2 Rizikové správanie v období dospievania

„Dospievanie – problematické, nové, protikladné obdobie, ktoré sa občas prejaví výbuchom deštruktívneho správania, výtržnosťami i násilnosťou.“

Pavel Řičan

Rýchly telesný rast a fyziologický vývin, v kombinácii s mnohými premenami v psychosociálnej sfére, radia adolescenciu medzi periódy s najvyšším množstvom zmien v rôznych oblastiach a na všetkých úrovniach organizmu a osobnosti jedinca (Dolejš, 2010). Obdobie dospievania sa u rôznych druhov cicavcov, vrátane človeka, vyznačuje charakteristickými behaviorálnymi znakmi, k najvýznamnejším z nich patrí nárast rizikového správania a zvýšená tendencia vyhľadávania nového (Spear, 2000). Smart, Vassallo, Sanson, & Dussuyer (2004) uvádzajú, že viac ako polovica adolescentov sa aspoň raz ročne, a tretina jeden až dvakrát za rok, zapojí do aktivít, ktoré je možné považovať za rizikové. V nich sa mladý človek pod vplyvom rôznych faktorov správa nezodpovedajúco spoločenským normám či očakávaniam (Čerešník, & Gatial, 2014).

Ako hovorí Sobotková (2014), rizikové a antisociálne správanie adolescentov je prítomné v každej generácii. Aj prostredníctvom správania presahujúceho normy, rebelujúceho proti autoritám a posúvajúceho doterajšie hranice, preskúšavajú a získavajú dospievajúci zručnosti nevyhnutné pre zdarné vymanévrovanie tejto často stresujúcej periódy a získanie nezávislosti. Aj preto môžeme toto správanie chápať ako normálne vzhľadom k danému vývinovému obdobiu (Sobotková, 2014; Spear, 2000). Napriek tomu nie je možné rizikové správanie dospievajúcich podceňovať. Ako také patrí medzi súčasné aktuálne a významné výchovné a edukačné problémy. Aj preto poznanie konkrétnych foriem, či rizikových a pro-

tektívnych faktorov, je dôležitým podkladom efektívnych intervenčných programov (Čerešník, 2017).

2.1 Vymedzenie a koncepty rizikového správania

V odbornej literatúre nájdeme relatívne vysoký počet pojmov označujúcich rizikové správanie, ktoré sa často obsahovo a významovo prekrývajú. Dolejš, & Skopal (2015), považujú označenie rizikové správanie za zastrešujúce pre rôzne pojmy ako problémové, disocálne, asociálne, predelikventné, antisociálne, či delikventné správanie. Dolejš (2010, 9), z ktorého konceptu rizikového správania budeme vychádzať, definuje rizikové správanie ako „*správanie jedinca alebo skupiny, ktoré zapríčiňuje preukázateľný nárast sociálnych, psychologických, zdravotných, vývinových, fyziologických a ďalších rizík pre jedinca, jeho okolie a/alebo pre spoločnosť*“. Rovnako podľa Maceka (2003), rizikové aktivity vedú jednak k poškodzovaniu telesného a duševného zdravia dospievajúcich, jednak k ohrozeniu spoločnosti. Miovský et al. (2015) ďalej dodáva, že rizikové správanie je možné vedecky skúmať a pozitívne ovplyvniť cieľenými preventívnymi a liečebnými intervenciami.

Rizikové správanie je možné teoreticky vymedziť rôznymi spôsobmi. Väčšina prístupov zameriavajúcich sa na objasnenie faktorov a príčin rizikového správania kladie dôraz na jednu skupinu premenných – biologických, psychických alebo sociálnych (Dolejš, & Skopal, 2015). V súčasnosti, s rozvojom zobrazovacích metód, predovšetkým MRI, sa do popredia dostávajú biologické teórie, ktoré vysvetľujú vývin v adolescencii na podklade pokračujúceho vývinu mozgu (Steinberg, 2005; Giedd et al., 1999). Aj keď celková veľkosť mozgu dosahuje do veku 6 rokov takmer 90 % dospeljej veľkosti, v období dospievania a mladej dospelosti dochádza naďalej k intenzívnym štrukturálnym aj funkčným zmenám (Casey, Tottenham, Liston, & Durston, 2005). Dve z primárnych mozgových funkcií sa v adolescencii pritom vyvíjajú rôznym tempom. Frontálne laloky, podieľajúce sa na kontrole impulzov a uvedomovaní si dlhodobejšej perspektívy, dozrievajú pomalšie než limbický systém. To

môže byť jedným z vysvetlení, prečo sa dospievajúci v období strednej adolescencie zvyčajne zapájajú do rizikových aktivít častejšie ako starší adolescenti (Steinberg, 2005). Niektorí (napr. Spear, 2000) považujú tieto neuronálne zmeny, v porovnaní s vplyvom zvýšenia hladín pubertálnych hormónov, za dôležitejšie faktory rôznych emocionálnych a behaviorálnych problémov adolescentov.

Na základe dlhodobého výskumu rizikového správania amerických adolescentov, považuje Jessor (1993) rizikové správanie za komplexný fenomén zahŕňajúci rôzne kontextuálne aj individuálne premenné. Klasifikuje ich ako rizikové a protektívne faktory v piatich základných doménach. V rámci prvej, biologickej/dedičnej domény, k rizikovým radí napr. výskyt alkoholizmu v rodinnej histórii, protektívnou je vysoká inteligencia. Druhú skupinu tvoria premenné sociálneho prostredia, kde k rizikovým patrí okrem iného nízka ekonomická úroveň rodiny či rasová a etnická príslušnosť, protektívnymi faktormi sú napr. kvalitné vzdelávacie možnosti, rodinná súdržnosť či záujem o dospievajúcich zo strany dospelých. V tretej oblasti za rizikový faktor považuje model rizikového správania rodičov alebo priateľov, protektívne pôsobia modely konvenčného správania a vysokej kontroly voči porušovaniu noriem. Rizikovými osobnostnými faktormi sú predovšetkým nízke sebavedomie, pocit nedostatočných životných možností či prirodzený sklon k rizikovému správaniu, ako protektívne vníma najmä kladné hodnoty, zvlášť zdravie či zameranie na dosiahnutie úspechu, ale tiež nízku toleranciu voči odchýlkam. V piatej doméne týkajúcej sa vlastného správania dospievajúcich, medzi rizikovými faktormi identifikoval predovšetkým problémové pitie a slabý školský výkon, ako protektívne sa ukázali angažovanie sa v rôznych školských, dobrovoľníckych alebo cirkevných aktivitách. Jessor (1992) ďalej hovorí o tzv. syndróme rizikového správania, v rámci ktorého sa niekoľko rizikových aktivít vždy pravdepodobnejšie vyskytuje spoločne, napr. užívanie drog a kriminalita. Zdôrazňuje tak dôležitosť zamerania na celkový životný štýl adolescentov v rámci rôznych preventívnych a intervenčných programov.

2.2 Formy rizikového správania

Rovnako ako v prípade definícií a teoretických konceptov, je možné v literatúre nájsť tiež niekoľko klasifikácií rizikového správania. Z psychopatologického hľadiska je v rámci kategórií MKCH-10 možné rizikové správanie zaradiť medzi: poruchy správania (F91) a iné špecifikované poruchy správania a emócií so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania (F98.8); poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím (užívaním) psychoaktívnych látok (F10–F19); abúzus látok, ktoré nevytvárajú závislosť (F55); poruchy návykov a impulzov (F63); poruchy sexuálneho správania, konkrétnejšie, poruchy voľby sexuálneho objektu (F65). Vzhľadom na to, že nie všetky formy rizikového správania sú momentálne klasifikované v medzinárodných klasifikáciách chorôb, nie je toto vymedzenie vyčerpávajúce (Čerešník, & Gatiaľ, 2014; MKCH-10).

Podľa Čerešníka (2016a), v súčasnosti najobsiahlejší výpočet rôznych foriem rizikového správania podáva Sobotková. K rizikovému správaniu zaraďuje: záškoláctvo; klamanie; agresivitu a agresívne správanie; šikanu, kyberšikanu a násilné správanie; kriminálne jednanie; vandalizmus; závislostné správanie; rizikové správanie na internete; rizikové sexuálne správanie; rizikové správanie v doprave; extrémne rizikové športy a hazardné aktivity; užívanie anabolík a steroidov; nezdravé stravovacie návyky; extrémizmus; xenofóbiu, rasizmus, intoleranciu a antisemitizmus (Sobotková, 2014).

Dolejš (2010), vychádzajúc z viacerých odborných zdrojov vytvoril vlastné, eklektívne delenie rizikového správania, pričom zadefinoval sedem základných kategórií: 1. užívanie a zneužívanie legálnych a nelegálnych látok; 2. kriminalita; 3. šikana, hostilita a agresívne správanie; 4. problémové sexuálne aktivity; 5. školské problémy a priestupky; 6. extrémistické, hazardné a sektárske aktivity; 7. ostatné formy rizikového správania. Občas sa objavia nové rizikové aktivity, ako hranie digitálnych hier či kyberšikana, niektoré ustupujú do ústrania. Dolejšovho (2010) vymedzenia sa pridrža aj náš výskum, preto sa jednotlivým formám budeme podrobnejšie venovať nižšie v texte.

2.2.1 Užívanie a zneužívanie legálnych a nelegálnych látok

Užívanie návykových látok je významným problémom verejného zdravia (Madarasová Gecková et al., 2015). V celosvetovom rozsahu je takmer 9 % všetkých ochorení možné pripísať zneužívaniu a závislosti na psychoaktívnych látkach (Fischer, & Škoda, 2009). Vplyvom zdravotných ťažkostí spojených s užívaním tabaku zomiera vo svete ročne takmer 6 miliónov ľudí, asi 6 % všetkých úmrtí je spôsobených užívaním alkoholu (Mendis, 2014). Najviac a najčastejšie užívanými drogami sú alkohol a tabak (Sobotková, 2014), okrem nich do tejto kategórie radíme užívanie marihuany, pervitínu, kokainu, halucinogénnych húb, extázy a ďalších, ale aj zneužívanie liečiv a psychofarmák (Dolejš, 2010).

Jedným z najrizikovejších období z pohľadu iniciácie a ďalšieho užívania psychoaktívnych látok je adolescencia. Dospievajúci užívajú alkohol a marihuanu častejšie ako staršie vekové skupiny (Hemphill et al., 2011; Winters, & Arria, 2011). Čerešník (2016b), ktorý sledoval prejavy rizikového správania u slovenských dospievajúcich vo veku 10–15 rokov zistil, že výrazné riziko predstavuje predovšetkým alkohol, ktorý u 15-ročných dosahuje prevalenčné hodnoty až nad 90 %. Užívanie marihuany stúpa od 5. po 9. ročník základnej školy až desaťnásobne. Na základe slovenskej národnej správy (Madarasová Gecková et al., 2015) z medzinárodného výskumu HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children), v roku 2014 uviedli osobné skúsenosti s pitím alkoholu takmer tri štvrtiny respondentov, 21 % pije alkohol aspoň raz týždenne, skúsenosť s opitostou zažila takmer tretina 15-ročných. 19 % chlapcov a 14 % dievčat v danom veku užilo aspoň raz za život kanabis, s fajčením tabaku mala skúsenosti približne polovica 15-ročných, viac ako 50 % skúsilo cigaretu už vo veku 13 rokov a menej, pravidelne fajčí takmer pätina z nich. K veľmi podobným výsledkom u českých adolescentov dospeli aj Lepík, Dolejš, Miovský, & Vacek (2010). Zistili, že vo vekovej kohorte 11-ročných vyskúšalo cigarety takmer 25 % adolescentov, u 15-ročných to boli až tri štvrtiny. Aspoň jednu skúsenosť s alkoholom mala nadpolovičná väčšina (56 %) dospievajúcich a takmer tretina (31 %) respondentov užila niektorú z nelegálnych drog alebo liekov bez odporúčania lekára. Prvou užitou ne-

legálnou drogou bola najčastejšie marihuana, u niektorých sa vstupnou drogou stal kokaín. Järvelaid (2004) informuje, že priemerný vek prvej skúsenosti s fajčením tabaku je 11,5 roka, takmer polovica dospievajúcich vo veku 14–18 rokov fajčí viac než 5 cigariet denne, pričom 51 % z nich nepovažuje samých seba za fajčiarov.

Príčinou zvýšenej tendencie dospievajúcich k užívaniu návykových látok môže byť okrem iného aj testovanie vlastnej rozvíjajúcej sa nezávislosti, túžba robiť veci po svojom, prekračovať normy. Pripája sa neskúsenosť, nedostatok informácií, ale aj podceňovanie účinkov týchto látok na zdravie či rizika vzniku závislosti (Madarasová Gecková et al., 2015). Jedno z možných biologických vysvetlení podáva Spear (2000). Na základe animálneho modelu ukázal, že masívnejšie pitie alkoholu v teenagerských rokoch v porovnaní s dospelosťou môže vychádzať aj z nižšej senzitivity voči jeho akútnym účinkom, ako sú napr. poruchy motorickej koordinácie. Je možné tiež zvažovať množstvo ďalších potenciálnych rizikových, či protektívnych faktorov. Napr. Hemphill et al. (2011) zistili, že najvýznamnejšími rizikovými faktormi užívania alkoholu a ďalších drog u žiakov piatej až deviatej triedy základnej školy boli relatívna dostupnosť návykových látok, nepriaznivé rodinné prostredie, napr. antisociálne správanie, užívanie drog rodinnými príslušníkmi, pozitívne postoje rodiny voči užívaniu drog, školská neúspešnosť, školské problémy a rebélie, ale aj negatívny vplyv rovesníkov či priateľstvá s užívateľmi drog. Velleman, Templeton, & Copello (2005) považujú za mimoriadne dôležitú úlohu rodiny. Rizikové faktory pritom hľadajú v rôznych štrukturálnych a procesuálnych premenných rodinného prostredia. Napr. nízky objem komunikácie medzi rodičom a dieťaťom, nejasné očakávania a prítomnosť závažných a mnohých konfliktov sú všetko faktory potenciálne ležiace v pozadí zvýšenej vulnerability dospievajúcich voči užívaniu drog. Dôležité je tiež uvedomiť si, že pôsobenie týchto faktorov sa mení s vekom. Napr. vplyv rodinných rizikových faktorov klesá, vplyv vrstovníkov v priebehu adolescencie naopak stúpa (Kumpfer, Olds, Alexander, Zucker, & Gary, 1998).

Aj keď sú pravidelné užívanie alebo závislosť na drogách u mladých ľudí do 15 rokov pomerne zriedkavé, časné experimentovanie je dôle-

žitým prediktorom budúcej závislosti a iných súvisiacich problémov (Gfroerer, Wu, & Penne, 2002). Stredoškooláci, ktorí prvýkrát vyskúšali cigarety, alkohol, marihuanu alebo kokaín pred 11-tym rokom veku sa viac zapájajú do rizikového správania v porovnaní s neskoršími užívateľmi alebo neužívateľmi drog (DuRant, Smith, Kreiter, & Krowchuk, 1999). DuRant et al. (1999) zistili, že najsilnejším korelátom stredoškolských rizikových aktivít je pritom fajčenie tabaku, ktoré zodpovedá až za 21 % ich variancie. Výskumy zaoberajúce sa vplyvom návykových látok na vývin mozgu poukazujú na to, že užívanie drog v adolescencii znižuje okrem iného schopnosť učiť sa. Brown, Tapert, Granholm, & Delis (2000) ukázali, že adolescenti vo veku 15–16 rokov s protrahovaným užívaním alkoholu mali výrazne oslabené niektoré neuropsychologické funkcie, napr. verbálnu aj neverbálnu retenciu, slovné rozlišovanie a znovuvybavovanie informácií. Ako pripomína Dolejš (2010), experimentovanie s drogami však nemusí mať len negatívne dôsledky. Zážitok efektu drogy, preniknutie do iných stavov vedomia, môže viesť k uvedomeniu si, že drogy nie sú optimálnou životnou cestou.

2.2.2 Kriminalita

Dolejš (2010) považuje kriminalitu za zastrešujúci pojem pre vandalizmus a delikvenciu a vymedzuje ich ako spoločnosťou výrazne negatívne vnímané javy ohrozujúce jej hodnoty aj ju samotnú. Podľa Moffittovej (1993, in Higgins, Kirchner, Ricketts, & Marcum, 2013) vývinovej taxonómie sú dva typy delikventov. Perzistentní, začínajúci s delikventnou činnosťou už v batolačom veku, napr. v podobe hryzenia alebo kopania rovesníkov a pokračujúci až do dospelosti a adolescentní delikventi, ktorých je väčšina, a ktorých skutky súvisia s vývinovým obdobím. Sklenka, & Sklenková (2013) rozlišujú kriminalitu a delikvenciu v zmysle veku a právneho poriadku. Skutočnej trestnej činnosti, ktorá môže byť podľa Trestného poriadku (Trestný poriadok č. 301/2005 Zb.) osobitne stíhaná a môžu byť uložené zákonné tresty, sa môže dopustiť len právne mladistvý. Podľa trestného zákona č. 300/2005 Z.z sa za mladistvú považuje osoba, ktorá dovŕšila štrnásť a neprekročila osemnásť rok svojho veku.

V takom prípade ide o kriminalitu mládeže. Kriminalitu maloletých, neprijateľné a trestné správanie osôb mladších ako 15 rokov, označujú podobne ako Fischer, & Škoda (2009), Sobotková (2014) alebo Matoušek, & Kroftová (1998), pojmom delikvencia.

Kriminalita a delikvencia sa stávajú čoraz významnejším problémom. Čonka, & Čonková (2015) zdôrazňujú, že je dôležité poznať zloženie, motivácie a faktory kriminálnej činnosti dospievajúcich, čo sú nevyhnutné predpoklady jej efektívnej prevencie a regulácie. Čerešníček, & Gaťal (2014) vo svojom celoslovenskom šetrení prejavov rizikového správania u dospievajúcich v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania zistili, že medzi najpočetnejšie v rámci delikvencie patrili krádeže, falšovanie podpisov rodičov a fyzická agresia, naopak, medzi najmenej zastúpenými boli problémy s políciou. Aj keď podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO, 2015) fyzické násilie kulminuje v neskorej adolescencii a v mladej dospelosti, skúsenosti s ním majú aj mladší. Podľa výsledkov štúdie HBSC z roku 2014 (Madarasová Gecková et al., 2015) sa do fyzickej bitky na Slovensku zapojila polovica chlapcov a pätina dievčat vo veku do 15 rokov. Medzi najčastejšie druhy kriminality páchanej mladistvými na Slovensku ďalej patria drobné krádeže, poškodzovanie cudzej veci, najčastejšie grafitmi, lúpeže, vydieranie alebo ublíženie na zdraví najmä prostredníctvom fyzickej bitky, sexuálne zneužívanie, typicky ide o sexuálny pomer s osobou mladšou ako 15 rokov a drogová kriminalita (Čonka, & Čonková, 2015). Carlo, Koller, & Eisenberg (1998) ako najčastejšie prečiny u delikventov vo veku 16 rokov v brazílskych väzniciach pre mladistvých uvádzajú obchodovanie s drogami, prostitúciu, krádeže, lúpeže, násilné útoky, násilné sexuálne činy, ale aj zabitie či pokus o zabitie.

Medzi významné kriminogénne faktory patrí okrem iného rodinné prostredie a vplyv rovesníkov. Delikventi nebývajú vrstovníkmi príliš obľúbení, majú deficit v dôležitých sociálnych zručnostiach, buď v schopnosti riešiť problémy, alebo vychádzať s ostatnými. Potrebu ocenenia preto napĺňajú prostredníctvom členstva v dissociaálnych skupinách, v ktorých už býva prítomné delikventné správanie alebo napr. abúzus návykových látok. Tie spravidla antisociaálne správanie svojich členov následne priamo iniciujú (Dishion, Patterson, & Griesler, 1994). Jedným z faktorov vyššej

vulnerability niektorých dospievajúcich z pohľadu členstva v rizikových skupinách a súvisiaceho delikventného správania môže byť aj dysfunkčná výchova v rodine. Henneberger, Tolan, Hipwell, & Keenan (2014), ktorí skúmali delikty dievčat na pomedzí ranej a strednej adolescencie potvrdili, že príliš prísne rodičovské tresty v mladšom veku sú významným prediktorom delikventného správania v období dospievania. Delikventné správanie dospievajúcich má tiež súvis s ekonomickým zázemím rodiny. Chudoba a nedostatok finančných prostriedkov, najmä v spojení s nevy-spytateľnou alebo tvrdou disciplínou, nízkym záujmom zo strany rodičov a narušenou vzťahovou väzbou, inhibuje vplyv neformálnej sociálnej kontroly a podporuje juvenilnú delikvenciu (Sampson, & Laub, 1994).

Ako pripomínajú Kovářová, Řezáč, Hrušková, & Runčáková (nedat.), v súlade s vyššie popísanou Mottiffovej typológiou, delikvencia mladistvých má vo všeobecnosti epizodický charakter. Najviac rozšírená je medzi štrnástym a šestnástym rokom, väčšina prípadov do dospelosti sama postupne odznieva.

2.2.3 Šikanovanie, hostilita a agresívne správanie

Šikanovanie je zvláštnym prípadom nepriateľského, agresívneho, hostilného a násilníckeho správania medzi spolužiakmi na školách (Dolejš, 2010). Kolář (2001), ktorý sa dlhodobo zaoberá problematikou šikanovania, vo svojej definícii zdôrazňuje, že ide o úmyselné a opakované jednanie, pri ktorom jeden alebo viac žiakov prostredníctvom agresie a manipulácie zotročuje alebo týra iného alebo viacerých spolužiakov. Podľa Řičana (1995), k šikanovaniu dochádza vtedy, keď jednotlivec alebo skupina opakovane, teda nie jednorázovo, obmedzuje alebo verbálne, či fyzicky napáda iného slabšieho jednotlivca alebo skupinu. Ide o rôzne slovné urážky, posmešky, nevhodné a zraňujúce poznámky, aj o rodine, vyhrážky, bitky, kopance či zamykanie v miestnosti. Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR chápe šikanovanie ako úmyselné a opakované ublíženie, ohrozenie, zastrašovanie alebo útok voči žiakovi alebo skupine, ktorí sa nevedia alebo nemôžu účinne brániť. Rozlišuje pritom okrem priamych foriem, ako sú napr. fyzické útoky, urážanie, príkazy, zastrašo-

vanie, či kyberšikanovanie, aj nepriame formy ako prehliadanie, ignorovanie, vyčleňovanie alebo vystavovanie agresívnym situáciám (MŠVVaŠ SR, 2018). Olweus (1997) vymedzuje šikanovanie ako stav, v ktorom je nejaký žiak opakovane vystavený negatívnym aktivitám iných žiakov. Vo všetkých definíciách šikanovania možno nájsť základné charakteristiky, ktorými sú opakovanie, nepomer síl medzi obeťou a agresorom a systematické zneužívanie moci s cieľom spôsobiť obeti fyzickú alebo emocionálnu ujmu (Rose, Monda-Amya, & Espelage, 2011).

Aktérmi šikanovania sú predovšetkým agresori a obeť, na šikanovaní však určitým spôsobom a v rôznom rozsahu participujú aj ostatní spolužiaci (Rose, 2011). Olweus (1997) definuje dve základné skupiny obetí aj agresorov. Medzi obeťami typicky identifikuje tzv. pasívne obeť, ktoré sa nijako aktívne nebránia proti agresívnemu správaniu. Títo jedinci bývajú vo všeobecnosti anxiózní a neistí, opatrní, precitliví, tichí a v interpersonálnych interakciách submisívni. Často trpia negatívnym sebaopätím a nízkou sebadôverou. Do druhej skupiny zaraďuje tzv. provokujúce obeť, ktoré pravdepodobnejšie vyvolávajú nepriateľské správanie v dôsledku určitých neprijímaných vlastností. Býva u nich prítomná kombinácia úzkostných a agresívnych reakcií, mávajú problémy s koncentráciou, niektorí z nich môžu byť charakterizovaní ako hyperaktívni. Agresori môžu byť buď pasívni, tzv. nasledovatelia alebo prisluhovači, ktorí sa k šikanovaniu pripájajú po jeho iniciácii inou osobou. Zvyčajne bývajú svojim okolím menej obľúbení a akceptovaní. Typicky sú však agresori aktívni, s agresívnym, impulzívnym a neempatickým správaním voči rovesníkom, ale aj voči dospelým, učiteľom a rodičom nevynímajúc.

Šikanovanie môže mať a zvyčajne máva vážne následky pre zdravie a životnú pohodu nielen obetí, ale aj agresorov a celý systém (Rigby, 2003). Aj preto je odpoveď na otázku, koľko je šikanovania, kto sú obeť a kto sú agresori veľmi dôležitá, nie však jednoduchá. Šikanovanie totiž môže mať rôzne podoby a závažnosť a častokrát zostáva pred dospelými dlho utajené (Řičan, 1995). Whitney, & Smith už v roku 1993 zistili, že minimálne občas zažíva šikanovanie až 10 % 11–16 ročných, aspoň raz týždenne sú to 4 % adolescentov. K najčastejším formám patrili nevhodné prezývky a urážky, ktoré zakúšalo až 62 % šikanovaných, ďalšími boli

ohováranie, zastrašovanie a fyzické útoky v podobe kopancov a úderov. Dôležitým zistením tiež bolo, že len približne polovica obetí sa so svojim trápením zdôverila učiteľovi alebo rodičom, len polovica očakávala, že učitelia skutočne zasiahnu a každý druhý šikanovaný bol presvedčený, že sa po odhalení šikanovania stane terčom nesympatií zo strany ostatných. K porovnateľným záverom dospela aj štúdia HBSC, kde podľa slovenských výsledkov z roku 2014 zažíva prejavy šikanovania minimálne 2–3-krát za mesiac každý desiaty adolescent vo veku do 15 rokov. Chlapci sú pritom vo vyššom riziku, že sa stanú obeťou, ale zároveň sa aj sami viac zapájajú do šikanovania v porovnaní s dievčatami. Najčastejšími dôvodmi šikanovania boli výsmech z postavy, rasa alebo farba pleti a zlá situácia v rodine (Madarasová Gecková et al., 2015).

V súčasnosti sa vďaka rýchlemu rozvoju komunikačných technológií stáva významným problémom aj tzv. kyberšikanovanie. Špecifickými prvkami hostilného správania v kyberpriestore sú predovšetkým anonymita agresorov, útoky v ktorúkoľvek dennú aj nočnú hodinu či potenciálne neobmedzené publikum zosmiešnenia obeť (Augustinová et al., 2015). Čerešník (2016b) informuje, že 8,4% adolescentov na Slovensku vo veku 10–15 rokov zažilo za posledný mesiac zosmiešnenie na internete prostredníctvom sociálnych sietí, blogov apod.

2.2.4 Rizikové sexuálne aktivity

V období adolescencie dochádza vo všeobecnosti k prebudeniu sexuálnych potrieb, k zameraniu na heterosexuálne vzťahy a k prvým sexuálnym aktivitám (Dolejš, 2010). Prevažná väčšina chlapcov aj dievčat zažije vo veku do 15 rokov prvé zaľúbenie, prvé rande alebo prvé chodenie (Price, Hides, Cockshaw, Staneva, & Stoyanov, 2016; Madarasová Gecková et al., 2015). Aj v dôsledku nových interpersonálnych situácií sa dospievajúci potenciálne ľahšie dostávajú do rôznych foriem rizikového sexuálneho správania, ku ktorým Dolejš (2010), citujúc rôznych autorov, zaraďuje: predčasný začiatok pohlavného života pred dovŕšením zákonnej vekovej hranice 15 rokov, sexuálny styk spojený s predčasným tehotenstvom, rodičovstvom alebo potratom, problémy s partnerskými vzťahmi alebo ne-

zvládnuté rozchody, ktoré môžu byť podkladom pre suicidálne správanie alebo iné rizikové aktivity, ako napr. užívanie/zneužívanie návykových látok, sexuálne orientované agresívne činy, prostitúcia, aktivity spojené s pornografickou produkciou, promiskuitné sexuálne správanie a prenos pohlavných chorôb, najmä HIV/AIDS. Miovský et al. (2015) ďalej upozorňuje na nové trendy, kedy si adolescenti medzi sebou navzájom posielajú intímne fotografie prostredníctvom telefónu alebo ich zverejňujú na internete, čo so sebou prináša riziko zneužitia tretími osobami.

Pozrime sa na niekoľko faktov spojených s rizikovým sexuálnym správaním dospievajúcich. Výsledky celoslovenských prieskumov (Čerešník, & Gatiaľ, 2014; HBSC – Madarasová Gecková et al., 2015) ukázali, že vo veku do 15 rokov malo skúsenosť s pohlavným stykom takmer 8–18 % chlapcov a 4–14 % dievčat. Podobná je tiež situácia u kanadských adolescentov, kde vo veku do 15 rokov malo prvý pohlavný styk 8–12 % dospievajúcich (Rotermann, 2008). Madkour, Farhat, Halpern, Godeau, & Gabhainn (2010), ktorí porovnávali vplyv vybraných psychosociálnych faktorov súvisiacich so skorým začiatkom sexuálneho života (pred dovršením veku 16 rokov) v štyroch rôznych európskych krajinách, vrátane Poľska a USA, zistili, že adolescenti pravidelne užívajúci tabak a alkohol a adolescenti s problémovým vzťahom ku škole sa stávajú sexuálne aktívnymi v nižšom veku, v porovnaní s ich rovesníkmi. Pozitívna rodičovská komunikácia sa ukázala ako protektívny faktor. Price et al. (2016), ktorí analyzovali viac ako 4000 záznamov z poradenských stretnutí s adolescentmi zistili, že medzi najčastejšie dôvody, pre ktoré dospievajúci vyhľadávajú odbornú pomoc, patria ťažkosti s partnerskými vzťahmi, predovšetkým negatíva spojené s neželanými rozchodmi. Tie vedú okrem iného k zdravotným problémom a k sebapoškodzovaniu, pričom až u takmer 14 % adolescentov bol rozchod dôvodom suicidálnych pokusov. Vzhľadom na tendenciu k riskovaniu aj v oblasti pohlavného života, sú adolescenti vo vyššom riziku rôznych negatívnych následkov, ako je nechcené tehotenstvo alebo sexuálne prenosné choroby (Rotermann, 2008). Napr. v USA bolo v roku 2000 zaznamenaných 18,9 miliónov nových prípadov sexuálne prenosných chorôb, 48 % z nich medzi dospievajúcimi vo veku 15–24 rokov (Weinstock, Berman, & Cates, 2004).

Vzhľadom na vyššie uvedené je dôležité poznamenať, že spôsob, akým mladý človek prežíva svoje oboznamovanie sa a objavovanie romantických vzťahov a vlastnej sexuality, má významný vplyv na jeho zdravie a ďalší vývin (Madarasová Gecková, et al., 2015).

2.2.5 Školské problémy a priestupky

Od začiatku školskej dochádzky sa žiaci učia rešpektovať normy a pravidlá školy. Nedodržovanie školského poriadku označuje Jurovský (1955) ako školské priestupky, pričom rozlišuje niekoľko druhov a foriem. Radí k nim napr. nedostatočnú prípravu do školy, vyrušovanie počas vyučovania, nerešpektovanie autority učiteľa (najmä druhý stupeň základnej školy), záškoláctvo, agresiu voči spolužiakom a šikanovanie, fajčenie a pitie alkoholu, ale aj podvody, opisovanie a klamanie. Anderman, Griesing, & Westerfield (1998) sa pokúsili odpovedať na otázku, prečo sa niektorí adolescenti zapájajú do podvádzania v škole, kým iní nie. Na súbore takmer 300 žiakov druhého stupňa základnej školy ukázali, že motivácie pre podvádzanie sú hlavne vonkajšie. Tí, čo podvádzali, pocitovali tlak na výkon a schopnosti, rovnako ako aj určitú súťaživosť medzi spolužiakmi.

Jedným z významných problémov spojených s potenciálne vážnymi dôsledkami je aj slabá školská dochádzka. Tá sa tradične klasifikovala buď ako odmietanie školy v dôsledku emočného distresu, alebo ako záškoláctvo, v dôsledku nezájmu o vyučovanie alebo antisociálneho správania (Finning, Moore, Ukoumunne, Danielsson-Waters, & Ford, 2017). V poslednom čase vzrastá vedecký záujem predovšetkým o problematiku, prevalenciu, príčiny a možnosti prevencie záškoláctva. Nerešpektovanie vnútorného poriadku školy, vynechávanie vyučovania a úteky zo školy či túlanie sa, sú totiž významnými prediktormi budúcich delikventných činov dospievajúcich (Sklenka, & Sklenková, 2013; Baier, 2016). Záškoláctvo, teda neospravedlnené absencie z vyučovania, radia DeSocio, VanCura, Nelson, Hewitt, Kitzman, & Cole (2007) medzi desať najvýznamnejších školských problémov. Neodôvodnená neprítomnosť v škole môže totiž okrem vyššie spomínaného viesť k vážnym

akademickým problémom a k hrozbe vylúčenia zo školy. Podľa národných výsledkov štúdie HBSC, približne 12 % 11-ročných a viac ako štvrtina 15-ročných chýbala v škole bez ospravedlnenia aspoň raz v priebehu jedného roka (Madarasová Gecková et al., 2015). Príčiny pre záškoláctvo môžu byť rôzne. Baier (2016) ich vidí jednak na individuálnej úrovni, jednak v samotnom prostredí školy. Na vzorke takmer 40-tisíc adolescentov s priemerným vekom 15 rokov medzi rizikovými faktormi identifikoval predovšetkým dysfunkčné domáce prostredie, slabú sebakontrolu, vplyv rovesníkov, ale aj necitlivé správanie a nízku kontrolu zo strany učiteľov a nevyhovujúce vzťahy so spolužiakmi. Zlý školský prospech sa ukázal ako menej významný.

2.2.6 Extrémistické, hazardné a sektárske aktivity

Podľa Dolejša (2010) ide o činnosti, ktoré majú niektoré spoločné charakteristiky: je prítomné baženie po riziku spojené s aktívnym vyhľadávaním rôznych foriem týchto aktivít a súčasne znížená schopnosť posúdiť ich možné následky. Zaraďuje k nim patologické hráčstvo (gambling), extrémizmus a sektárstvo a adrenalínové a extrémne športy.

Podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10), patologické hráčstvo spadá pod poruchy návykov a impulzov (F63.0) a je definované ako časté, opakované epizódy hazardného hrania, ktoré negatívne ovplyvňujú rôzne oblasti života, hodnôt a záväzkov. Ako také môže byť diagnostikované u dospelých, resp. u adolescentov vo veku 18 rokov a viac (NCZI, 28. decembra 2018). Gamblérske aktivity mladých typicky zahŕňajú rôzne činnosti, ako sú športové stávky, poker, kocky, bingo, výherné automaty mimo kasín, dostihy, vyhadzovanie mincí, ťahanie špaglí, internetové hranie, lotérie a tomboly či stieracie žreby (Verbeke, & Dittrick-Nathan, 2007). Hráčske správanie začína relatívne skoro. Ladouceur, Dube, & Bujold (1994) zistili, že až 86 % detí a adolescentov vo veku 8–12 rokov sa niekedy v živote stavilo o peniaze a viac ako tretina dala do stávky niečo pre nich osobne cenné. Viac než 8 % respondentov hralo karty alebo sa zapojili do športového tipovania minimálne jedenkrát týždenne. Adolescenti sú vzhľadom k vyššej tendencii k rizikovému

správaníu v porovnaní s dospelými viac zraniteľní z pohľadu hráčskych problémov. Shaffer, Hall, & Bilt (1999) na základe meta-analýzy potvrdili signifikantne vyššiu celoživotnú (3,9 % adolescenti vs. 1,6 % dospelí) aj ročnú prevalenciu klinického aj subklinického patologického hrania v porovnaní s dospelými.

Ďalšou skupinou hazardných aktivít u dospievajúcich sú podľa Dolejša (2010) adrenalínové a extrémne športové aktivity. Ako hovorí Brymer (2010), v posledných dvoch dekádach dochádza k výraznému nárastu ich popularity. Caine (nedat.) uvádza, že medzi deťmi a adolescentmi v USA vo veku 6–17 rokov patrili k najobľúbenejším extrémnym športom bicyklovanie (BMX, horské), lezenie (športové, indoorové, skalné), skateboarding, snowboarding a vodné lyžovanie. Tradičné teoretické perspektívy chápali participáciu na extrémnych športoch primárne ako túžbu riskovať založenú na sebaklame alebo nezdravom vyhľadávaní vzrušenia, nebezpečenstva, nekontrolovateľnosti alebo neistoty. Podľa novších poznatkov riziko prítomné pri adrenalínových športoch nie je primárnym cieľom. Extrémne športy prinášajú iné benefity. Jedným z nich je naplnenie potreby slobody: oslobodenie sa od zábran, strachu, zážitok slobody pohybu, zážitok neopakovateľnosti situácie a prežívanie slobody voľby a zodpovednosti (Brymer, 2010).

V dnešnej dobe sa u dospievajúcich tiež často stretávame s extrémizmom či rasizmom (Dolejš, 2010). To potvrdzuje aj Lepík et al. (2010), podľa ktorého takmer 30 % páchatelov extrémistických činov v Česku sú adolescenti.

2.2.7 Ostatné formy rizikového správania

Miovský et al. (2015) zaraďuje v širšom poňatí k rizikovým aktivitám dva okruhy, ktoré rozširujú koncept rizikového správania. Sú nimi poruchy a problémy spojené so syndrómom týraného a zanedbávaného dieťaťa a poruchy príjmu potravy. Krejčířová, & Skopalová (2007) ďalej k nelátkovým závislostiam pridávajú závislosť na nakupovaní, závislosť na počítačoch a internete a workoholizmus.

V tejto kapitole sme sa venovali vymedzeniu, konceptom, definíciám a konkrétnym formám rizikového správania adolescentov. V ďalšom texte sa sústreďíme na súvislosti rizikového správania s vybranými faktormi, depresivitou a impulzivitou.

3 Depresivita, depresia

*„Depresia je porucha duševného ustrojenia, tak záhadne bolestivá
a nepostihnuteľná v spôsobe, akým sa prejavuje subjektu,
že sa blíži hranici, kde končí každá možnosť opisu.
Tiež preto zostáva takmer mimo chápania tých, ktorí ju neprežili
v tejto drasticknej podobe...“*
W. Styron: Viditeľná temnota

3.1 Vymedzenie a koncepty depresivity, depresie

Depresiu a depresivitu je možné chápať dvojako – ako osobnostný rys, ladenie, pre každého jednotlivca charakteristickú hladinu depresívnych prejavov, ktoré sa uplatňujú v prežívaní a vnímaní udalostí skrz optiku smútku, pocity skleslosti, opustenosti alebo beznádeje. Pojem depresivita tiež označuje aktuálny psychický stav jednotlivca trpiaceho rôznymi momentálnymi príznakmi depresie určitej intenzity, kolísanie depresívneho ladenia, od subklinického po klinické (Dolejš, Skopal, Suchá, & Charvát, 2018). V rámci tejto práce budeme vzhľadom na použitú výskumnú metódu chápať depresivitu nie ako osobnostný rys, ale ako psychický stav. V klasickej psychopatológii označuje pojem depresia jednak symptóm, chorobne smutnú náladu, jednak syndróm, v ktorom sa k depresívnej nálađe pridávajú aj ďalšie symptómy, ako sú porucha myslenia a spomalenie psychomotoriky, a napokon aj nozologickú jednotku. V rámci Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH-10) patrí depresia medzi poruchy nálady (F30-F39), pričom zahŕňa depresívnu epizódu (F32) od miernej až po ťažkú, rekurentnú depresívnu poruchu (F33; F38.1) a dystýmiu (F34.1) (Heretik, Heretik et al., 2007). Depresiu je možné definovať ako patologicky pokleslú náladu, mimoriadne intenzívnu, hlbokú a dlhotrvajúci smútok, ktorý nezodpovedá životnej situácii jedinca. K typickým príznakom depresie patrí okrem smútku a depresívnej nálady aj pesimizmus až zúfalstvo, abúlia a rezignácia, sebvýčitky, únava, znížená ener-

gia, nechutenstvo a sexuálna apetencia (Praško, & Kosová, 1998). Tieto symptómy vážne poškodzujú a negatívne ovplyvňujú život človeka. Niekedy až do takej miery, že sú príčinou suicidálnych rozlád či pokusov (Iyer, & Khan, 2012).

Poruchy nálady patria medzi rekurentné a zneschopňujúce ochorenia s najvyššou prevalenciou a častým skorým nástupom (Costello et al., 2002). Celoživotná prevalencia depresívnej poruchy je nad 16 %, incidencia 11 %, 1-ročná prevalencia okolo takmer 7 %, ženy ňou trpia približne dvakrát častejšie než muži (Kessler et al., 2003; Kryl, 2002; Heretik, Heretik et al., 2007). Podľa odhadov Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO, 1997) sa unipolárna depresia stane v roku 2020 globálne druhou najvýznamnejšou zdravotnou záťažou, kým v roku 1990 jej v rebríčku 15-tich najčastejších príčin chorobou zníženej kvality života (v jednotkách DALY – disability-adjusted life years) patrila štvrtá priečka. Vo vekovej skupine 15–44 rokov bola dokonca identifikovaná ako vôbec najčastejšia príčina tzv. stratených rokov normálneho života.

Podľa súčasných predpokladov je depresia dôsledkom psychologických a biologických faktorov (Kryl, 2002). K najvplyvnejším psychologickým teóriám patria psychodynamické a kognitívno-behaviorálne. Psychoanalytické teórie vidia pôvod depresívnych sklonov v deprivujúcich raných zážitkoch, ktoré spočívali v nadmernej kritike a výchove k výkonu. Tie viedli k pocitom odmietania, strachu zo straty lásky, nedostatočnosti, vysokej sebakritickosti a proti sebe namierenej zlosti a k nadmernej potrebe schválenia inými, interpersonálnej závislosti. Rigidné vyžadovanie sociálneho súhlasu vyvoláva u druhých negatívne reakcie, čo osoby so sklonom k depresii utvrdzuje v ich maladaptívnych a dysfunkčných postojoch a presvedčeniach, čím sa vytvára bludný kruh. Subjekt sa ocitá v neustálom strese (Luyten, & Blatt, 2012). Hlavný predpoklad behaviorálnej teórie spočíva v tom, že kľúčovú úlohu v rozvoji depresie zohráva nedostatok pozitívnych posilnení zo strany druhých či málo osobne cenených príjemných zážitkov a skúseností (Lewinsohn, & Libet, 1972). Podľa Seligmanovej kognitívnej teórie je depresia prejavom naučenej bezmocnosti v dôsledku stretov s nekontrolovateľnými situáciami. U niektorých osôb následne vedú k presvedčeniu, že nedo-

kážu vlastným pričinením prispieť k zlepšeniu. Tvárou v tvár traume sú pasívni, neschopní vnímať možné riešenia a prežívajú emocionálny stres (Seligman, 1972). Beck (1970) vidí depresívnych pacientov ako osoby, pre ktoré je typická neustála prítomnosť chybných, sebaidealizujúcich a patologicky sebakritických presvedčení. Hovorí o tzv. kognitívnej nedostatčnosti, kedy jedinec nedokáže vnímať pozitívne stránky skutočnosti, ani sa poučiť zo svojich zraňujúcich skúseností. Uplatňuje sa beznádej vyplývajúca z negatívneho sebaobrazu a negatívneho obrazu sveta a budúcnosti.

V ďalšom texte sa zameriame na špecifiká depresivity dospievajúcich a na súvislosť depresivity s rizikovým správaním v období adolescencie.

3.2 Depresivita, depresia u adolescentov

Adolescencia je obdobím významných premien a vývinu v takmer všetkých oblastiach života. Jednou z mnohých zmien je aj nárast adolescentnej psychopatológie, kedy sú dospievajúci ohrození rastúcou prevalenciou úzkostných a schizoafektívnych porúch, vrátane depresívneho syndrómu (Čerešník, & Dolejš, 2015). Termín depresia sa u adolescentov spája s kontinuum afektívnych výkyvov od relatívne normálnej reakcie na určité životné situácie v podobe smútku či sklamaní, cez dysforickú náladu, až po závažnú symptomatológiu klinického významu, veľkú depresívnu epizódu či bipolárnu poruchu (Galambos, Leadbeater, & Barker, 2004; Bansal, Goyal, & Srivastava, 2009). Veľmi často sú poruchy nálady u adolescentov komorbidné s inými ochoreniami, ako je zneužívanie návykových látok, poruchy správania či úzkostné poruchy (Stowell, & Estroff, 1992).

Podobne ako u dospelých, aj u dospievajúcich je depresia spojená so širokým spektrom symptómov. To je vo všeobecnosti menej špecifické, preto býva depresia u detí a dospievajúcich často rozpoznávaná až v druhom rade (Dolejš et al., 2018; Zuckerbrot, & Jensen, 2006). Prvé príznaky depresie bývajú u dospievajúcich skôr atypické, najčastejšie sú prítomné nevysvetliteľné fyzické symptómy, poruchy príjmu potravy, anxiety, odmietanie školskej dochádzky, zhoršenie školského výkonu, či poruchy

správania, alebo užívanie návykových látok (Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012). V školskom prostredí sa prejavuje určitá rezignácia na úspech, v depresívnom stave nie sú adolescenti schopní využiť šancu, podať kvalitný výkon alebo sústrediť sa na úlohu, prežívajú tiež úzkosť pri testovaní vedomostí (Hort, Hrdlička, Kocourková, & Malá, 2008). Jedným z najdôležitejších príznakov odlišných od priebehu u dospelých je vysoká podráždenosť. Klasifikačné systémy, MKCH-10 a DSM-IV síce definujú depresi u adolescentov a dospelých podobne, no DSM-IV za kľúčové diagnostické vodítko u detí a dospievajúcich považuje skôr prítomnosť zvýšenej dráždivosti než depresívnej nálady (Thapar et al., 2012).

Prevalencia depresie rastie s nástupom puberty a v pokračujúcom období adolescencie takmer lineárne (Davey, Yücel, & Allen, 2008). Celkovo spĺňa v konkrétnom čase kritériá pre depresi 3–9% teenagerov, celoživotná prevalencia depresie u adolescentov je 20% (Zuckerbrot, & Jensen, 2006), 1-ročná prevalencia na konci adolescencie presahuje 4% (Thapar et al., 2012). V adolescentnom období však nedochádza len k všeobecnému zvýšeniu depresivity, ale tiež k určitým medzipohlavným posunom. Kým prepubescentní chlapci bývajú viac depresívni ako dievčatá (Cyranski, Frank, Young, & Shear, 2000), vo veku od 12–13 rokov je u chlapcov aj dievčat výskyt depresívnych symptómov, či prevalence depresívnych ochorení (veľkej depresívnej epizódy), relatívne rovnaký, v období medzi 13–16 rokmi dochádza u dievčat v porovnaní s chlapcami k významnému nárastu depresívnej symptomatológie, ktorý pokračuje až do dospelého veku (Galambos et al., 2004). Už vo veku okolo 15 rokov je u dievčat dvakrát vyššie riziko depresívnej epizódy v porovnaní s chlapcami (Cyranski et al., 2000). Tento trend výraznejšieho nárastu depresivity u dievčat vo veku 13 rokov potvrdzujú aj celorepublikové normalizačné šetrenia s českými adolescentmi navštevujúcimi druhý stupeň základných škôl či prvý stupeň osemročných gymnázií (Dolejš et al., 2018). Jedným z možných vysvetlení sú väčšie rozdiely v pohlavnom dozrievaní a sekundárnych pohlavných znakoch medzi dievčatami, čo následne ovplyvňuje ich sebahodnotenie aj sociálny status (Costello et al., 2002). Nárast depresie v adolescencii je možné pozorovať aj medzigeneračne. Svedčí o tom napr. množstvo antidepresív predpísaných deťom

a adolescentom vo veku do 18 rokov vo Veľkej Británii, ktoré medzi rokmi 1992 až 2001 vzrástlo až 1,7-násobne (Murray, de Vries, & Wong, 2004).

Faktory prispievajúce k zvýšeniu depresívnych stavov adolescentov môžu byť rôzne. Patria k nim napr. v rámci primárnej rodiny nezhody medzi rodičmi či ekonomické ťažkosti, v prostredí školy zas neoptimálne vzťahy so spolužiakmi, až šikanovanie, z osobnostných faktorov sú to napr. zvýšený neuroticizmus, interpersonálne zameranie a nadmerná ruminácia (Bansal et al., 2009; Goodwin, & Gotlib, 2004). Vysvetlenia rastúcej depresivity adolescentov je možné nachádzať na rôznych úrovniach. Biologické vysvetlenie podávajú napr. Nelson, Leibenluft, McClure, & Pine (2005), podľa ktorých nárast depresie v adolescencii súvisí s nerovnomerným dozrievaním neuronálnej siete spracovávajúcej sociálne informácie. Danú sieť tvoria tri uzly. Vývin detekčného, rozlišujúceho sociálne signály, je ukončený v detstve ešte pred nástupom adolescencie. U ďalších dvoch, emočného a kognitívno-regulačného, dochádza k významným zmenám aj v období dospievania. Emočný uzol siete, subkortikálny limbický systém, dozrieva pritom skôr než kortikálny, kognitívno-regulačný. V dôsledku toho nie sú silné emočné reakcie na sociálne stimuly dostatočne tlmené. Iní autori (Davey et al., 2008) vysvetľujú zvýšenú vulnabilitu voči depresii u dospievajúcich na podklade rozvíjajúcich sa mentálnych procesov. Podľa tejto teórie je vyššia depresivita adolescentov cenou za rozvíjajúcu sa schopnosť tvorby mentálnych reprezentácií budúcnosti, predovšetkým v podobe komplexných, ale krehkých budúcich cieľov, kde prekážky v ich napĺňaní sú významným zdrojom následnej frustrácie. Jednou z dôležitých premien v období adolescencie je tiež posun v hierarchii väzbových postáv od rodičov k rovesníkom, v podobe blízkych priateľstiev a prvých partnerských vzťahov. Ten môže byť pre niektorých dospievajúcich, najmä s neistým väzbovým štýlom, vzhľadom na ich všeobecne nižšiu sebadôveru či vyšší distress a horšiu reguláciu emócií, vnímaný ako ohrozujúci a byť tak podkladom zvýšenej depresívnej symptomatológie (Cyranowski et al., 2000).

Depresia u adolescentov môže viesť k vážnym následkom, vrátane zvýšenej suicidality. Samovražda je celosvetovo jednou z najčastejších príčin smrti dospievajúcich, pričom psychiatrické ochorenia, najmä po-

ruchy nálady a predovšetkým depresia, patria medzi najvýznamnejšie rizikové faktory (Pelkonen, Karlsson, & Marttunen, 2011; Windfuhr et al., 2008). Okrem toho je depresia príčinou sociálnych aj edukačných ťažkostí, zvýšeného rizika hospitalizácie či nárastu rizikového správania (Bansal et al., 2009; Thapar et al., 2012). Skorý nástup depresie v období dospievania pred vekom 15 rokov vedie k dlhotrvajúcim negatívnym dôsledkom pretrvávajúcim aj v mladej dospelosti v podobe pracovných ťažkostí či častejších návštev lekárov kvôli mentálnym alebo fyzickým zdravotným problémom (Keenan-Miller, Hammen, & Brennan, 2007). Včasné rozpoznanie depresívnych symptómov môže byť preto efektívnou prevenciou jej negatívnych dôsledkov (Saluja et al., 2004).

3.3 Depresivita, depresia a rizikové správanie

Depresia sa v období dospievania spája so znížením zdravia, sociálneho fungovania, nárastom suicidality a mentálnych ochorení, anxiitou alebo poruchami správania. Okrem toho sa depresívni adolescenti častejšie zapájajú do rôznych rizikových aktivít, ako sú zneužívanie návykových látok, fajčenie, pitie alkoholu, zvýšený príjem potravy, ktorý vedie k následnej obezite, rizikové sexuálne správanie, záškoláctvo, nedostatok spánku a excesívne používanie elektronických médií (Saluja et al., 2004; Thapar et al., 2012). V nasledujúcom texte popíšeme súvislosti depresie a rizikových foriem správania v súlade s Dolejšovou klasifikáciou (Dolejš, 2010).

Depresia a zneužívanie psychoaktívnych látok sa v období dospievania často vyskytujú súčasne. Jednou z mnohých vyvstávajúcich otázok je, či psychopatológia predchádza, rozvíja sa súčasne alebo je následkom zneužívania látok (Stowell, & Estroff, 1992). Stowell, & Estroff (1992) vo svojej štúdií na adolescentoch vo veku od 12 do 18 rokov liečených pre abúzus návykových látok zistili, že u 68 % z nich boli depresia, anxieta či poruchy správania predchodcami pravidelného pitia alkoholu alebo užívania nelegálnych drog. Užívanie alkoholu je však na druhej strane tiež používanou neadekvátnou zvládacou stratégiou u adolescentov trpiacich

depreciou. To vedie k posilneniu psychického distresu a zhoršeniu závažnosti depresívnych symptómov. Adolescenti užívajúci alkohol prežívajú vyššiu mieru depresie ako neužívajúci rovesníci (Danielson, Overholser, & Butt, 2003).

Z výskumov, ktoré zosumarizovali Obeidallah, & Earls (1999) vyplýva, že zvýšená depresivita v adolescencii je predovšetkým u dievčat významným rizikovým faktorom angažovania sa v delikventných aktivitách, a to nie len v období dospievania, ale aj v dospelosti. Ako uvádzajú autori, u množstva chronických a ťažkých delikventiek nachádzame v anamnéze adolescentnú depresiu. Na základe zistení z dlhodobého výskumu dospievajúcich vo veku od 12 do 17 rokov, je časný výskyt depresívnych symptómov významným prediktorom delikventného správania, predovšetkým u dievčat. Zvýšená iritabilita na podklade depresie je spojená s väčšou agresivitou a tendenciou porušovať pravidlá. Časom vedie toto správanie k zhoršeniu vzťahov medzi adolescentmi a rodičmi či rovesníkmi, čoho následkom je sociálne odmietanie a následné zgrupovanie depresívnych dospievajúcich do skupín iniciujúcich a podporujúcich aj závažné delikventné aktivity (Kofler et al., 2011).

Šikanovanie patrí v súčasnosti k neprehliadnuteľným problémom spojeným s obdobím dospievania. Až 10 % adolescentov vo veku do 15 rokov zažíva aspoň občas prejavy šikanovania (Whitney, & Smith, 1993; Madarasová Gecková et al., 2015). Adolescenti, ktorí sa stávajú súčasťou šikanovania, či už ako obeť, alebo ako agresori, podobne ako depresívni jedinci, zažívajú ťažkosti v emocionálnej a interpersonálnej oblasti, ťažko nadväzujú priateľstvá a pociťujú samotu. Dôsledkom je významný nárast rizika suicidálnych predstáv alebo pokusov a psychiatrických symptómov vrátane depresie (Saluja et al., 2004; Kaltiala-Heino, & Fröjd, 2011). Podľa zistení Saluja et al. (2004), u mladých vo veku od 11–15 rokov, ktorí sa stali súčasťou šikanovania, bola depresívna symptomatológia dvakrát častejšia v porovnaní s rovesníkmi. Výskyt depresívnych symptómov pritom rástol s rastúcou frekvenciou šikanovania a dievčatá boli až 2,5x depresívnejšie než chlapci. Na základe prehľadu literatúry ohľadom asociácie depresie a šikanovania (Kaltiala-Heino, & Fröjd, 2011) je tiež možné konštatovať, že viktimizácia ako následok šikanovania môže byť

rizikovým faktorom depresie, ale tiež depresia môže predisponovať adolescentov k šikanovaniu.

Obdobie dospievania je okrem iného tiež spojené s prvými sexuálnymi aktivitami. Takmer polovica dospievajúcich (43–47 %) sa stáva sexuálne aktívnymi do ukončenia strednej školy, pričom 8–12 % má prvý pohlavný styk už vo veku do 15 rokov (Rotermann, 2008). Rôzne psychosociálne faktory vedú k tomu, že sexuálne správanie adolescentov býva vo všeobecnosti viac rizikové. Seth et al. (2011) zistili, že u dospievajúcich dievčat vo veku od 15 rokov je vyššia depresivita významným prediktorom rizikového sexuálneho správania, ako je nechránený sex, sexuálna promiskuita, paralelné sexuálne vzťahy a sex pod vplyvom alkoholu alebo drog. Zvýšená depresivita je pritom spojená až s dvojnásobne vyšším výskytom rizikového sexuálneho správania v porovnaní s nedepresívnymi adolescentmi (Langille, Asbridge, Kisely, & Wilson, 2012).

Ako je spomínané vyššie, náročné obdobie dospievania môže byť sprevádzané aj školskými problémami. Medzi najzávažnejšie z nich patrí slabá školská dochádzka (napr. Baier, 2016). Príčiny pre odmietanie školy sú rôzne, okrem iných môže byť v pozadí prítomnosť psychických problémov. Finning, Moore, Ukoumunne, Danielsson-Waters, & Ford (2017) na základe meta-analýzy potvrdili pozitívny vzťah medzi emočnými poruchami a vynechávaním školského vyučovania. Podľa Bernsteina, & Garfinkela (1986) z 26 prípadov identifikovanej školskej fóbie polovica spĺňala kritériá pre veľkú depresívnu epizódu, päť pre depresívnu náladu. Honjo et al. (2001), ktorí porovnávali skóre depresie u japonských adolescentov, rovnako potvrdili zvýšenú depresivitu u žiakov, ktorí odmietali školskú dochádzku (viac než 30 absencií počas jedného roka) v porovnaní s ostatnými vrstovníkmi.

V adolescencii narastá výskyt hazardných aktivít, vrátane hazardného hrania (Dolejš, 2010). Lynch, Maciejewski, Marc, & Potenza (2004), ktorí porovnávali negatívne dôsledky patologického hráčstva na mentálne zdravie u adolescentov, mladých dospelých a dospelých zistili, že adolescentní hráči zažívali vyššiu mieru depresie v porovnaní s oboma ďalšími skupinami.

Ako vidno, výskumy poukazujú na relatívne vysokú súvislosť medzi depresivitou a rôznymi formami rizikového správania, avšak smer tohto vzťahu nie je úplne jasný. Na jednej strane môže depresia viesť k väčšej tendencii k rizikovému správaniu, no na strane druhej môže tiež účasť na rizikových aktivitách zvyšovať depresívnu symptomatológiu. Okrem toho, vzťah medzi depresivitou a rizikovým správaním môže byť sprostredkovaný rôznymi mediátormi v rôznych oblastiach, čím sa celá oblasť výskumu stáva multifaktoriálnou a komplexnou záležitosťou.

4 Impulzivita

*„Rýchla inteligencia, pamäť, šikovnosť a podobné vlastnosti
často rastú spolu s vysokým temperamentom,
kedy osoby nie sú schopné žiť pokojným a ustáleným spôsobom,
ale sú poháňané svojimi impulzami.“*

Platón

4.1 Vymedzenie a koncepty impulzivity

V súčasnosti existuje viacero rôznych teoretických konceptov impulzivity zhodujúcich sa v postuláte, že ide o relatívne stály a merateľný osobnostný rys, ktorý sa rôznymi spôsobmi prejavuje v správaní jednotlivca. Impulzivitu nachádzame ako súčasť všetkých hlavných konštruktov osobnosti, ako zložku psychopatológie viacerých duševných porúch, či ako behaviorálnu charakteristiku (Čerešník, Dolejš, & Skopal, 2016). Koncept impulzivity v sebe tradične zahŕňa negatívne konotácie a je vzťahovaný k širokému spektru nezrelých, ukvapených a nepremyslených aktivít bez anticipácie následkov, ktoré sú v dôsledku zníženej seba-kontroly a neschopnosti ovplyvniť, či zastaviť, svoje správanie často neprimerané a spojené s nezodpovedajúcim rizikom neželaných problémov (Evenden, 1999).

Dawe, & Loxton (2004) na základe svojho prehľadu literatúry uzavreli, že impulzivita by mala byť konceptualizovaná ako dvojdimenzionálna premenná. Prvú zložku dvojdimenzionálnej impulzivity podľa nich tvorí tendencia vyhľadávať odmenu (Reward Drive), ktorá reflektuje individuálne rozdiely v senzitivite voči incentívam a vo vyhľadávaní a angažovaní sa v správaní a situáciách, ktoré potenciálne vedú k odmene. To môže okrem iného súvisieť aj s neadekvátnym procesom rozhodovania, vyhodnocovania potenciálnych ziskov a strát. Ľudia sa vo všeobecnosti rozhodujú pre menšie, ale okamžité odmeny v porovnaní s väčšími,

ale oneskorenými odmenami, keď sú oba zisky porovnateľné alebo keď je oneskorenie príliš vysoké. Impulzívni jedinci sa vyznačujú tendenciou systematicky prehliadať potenciálne veľké budúce odmeny na úkor okamžitého uspokojenia (Kim, & Lee, 2011). Druhým faktorom impulzivity je podľa autorov (Dawe, & Loxton, 2004) disinhibícia, prudká, neuvážená impulzivita (Rash Impulsiveness), ktorá odráža individuálne rozdiely v schopnosti modifikovať alebo inhibovať, či zanechať správanie, ktoré potenciálne vedie k nežiaducim následkom alebo neprináša naďalej žiadnu odmenu. Impulzívni jedinci sú charakterizovaní svojou slepotou voči potenciálnym rizikám. Vo väčšine hlavných konceptov osobnosti (napr. Eysenckov, Barratov, Cloningerov, Zuckermanov koncept) je impulzivita chápaná v zmysle zníženej inhibície jednania (Gullo, & Dawe, 2008). V našom výskume sme pre meranie impulzivity použili slovenskú verziu Dolejšovej a Skopalovej škály impulzivity (Čerešník et al., 2016), ktorá vzhľadom na obsah jednotlivých položiek tiež pracuje s konceptom impulzivity predovšetkým v konotáciách neschopnosti kontroly vlastného správania.

Dôsledky impulzivity sú vo všeobecnosti považované za negatívne, nie vždy však impulzivita nutne vedie k problémom. Dickman (1985), ktorý skúmal súvislosť medzi mierou impulzivity a rozdielmi vo vnímaní a spracovaní globálnych a lokálnych charakteristík stimulu (triedenie rozmerovo veľkých písmen vytvorených z iných malých písmen), zistil, že v prípade, keď je experimentálna úloha veľmi jednoduchá, rýchle odpovede impulzívnych participantov vedú k malému počtu chýb a ich chybovosť je minimálne porovnateľná, resp. nižšia, v porovnaní s chybovosťou menej impulzívnych jedincov. Na základe svojich výskumov zadefinoval dva typy impulzivity – dysfunkčnú, ktorú charakterizuje ako tendenciu nezvažovať následky či jednoducho neuvažovať o situácii pred svojim jednaním, ktorá je príčinou rôznych ťažkostí a funkčnú, ako tendenciu konať rýchlo v situáciách, v ktorých je takéto správanie adekvátne.

Impulzivita ako taká teda môže prinášať benefity, ale aj škody do našich každodenných životov. Schopnosť reagovať rýchlo, podľahnúť vlastným impulzom, nám môže pomôcť nestratiť neopakovateľné šance a chopiť sa

príležitosti, no tiež môže viesť ku katastrofálnym a ničivým dôsledkom (Winstanley, Eagle, & Robbins, 2006).

4.2 Biologická podmienenosť impulzivity

Impulzivita je silne biologicky podmienená na hormonálnej, neuronálnej a genetickej úrovni (Čerešník et al., 2016). Vzhľadom na množstvo jej rôznych behaviorálnych prejavov sa jednotlivé fenomény zrejme líšia vo svojom biologickom základe (Winstanley, Eagle, & Robbins, 2006).

V súlade s faktom, že veľa ľudí sa správa impulzívne v emocionálne vypätých situáciách, napr. pod vplyvom zlosti alebo strachu, je pravdepodobné, že jednak vyššia afektivita, jednak znížená behaviorálna inhibícia sú v pozadí zvýšenej impulzivity (Brown, Manuck, Flory, & Hariri, 2006). Kľúčovú úlohu v exekutívnych funkciách a v kontrole a inhibícii správania a v udržiavaní zacielenia aj v prítomnosti rušivých faktorov hrá predovšetkým prefrontálny kortex a asociované kortikálne aj subkortikálne oblasti (Chao, & Knight, 1998). Horn, Dolan, Elliott, Deakin, & Woodruff (2003) ukázali, že impulzívnejší jedinci vykazujú počas experimentálnej úlohy, ktorá si vyžaduje inhibíciu behaviorálnych odpovedí, vyššiu aktivitu v paralimbickej oblasti, kým menej impulzívní participanti naopak vo vyšších asociačných oblastiach. Ich výsledky potvrdili aj Brown et al. (2006), ktorí zistili pozitívne korelácie medzi impulzivitou a aktivitou v oblasti amygdaly a negatívne korelácie s aktivitou prefrontálneho, predovšetkým orbitofrontálneho, kortexu. Na kontrole impulzov sa dôležitou mierou podieľa aj serotonín. Crockett et al. (2008) sledovali vzťah medzi hladinami serotonínu a sociálnym správaním a rozhodovaním vzhľadom k sociálnym normám, konkrétne vnímaním a reakciou na nespravodlivosť v podobe neférového ultimáta počas peňažnej hry. Ukázali, že participanti s umelo zníženými hladinami serotonínu odmietali nespravodlivé jednanie častejšie a s vyššou intenzitou, resp. nižšou sebakontrolou ako účastníci s nedomulovaným serotonínom. Boli tiež zistené inverzné vzťahy medzi funkčnosťou serotonínu v centrálnej nervovej sústave a impulzívnym, podráždeným a agresívnym správaním u pacien-

tot s poruchami osobnosti a pacientov s emočnými poruchami (Coccaro et al., 1989). Presný mechanizmus tohto vplyvu však nie je doteraz úplne jasný. Winstanley et al. (2003) na animálnom modeli ukázali, že serotonín sa na rozhodovacích procesoch pravdepodobne spolupodieľa prostredníctvom vplyvu na amfetamín. Lézie v serotonergnom systéme vedú k oslabeniu schopnosti amfetamínu znižovať impulzívne rozhodnutia.

Ako je uvedené vyššie, impulzivita sa prejavuje nielen disinhibíciou správania, ale aj vyhľadávaním rýchlych odmien. Odpoveď na biologickú prepojenosť tejto dimenzie impulzivity poskytuje Grayova teória inhibičných (behavioral inhibition system, BIS) a aktivačných (behavioral activation system, BAS) behaviorálnych systémov. Zvýšená citlivosť aktivačného systému BAS reagujúceho na odmeny, v ktorom sa uplatňuje dopamín prenášajúci uspokojenie, vedie k vysokej impulzivite (Pickering, & Corr, 2008).

Podľa výsledkov niektorých výskumov môže byť impulzivita dedičná (Čerešník et al., 2016). Coccaro, Bergeman, & McClearn (1993) na súbore takmer 500 párov monozygotných aj dizygotných dvojčiat vyrastajúcich spolu alebo v dôsledku adopcie oddelene ukázali, že osobnostné faktory, ktoré zadefinovali ako inhibícia agresívneho alebo asertívneho správania a impulzívna iritabilita sú významne, aj keď rozdielne, geneticky podmienené.

4.3 Impulzivita ako súčasť konštruktov osobnosti a psychopatológie

Ako je uvedené vyššie, impulzivita je zložkou všetkých hlavných konštruktov osobnosti. Napr. v Cattellovej 16-faktorovej štruktúre osobnosti nachádzame impulzivitú ako popisnú charakteristiku primárneho faktora F, živosti. Jedinec s vysokým skóre v danom faktore je charakterizovaný ako impulzívny, nadšený a spontánný, v protiklade s rozvážnosťou, opatrnosťou, zdržanlivosťou. Živosť, impulzivita je tiež súčasťou globálnych faktorov druhého rádu, extravenzie/introverzie a sebakontroly/nedostatku kontroly (Cattell, & Mead, 2008; Mišútová, nedat.).

Podľa Eysencka a Eysenckovej (1985, in Petrides, Jackson, Furnham, & Levine, 2003), je impulzivita v určitej podobe jednou z behaviorálnych charakteristík všetkých troch superčŕt osobnosti. Impulzivita ako zložka neuroticizmu aj psychotocizmu naznačuje, že ide v zmysle vyššie popisovanej Dickmanovej typológie skôr o patologický aspekt osobnosti. Eysenck (1993, in Evenden, 1999) ďalej rozlišuje medzi impulzivitou a riskovaním (venturesomeness), kde hlavný rozdiel spočíva v tom, že kým impulzívny jedinec riziko vôbec nevníma a býva prekvapený negatívnymi dôsledkami svojho jednania, riskujúca osobnosť si naopak riziko uvedomuje, dobre ho zväží a napriek tomu sa rozhodne riskovať.

V Zuckermanovom „sensation seeking“, vyhľadávaní vzrušenia, jednotlivé dimenzie tiež intuitívne odrážajú zvýšenú impulzivitu. Vo faktore vyhľadávanie dobrodružstva je prezentovaná potrebou rýchlosti a nebezpečenstva, v dimenzii vyhľadávania zážitkov tendenciou k nekonformnému životnému štýlu, v rámci disinhibície nedostatočnou sociálnou a sexuálnou inhibíciou a v škále náchylnosť k nude zasa odmietaním rutiny, ťažkopádnosti a pomalosti (Zuckerman, Eysenck, & Eysenck, 1978).

V Cloningerovom psychobiologickom modeli temperamentu, ktorý sa rozvíja na základe odpovedí asociovaných s podnetmi novosti, nebezpečenstva, poškodenia a odmeny, je impulzivita implicitne zahrnutá v dvoch dimenziách. V škále vyhľadávania nového je spojená s impulzívnym rozhodovaním a nízkou frustračnou toleranciou, nízke skóre vo faktore vyhýbanie sa poškodeniu je charakteristické dobrým znášaním neistoty a neúnavnosťou (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993).

Na základe vyššie uvedeného je impulzivita súčasťou popisov „normálnej“, zdravej osobnosti, avšak extrapolácie smerom k extrémom nachádzame aj v charakteristických znakoch patologickej populácie (Evenden, 1999). Impulzivita je zložkou psychopatológie viacerých duševných porúch, vrátane mánie, zneužívania návykových látok, porúch osobnosti (hraničná, histriónska, antisociálna, narcistická), patologického hráčstva, syndrómu poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), agresívneho, suicidálneho správania, sebaopoškodzovania, ale aj bulimie a obezity (Neto, & True, 2011; Evenden, 1999). Typickými prejavmi imulzivity napr. u syndrómu ADHD sú nízka frustračná tolerancia, výkyvy

vo výkonnosti, sklon k závislostiam, nedokončovanie aktivít a úloh, reagovanie len na časť pokynu, skákanie do reči, impulzívne komentovanie, hlasná reč, oslabené vôľové a seba-regulačné schopnosti, či zbrklosť a jednanie bez zábran (Žáčková, & Jucovičová, 2017). Okrem uvedeného je impulzivita relatívne bežným a zneschopňujúcim následkom traumy mozgu vedúcim k zníženiu kvality života pacienta v rôznych oblastiach, vrátane pracovnej a sociálnej (Kocka, & Gagnon, 2014).

Donedávna bolo klinické hodnotenie impulzivity psychiatrických pacientov založené predovšetkým na osobnostných dotazníkoch. Lecrubier, Braconnier, Said, & Payan (1995) vytvorili škálu IRS (Impulsivity rating scale) pre rýchle a jednoduché zhodnotenie impulzivity v klinickom prostredí. Škála pozostáva zo siedmich položiek (dráždivosť, vytrvalosť, čas potrebný pre rozhodnutie, schopnosť sústrediť sa na činnosť, agresivita, kontrola odpovedí, schopnosť odložiť uspokojenie) týkajúcich sa správania pacienta v bežných životných situáciách. Impulzivita sa v rámci mentálnych porúch uplatňuje aj svojím negatívnym vplyvom na compliance pacienta, čo bolo potvrdené napr. na skupine pacientov so syndrómom poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) (Gudjonsson, & Sigurdsson, 2010). Vysokú impulzivitu je možné v rámci liečby ovplyvniť špecifickými terapeutickými intervenciami a postupmi, osvedčili sa predovšetkým behaviorálna a kognitívno-behaviorálna terapia, nácviky zručností, relaxačné techniky, ale aj partnerská a rodinná terapia (Čerešník et al., 2016).

4.4 Impulzivita a rizikové správanie

Na základe súčasného vedeckého poznania je všeobecne prijímaný fakt, že impulzivita zohráva dôležitú úlohu v iniciácii a rozvoji rizikového správania (Gullo, & Dawe, 2008). Dolejš, Skopal, & Suchá (2014) na základe svojho rozsiahleho výskumu rizikových a protektívnych osobnostných rysov rizikového správania adolescentov zadefinovali pojem rizikovosť ako jednu zo základných latentných vlastností osobnosti manifestujúcej sa v rizikových aktivitách. K jej významným charakteristikám patrí

predovšetkým impulzivita, ktorá sa u mladých prejavuje najmä nerozvážnosťou a nedomýšľaním dôsledkov svojho správania (Čerešník et al., 2016). Tak ako v prípade predchádzajúcej kapitoly, aj v tejto časti sa budeme venovať súvislostiam impulzivity s konkrétnymi formami rizikového správania v súlade s Dolejšovou (2010) klasifikáciou.

Adolescencia je obdobím prvých skúseností s legálnymi aj nelegálnymi drogami, pričom je možné nájsť množstvo premenných ovplyvňujúcich vulnerabilitu dospievajúcich voči užívaniu psychoaktívnych látok. Lynskey, Fergusson, & Horwood (1998) sledovali niekoľko rizikových faktorov spojených s užívaním tabaku, alkoholu a kanabisu u adolescentov vo veku do 16 rokov, vrátane vplyvu delikventných alebo užívajúcich vrstovníkov, negatívneho príkladu rodičov užívajúcich drogy a individuálnej zraniteľnosti v podobe vysokého skóre v Cloningerovej dimenzii vyhľadávania nového. Autori zistili, že individuálna zraniteľnosť, vysoká tendencia vyhľadávať nové má silnejší efekt na užívanie návykových látok v porovnaní s negatívnym vzorom užívajúcich rodičov. Zvýšená impulzivita môže byť determinantom, ale aj následkom užívania drog (Witt, 2009). V súvislosti s adolescenciou sa vynára otázka, či môže systematické užívanie drog viesť k dlhodobému zvýšeniu impulzívneho správania v dospelosti. Opoveď sa pokúsili dať Passos et al. (2015), ktorí na animálnom modeli sledovali impulzivitu dospelých potkanov potom, čo im bol v adolescencii pravidelne podávaný alkohol. Danú hypotézu však nepotvrdili, ako píšú, jednou z príčin môžu byť nízke dávky alkoholu nedostatočné pre neuronálne a psychofyziologické zmeny v oblastiach mozgu asociovaných s impulzivitou.

Spojenie delikvencie a kriminality s konkrétnymi osobnostnými znakmi je dôležitým predmetom vedeckého záujmu. Higgins et al. (2013) poukázali na prepojenie impulzivity a delikvencie. Podľa ich zistení, u jedincov s vysokými hodnotami impulzivity dochádza k akcelerácii delikvencie v priebehu dospievania (15–20 rokov) a následne k jej relatívne stabilnému priebehu v mladej dospelosti. K podobným záverom dospeli aj Menting, van Lier, Koot, Pardini, & Loeber (2016), ktorí dodávajú, že vplyv impulzivity na delikvenciu adolescentov je moderovaný štýlom

rodičovskej výchovy, konkrétne vyžadovaním disciplíny, pozitívnym príkladom a úrovňou vedomostí rodičov.

Šikanovanie a viktimizácia v adolescencii je komplexný fenomén zahŕňajúci rôzne sociálno-ekologické a individuálne faktory (Swearer, & Hymel, 2015). Ako píšeme vyššie, Olweus (1997) popísal agresorov ako typicky impulzívnych so silnou potrebou dominovať iným. Fanti, & Kimonis (2012) na viac ako 1400 adolescentoch vo veku od 12 do 14 rokov ukázali, že poruchy správania spojené s emocionálnou bezcitnosťou, narcizmus a impulzivita sa signifikantne významne podieľajú na šikanovaní v ranej adolescencii, avšak len impulzivita sa uplatňuje na miere viktimizácie aj s postupujúcim časom. Disinhibovaní jedinci majú tendenciu evokovať situácie, ktorých následkom môže byť šikanovanie zo strany vrstovníkov.

Ako svedčia výsledky štúdie, ktorú uskutočnili Curry et al. (2018) na klinickom súbore adolescentov vo veku 13–19 rokov liečených pre poruchy správania a zneužívanie drog, impulzivita predisponuje dospievajúcich aj k rizikovým sexuálnym aktivitám. Podľa záverov autorov, je predovšetkým vyhľadávanie nového významným korelátom sexuálnej promiskuity. Unáhlenosť, zbrklosť ako zložka impulzivity sú asociované s tendenciou k nechránenému sexu a sexu pod vplyvom drog.

Impulzívne správanie sa negatívne prejavuje aj v školskom prostredí a v angažovaní sa dospievajúcich v hazardných aktivitách. Impulzívní žiaci sú učiteľmi vnímaní ako nepozorní, nedbalí, hyperaktívni, neschopní kontroly či udržania pozornosti a úsilia pri školských úlohách (Olson, Schilling, & Bates, 1999). Vitaro, Arseneault, & Tremblay (1999) vo svojom longitudálnom výskume ukázali, že vysoká impulzivita v ranej adolescencii je lepším prediktorom rizikového hrania v neskorej adolescencii v porovnaní s ostatnými pozorovanými osobnostnými charakteristikami, agresivitou a anxiétou. K podobným záverom dospeli aj Dussault, Brendgen, Vitaro, Wanner, & Tremblay (2011), ktorí poukázali na spojenie medzi zvýšenou impulzívnosťou vo veku 14 rokov a hráčskymi problémami aj depresivitou vo veku 17–23 rokov.

V tejto a predchádzajúcej kapitole sme popísali impulzivitu a depresivitu ako významné koreláty rizikového správania dospievajúcich. V nasledujúcom texte sa vzhľadom na náš výskumný súbor zameriame na osvetlenie problematiky ochranej a ústavnej výchovy a jej možné súvislosti s rizikovým správaním adolescentov.

5 Ústavná starostlivosť a ochranná výchova

*„Ústav je svetom pre seba, ostrovom sebestačného poriadku,
v ktorom je život obmedzenejší a pravidelnejší
než v okolitom sociálnom prostredí.“*

Oldřich Matoušek

5.1 Základné pojmy, vymedzenie

V tejto kapitole popíšeme súčasný stav právnej úpravy a realizácie náhradnej inštitucionálnej starostlivosti na Slovensku. V inštitucionalizovanej starostlivosti sa vymedzuje ústavná starostlivosť, ktorá nemá trestný charakter a ochranná výchova, ktorá je špeciálnym prípadom ochranných opatrení stanovených súdom na základe trestného alebo občianskoprávného poriadku (Kukla, 2016). Podľa Matouška (1995) plní ústavná starostlivosť vo všeobecnosti tri základné funkcie: poskytuje podporu, starostlivosť a chýbajúce rodinné zázemie, zabezpečuje liečbu, výchovu a resocializáciu s hlavným cieľom pozitívnej zmeny súčasného stavu klienta a chráni spoločnosť pred rizikovými jedincami prostredníctvom obmedzenia, vylúčenia alebo represie. Podobne to vidí aj Labáth (2004), podľa ktorého inštitucionalizované služby poskytujú pomoc a liečbu, a zároveň chránia spoločnosť pred nebezpečnými jedincami.

Ústavná starostlivosť spadá do oblasti rodinného práva a podľa Zákona o rodine je formou dočasnej náhradnej starostlivosti o maloleté dieťa. Je navrhovaná a realizovaná v prípade, že je výchova dieťaťa vážne narušená alebo ohrozená a iné výchovné opatrenia nevedli k náprave. Dôvody pre umiestnenie dieťaťa do ústavnej starostlivosti môžu byť jednak na strane detí v dôsledku nevhodného správania sa, ako aj na strane rodičov, na základe porušovania ich rodičovských povinností (Zákon č. 36/2005 Z.z.). Dieťa je rodičom odobraté na základe vážnych dôvodov,

najčastejšie v dôsledku ohrozenia zdravého vývinu alebo zanedbania výchovy (Bizová, 2015). Podľa Tesařovej (1997, in Matoušek, & Kroftová, 1998), k najdôležitejším kritériám pre rozhodovanie o zaradení do ústavnej starostlivosti na strane adolescentov patria napr. začínajúce závislosti, úteky z domova, nerešpektovanie dospelých autorít alebo členstvo v negatívnych rovesníckych partiách.

Ochranná výchova je špeciálnym prípadom ochranného opatrenia určená pre neploletých páchatelov trestných činov. Podmienky pre uloženie a výkon ochrannej výchovy sú upravované Trestným zákonom v ustanoveniach o stíhaní mladistvých. Ochrannú výchovu je možné udeliť osobám vo veku od 12 rokov, ktoré spáchali mimoriadne závažný trestný čin alebo tzv. mladistvým páchatelom trestných činov, čo sú osoby, ktoré dovŕšili 14-ty rok života a nedosiahli plnoletosť. Cieľom ochrannej výchovy je prevýchova dospelávajúceho tak, aby sa riadne správal aj bez obmedzení, ktorým je podrobený vo výchovnom zariadení (Zákon č. 300/2005 Z.z.). Ochranná výchova má preventívny účel a má chrániť spoločnosť prostredníctvom resocializácie a izolácie páchatelov spoločensky nebezpečných činov (Matoušek, & Kroftová, 1998).

5.2 Zariadenia pre výkon ústavnej starostlivosti a ochrannej výchovy

Umiestnenie dieťaťa do zariadenia pre výkon ústavnej starostlivosti alebo uloženej ochrannej výchovy zabezpečuje v spolupráci s rodičmi Orgán sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, na základe Zákona o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele. Opatrenia podľa tohto zákona sa vykonávajú v zariadeniach, ktorými sú: centrum pre deti a rodiny (pozn. bývalé detské domovy); centrum pre deti a rodiny pre maloletých bez sprievodu; resocializačné stredisko pre drogovu závislých; iné zariadenia na vykonávanie opatrení podľa tohto zákona (Zákon č. 305/2005 Z.z.). Ústavná a ochranná výchova je ďalej zabezpečovaná v špeciálnych výchovných zariadeniach podľa Zákona o výchove a vzdelávaní, tzv. školského zákona a realizovaná na základe Vyhlášky

č. 323/2008 Z.z. o špeciálnych výchovných zariadeniach. K špeciálnym výchovným zariadeniam patria: diagnostické centrum; reedukačné centrum; liečebno-výchovné sanatórium. Základnou organizačnou jednotkou zariadení pre ústavnú alebo ochrannú výchovu sú rodinné, výchovné alebo diagnostické skupiny (Zákon č. 245/2008 Z.z.). V ďalšom texte, vzhľadom na náš výskumný súbor, v krátkosti predstavíme vybrané typy jednotlivých zariadení.

5.2.1 Centrum pre deti a rodiny (detský domov)

Podľa Zákona č. 61/2018 Z. z., ktorým sa dopĺňa a mení zákon č. 305/2005 Z.z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele sa od 1. januára 2019 detské domovy transformujú na Centrá pre deti a rodiny. Centrum nahrádza dieťaťu jeho prirodzené rodinné prostredie. Vykonáva výchovné opatrenia, špecializované programy na predchádzanie vzniku, prehĺbovania a opakovania krízových situácií alebo porúch fyzického a psychosociálneho vývinu dieťaťa v prirodzenom rodinnom prostredí. Ďalej uskutočňuje resocializačné programy na podporu sociálneho začlenenia dieťaťa závislého na návykových látkach alebo rizikových hrách. Centrum vykonáva opatrenia pobytovou, terénnou a ambulantnou formou. V prípade pobytovej formy ide o umiestnenie dieťaťa v profesionálnych náhradných rodinách a v prípade rezidenčnej formy v samostatných usporiadaných skupinách.

5.2.2 Diagnostické centrum

Diagnostické centrá sú koedukované rezidenčné zariadenia, do ktorých sú klienti prijímaní na základe rozhodnutia súdu, žiadosti rodičov o tzv. dobrovoľný pobyt alebo na základe potreby rediagnostiky zo strany zariadení, v ktorých sa vykonáva rozhodnutie súdu, napr. detského domova resp. centra pre deti a rodiny (Miovský et al., 2015). Hlavnou úlohou diagnostických ústavov je komplexná diagnostika príčin narušeného psychosociálneho vývinu a návrh ďalšej vhodnej výchovno-vzdelávacej,

resocializačnej alebo reedukačnej starostlivosti (Zákon č. 245/2008 Z.z.). Tento sa zvyčajne zakladá na posúdení miery rizikového správania detí aj ich rodičov, pričom dôležitou súčasťou diagnostiky je tiež určenie, či je rizikové správanie dané nepriaznivo sa vyvíjajúcimi osobnostnými faktormi, alebo ide skôr o reakciu na negatívne životné okolnosti (Vavrysová, & Charvát, 2016).

5.2.3 Reedukačné centrum

Reedukačné centrum môže byť koedukované rezidenčné zariadenie alebo klienti realizujú školskú dochádzku v externých školách. Podobne ako v prípade diagnostického centra, sú prijímaní nariadením súdu alebo dobrovoľne. Najčastejším dôvodom pre umiestnenie bývajú závažné poruchy správania (Miovský et al., 2015). Reedukačné centrum poskytuje svojim klientom výchovno-vzdelávací a reedukačný program s cieľom ich opätovného začlenenia do pôvodného sociálneho prostredia. V reedukačnom centre môžu byť podľa potreby napĺňané a realizované špeciálne režimy a opatrenia pre klientov so zdravotným znevýhodnením, ktorí si vyžadujú zvýšenú starostlivosť, pre klientov s ochranným režimom, ak je tu predpoklad ohrozenia seba, ostatných klientov alebo zamestnancov, pre klientov s otvoreným režimom, ktorí sú vzdelávaní v školách mimo reedukačného zariadenia alebo pre maloleté matky s deťmi (Zákon č. 245/2008 Z.z.).

5.2.4 Liečebno-výchovné sanatórium

Liečebno-výchovné sanatóriá poskytujú starostlivosť klientom s poruchami učenia, s poruchami aktivity a pozornosti, s poruchami správania a s poruchami emocionálneho a sociálneho vývinu, na základe uloženého výchovného opatrenia alebo žiadosti zákonného zástupcu. Liečebno-výchovné sanatórium poskytuje odborné služby a pomoc aj zákonným zástupcom dieťaťa s cieľom aktívne ich zapojiť do liečebno-výchovného procesu (Zákon č. 245/2008 Z.z.).

5.3 Inštitucionalizovaná výchova – situácia vo svete a vybrané výskumy

Vzhľadom na skutočnosť, že v mnohých krajinách chýba funkčný administratívny systém registrujúci počet detí umiestnených v inštitúciách náhradnej starostlivosti, kedy sú deti vyňaté z ich rodinného prostredia, nie je odhad relevantného čísla jednoduchý (Csáky, 2009). Napriek tomu, Petrowski, Cappa, & Gross (2017) na základe dostupných dát zo 142 krajín, v ktorých žije dokopy viac než 80 % detskej svetovej populácie odhadujú, že v rezidenčnej inštitucionálnej starostlivosti prebýva v súčasnosti celosvetovo približne 2,7 milióna detí a dospievajúcich vo veku od 0 do 17 rokov. Ako však upozorňuje Csáky (2009), so zreteľom na vysoký počet neregistrovaných inštitúcií náhradnej výchovy, predovšetkým v rozvojových krajinách, môže byť v skutočnosti celkové číslo ešte omnoho vyššie. K najčastejším dôvodom pre umiestnenie dieťaťa do ústavu patrí vzdanie sa dieťaťa kvôli chudobe, zneužívanie a týranie dieťaťa v pôvodnej rodine, telesný či psychický hendikep, alebo mentálne ochorenie dieťaťa (Berens, & Nelson, 2015). K významným dôvodom patrí aj strata rodičov. Napriek tomu, priemerne viac než 80 % detí v detských domovoch má aspoň jedného žijúceho rodiča a väčšina z nich by mohla byť pri správnej podpore navrátená do rodinného prostredia (Csáky, 2009). Viaceré výskumy naznačujú, že takmer všetky oblasti vývinu dieťaťa, vrátane fyzického rastu, kognitívneho vývinu a sociálneho a psychického zdravia, trpia v porovnaní s deťmi vyrastajúcimi v rodinách (Berens, & Nelson, 2015; Petrowski et al., 2017). Napr. Ijzendoorn, Luijk, & Juffer (2008) na základe meta-analýzy 75 výskumov z 19-tich krajín ukázali, že deti žijúce v detských domovoch majú nižší intelekt, pričom výška rozdielu v inteligenčnom kvociente súvisela s vekom umiestnenia dieťaťa do domova a s rozvojovým stupňom konkrétnej krajiny. Podľa Ellisa, Fishera, & Zaharie (2004) sú deti v detských domovoch tiež vo vyššom riziku rozvoja psychopatológie, napr. anxiety alebo emočných problémov, pričom ich frekvencia aj závažnosť rastú s rastúcou dĺžkou pobytu v danom zariadení.

Iné domáce aj zahraničné výskumy dokazujú vyššie tendencie zverencov náhradnej výchovy zapájať sa do rizikového správania. Ako uvádzajú James, Montgomery, Leslie, & Zhang (2009), tieto deti sa často stretávajú s nepriaznivými okolnosťami, ako sú nedostatočná starostlivosť a zanedbávanie, dysfunkcia alebo nestabilita biologickej rodiny, chudoba, zneužívanie alebo závislosť na psychoaktívnych látkach u rodičov, čo zvyšuje ich vulnabilitu pre angažovanie sa v rizikových aktivitách. Krehké rodinné zázemie, emočné, fyzické či sexuálne zanedbávanie sa môže prejavovať útekmi z domova, záškoláctvom, problémami s učiteľmi a spolužiakmi a zvýšenou ovplyvniteľnosťou rovesníkmi smerom k experimentovaniu a užívaniu drog (Thompson, & Auslander, 2007). O tom svedčia aj výsledky longitudálneho amerického národného prieskumu životnej pohody (well being) detí a adolescentov (NASCW – National Survey of Child and Adolescent Well-Being), ktorí sa z určitých príčin stali objektom náhradnej sociálnej starostlivosti. Tá zahŕňala náhradnú výchovu príbuznými aj nepríbuznými, liečebno-výchovnú starostlivosť, umiestnenie do detského domova a rezidenčnú liečbu, vrátane psychiatrickej. Podľa správy NASCW z roku 2009, 28 % adolescentov v priemernom veku 15,3 rokov užívalo v priebehu posledného mesiaca alkohol, fajčilo cigarety alebo marihuanu, celoživotná prevalencia užívania tvrdých drog ako kokaín, crack alebo heroín bola 15 %. Dospievajúci sa tiež priemerne viac než 6× zapojili do delikventných aktivít za posledného pol roka, 40,5 % malo prvý pohlavný styk pred vekom 13 rokov, 20 % dievčat priznalo skúsenosť aspoň jedného tehotenstva (James et al., 2009). Podľa zistení daného prieskumu z roku 2014, až 2× viac mladých dospelých dievčat vo veku 18–20 rokov v porovnaní s rovesničkami nepoužívalo pri sexe žiadnu formu antikoncepcie. 16,8 % dievčat vo veku 14–17 rokov a až 45,1 % dievčat vo veku 18–20 rokov malo za sebou skúsenosť aspoň jedného tehotenstva. To naznačuje potrebu vzdelávania a podpory pre zníženie rizikových aktivít (Casanueva, Wilson, Smith, & Dolan, 2014). Carlo et al. (1998) porovnávali prosociálne morálne usudzovanie u mladých brazílskych delikventov s priemerným vekom 16 rokov odsúdených vo väzniciach pre mladistvých, adolescentov vyrastajúcich v detských domovoch a adolescentov navštevujúcich štátne školy. Zisti-

li, že delikventní adolescenti a dospievajúci z detských domovov majú morálne pravidlá menej internalizované a sú viac orientovaní na vonkajšiu odmenu a schválenie ako súbor zo škôl. Zaujímavé sú tiež zistenia Yasina, & Iqbal (2012), ktorí porovnávali sebahodnotenie, rezilienciu a delikvenciu u adolescentov z detských domovov a dospievajúcich navštevujúcich základné a stredné školy v Pakistane. Podľa ich záverov je sebahodnotenie oboch súborov porovnateľné. To autori pripisujú faktu, že respondenti z detských domovov navštevujú štátne školy, kde je s nimi zaobchádzané zo strany učiteľov rovnako ako s inými, čo má podľa nich zásadný význam. Adolescenti z detských domovov sa dokonca ukázali rezilientnejší, schopní vyrovať sa s náročnými situáciami predovšetkým vďaka blízkym a podporujúcim priateľstvám v rámci komunity. Prekvapivý bol záver, podľa ktorého majú chovanci detských domovov nižšie delikventné tendencie v porovnaní s adolescentmi z rodín, čo je podľa výskumníkov dané prísnymi pravidlami, disciplínou a náboženskou výchovou v domovoch. Je potrebné podotknúť, že ide o výskum v krajine, kde je situácia samozrejme odlišná od nášho kultúrneho priestoru.

K popísaniu niektorých psychologických premenných u českých adolescentov umiestnených v detských domovoch so školou a výchovných ústavoch vo veku od 11 do 16 rokov prispela Vavrysová (2018). Autorka porovnávala rizikové správanie, depresivitu a vybrané osobnostné rysy, vrátane impulzivity, danej skupiny adolescentov v ústavnej starostlivosti a ochrannej výchove a žiakov základných škôl a viacročných gymnázií. Podľa jej zistení, sú adolescenti umiestnení v inštitúciách depresívnejší, čo sa prejavuje napr. tým, že sú vo väčšej miere ohrození sebapoškodzovaním, častejšie myslia na smrť alebo samovraždu a je u nich častejšie prítomný pocit, že sa im v živote nedarí a zaslúžia si za to trest. Žiaci základných škôl a viacročných gymnázií sa tiež ukázali ako menej impulzívni a menej rizikovní z pohľadu rôznych foriem rizikového správania. Najvyššie skóre dosahovali obe skupiny v oblasti delikventného správania, adolescenti v inštitucionalizovanej starostlivosti aj v oblasti abúzu návykových látok. K podobným záverom dospeli aj Dolejš, & Zemanová (2015), ktorí sledovali rizikové správanie, sebahodnotenie a životnú spokojnosť na súbore dospievajúcich využívajúcich služby nízkoprahových

zariadení pre deti a mládež vo veku 11–19 rokov. Zistili, že daní respondenti sú menej spokojní so životom a správajú sa viac rizikovo, napr. 12× častejšie vyfajčia 5 cigariet denne v porovnaní so žiakmi základných škôl, gymnázií a stredných škôl rovnakého veku. V sebahodnotení sa obe porovnávané skupiny navzájom nelíšili. Vavrysová, & Charvát (2016) sledovali rozdiely v osobnostných charakteristikách adolescentov vo veku od 13 do 18 rokov umiestnených do ústavnej alebo ochrannej starostlivosti oproti norme. Zistili, že chovanci výchovných ústavov sa klinicky významne odlišujú v takých charakteristikách ako sú uzavretosť a individualistická zdržanlivosť. Na základe toho ich popisujú ako jedincov, ktorí sú menej interpersonálne zameraní, s menej spoločenskými kontaktmi, spoliehajúci sa hlavne sami na seba, nedôverujúci okoliu. Dôležité je tiež relativizovanie a porušovanie pravidiel, ale aj nedodržiavanie sľubov. Podľa najnovšieho výskumu Dolejša, Zemanovej, & Vavrysovej (2018), adolescenti z výchovných ústavov a detských domovov majú častejšie externé miesto kontroly, podobne, klienti nízkoprahových zariadení pre deti a mládež sa častejšie spoliehajú na osud a náhodu, v porovnaní s dospievajúcimi zo základných škôl a gymnázií.

V záverečnej teoretickej kapitole sme popísali organizáciu ústavnej a ochrannej výchovy na Slovensku a načrtli sme vzťahy s problematikou rizikového správania prostredníctvom uvedených výskumov. V ďalšom texte popíšeme vlastný výskum.

6 Vymedzenie výskumného problému a cieľov výskumu

Ako uvádza Čerešník (2016a), v súčasnosti sa psychologická a pedagogická prax stretáva s pomerne významným výskytom problematického správania. Aktuálnosť a dôležitosť tohto javu tkvie predovšetkým v jeho negatívnych dôsledkoch na individuálnej aj spoločenskej úrovni (Dolejš, 2010). K najrizikovejším etapám z pohľadu rizikových aktivít patrí obdobie dospievania (Spear, 2000). Viac než polovica adolescentov sa aspoň raz ročne zapojí do činností, ktoré je možné označiť ako rizikové (Smart et al., 2004). Aj preto otázka, prečo sa adolescenti a mladí dospelí viac angažujú v rizikových aktivitách ako mladšie alebo staršie vekové skupiny, zaujíma psychológov už niekoľko desaťročí (Steinberg, 2007). Zvlášť zverenci náhradnej starostlivosti a výchovy, ktorí bývajú vystavení nepriaznivým rodinným a iným okolnostiam, viac inklinujú k zapájaniu sa do rôznych foriem rizikového správania (James et al., 2009).

Jessor (1993) považuje rizikové správanie za komplexný fenomén zahŕňajúci kontextuálne aj individuálne premenné. V súlade s týmto pohľadom sa výskumy rizikového správania dospievajúcich zameriavajú jednak na situačné faktory, ako aj individuálnu vulnabilitu (Hessler, & Katz, 2010). Predovšetkým dysfunkčnosť rodiny, rodičovská nekompetentnosť, nedostatok podpory a starostlivosti zo strany rodičov, zlá ekonomická situácia a negatívny vplyv vrstovníkov sú konzistentne nachádzané ako environmentálne antecedenty behaviorálnych problémov adolescentov. Tiež umiestnenie dieťaťa do náhradnej rezidenčnej starostlivosti a výchovy, predovšetkým opakované, je dobrým prediktorom ďalších problémov (Resnick, & Burt, 1996; Čerešník, & Čerešniková, 2016). Avšak nie každý, kto je vystavený nepriaznivým vonkajším podmienkam sa nutne musí zapojiť do rizikových aktivít. Jednotlivci totiž do daných životných okolností vnášajú svoje osobité kvality. Preto je potrebné venovať pozornosť individuálnym faktorom (Dekovič, 1999). Niekoľko štúdií

ukázalo, že osobné charakteristiky, ako externé miesto kontroly (Pearce, & Martin, 1993), vysoká tendencia k vyhľadávaniu vzrušenia (Rolison, & Scherman, 2002) či nízke sebavedomie (Trzesniewski et al., 2006), sa spájajú s angažovaním sa v rizikovom správaní. Rovnako zvýšená impulzivita a depresivita zohrávajú dôležitú úlohu v iniciácii a rozvoji rizikového správania (Dolejš, & Orel, 2017; Saluja et al., 2014; Gullo, & Dawe, 2008).

Štúdium osobnostných faktorov zvyšujúcich vulnerabilitu k rizikóvemu správaniu, ale tiež hľadanie protektívnych rysov, ako sú napr. rozvážnosť alebo citová stabilita, sú podnetným smerom výskumu. Svedčia o tom aj aktuálne práce na populáciách českých a slovenských adolescentov (napr. Dolejš et al., 2014; Čerešník, 2016a; Vavrysová, 2018). Vzhľadom na všeobecný konsenzus nepriaznivých následkov problémových aktivít (Kipping, Campbell, MacArthur, Gunnell, & Hickman, 2012), je identifikácia rizikových a protektívnych individuálnych rysov dôležitým podkladom úspešnej školskej praxe a prevencie a efektívnych intervenčných programov sociálnych služieb pre deti a rodiny zažívajúce ťažkosti (Čerešník, 2017; Dekovič, 1999). Ako píše Dolejš, & Zemanová (2015), ale aj Čerešník, & Gatál (2014), pre skvalitňovanie procesu vzdelávania a služieb zameraných na ochranu pred rizikovými javmi a prevenciu problematického a delikventného vývinu, je kľúčové dobre poznať tých, ktorým sú dané služby poskytované. V súlade s uvedeným, požiadavka výskumu individuálnych charakteristík spojených s rizikovým správaním nestráca na svojej aktuálnosti. Spomedzi rôznych možných rizikových osobnostných rysov sa nám vzhľadom na fakt, že s nástupom puberty dochádza k nárastu prevalencie depresivity (Davey et al., 2008), a tiež vzhľadom na skutočnosť, že k najvýznamnejším charakteristikám tzv. rizikovosti patrí impulzivita (Dolejš et al., 2014), koncept výskumu rizikového správania na báze depresivity a impulzivity javí ako zvlášť relevantný. Veríme, že našimi zisteniami prispejeme k preskúmaniu, popísaniu a pochopeniu individuálnych rozdielov vo vulnerabilite k rizikóvemu správaniu adolescentov.

V našom výskume sme sa preto zamerali na popis rizikového správania, depresivity a impulzivity u žiakov základných škôl a gymnázií

a klientov centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení vo veku 11–15 rokov. Pozornosť sme okrem analýzy vzťahov medzi vybranými premennými venovali predovšetkým porovnaniu rozdielov u oboch sledovaných skupín. Práve rozbor diferencií prináša najviac svetla do pochopenia osobitostí vybraných populácií, čo je dôležitým a nevyhnutným predpokladom pre ciele prácu s nimi.

7 Realizácia a metodologický rámec výskumu

Vzhľadom na stanovené výskumné ciele spočívajúce v popise vzťahov a rozdielov medzi skúmanými javmi a skupinami, bol zvolený kvantitatívny výskumný dizajn. Podstatou je deduktívne vymedzovanie predpokladov a hypotéz, ktoré vychádzajú z existujúcich teoretických konceptov a ich následné štatistické overovanie (Ferjenčík, 2010).

7.1 Psychodiagnostické nástroje

V súlade s výskumnými zámermi a kvantitatívnym dizajnom výskumu sme pre zber dát zvolili dotazníkové metódy. Hlavnými faktormi výberu boli kompatibilita metód s teoretickým rámcom, vhodnosťou použitia v cieľovej skupine adolescentov, vhodnosťou použitia v našom kultúrnom prostredí a ich kvalitné psychometrické ukazovatele. U detí a dospievajúcich umiestnených v zariadeniach náhradnej inštitucionálnej starostlivosti, napr. v detských domovoch, boli okrem iného zdokumentované aj deficity s udržaním a zameraním pozornosti (Gunnar, & van Dulmen, 2007; Erol, Simsek, & Münir, 2010; Loman et al., 2012). Preto ďalším dôležitým aspektom voľby psychodiagnostických nástrojov bola nízka časová náročnosť ich vyplnenia a jasnosť a zrozumiteľnosť jednotlivých položiek pre respondentov.

Testovú batériu tvoria tri dotazníky, Výskyt rizikového správania v adolescentnom veku – VRSA (Dolejš, & Skopal, 2013; slov. modif.: Čerešník, 2013), Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá – SDDSS (Dolejš, Skopal, & Suchá, 2013; slov. modif.: Čerešník, 2018) a Škála impulzivnosti Dolejš a Skopal – SIDS (Dolejš, & Skopal, 2013; slov. modif.: Čerešník, 2013), ktoré popíšeme v nasledujúcich podkapitolách.

Pre kvantifikáciu rizikového správania adolescentov sme použili diagnostický nástroj **Výskyt rizikového správania v adolescentnom veku – VRSA** (Čerešník, 2013), ktorý je slovenskou modifikáciou pôvodnej českej verzie **Výskyt rizikového chování u adolescentů – VRCHA** (Dolejš, & Skopal, 2013).

Dotazník VRCHA vznikol korelačnou a faktorovou analýzou experimentálnej verzie použitej pri hľadaní súvislostí medzi rizikovým správaním a osobnostnými rysmi adolescentov (Dolejš et al., 2014). Ide o 18položkovú sebaopisovú škálu vo forme otázok ohľadom minulých alebo aktuálnych skúseností adolescenta s konkrétnymi formami rizikového správania. Na položené otázky respondent odpovedá „áno/nie“. Kladná odpoveď je hodnotená bodovou hodnotou 1, záporná hodnotou 0. Celkové skóre je dané prostým sčítaním získaných bodov, s minimálnym skóre 0 bodov a maximálnym 18 bodov. Okrem celkového skóre je možné určiť aj hodnotu v troch škálach: *abúzus* – škála zameraná na skúsenosti s užívaním psychoaktívnych látok a s pohlavným stykom (7 položiek, napr. „Pil/a si počas posledných 30 dní nejaký alkoholický nápoj?“), *delikvencia* – škála zameraná na skúsenosti s rôznymi formami delikventných aktivít (7 položiek, napr. „Ukradol/ukradla si niekedy peniaze rodičom alebo niekomu inému?“) a *šikanovanie* – škála zameraná na skúsenosti s prejavmi šikanovania v úlohe obeť (4 položky, napr. „Ublížil ti niekto zo spolužiakov/spolužiačok počas posledných 30 dní?“). Ak je to žiaduce, môže byť skóre konkrétneho respondenta kvalifikované jedným zo štyroch stupňov rizikovosti, od nerizikovosti až po vysokú rizikovosť. Administrácia metódy je časovo nenáročná, väčšina adolescentov vyplní dotazník do 15 minút (Dolejš, & Skopal, 2015).

Dotazník VRCHA bol použitý v niekoľkých nezávislých výskumoch, vrátane českej aj slovenskej štandardizačnej štúdie na populácii adolescentov vo veku 11–15 rokov (Dolejš, & Skopal, 2015), ale aj štandardizačnej štúdie na populácii klientov nízkoprahových zariadení pre deti a mládež (NZDM) (Dolejš, & Zemanová, 2015). Na overenie vnútornej konzistencie dotazníka bol použitý výpočet Cronbachovej alfy, ktorá v jednotlivých výskumných projektoch dosahovala hodnoty od .77 po .83 (Dolejš, & Skopal, 2015). V našom výskume dosahovala Cronbachova

alfa nasledovné hodnoty: .85 pre celú škálu, .80 pre škálu abúzus, .79 pre škálu delikvencia a .47 pre škálu šikanovanie.

Pre posúdenie miery depresívnych symptómov sme použili **Škálu depresivity Dolejša, Skopala a Suchej – SDDSS** (Dolejš, Skopal, & Suchá, 2013), v Čerešníčkovej (2018) slovenskej modifikácii.

Škála SDDSS vychádza z Beckovej škály depresivity (BDI), ktorá patrí medzi klinicky najpoužívanjšie nástroje pre určenie závažnosti depresie (Piotrowski, & Keller, 1992). Vývoj metódy SDDSS prebiehal na rôznych nezávislých súboroch probandov a je možné ju využiť v diagnostike adolescentov (Dolejš et al., 2018). Ide o 20položkovú jedno-dimenzionálnu sebaopisovacia škála vo forme výrokov ohľadom aktuálne prežívaných depresívnych symptómov, ako sú smútok, pocity viny alebo nechutenstvo. Škála teda meria depresivitu ako aktuálny dlhšie trvajúci stav, nie osobnostný rys. K jednotlivým položkám (napr. „Som stále smutný/á a nemôžem sa z toho dostať.“) sa respondenti vyjadrujú na 4-stupňovej Likertovej škále od 1 – rozhodne nesúhlasím až po 4 – rozhodne súhlasím. Celkové skóre je dané prostým sčítaním získaných bodov, s minimálnym ziskom 20 bodov a maximálnym 80 bodov. Ak je to žiaduce, môže byť skóre konkrétneho respondenta zaradené do jedného z troch pásiem závažnosti (porovnateľný, významne depresívnejší a vysoko depresívny v porovnaní s normou). Administrácia metódy je časovo nenáročná, väčšina adolescentov vyplní dotazník do 10 minút (Dolejš et al., 2018).

SDDSS bola administrovaná v niekoľkých nezávislých súboroch respondentov, populačné normy priniesli rôzne výskumné projekty realizované s českými adolescentmi vo veku 11–19 rokov. Cronbachova alfa z Pearsonových korelácií je .91 (Dolejš et al., 2018). V našom výskume dosahovala Cronbachova alfa hodnotu .91.

Pre určenie miery impulzivít ako osobnostného rysu sme použili **Škálu impulzivít Dolejša a Skopala – SIDS** (Dolejš, & Skopal, 2013), v slovenskej modifikácii (Čerešník, 2013).

Základom pre tvorbu nástroja bolo 19 českých a zahraničných psychodiagnostických metód (napr. SURPS, RŠS a iné), s celkom 800 položkami, ktoré boli doplnené o desiatky ďalších vlastných výrokov. Finálna verzia bola vytvorená pomocou matematicko-štatistických analýz. Škála

SIDS je 24 položková jedno-dimenzionálna sebaopisová škála tvorená výroky ohľadom rôznych prejavov impulzivity. K jednotlivým položkám (napr. „Občas sa vrhám do niečoho len tak, bez premýšľania.“) sa respondenti vyjadrujú na 4-stupňovej Likertovej škále od 1 – rozhodne nesúhlasím až po 4 – rozhodne súhlasím. Celkové skóre je po prevedení reverzných položiek dané prostým sčítaním získaných bodov, s minimálnym ziskom 24 bodov a maximálnym 96 bodov. Ak je to žiaduce, môže byť skóre konkrétneho respondenta zaradené do jedného z dvoch pásiem impulzivnosti (priemerný výsledok v rámci populácie, výrazná impulzivita). Administrácia metódy je časovo nenáročná, väčšina adolescentov vyplní dotazník do 10 minút (Čerešník et al., 2016).

Dotazník SIDS bol použitý v niekoľkých nezávislých výskumoch, vrátane českej aj slovenskej štandardizačnej štúdie na populácii adolescentov vo veku 11–15 rokov (Čerešník et al., 2016). Vnútoraná konzistencia dotazníka je v intervale .83 po .87 (Dolejš, & Orel, 2017). V našom výskume dosahovala Cronbachova alfa hodnotu .84.

7.2 Proces zberu dát, etické aspekty, metódy analýzy a spracovania

Ako uvádza Čerešník (2016a), hoci sa rizikové aktivity v určitej miere týkajú všetkých vekových kategórií, typicky sa prejavujú v období dospievania. Domáce aj zahraničné výskumy (Vavrysová, 2018; James et al., 2009) zároveň dokazujú vyššie tendencie zverencov náhradnej výchovy zapájať sa do rôznych foriem rizikového správania. Na základe uvedeného sme do nášho výskumu zaradili dospievajúcich vo veku 11–15 rokov v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania a v systéme ústavnej starostlivosti a ochrannnej výchovy. Dôvodom zamerania na ranú a začiatok strednej adolescencie je relatívne vysoká možnosť psychologickú intervenciu pri poznaní aktuálneho stavu (Čerešník, & Čerešníková, 2016).

Berúc do úvahy dostupné možnosti zberu dát a špecifickosť respondentov, sme zvolili nenáhodný výber, kombináciu príležitostného a skupinového výberu. V súlade s cieľmi práce a zvolenou cieľovou skupinou,

sme si za cieľ stanovili zahrnúť do výskumu maximálny možný počet základných škôl a osemročných gymnázií v okrese Pezinok a zariadení ústavnej a ochranej starostlivosti v Bratislavskom a Trnavskom kraji. Hlavným dôvodom výberu daných územných celkov bola možnosť osobného oslovenia predmetných inštitúcií a osobnej administrácie testových metód. Osobný kontakt a zber dát sa nám javili ako najefektívnejšie z pohľadu získania čo najväčšieho počtu zariadení a maximálneho možného zabezpečenia presného postupu administrácie a minimálnej straty dát.

Na základe údajov z Centra vedecko-technických informácií a Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky sme vytvorili zoznam centier pre deti a rodiny (detských domovov) a špeciálnych výchovných zariadení, teda diagnostických centier, reedukačných centier a liečebno-výchovných sanatórií a zoznam základných škôl a osemročných gymnázií v predmetných regiónoch. V uvedených krajoch sa nachádza 17 centier pre deti a rodiny, 2 diagnostické centrá, 4 reedukačné centrá a 3 liečebno-výchovné sanatóriá. Z toho 2 reedukačné centrá sú určené pre klientov s mentálnym postihnutím, ktoré boli z výskumu vyradené. V okrese Pezinok sa nachádza 14 základných škôl s 2. stupňom a 2 osemročné gymnáziá (Ústredie PSVR SR, 30. januára 2019; ÚIPŠ SR, 30. januára 2019). Vzhľadom na kritériá zaradenia respondentov do výskumu (popísané nižšie), našim požiadavkám vyhovovalo celkom 40 škôl a zariadení, z ktorých sa do štúdie zapojilo 28 (70 %), konkrétne 10 centier pre deti a rodiny, 6 špeciálnych výchovných zariadení, 11 základných škôl a 1 gymnázium.

Predmetné zariadenia boli v súlade s našimi zámermi oslovené osobne so žiadosťou o účasť na výskume, prostredníctvom komunikácie s riaditeľmi daných inštitúcií. Na stretnutí boli riaditelia oboznámení s dôvodmi a cieľmi výskumu, s testovou batériou a boli im zodpovedané otázky či prípadné obavy. Zároveň sa dohodol postup ohľadom procesu administrácie a ďalšej komunikácie so zariadením, ktorá bola následne sprostredkovaná zástupcami riaditeľov, vedúcimi výchovy alebo psychológmi. Termín zberu dát sa vo väčšine centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení podarilo dohodnúť už na prvom stretnutí, v niekoľkých prípadoch bol určený následne telefonicky. Na školách,

ktoré vyjadrili súhlas s testovaním, sme hneď v daný deň zanechali predpripravené informované súhlasy pre zákonných zástupcov. Tie boli distribuované pomocou triednych učiteľov všetkým žiakom druhého stupňa základných škôl, resp. prvého stupňa osemročných gymnázií. Po ich kompletizácii, kedy čas zberu súhlasov trval v priemere 2 týždne, sme s kontaktnou osobou dohodli termín administrácie.

Zber dát prebiehal v júni, septembri a októbri 2018. Školské prázdniny môžu skresľovať výsledky, respondenti sú po letnom odpočinku, resp. počas voľna potenciálne viac experimentujú s rizikovými aktivitami. Vzhľadom na to bol zber dát v školskom roku 2018/2019 realizovaný vo väčšine prípadov až na konci septembra, resp. v októbri. Rizikovosť jedinca nie je len funkciou osobnostných premenných, ale tiež funkciou sociálnych faktorov prostredia, ktorého je práve súčasťou. Navyše, pre adolescenta je mimoriadne dôležité byť prijatí rovesníkmi, aj za cenu nasledovania negatívnych vzorov. Pri vyhodnocovaní získaných dát je preto potrebné vziať do úvahy aj vplyv potenciálnej zmeny zloženia triednych kolektívov, no predovšetkým kolektívov v ústavoch v novom školskom roku. Pre kolektívy v ústavoch je typická vysoká fluktuácia, často prichádzajú, resp. odchádzajú noví členovia. Je preto nutné rátať so skutočnosťou, že rizikovosť daného jedinca sa môže zvyšovať alebo znižovať podľa toho, s kým je práve v kontakte. V prípade, že by do kolektívu pribudol nový člen, ktorý je vysoko rizikový v nejakej aktivite, mohol by sa stať negatívnym vzorom a rizikovosť niektorých ostatných členov zvyšovať. Administrácia dát bola skupinová, metódou „ceruzka–papier“. Na školách prebiehala naraz u všetkých zúčastnených, v jedálni alebo vo väčších triedach, v čase vyučovania. Tiež v špeciálnych výchovných zariadeniach s pridruženou edukáciou sme zber dát uskutočnili počas vyučovania na jednotlivých vyučovacích hodinách. V centrách pre deti a rodiny boli dotazníky administrované v poobedňajších hodinách, po návrate klientov zo škôl. Pri väčšine testovaní boli okrem administrátorky prítomní aj jeden alebo dvaja učitelia alebo vychovávatelia.

Pred samotným testovaním sme respondentom stručne popísali zámer výskumu, pripomenuli dobrovoľnosť účasti, zadali potrebné inštrukcie a požiadali ich o úprimnosť, pravdivosť a dôslednosť pri osobnej kontrole

vyjadrení ku každej položke, pričom im bola vysvetlená dôležitosť úplnosti odpovedí. Respondenti zároveň odovzdávali vyplnené dotazníky administrátorke postupne tak, aby sa čo najlepšie zabezpečila kontrola a možnosť doplnenia chýbajúcich vyjadrení. Obavy respondentov z prípadného odhalenia odpovedí boli zodpovedané vysvetlením anonymity a nemožnosti identifikácie jednotlivých účastníkov a osobného uistenia, že k dátam budú mať prístup len riešitelia výskumu. Všetky tri dotazníky boli spojené do jedného súboru, aby nedošlo k zámene testov medzi jednotlivými respondentmi. Po administrácii bola každá testová zložka označená značkou danej školy alebo zariadenia z dôvodu možnosti ďalších vyhodnotení.

Pri zbere dát sme sa riadili tromi základnými etickými pravidlami: rešpekt, prospešnosť a spravodlivosť (podľa The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, U.S. Department of Health & Human Services, 29. januára 2019). Tie sú prakticky napĺňané dodržiavaním nasledovných požiadaviek: poskytnutie informácií, dobrovoľnosť, anonymita, zhodnotenie potenciálnych rizík, nulová tolerancia diskriminácie a vyváženie záťaže a výhod. V súlade s uvedenými princípmi a požiadavkami, bola účasť na našom výskume výsostne dobrovoľná. Respondenti boli informovaní o možnosti svoj súhlas s participáciou kedykoľvek odvolať alebo ju bez udania dôvodu ukončiť alebo prerušiť. Vzhľadom na vek respondentov sme u žiakov základných škôl a gymnázií požadovali zákonným zástupcom podpísaný informovaný súhlas. Testovania sa následne zúčastnili len tí žiaci, ktorých rodičia s participáciou svojho potomka súhlasili. Administrácia u klientov zariadení ústavnej starostlivosti prebehla so súhlasom riaditeľa, na základe generálneho súhlasu zákonných zástupcov na začiatku pobytu dieťaťa v danom zariadení. Pri samotnej administrácii sme rovnako požadovali verbálny súhlas respondentov. Participantom bol zrozumiteľným spôsobom ozrejmeneý predmet, zámer výskumu a použitie výskumných dát. Veľký dôraz sa kládol na dôslednú anonymizáciu údajov, v dotazníkoch neboli uvedené žiadne informácie, podľa ktorých by bolo možné respondentov identifikovať. K získaným dátam mali prístup výlučne riešitelia výskumu a boli použité len v súlade s proklamovaným účelom.

Pred samotnou analýzou boli dáta prepísané z papierovej do elektronickej podoby a následne vyčistené. Čistenie dát spočívalo predovšetkým vo vyradení respondentov nezodpovedajúceho veku a vo vyradení dotazníkov, ktoré nebolo možné vyhodnotiť z dôvodu dvoch a viac chýbajúcich alebo nadbytočných odpovedí v niektorých položkách. V prípade jednej chýbajúcej položky sme danú odpoveď v súlade s pokynmi v príručkách dotazníkov doplnili priemernou hodnotou konkrétneho respondenta.

Výskumné dáta boli vyhodnotené príslušnými štatistickými testami použitím štatistických programov Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20) a Statistica (Statistica 13.3). V súlade so stanovenými cieľmi sme postupne zrealizovali deskriptívnu analýzu skúmaných premenných, rozdielovú analýzu pre zistenie rozdielov v skóre jednotlivých sledovaných premenných medzi výskumnými súbormi a korelačnú analýzu pre určenie vzťahov medzi sledovanými javmi. Boli aplikované parametrické testy v súlade s faktom, že pri dostatočne veľkých výskumných súboroch (počet respondentov > 50) je možné ich využiť bez ohľadu na rozdelenie hodnôt v súbore a vzhľadom na skutočnosť, že v našom súbore sa nenachádzajú extrémne hodnoty. Parametrické testy sú navyše považované za robustnejšie, nulová hypotéza je zamietnutá s vyššou pravdepodobnosťou, ak je skutočne nesprávna (Štiglic, 2009).

7.3 Základné charakteristiky zapojených adolescentov

V súlade s vyššie uvedeným tvorili **základný súbor** žiaci 5.–9. ročníka základných škôl a študenti 1.–4. ročníka osemročných gymnázií (nižšie sekundárne vzdelávanie) a zverenci ústavnej starostlivosti a ochrannnej výchovy, konkrétne centier pre deti a rodiny, diagnostických centier, redukčných centier a liečebno-výchovných sanatórií, vo veku 11–15 rokov. Prehľad ich početností uvádzame v tabuľkách 1, 2, 3. Vzhľadom na skutočnosť, že zber dát v prípade ústavov prebiehal v Bratislavskom a Trnavskom kraji a v prípade škôl v okrese Pezinok, uvádzame počty jednotlivých kategórií cieľovej skupiny za celé Slovensko aj menované územné celky.

Tab. 1: Počet žiakov 5.–9. ročníka základných škôl a 1.–4. ročníka osemročných gymnázií

Typ školy	Slovensko		Okres Pezinok	
	počet žiakov	z toho dievčat	počet žiakov	z toho dievčat
ZŠ	223315	108922	2886	1428
G	60673	35033	233	133
$\Sigma_{ZŠ+G}$	283988	143955	3119	1561

Poznámka: ZŠ = základná škola, G = gymnázium, $\Sigma_{ZŠ+G}$ = spolu základné školy a gymnáziá.

Zdroje: Štatistická ročenka školstva – regionálne školstvo MŠVVaŠ SR 2018, CVTI SR; Správy o výsledkoch a podmienkach výchovno-vzdelávacej činnosti 2017/2018, Bratislavský samosprávny kraj.

Kvôli skutočnosti, že nie sú k dispozícii štatistické dáta o počte klientov špeciálnych výchovných zariadení v nami sledovanej vekovej skupine 11–15 rokov, uvádzame dostupné údaje najbližšie k našej cieľovej skupine (tab. 2).

Tab. 2: Počet klientov špeciálnych výchovných zariadení vo veku povinnej školskej dochádzky

Typ zariadenia	Slovensko		Bratislavský kraj		Trnavský kraj	
	počet klientov	z toho dievčat	počet klientov	z toho dievčat	počet klientov	z toho dievčat
RC	262	63	13	–	13	11
LVS	261	23	96	–	32	4
DGC	185	61	92	15	–	–
$\Sigma_{RC+LVS+DGC}$	708	147	201	15	45	15
$\Sigma_{BA+TT \text{ kraj}}$	Počet klientov 246, z toho dievčat 30					

Poznámka: RC = reedukačné centrum, LVS = liečebno-výchovné sanatórium, DGC = diagnostické centrum, $\Sigma_{RC+LVS+DGC}$ = spolu špeciálne výchovné zariadenia, $\Sigma_{BA+TT \text{ kraj}}$ = Bratislavský a Trnavský kraj.

Zdroj: Štatistická ročenka školstva – špeciálne výchovné zariadenia MŠVVaŠ SR 2018, CVTI SR.

Kvôli skutočnosti, že nie sú k dispozícii štatistické dáta o počte klientov centier pre deti a rodiny v nami sledovanej vekovej skupine 11–15 rokov, uvádzame dostupné údaje najbližšie k našej cieľovej skupine (tab. 3).

Tab. 3: Počet klientov centier pre deti a rodiny v samostatných skupinách vo veku 3–18 rokov

Kraj	Počet klientov
Slovensko	3276
Bratislavský	252
Trnavský	360
Σ_{BA+TT}	612

Poznámka: Σ_{BA+TT} = spolu Bratislavský a Trnavský kraj.

Zdroj: Správa o počte detí a mladých dospelých v jednotlivých formách starostlivosti DeD, 2016, Ústredie PSVR SR.

Vzhľadom na to, že v dostupných štatistických prehľadoch chýbajú informácie o počte klientov centier pre deti a rodiny v jednotlivých krajoch, uvedený počet sme vyrátali nasledovným postupom: Celkový počet klientov v skupinách v centrách je 3276. Podľa zoznamu Akreditované subjekty – detské domovy a krízové strediská (Ústredie PSVR SR, 30. januára 2019) sa na Slovensku nachádza celkom 93 centier. Priemerný počet klientov na centrum je tak 36. V Bratislavskom kraji je celkom 7 centier pre deti a rodiny, vyrátaný počet klientov je 252. V Trnavskom kraji je 10 centier, vyrátaný počet klientov je 360. Celkovo sa podľa tohto výpočtu nachádza odhadom v Bratislavskom a Trnavskom kraji v samostatných skupinách centier pre deti a rodiny 612 klientov.

Základným kritériom pre zaradenie do **výskumného súboru** bol vek respondentov v rozmedzí 11–15 rokov a inteligencia v pásme minimálne dolnej hranice priemeru. Na výbere vhodných účastníkov výskumu z pohľadu intelligenčného kritéria sa podieľali zamestnanci inštitúcií, ktorí identifikovali adolescentov neschopných zúčastniť sa administrácie testovej batérie. Títo neboli do testovania zaradení. Celkovo sa do štúdie

zapojilo 729 dospelievajúcich, 13 bolo vyradených kvôli veku. Celkový súbor napokon tvorilo 716 respondentov, z toho 325 chlapcov a 391 dievčat. Výskumný súbor pozostával z dvoch podsúborov podľa typu zariadenia, kde boli dáta zbierané.

Prvá skupina (označenie ZŠG) pozostávala zo žiakov základných škôl a osemročných gymnázií v okrese Pezinok. Tvorilo ju 544 respondentov, z toho 206 chlapcov a 338 dievčat. Počet respondentov odpovedá 0,2 % populácie všetkých žiakov 5. až 9. ročníka základných škôl a 1. až 4. ročníka osemročných gymnázií na Slovensku a 17,4 % danej populácie v Pezinskom okrese.

Druhú skupinu (označenie CDZ) tvorili klienti centier pre deti a rodiny (CDR) a špeciálnych výchovných zariadení v Bratislavskom a Trnavskom kraji. Pozostávala zo 172 respondentov, z toho bolo 119 chlapcov a 53 dievčat. Počet respondentov odpovedá 4,3 % populácie všetkých klientov špeciálnych výchovných zariadení vo veku povinnej školskej dochádzky a centier pre deti a rodiny vo veku do 18 rokov na Slovensku a 20 % danej populácie v Bratislavskom a Trnavskom kraji.

Podrobnejší popis výskumných súborov z pohľadu pohlavia, priemerného veku a percentuálneho zastúpenia uvádzame v tabuľke 4.

Tab. 4: Zloženie a charakteristiky výskumných súborov ZŠG a CDZ

Súbor	Chlapci			Dievčatá			Σ_{ch+d}		
	N	Priemerný vek ($\pm SD$)	%	N	Priemerný vek ($\pm SD$)	%	N	Priemerný vek ($\pm SD$)	%
ZŠG	206	12,86 (1,19)	38	338	12,78 (1,23)	62	544	12,81 (1,21)	76
CDZ	119	13,30 (1,38)	69	53	12,85 (1,29)	31	172	13,16 (1,36)	24
$\Sigma_{ZŠG+CDZ}$	325	13,02 (1,28)	45	391	12,79 (1,23)	55	716	12,89 (1,26)	100

Poznámka: N = počet, $\pm SD$ = štandardná odchýlka, Σ_{ch+d} = spolu chlapci a dievčatá, $\Sigma_{ZŠG+CDZ}$ = spolu ZŠG a CDZ, ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia (reedukačné centrá, liečebno-výchovné sanatóriá, diagnostické centrá), vek uvádzaný v rokoch.

Pre dokreslenie obrazu uvádzame tiež popis výskumného súboru z hľadiska vekových kategórií a príslušnosti ku konkrétnym typom škôl, resp. zariadení ústavnej starostlivosti (tab. 5, 6).

Tab. 5: Zloženie výskumných súborov podľa vekových kategórií

Vek	ZŠG (N)			CDZ (N)			$\Sigma_{ZŠG+CDZ}$ (N)
	Chlapci	Dievčatá	Σ_{Ch+D}	Chlapci	Dievčatá	Σ_{Ch+D}	
11	29	59	88	17	10	27	115
12	53	88	141	20	12	32	173
13	63	96	159	20	13	33	192
14	39	60	99	34	12	46	145
15	22	35	57	28	6	34	91

Poznámka: N = počet, ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia, $\Sigma_{ZŠG+CDZ}$ = spolu ZŠG a CDZ, Σ_{Ch+D} = spolu chlapci a dievčatá, vek uvádzaný v rokoch.

Tab. 6: Zloženie výskumného súboru podľa typu zariadenia

Typ zariadenia	Chlapci		Dievčatá		Σ_{Ch+D}	
	N	Priemerný vek ($\pm SD$)	N	Priemerný vek ($\pm SD$)	N	Priemerný vek ($\pm SD$)
CDR	35	13,23 (1,39)	41	12,93 (1,39)	76	13,07 (1,39)
DGC	13	13,00 (1,41)	11	12,73 (0,79)	24	12,87 (1,15)
LVS	57	13,07 (1,32)	1	11,00 (-)	58	13,03 (1,34)
RC	14	14,71 (0,47)	0	-	14	14,71 (0,47)
ZŠ	189	12,79 (1,18)	296	12,71 (1,21)	485	12,74 (1,20)
G	17	13,65 (1,06)	42	13,24 (1,23)	59	13,36 (1,19)

Poznámka: N = počet, $\pm SD$ = štandardná odchýlka, Σ_{Ch+D} = spolu chlapci a dievčatá, CDR = centrá pre deti a rodiny, DGC = diagnostické centrá, LVS = liečebno-výchovné sanatóriá, RC = reedukačné centrá, ZŠ = základné školy, G = osemročné gymnáziá, (-) = u jedného respondenta nie je možné uviesť štandardnú odchýlku, - = žiaden respondent, vek uvádzaný v rokoch.

8 Výsledky výskumu

– vybrané psychologické fenomény sledovaných adolescentov

V predchádzajúcich kapitolách sme popísali ciele, dizajn, metodológiu a postup pri realizácii výskumu. V tejto kapitole popíšeme získané výsledky tak, aby sme naplnili stanovené ciele. Nad rámec cieľov, pre dokreslenie celkového obrazu, uvedieme doplňujúce informácie a vybrané porovnania. Kapitola výsledkov bude za účelom dobrej prehľadnosti členená v súlade s použitými výskumnými nástrojmi, pri ktorých za každým uvedieme najprv deskriptívnu a následne rozdielovú analýzu. V záverečnej podkapitole popíšeme analýzu vzťahov medzi skúmanými premennými. Kvôli prehľadnosti dodržíme vždy rovnakú štruktúru popisu výsledkov – úvod do analýz a textový popis dôležitých skutočností prezentovaných tabuľkou, súhrnná prezentácia údajov prostredníctvom príslušnej tabuľky a prípadné názorné doplnenie prostredníctvom grafu.

8.1 Výskyt rizikového správania v adolescentnom veku

– VRSA

V tejto časti popíšeme dáta získané metódou VRSA, postupne uvedieme deskriptívnu, rozdielovú a korelačnú analýzu.

V rámci *deskripcie* celkového rizikového správania a jeho dimenzií, abúzu, delikvencie a šikanovania, uvádzame priemerné hodnoty a štandardné odchýlky u daných výskumných súborov (ZŠG, CDZ) v jednotlivých vekových kategóriách (11–15 rokov) a podľa pohlavia (chlapci, dievčatá) (tab.7). Kvôli názornosti doplníme predmetnú tabuľku grafom znázorňujúcim priebeh celkového rizikového správania v závislosti od veku u jednotlivých pohlaví a výskumných súborov (graf 1).

Do analýz bolo zahrnutých 542 žiakov základných škôl a gymnázií a 171 adolescentov z centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení. Na základe analýzy rizikového správania v konkrétnych vekových kategóriách a v jednotlivých výskumných skupinách je možné nachádzať určité trendy v celkovom rizikovom správaní aj v škálach abúzus a delikvencia, ktoré sa však nepotvrdzujú v škále šikanovanie.

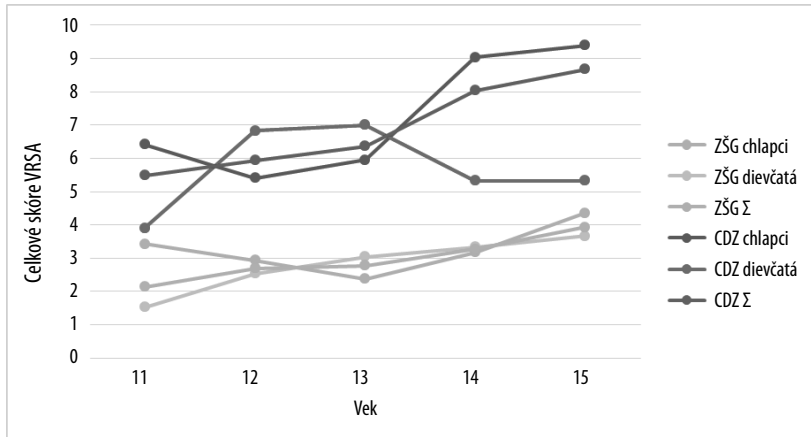
V prípade oboch výskumných súborov pokrývajúcich súhrnne chlapcov aj dievčatá vidíme, že priemer v celkovom skóre, aj v škálach abúzus a delikvencia, rastie s pribúdajúcim vekom. Napr. priemerné celkové skóre u klientov ústavov vo veku 11 rokov je 5,48 bodu, vo veku 15 rokov 8,68 bodu. Výnimkou je šikanovanie, ktoré u žiakov základných škôl a gymnázií kulminuje vo veku 12 rokov ($M_{12} = 1,06$), klienti centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení sa obeťami šikanovania stávajú najčastejšie vo veku 11 rokov ($M_{11} = 1,33$).

U chlapcov v oboch súboroch je možné v celkovom rizikovom správaní aj v škálach abúzus a delikvencia pozorovať postupný pokles s rastúcim vekom vo vekovej kategórii 11–13 rokov (priemerné hodnoty v celkovom skóre sú $M_{ZSG11} = 3,43$, $M_{ZSG13} = 2,37$; $M_{CDZ11} = 6,41$, $M_{CDZ13} = 5,95$) a následne nárast vo veku 14–15 rokov (priemerné hodnoty v celkovom skóre sú $M_{ZSG14} = 3,18$; $M_{CDZ14} = 9,03$). Chlapci z oboch výskumných súborov zažívajú šikanovanie najčastejšie v mladšom veku ($M_{ZSG11} = 1,18$; $M_{CDZ11} = 1,59$).

U dievčat je situácia iná aj v porovnaní s chlapcami, aj v porovnaní medzi súbormi. Žiačky základných škôl a gymnázií sa s výnimkou šikanovania častejšie zapájajú do rizikových aktivít s rastúcim vekom (priemerné hodnoty v celkovom skóre sú $M_{11} = 1,53$, $M_{15} = 3,66$), skúsenosti so šikanovaním najčastejšie zažívajú 12-ročné dievčatá ($M_{12} = 1,13$). U dievčat v ústavnej starostlivosti vidíme podobný trend s dievčatami zo základných škôl a gymnázií vo veku do 13 rokov, ale opačný trend v porovnaní s oboma súbormi chlapcov. Celkové rizikové správanie, abúzus aj delikvencia sa zvyšujú s rastúcim vekom v kategórii 11–13 rokov, následne však dochádza k poklesu (priemerné hodnoty v celkovom rizikovom správaní sú $M_{11} = 3,90$, $M_{13} = 7,00$, $M_{14} = 5,33$). Navyše, na rozdiel od chlapcov, ktorí sú v daných škálach najrizikovejší vo veku 15 rokov,

dievčatá z ústavov dosahujú najvyššie hodnoty vo veku 13 rokov. Popísané skutočnosti opäť neplatia pre škálu šikanovanie, klientky centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení sa najčastejšie obeťami šikanovania stávajú vo veku 12 rokov ($M_{12} = 1,42$), podobne ako žiačky škôl a gymnázií. Dievčatá v oboch výskumných súboroch zároveň dosahujú v nižšej vekovej kategórii 12–13 rokov (resp. 14 rokov) vyššie priemerné hodnoty v celkovom rizikovom správaní, v abúze a v delikvencii v porovnaní s chlapcami v tomto veku (napr. priemerné hodnoty v delikvencii sú $M_{ZSGD13} = 1,36$, $M_{ZSGCH13} = 1,05$; $M_{CDZD13} = 3,77$, $M_{CDZCH13} = 2,80$).

Graf 1: Priebeh celkového rizikového správania (priemerné hodnoty) podľa veku



Poznámka: ZŠG = základné školy a gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny a špeciálne výchovné zariadenia, Σ = spolu.

Tab. 7: Deskripcia premenných VRSA (priemerné hodnoty) podľa súboru, pohlavia a veku

Škála VRSA	Vek	Priemer (\pm SD)					
		ZŠG			CDZ		
		Chlapci N = 204	Dievčatá N = 338	$\Sigma_{\text{Ch+D}}$ N = 542	Chlapci N = 118	Dievčatá N = 53	$\Sigma_{\text{Ch+D}}$ N = 171
Celkové skóre	11	3,43 (3,38)	1,53 (1,58)	2,14 (2,47)	6,41 (4,40)	3,90 (4,18)	5,48 (4,42)
	12	2,94 (3,41)	2,53 (2,26)	2,69 (2,74)	5,40 (4,77)	6,83 (3,69)	5,94 (4,39)
	13	2,37 (2,47)	3,04 (3,17)	2,77 (2,92)	5,95 (4,03)	7,00 (4,67)	6,36 (4,26)
	14	3,18 (2,89)	3,33 (2,87)	3,27 (2,87)	9,03 (4,98)	5,33 (3,45)	8,04 (4,88)
	15	4,36 (2,74)	3,66 (3,07)	3,93 (2,94)	9,39 (4,50)	5,33 (2,25)	8,68 (4,45)
Abúzus	11	0,79 (1,23)	0,05 (0,22)	0,29 (0,79)	2,06 (2,19)	0,70 (1,06)	1,56 (1,95)
	12	0,60 (1,30)	0,36 (0,70)	0,45 (0,97)	1,65 (1,73)	2,08 (2,43)	1,81 (1,99)
	13	0,44 (0,82)	0,77 (1,26)	0,64 (1,12)	1,75 (1,86)	2,08 (2,02)	1,88 (1,90)
	14	1,03 (1,50)	0,97 (1,29)	0,99 (1,37)	3,45 (2,45)	1,92 (1,78)	3,04 (2,37)
	15	1,14 (1,32)	1,17 (1,38)	1,16 (1,35)	3,82 (2,45)	3,00 (1,90)	3,68 (2,36)
Delikvencia	11	1,46 (1,77)	0,61 (1,03)	0,89 (1,37)	2,76 (1,99)	2,30 (2,71)	2,59 (2,24)
	12	1,40 (1,82)	1,05 (1,36)	1,18 (1,55)	2,85 (2,89)	3,33 (1,92)	3,03 (2,55)
	13	1,05 (1,26)	1,36 (1,70)	1,24 (1,55)	2,80 (2,35)	3,77 (2,52)	3,18 (2,43)
	14	1,49 (1,54)	1,53 (1,48)	1,52 (1,49)	4,30 (2,23)	2,58 (1,78)	3,84 (2,24)
	15	1,86 (1,17)	1,80 (1,73)	1,82 (1,53)	4,68 (2,13)	1,17 (0,98)	4,06 (2,39)
Šikanovanie	11	1,18 (1,12)	0,86 (0,99)	0,97 (1,04)	1,59 (1,06)	0,90 (0,99)	1,33 (1,07)
	12	0,94 (1,06)	1,13 (1,04)	1,06 (1,04)	0,90 (1,07)	1,42 (1,00)	1,09 (1,06)
	13	0,87 (1,04)	0,91 (1,02)	0,89 (1,02)	1,40 (1,23)	1,15 (1,28)	1,30 (1,24)
	14	0,67 (0,77)	0,83 (1,03)	0,77 (0,94)	1,27 (1,07)	0,83 (1,03)	1,16 (1,07)
	15	1,36 (1,14)	0,69 (0,87)	0,95 (1,03)	0,89 (0,83)	1,17 (0,75)	0,94 (0,81)

Poznámka: \pm SD = štandardná odchýlka, ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia, $\Sigma_{\text{Ch+D}}$ = spolu chlapci a dievčatá, N = počet, vek uvádzaný v rokoch.

V rámci *rozdielových analýz* sme skúmali rozdiely v priemernom celkovom skóre a v priemerných skóre v jednotlivých škálach rizikového správania medzi žiakmi základných škôl a gymnázií (ZŠG) na jednej strane a klientmi centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení (CDZ) na druhej strane. Za týmto účelom sme previedli sériu parametrických t-testov pre 2 nezávislé výbery. Výsledky uvádzame v tabuľke 8 a kvôli lepšej názornosti doplníme grafom 2.

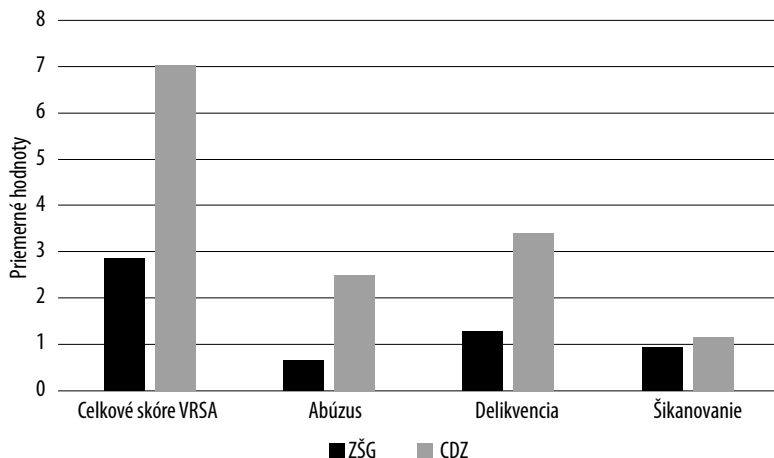
Na základe analýzy dát je možné konštatovať, že žiaci základných škôl a osemročných gymnázií majú signifikantne nižšie priemerné skóre v celkovom rizikovom správaní ($p < 0,001$; $t = -11,186$, $M = 2,86$ vs. $M = 7,05$), aj v jednotlivých škálach, abúzus ($p < 0,001$; $t = -10,098$, $M = 0,65$ vs. $M = 2,48$), delikvencia ($p < 0,001$; $t = -10,954$, $M = 1,28$ vs. $M = 3,41$) a šikanovanie ($p < 0,05$; $t = -2,534$, $M = 0,93$ vs. $M = 1,16$) ako ich rovesníci z ústavov.

Tab. 8: Rozdiely priemerov v škálach VRSA medzi výskumnými súbormi ZŠG a CDZ

Škála VRSA	Priemer ($\pm SD$)		F-test		t-test		Cohenovo d
	ZŠG (N = 542)	CDZ (N = 171)	F	p	t	p	
Celkové skóre	2,86 (2,83)	7,05 (4,63)	115,006	<0,001	-11,186	<0,001	-0,98
Abúzus	0,65 (1,15)	2,48 (2,28)	225,941	<0,001	-10,098	<0,001	-0,89
Delikvencia	1,28 (1,52)	3,41 (2,40)	113,528	<0,001	-10,954	<0,001	-0,96
Šikanovanie	0,93 (1,02)	1,16 (1,05)	0,000	0,999	-2,534	<0,05	-0,22

Poznámka: $\pm SD$ = štandardná odchýlka, ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia, N = počet, F = hodnota testového kritéria F-testu, t = hodnota testového kritéria t-testu, p = signifikancia (štatistická významnosť).

Graf 2: Priemerné skóre v škálach VRSA u jednotlivých výskumných súborov



Poznámka: ZŠG = základné školy a gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny a špeciálne výchovné zariadenia.

Pre dokreslenie celkového obrazu sme v rámci rozdielových analýz ďalej štatisticky porovnávali chlapcov a dievčatá (tab. 9, 10), respondentov z konkrétnych typov škôl a zariadení (tab. 11, 12) a hodnoty našich respondentov s reprezentatívnymi súbormi slovenských a českých dospelých v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania (tab. 13). Pre analýzu sme postupne previedli sériu t-testov pre dva nezávislé výbery, jednocestnú ANOVU pre 3-k nezávislých výberov a post-hoc LSD testy a diferenčné testy priemerných hodnôt. Rozdiely popíšeme v danom poradí, uvedením príslušnej tabuľky a jej textového popisu.

V tabuľke 9 uvádzame porovnanie chlapcov a dievčat vo vnútri výskumných súborov. Na základe analýzy dát je možné povedať, že žiaci základných škôl a gymnázií prevyšujú žiačky (ZŠG) v celkovom rizikovanom správaní ($M_{CH} = 3,03$, $M_D = 2,76$), aj v jeho dimenziách (abúzus: $M_{CH} = 0,72$, $M_D = 0,62$; delikvencia: $M_{CH} = 1,37$, $M_D = 1,22$; šikanovanie: $M_{CH} = 0,95$, $M_D = 0,92$). Všetky rozdiely medzi chlapcami a dievčatami zo škôl sú však štatisticky nevýznamné ($p > 0,05$ pre každú škálu VRSA).

Ďalej je možné konštatovať, že tiež chlapci z centier a špeciálnych výchovných zariadení prevyšujú dievčatá (CDZ) v celkovom rizikovom správaní ($M_{CH} = 7,60$, $M_D = 5,81$), aj jeho dimenziách (abúzus: $M_{CH} = 2,75$, $M_D = 1,89$; delikvencia: $M_{CH} = 3,67$, $M_D = 2,83$; šikanovanie: $M_{CH} = 1,19$, $M_D = 1,09$). Rozdiely v celkovom rizikovom správaní, v abúze a v delikvencii sú štatisticky významné ($p < 0,05$ pre celkové rizikové správanie, aj abúzus aj delikvenciu), rozdiel v škále šikanovanie je štatisticky nevýznamný ($p = 0,599$).

Tab. 9: Rozdiely priemerov v škálach VRSA medzi chlapcami a dievčatami v rámci výskumných súborov

	Škála VRSA	Priemer ($\pm SD$)		F-test		t-test	
		chlapci	dievčatá	F	p	t	p
ZŠG $N_{ch} = 204$ $N_D = 338$	Celkové skóre	3,03 (3,00)	2,76 (2,73)	0,628	0,428	1,072	0,284
	Abúzus	0,72 (1,22)	0,62 (1,10)	1,203	0,273	0,988	0,323
	Delikvencia	1,37 (1,54)	1,22 (1,51)	0,046	0,831	1,057	0,291
	Šikanovanie	0,95 (1,03)	0,92 (1,01)	0,061	0,805	0,288	0,774
CDZ $N_{ch} = 118$ $N_D = 53$	Celkové skóre	7,60 (4,83)	5,81 (3,91)	6,469	<0,05	2,567	<0,05
	Abúzus	2,75 (2,37)	1,89 (1,96)	5,596	<0,05	2,483	<0,05
	Delikvencia	3,67 (2,43)	2,83 (2,23)	1,405	0,238	2,141	<0,05
	Šikanovanie	1,19 (1,06)	1,09 (1,04)	0,003	0,955	0,527	0,599

Poznámka: N_{ch} = počet chlapcov, N_D = počet dievčat, $\pm SD$ = štandardná odchýlka, ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia, F = hodnota testového kritéria F-testu, t = hodnota testového kritéria t-testu, p = signifikancia (štatistická významnosť).

V nasledujúcej tabuľke 10 uvádzame porovnanie chlapcov medzi výskumnými súbormi (chlapci – ZŠG, CDZ) a dievčat medzi výskumnými súbormi (dievčatá – ZŠG, CDZ). Na základe analýzy dát je možné povedať, že chlapci z centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení prevyšujú chlapcov zo základných škôl a gymnázií v celko-

vom rizikovom správaní ($M_{CDZ} = 7,60$, $M_{ZŠG} = 3,03$), aj jeho dimenziách (abúzus: $M_{CDZ} = 2,75$, $M_{ZŠG} = 0,72$; delikvencia: $M_{CDZ} = 3,67$, $M_{ZŠG} = 1,37$; šikanovanie: $M_{CDZ} = 1,19$, $M_{ZŠG} = 0,95$). Všetky uvedené rozdiely sú štatisticky významné ($p < 0,001$ pre celkové rizikové správanie, aj abúzus aj delikvenciu, $p < 0,05$ pre šikanovanie).

Ďalej je možné konštatovať, že tiež dievčatá z centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení prevyšujú dievčatá zo základných škôl a gymnázií v celkovom rizikovom správaní ($M_{CDZ} = 5,81$, $M_{ZŠG} = 2,76$), aj jeho dimenziách (abúzus: $M_{CDZ} = 1,89$, $M_{ZŠG} = 0,62$; delikvencia: $M_{CDZ} = 2,83$, $M_{ZŠG} = 1,22$; šikanovanie: $M_{CDZ} = 1,09$, $M_{ZŠG} = 0,92$). Rozdiely v celkovom rizikovom správaní, v abúze a delikvencii sú štatisticky významné ($p < 0,001$ pre celkové rizikové správanie, aj abúzus aj delikvenciu), rozdiel v škále šikanovanie je štatisticky nevýznamný ($p = 0,25$).

Tab. 10: Rozdiely priemerov v škálach VRSA medzi chlapcami zo ZŠG a CDZ a medzi dievčatami zo ZŠG a CDZ

	Škála VRSA	Priemer (\pm SD)		F-test		t-test	
		ZŠG	CDZ	F	p	t	p
chlapci $N_{ZŠG} = 204$ $N_{CDZ} = 118$	Celkové skóre	3,03 (3,00)	7,60 (4,83)	66,767	<0,001	-9,303	<0,001
	Abúzus	0,72 (1,22)	2,75 (2,37)	117,291	<0,001	-8,678	<0,001
	Delikvencia	1,37 (1,54)	3,67 (2,43)	58,698	<0,001	-9,259	<0,001
	Šikanovanie	0,95 (1,03)	1,19 (1,06)	0,008	0,928	-1,992	<0,05
dievčatá $N_{ZŠG} = 338$ $N_{CDZ} = 53$	Celkové skóre	2,76 (2,73)	5,81 (3,91)	20,312	<0,001	-5,472	<0,001
	Abúzus	0,62 (1,10)	1,89 (1,96)	52,958	<0,001	-4,616	<0,001
	Delikvencia	1,22 (1,51)	2,83 (2,23)	25,462	<0,001	-5,072	<0,001
	Šikanovanie	0,92 (1,01)	1,09 (1,04)	0,000	0,998	-1,164	0,25

Poznámka: $N_{ZŠG}$ = počet respondentov v ZŠG, N_{CDZ} = počet respondentov v CDZ, \pm SD = štandardná odchýlka, ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia, F = hodnota testového kritéria F-testu, t = hodnota testového kritéria t-testu, p = signifikancia (štatistická významnosť)

Nasledujúce tabuľky 11, 12 popisujú výsledky štatistických testov, priemerné rozdiely v rizikovom správaní medzi konkrétnymi výskumnými skupinami a ich štatistickú významnosť. Na základe analýzy dát môžeme konštatovať, že gymnazisti sú menej rizikoví ako žiaci základných škôl (napr. Δ = rozdiel v celkovom skóre je $-0,51$). Žiaci základných škôl aj gymnázií sú zároveň menej rizikoví ako rovesníci z ústavov (napr. Δ G oproti CDR v celkovom rizikovom správaní je $-2,54^*$). Ďalej, klienti centier pre deti a rodiny sú menej rizikoví v porovnaní s klientmi všetkých typov špeciálnych výchovných zariadení (napr. Δ v celkovom skóre oproti RC je $-6,77^*$). Najviac rizikoví sú klienti reedukačných centier, ktorí dosahujú štatisticky významne vyššie priemerné rozdiely nielen oproti žiakom škôl (napr. Δ v celkovom skóre oproti G je $9,31^*$) a klientom centier (napr. Δ v celkovom skóre je $6,77^*$), ale aj oproti dospievajúcim z ostatných typov špeciálnych výchovných zariadení, teda diagnostických centier (napr. Δ v škále abúzus je $1,79^*$) a liečebno-výchovných sanatórií (napr. Δ v celkovom skóre je $4,31^*$). Výnimkou je škála šikanovanie, podľa ktorej sa klienti reedukačných centier stávajú menej často obeťami šikanovania ako všetci ostatní respondenti, s výnimkou gymnazistov. Tu je však rozdiel štatisticky nevýznamný ($\Delta = 0,06$). Sumárne je možné konštatovať, že najmenej rizikoví sú gymnazisti, nasledujú žiaci základných škôl, adolescenti z centier pre deti a rodiny a dospievajúci zo špeciálnych výchovných zariadení. Najviac rizikovými sú klienti reedukačných centier.

Tab. 11: Výsledky jednocestnej ANOVY – VRSA

Škála VRSA	SumŠ	df	StrŠ	F	p
Celkové skóre	3165,16	5	633,03	63,143	<0,001
Abúzus	666,68	5	133,34	69,499	<0,001
Delikvencia	753,75	5	150,75	51,520	<0,001
Šikanovanie	24,40	5	4,88	4,724	<0,001

Poznámka: SumŠ = suma štvorcov (medzi skupinami), df = počet stupňov voľnosti, StrŠ = stredný štvorec (medzi skupinami), F = hodnota testového kritéria F-testu, p = signifikancia (štatistická významnosť).

Tab. 12: Priemerné rozdiely v škálach VRSA medzi konkrétnymi typmi škôl a zariadení

Zariadenie		Priemerný rozdiel (štandardná chyba)			
		Celkové skóre VRSA	Abúzus	Delikvencia	Šikanovanie
ZŠ	G	0,51 (0,44)	0,03 (0,19)	0,33 (0,24)	0,15 (0,14)
	CDR	-2,03* (0,39)	-0,87* (0,17)	-1,24* (0,21)	0,08 (0,13)
	RC	-8,80* (0,86)	-4,84* (0,38)	-4,04* (0,46)	0,09 (0,28)
	DGC	-7,21* (0,66)	-3,05* (0,29)	-3,52* (0,36)	-0,64* (0,21)
	LVS	-4,49* (0,44)	-1,84* (0,19)	-2,16* (0,24)	-0,49* (0,14)
G	CDR	-2,54* (0,55)	-0,90* (0,24)	-1,57* (0,30)	-0,07 (0,18)
	RC	-9,31* (0,94)	-4,87* (0,41)	-4,37* (0,51)	-0,06 (0,30)
	DGC	-7,72* (0,77)	-3,08* (0,34)	-3,85* (0,41)	-0,79* (0,25)
	LVS	-5,00* (0,59)	-1,86* (0,26)	-2,49* (0,32)	-0,64* (0,19)
CDR	RC	-6,77* (0,92)	-3,97* (0,40)	-2,81* (0,50)	0,01 (0,30)
	DGC	-5,18* (0,74)	-2,18* (0,32)	-2,28* (0,40)	-0,72* (0,24)
	LVS	-2,46* (0,56)	-0,97* (0,24)	-0,92* (0,30)	-0,57* (0,18)
RC	DGC	1,59 (1,07)	1,79* (0,47)	0,52 (0,56)	-0,73* (0,34)
	LVS	4,31* (0,94)	3,01* (0,41)	1,88* (0,51)	-0,58 (0,30)
DGC	LVS	2,72* (0,77)	1,22* (0,34)	1,36* (0,42)	0,15 (0,25)

* $p \leq 0,05$.

Poznámka: ZŠ = základná škola, G = gymnázium, CDR = centrum pre deti a rodiny, RC = reedukačné centrum, DGC = diagnostické centrum, LVS = liečebno-výchovné sanatórium.

V tabuľke 13 uvádzame porovnanie priemerných hodnôt škál VRSA medzi výskumnými súbormi (ZŠG, CDZ) a reprezentatívnymi súbormi slovenských a českých dospelých v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania (Čerešník, & Dolejš, 2015).

Z analýzy dát vyplýva, že naši žiaci dosahujú signifikantne vyššie priemerné hodnoty v celkovom skóre rizikového správania ($M_{ZŠG} = 2,86$, $M_{SR} = 2,53$, $M_{ČR} = 2,42$; $p_{SR} < 0,05$, $p_{ČR} < 0,001$), aj v škálach delikvencia ($M_{ZŠG} = 1,28$, $M_{SR} = 1,12$, $M_{ČR} = 1,06$; $p_{SR} < 0,05$, $p_{ČR} < 0,001$) a šikanovanie ($M_{ZŠG} = 0,93$, $M_{SR} = 0,78$, $M_{ČR} = 0,61$; $p_{SR} < 0,001$, $p_{ČR} < 0,001$) v porovnaní so slovenskými aj českými rovesníkmi. Naopak, naši respondenti dosahujú nižšie skóre v škále abúzus v porovnaní s reprezentatívnymi slovenskými aj českými dospelujúcimi ($M_{ZŠG} = 0,65$, $M_{SR} = 0,66$, $M_{ČR} = 0,74$). Rozdiely sú však štatisticky nevýznamné ($p_{SR} = 0,901$, $p_{ČR} = 0,109$).

Klienti centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení dosahujú v porovnaní so slovenskými aj českými adolescentmi signifikantne ($p < 0,001$ pre každú škálu VRSA) a niekoľkonásobne vyššie priemerné hodnoty vo všetkých škálach rizikového správania (napr. priemerné hodnoty v celkovom skóre sú $M_{CDZ} = 7,05$, $M_{SR} = 2,53$, $M_{ČR} = 2,42$; rozdiel oproti SR je 2,8-násobný, rozdiel oproti ČR je 2,9-násobný).

Pre doplnenie informácií, v nasledujúcom texte popíšeme rozdiely v prevalencii konkrétnych foriem rizikového správania v jednotlivých výskumných súboroch (ZŠG, CDZ) a medzi chlapcami a dievčatami a doplníme reprezentatívnymi dátami slovenských a českých dospelujúcich (tab. 14).

Tab. 13: Rozdiely priemerov v škálach VRSA medzi výskumnými súbormi a reprezentatívnymi súbormi slovenských a českých dospelých

Škála VRSA	súbor	N	M	±SD	p (ZŠG)	p (CDZ)
Celkové skóre	ZŠG	542	2,86	2,83		
	CDZ	171	7,05	4,63		
	SR	1634	2,53	3,07	<0,05	<0,001
	ČR	4130	2,42	2,68	<0,001	<0,001
Abúzus	ZŠG	542	0,65	1,15		
	CDZ	171	2,48	2,28		
	SR	1663	0,66	1,76	0,901	<0,001
	ČR	4134	0,74	1,24	0,109	<0,001
Delikvencia	ZŠG	542	1,28	1,52		
	CDZ	171	3,41	2,40		
	SR	1665	1,12	1,56	<0,05	<0,001
	ČR	4134	1,06	1,37	<0,001	<0,001
Šikanovanie	ZŠG	542	0,93	1,02		
	CDZ	171	1,16	1,05		
	SR	1671	0,78	1,00	<0,001	<0,001
	ČR	4134	0,61	0,93	<0,001	<0,001

Poznámka: N = počet, M = priemer, ±SD = štandardná odchýlka, p = signifikancia (štatistická významnosť), ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia.

SR – Čerešník a Gatjal (2014): štandardizačná štúdia realizovaná na Slovensku.

ČR – Skopal, Dolejš, Suchá a Vavrysová (2014): štandardizačná štúdia realizovaná v Česku.

Zdroj dát: Čerešník a Dolejš (2015): Spoločný projekt dvoch národov...

Tabuľka 14 uvádza percento respondentov v jednotlivých výskumných súboroch, ktorí na konkrétnu otázku dotazníka VRSA odpovedali „áno“. Na základe analýzy súhlasných odpovedí uvádzame najzaujímavejšie zistenia týkajúce sa porovnania medzi klientmi centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení (CDZ) a žiakmi základných škôl a gymnázií (ZŠG) a medzi chlapcami a dievčatami vo vnútri výskumných súborov. Zo získaných dát vyplýva, že zverenci ústavnej výchovy prevyšujú v angažovaní sa v daných formách rizikového správania svojich rovesníkov zo škôl niekoľkonásobne. Dospievajúci z ústavov 21,5-krát častejšie vyfajčia viac než päť cigariet denne, 10-krát častejšie majú skúsenosti s pohlavným stykom a 7-krát častejšie zažili vyšetrovanie políciou. Nižšie rozdiely nachádzame len v škále šikanovanie, žiaci škôl sa dokonca predmetom urážok (42 % vs. 33 %) či ublíženia (18 % vs. 17 %) zo strany spolužiakov stávajú častejšie ako rovesníci z ústavov. Sumárne, žiaci škôl odpovedali najčastejšie „áno“ na otázku ohľadom skúseností s urážkami zo strany spolužiakov (42 %), zverenci ústavov na otázku ohľadom skúseností s krádežou (65 %). Na základe porovnania žiakov a žiačok základných škôl a gymnázií (ZŠG) môžeme konštatovať, že dievčatá sa vo všeobecnosti nelíšia od chlapcov v angažovaní sa v jednotlivých rizikových aktivitách. Určité rozdiely zaznamenávame v častejšom delikventnom správaní chlapcov, chlapci výraznejšie prevyšujú dievčatá v krádežiach (42 % vs. 33 %) a v poškodzovaní cudzieho majetku (20 % vs. 13 %). Pri porovnaní chlapcov a dievčat z ústavov (CDZ) vidíme, že majú podobné skúsenosti s užitím liekov bez relevantného dôvodu (35 % vs. 34 %), či s fajčením cigariet (48 % vs. 47 %), alebo záškoláctvom (50 % vs. 51 %). V iných aktivitách prevyšujú chlapci dievčatá dvoj a viacnásobne. Príkladom sú krádeže v obchode (62 % vs. 32 %) alebo skúsenosti s pohlavným stykom (39 % vs. 13 %). Dievčatá prevyšujú chlapcov len vo falšovaní podpisov rodičov (45 % vs. 32 %).

Tab. 14: Prevalencia (%) súhlasných odpovedí na položky dotazníka VRSA

Otázka	Reprez. s.		ZŠG			CDZ		
	ČR	SR	Ch	D	Σ_{Ch+D}	Σ_{Ch+D}	Ch	D
Pil/pila si počas posledných 30 dní nejaký alkoholický nápoj?	31	21	28	25	26	33	37	23
Užil/ užila si niekedy počas života lieky bez toho, aby si ich potreboval/ potrebovala (zdravotné problémy) a aby o tom vedeli rodičia?	9	9	15	11	13	35	35	34
Fajčil/ fajčila si alebo inak užil/ užila marihuanu („trávu“) alebo hašiš niekedy počas svojho života?	11	9	7	8	8	40	46	26
Fajčil/ fajčila si počas posledných 30 dní cigarety (tabak)?	11	12	9	9	9	48	48	47
Mal/ mala si niekedy počas svojho života pohlavný styk?	6	6	5	2	3	31	39	13
Vyfajčíš denne viac než 5 cigariet?	3	4	3	2	2	43	48	30
Bol/ bola si niekedy počas posledných 30 dní opitý/ opitá tak, že si mal/ mala problémy s chôdzou, s hovorením, zvracal/ zvracala si alebo si si nepamätal/ nepamätala, čo sa stalo?	4	5	4	5	5	19	21	15
Sfalšoval/ sfalšovala si niekedy podpis rodičov?	30	25	23	28	26	36	32	45
Ukradol/ ukradla si niekedy peniaze rodičom alebo niekomu inému?	12	17	17	20	19	41	45	32
Bol/ bola si niekedy počas svojho života „za školou“?	8	12	14	11	12	50	50	51
Ukradol/ ukradla si niekedy niečo?	23	25	42	33	37	65	69	57
Poškodil/poškodila si niekedy počas života cudzí majetok len tak pre zábavu?	15	16	20	13	16	43	48	32
Mal/ mala si niekedy „opletačky“ s políciou kvôli tomu, čo si urobil/ urobila?	7	7	9	7	8	53	61	34
Ukradol/ ukradla si niekedy niečo v obchode?	11	11	12	11	11	53	62	32
Už si si niekedy počas života zámerne fyzicky ublížil/ ublížila?	25	21	24	26	25	52	53	51
Urážali ťa spolužiáci/ spolužiačky niekedy počas posledných 30 dní?	18	36	43	42	42	33	36	26
Ublížil ti niekto alebo ťa zosmiešňoval v posledných 30 dňoch na internete (sociálne siete, nevhodné videá, blogy a iné)?	7	8	11	6	8	14	13	15
Ublížil ti niekto zo spolužiakov/ spolužiačok počas posledných 30 dní?	12	14	18	18	18	17	17	17

Poznámka: Reprez.s = reprezentačný súbor, ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia, Ch = chlapci, D = dievčatá, Σ_{Ch+D} = spolu chlapci a dievčatá.

SR – Čerešník a Gatial (2014): štandardizačná štúdia realizovaná na Slovensku.

ČR – Skopal, Dolejš, Suchá a Vavrysová (2014): štandardizačná štúdia realizovaná v Česku.

Zdroj dát: Čerešník a Dolejš (2015): Spoločný projekt dvoch národov...

Ako je spomínané vyššie, dotazník VRSA umožňuje získať informácie o rizikivosti, teda o tom, do akej miery je daný dospelávajúci rizikový. Na základe získaného skóre je možné konkrétneho adolescenta zaradiť do štyroch stupňov rizikivosti, čo je informácia, ktorá dokrešluje celkový obraz pri práci s dospelávajúcimi jednotlivcami (Dolejš, & Skopal, 2015). Na záver rozdielových analýz preto porovnáme zastúpenie respondentov daných súborov (ZŠG a CDZ) v definovaných stupňoch rizikivosti v jednotlivých škálach dotazníka VRSA (tab. 15).

Na základe analýzy dát môžeme konštatovať výrazné rozdiely predovšetkým v zastúpení vo vysokej rizikivosti medzi žiakmi škôl (ZŠG) a zverencami ústavnej starostlivosti (CDZ). Až polovica dospelávajúcich z ústavov je vysoko riziková z pohľadu celkového rizikového správania (vs. 9 % žiaci škôl) a delikventných aktivít (vs. 10 % žiaci škôl), tretina z pohľadu abúzu návykových látok (vs. 5 % žiaci škôl). V súlade s predchádzajúcimi zisteniami nenachádzame väčšie rozdiely vo vysokej rizikivosti z pohľadu skúsenosti so šikanovaním zo strany obete. Záverom môžeme konštatovať, že takmer každý desiaty žiak škôl, resp. každý tretí až druhý klient ústavnej výchovy je vysoko rizikový z pohľadu sledovaných foriem rizikového správania.

Tab. 15: Zastúpenie (%) v jednotlivých stupňoch rizikovosti dotazníka VRSA u daných výskumných súborov

Stupeň rizikovosti	Celkové skóre VRSA		Abúzus		Delikvencia		Šikanovanie	
	ZŠG	CDZ	ZŠG	CDZ	ZŠG	CDZ	ZŠG	CDZ
nerizikovosť	20	8	64	29	43	16	43	29
bežná rizikovosť	51	22	20	15	22	14	31	41
zvýšená rizikovosť	20	19	11	23	25	20	17	19
vysoká rizikovosť	9	51	5	33	10	50	9	11

Poznámka: ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia.

Na záver analýz dát dotazníka VRSA uvádzame *analýzu vzájomných vzťahov* medzi jednotlivými dimenziami rizikového správania (tab. 16). Môžeme konštatovať, že všetky škály sú k sebe navzájom v štatisticky významných ($p \leq 0,01$) pozitívnych vzťahoch. Celkové skóre sa signifikantne, pozitívne a silne viaže so škálou abúzus ($r = 0,87^{**}$), so škálou delikvencia ($r = 0,90^{**}$) aj so škálou šikanovanie ($r = 0,53^{**}$). Rovnako, signifikantný, pozitívny a silný vzťah nachádzame aj medzi škálami abúzus a delikvencia ($r = 0,68^{**}$). Signifikantný, ale slabý vzťah konštatujeme medzi škálami šikanovanie a abúzus ($r = 0,24^{**}$) aj medzi škálami šikanovanie a delikvencia ($r = 0,28^{**}$).

Tab. 16: Interkorelácie faktorov dotazníka VRSA

Faktor	VRSA	Abúzus	Delikvencia
Abúzus	0,87^{**}		
Delikvencia	0,90^{**}	0,68^{**}	
Šikanovanie	0,53^{**}	0,24^{**}	0,28^{**}

$^{**}p \leq 0,01$.

8.2 Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá – SDDSS

V tejto časti popíšeme dáta získané metódou SDDSS, postupne uvedieme deskriptívnu a rozdielovú analýzu.

V rámci *deskripcie* depresivity uvádzame priemerné hodnoty, štandardné odchýlky a veľkosť súborov zahrnutých do analýz (tab. 17).

V prípade žiakov základných škôl a gymnázií (ZŠG) vidíme v rámci celého súboru pokrývajúceho súhrne chlapcov a dievčatá výraznejší nárast depresivity vo veku 12, resp. 13 rokov ($M_{11} = 35,07$, $M_{12} = 39,38$). Podobne u dievčat depresivita výraznejšie narastá vo veku 12 rokov ($M_{11} = 34,66$, $M_{12} = 40,78$) a najvyššia je vo veku 13 rokov ($M_{13} = 41,30$). Dievčatá sú zároveň v každej vekovej kategórii, s výnimkou 11 ročných, viac depresívne ako chlapci. U chlapcov vo vekovej kategórii 11–13 rokov je depresivita porovnateľná, určité kolísanie zaznamenávame u 14 a 15 ročných chlapcov ($M_{14} = 34,18$, $M_{15} = 37,81$).

V prípade klientov centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení (CDZ) vidíme v rámci celého súboru pokrývajúceho súhrne chlapcov a dievčatá pozvoľný pokles depresivity s rastúcim vekom ($M_{11} = 46,52$, $M_{15} = 42,18$). Rovnako je to u chlapcov. Chlapci sú najviac depresívni sú vo veku 11 rokov ($M_{11} = 46,82$), najmenej vo veku 15 rokov ($M_{15} = 40,61$). Podobne ako u dievčat zo škôl, aj u dievčat z ústavov depresivita narastá vo veku 12–13 rokov. Vo vekovej kategórii 11–14 rokov sú dievčatá najdepresívnejšie vo veku 12 rokov ($M_{12} = 47,58$). Dievčatá sú zároveň v každej vekovej kategórii, s výnimkou 11 ročných, viac depresívne ako chlapci.

V rámci *rozdielových analýz* sme testovali rozdiely v priemernom skóre depresivity medzi žiakmi základných škôl a gymnázií (ZŠG) na jednej strane a klientmi centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení (CDZ) na druhej strane. Za týmto účelom sme previedli parametrický t-test pre 2 nezávislé výbery. Výsledky uvádzame v tab. 18. Na základe analýzy dát je možné konštatovať, že žiaci základných škôl a osemročných gymnázií dosahujú signifikantne nižšie ($p < 0,001$; $t = -5,691$) priemerné skóre depresivity ($M = 38,20$) ako klienti centier a špeciálnych výchovných zariadení ($M = 43,57$). Rozdiel je klinicky významný na hladine stredného efektu ($|d| = 0,5$).

Tab. 17: Deskripcia škály SDDSS (priemerné hodnoty) podľa súboru, pohlavia a veku

Škála	Vek	Priemer (\pm SD)					
		ZŠG			CDZ		
		Chlapci N = 202	Dievčatá N = 334	Σ_{Ch+D} N = 536	Chlapci N = 118	Dievčatá N = 53	Σ_{Ch+D} N = 171
SDDSS	11	35,93 (13,57)	34,66 (10,88)	35,07 (11,76)	46,82 (9,53)	46,00 (7,60)	46,52 (8,72)
	12	36,96 (12,97)	40,78 (10,11)	39,38 (11,34)	42,37 (10,46)	47,58 (15,44)	44,39 (12,64)
	13	36,30 (8,82)	41,30 (8,73)	39,29 (9,08)	41,40 (9,53)	46,38 (6,76)	43,36 (8,79)
	14	34,18 (11,60)	39,53 (11,16)	37,40 (11,58)	41,44 (11,45)	45,33 (13,30)	42,46 (11,93)
	15	37,81 (10,82)	38,71 (8,66)	38,38 (9,44)	40,61 (10,26)	49,50 (10,95)	42,18 (10,78)
Σ_{11-15}		36,16 (11,35)	39,43 (10,15)	38,20 (10,73)	42,16 (10,45)	46,70 (11,03)	43,57 (10,81)

Poznámka: N = počet, \pm SD = štandardná odchýlka, ZŠG = základné školy + osemroč-
né gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia,
 Σ_{Ch+D} = spolu chlapci a dievčatá, Σ_{11-15} = spolu všetky vekové kategórie.

Tab. 18: Rozdiely priemerov v škále SDDSS medzi výskumnými súbormi

Škála	Priemer (\pm SD)		F-test		t-test		Cohenovo
	ZŠG (N = 536)	CDZ (N = 171)	F	p	t	p	d
SDDSS	38,20 (10,73)	43,57 (10,81)	0,116	0,734	-5,691	<0,001	-0,5

Poznámka: N = počet, \pm SD = štandardná odchýlka, ZŠG = základné školy + osemroč-
né gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia,
F = hodnota testového kritéria F-testu, t = hodnota testového kritéria t-testu,
p = signifikancia (štatická významnosť).

Pre dokreslenie celkového obrazu sme v rámci rozdielových analýz ďalej porovnávali chlapcov a dievčatá v daných výskumných súboroch (tab. 19) a respondentov z konkrétnych typov škôl a zariadení (tab. 20, 21). Pre analýzu sme postupne previedli sériu parametrických t-testov pre dva nezávislé výbery a jednocestnú ANOVU pre 3-k nezávislých výberov a post-hoc LSD testy. Rozdiely popíšeme v danom poradí, uvedením príslušnej tabuľky a jej textového popisu, resp. grafického zobrazenia.

Tabuľka 19 popisuje výsledky štatistických testov a popisné charakteristiky, porovnávané priemerné hodnoty škály SDDSS medzi chlapcami a dievčatami vo vnútri výskumných súborov. Na základe analýzy dát je možné konštatovať, že žiaci škôl majú štatisticky významne nižšie ($p < 0,01$, $t = -3,446$) priemerné skóre depresivity ($M = 36,16$) ako žiaci ($M = 39,43$). Rovnako, chlapci z ústavov majú štatisticky významne nižšie ($p < 0,05$, $t = -2,581$) priemerné skóre depresivity ($M = 42,16$) ako dievčatá ($M = 46,70$).

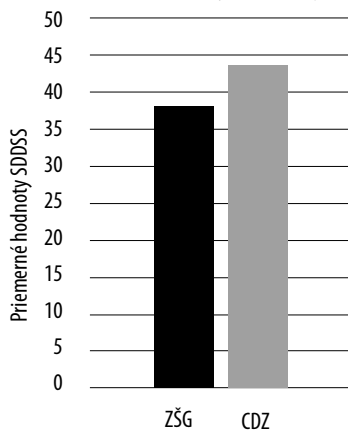
Tab. 19: Rozdiely priemerov v škále SDDSS medzi chlapcami a dievčatami v rámci výskumných súborov

Škála SDDSS	Priemer (\pm SD)		F-test		t-test	
	Chlapci	Dievčatá	F	p	t	p
ZŠG $N_{ch} = 202$ $N_d = 334$	36,16 (11,35)	39,43 (10,15)	0,566	0,452	-3,446	<0,01
CDZ $N_{ch} = 118$ $N_d = 53$	42,16 (10,45)	46,70 (11,03)	0,169	0,681	-2,581	<0,05

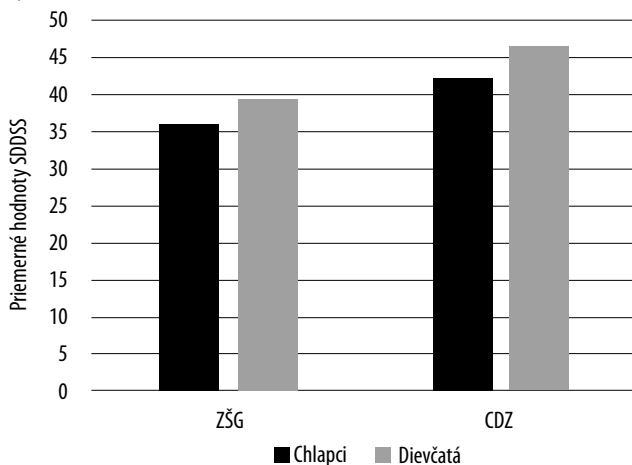
Poznámka: N_{ch} = počet chlapcov, N_d = počet dievčat, \pm SD = štandardná odchýlka, ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia, F = hodnota testového kritéria F-testu, t = hodnota testového kritéria t-testu, p = signifikancia (štatistická významnosť).

Kvôli názornosti doplníme popísané rozdiely v depresivite medzi výskumnými súbormi (ZŠG a CDZ) a medzi chlapcami a dievčatami v rámci súborov grafmi 3, 4.

Graf 3: Priemerné skóre v škále SDDSS u jednotlivých výskumných súborov



Graf 4: Priemerné skóre v škále SDDSS u chlapcov a dievčat v rámci výskumných súborov



Poznámka: ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia.

Tabuľky 20, 21 popisujú priemerné rozdiely v depresivite medzi konkrétnymi výskumnými skupinami, ich štatistickú významnosť a výsledky štatistických testov. Na základe analýz dát je možné konštatovať, že žiaci základných škôl sú menej depresívni ako študenti gymnázií. Rozdiel je však štatisticky nevýznamný ($\Delta =$ rozdiel je $-2,10$). Žiaci základných škôl sú zároveň menej depresívni ako klienti centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení. Priemerné rozdiely sú štatisticky významné (napr. Δ oproti DGC je $-10,91^*$). Rovnako gymnazisti sú menej depresívni ako adolescenti z centier a špeciálnych výchovných zariadení. Rozdiely sú však štatisticky nevýznamné, s výnimkou rozdielu oproti klientom diagnostických centier, ktorý je štatisticky významný (Δ je $-8,81^*$). Adolescenti z centier sú menej depresívni ako klienti špeciálnych výchovných zariadení, štatisticky významný je však len rozdiel oproti dospievajúcim z diagnostických centier (Δ je $-6,68^*$). Pri porovnaní klientov jednotlivých typov špeciálnych výchovných zariadení je možné konštatovať, že klienti diagnostických centier majú vyššiu depresivitu aj oproti klientom reedukačných centier (Δ je $2,88$), aj oproti klientom liečebno-výchovných sanatórií (Δ je $6,32^*$). Sumárne je možné povedať, že najmenej depresívni sú žiaci základných škôl, nasledujú študenti gymnázií, adolescenti z centier pre deti a rodiny a dospievajúci zo špeciálnych výchovných zariadení. Najviac depresívni sú klienti diagnostických centier.

Tab. 20: Výsledky jednocestnej ANOVY – SDDSS

Škála	SumŠ	df	StrŠ	F	p
SDDSS	4931,64	5	986,33	8,619	<0,001

Poznámka: SumŠ = suma štvorcov (medzi skupinami), df = počet stupňov voľnosti, StrŠ = stredný štvorec (medzi skupinami), F = hodnota testového kritéria F-testu, p = signifikancia (štatistická významnosť).

Tab. 21: Priemerné rozdiely v škále SDDSS u konkrétnych typov škôl a zariadení

Zariadenie		Priemerný rozdiel SDDSS (štandardná chyba)
ZŠ	G	-2,10 (1,48)
	CDR	-4,24* (1,33)
	DGC	-10,91* (2,24)
	RC	-8,04* (2,90)
	LVS	-4,59* (1,49)
G	CDR	-2,13 (1,86)
	DGC	-8,81* (2,59)
	RC	-5,93 (3,18)
	LVS	-2,48 (1,98)
CDR	DGC	-6,68* (2,51)
	RC	-3,80 (3,11)
	LVS	-0,35 (1,87)
DGC	RC	2,88 (3,60)
	LVS	6,32* (2,60)
RC	LVS	3,45 (3,19)

* $p \leq 0,05$.

Poznámka: ZŠ = základná škola, G = gymnázium, CDR = centrum pre deti a rodiny, RC = reedukačné centrum, DGC = diagnostické centrum, LVS = liečebno-výchovné sanatórium.

Pre doplnenie informácií, v nasledujúcom texte popíšeme rozdiely v prevalencii odpovedí „rozhodne súhlasím“ na konkrétne položky dotazníka SDDSS (tab. 22).

Tabuľka 22 uvádza percento respondentov v jednotlivých výskumných súborm, ktorí na konkrétnu položku dotazníka SDDSS odpovedali

„rozhodne súhlasím“. Na základe analýzy rozhodných súhlasných odpovedí uvádzame najzaujímavejšie zistenia týkajúce sa porovnania medzi klientmi centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení (CDZ) a žiakmi základných škôl a gymnázií (ZŠG) a medzi chlapcami a dievčatami vo vnútri výskumných súborov. Zo získaných dát vyplýva, že zverenci ústavnej výchovy prevyšujú svojich rovesníkov v aktuálnom prežívaní konkrétnych príznakov depresie 1,5 až takmer 4 násobne. Výnimkou je porovnateľná miera pocitov smútku (6 % vs. 7 %), znechutenia zo samého seba (6 % vs. 7 %) a obviňovania sa za vlastné chyby (10 % vs. 10 %). Sumárne, respondenti zo škôl bývajú najčastejšie podráždení alebo nahnevaní (10 %), obviňujú sa za svoje chyby (10 %) a pociťujú ťažkosti v rozhodovaní sa (10 %). Zverenci ústavov sa najčastejšie obávajú fyzických problémov (19 %), mávajú problémy so spánkom (18 %) a sú často nahnevaní alebo podráždení (21 %). Na základe porovnania žiakov a žiačok škôl (ZŠG) môžeme konštatovať, že chlapci vo veľkej miere zažívajú pocity smútku, podráždenosť a sebaobviňovanie, najmenej často sa u nich prejavuje plač, nezáujem o iných, či pocit, že by sa nemali na čo tešiť. Dievčatá sa rovnako ako chlapci vo vysokej miere obviňujú kvôli svojim chybám a bývajú podráždené, na rozdiel od chlapcov, často plačú. Navyše ich trápia pochybnosti o vlastnom vzhľade, len 2 % dievčat boli nespokojné s tým, že schudli viac, akoby si želali. Žiadne dievča neodpovedalo „rozhodne súhlasím“ na položku „už ma vôbec nič neteší“. Porovnaním chlapcov a dievčat z ústavov (CDZ) vidíme, že chlapci bývajú vo veľkej miere podráždení (podobne ako žiaci škôl) a mávajú problémy so spánkom, najmenej zažívajú pocity smútku (opačne ako žiaci škôl), či pocit, že by ich nemalo čo tešiť. Dievčatá majú podobne ako chlapci najväčšie problémy s podráždenosťou, často plačú, myslia si, že sa ich vzhľad stále zhoršuje a sú prítomné psychosomatické príznaky (nespavosť, unavenosť, menšia chuť do jedla). Tiež majú menší záujem o iných a je pre ne ťažšie rozhodovať sa.

Tab. 22: Prevalencia (%) odpovedí „rozhodne súhlasím“ na položky dotazníka SDDSS

Otázka	ZŠG			CDZ		
	Ch	D	Σ_{Ch+D}	Σ_{Ch+D}	Ch	D
Som stále smutný/smutná a nemôžem sa z toho dostať.	9	5	7	6	5	8
Mám pocit, že sa nemám na čo tešiť.	6	5	5	12	13	9
Keď sa obzriem za svojim životom, vidím len množstvo neúspechov.	7	5	6	14	13	17
Už ma vôbec nič neteší.	4	0	2	6	4	9
Väčšinou sa cítim previnilo.	6	4	5	12	11	13
Očakávam, že budem potrestaný/potrestaná.	8	4	5	15	14	15
Som sám/sama zo seba znechutený/znechutená.	5	6	6	7	6	9
Neustále sa obviňujem za svoje chyby.	10	10	10	10	10	9
V poslednej dobre myslím na smrť alebo samovraždu.	5	5	5	12	10	15
Často som nahnevany/nahnevaná alebo podráždený/podráždená.	9	10	10	21	19	25
V poslednej dobe plačem viac ako predtým.	4	10	8	11	7	19
V poslednej dobe nemám záujem o ostatných ľudí.	4	2	3	11	8	17
Rozhodovať sa je pre mňa náročnejšie ako predtým.	8	11	10	14	12	17
Cítim sa, ako keby sa môj vzhlad stále menil k horšiemu.	6	11	9	12	10	17
Musím sa premáhať, aby som čokoľvek urobil/urobila.	6	6	6	9	9	9
Budím sa o 1 až 2 hodiny skôr než obvyčajne a už nemôžem znovu zaspať.	8	10	9	18	19	17
Skoro všetko, čo robím, ma unaví.	5	7	6	12	10	17
Mám menšiu chuť do jedla ako predtým.	5	8	6	11	7	17
V poslednej dobe som schudol/schudla viac, ako by som chcel/chcela.	5	2	3	6	7	6
Obávam sa fyzických problémov, preto je pre mňa náročné myslieť na čokoľvek iné.	6	4	5	19	8	13

Poznámka: ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia, Ch = chlapci, D = dievčatá, Σ_{Ch+D} = spolu chlapci a dievčatá.

Ako je spomínané vyššie, dotazník SDDSS umožňuje konkrétneho respondenta zaradiť do určitého pásma depresivity. V prípade výsledku vyššieho než +1SD nad priemerom normy je adolescent považovaný za výrazne depresívneho a je odporúčané s ním odborne pracovať (Dolejš et al., 2018). Na záver rozdielových analýz tak uvádzame zastúpenie respondentov, ktorí majú skóre depresivity nad +1SD od priemerného skóre súboru ZŠG, v tomto prípade chápaného ako norma.

Na základe analýzy dát môžeme konštatovať, že 2-krát viac dospievajúcich z centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení (CDZ, 31 %) má depresivitu vyššiu ako je +1SD nad normu (priemer ZŠG) v porovnaní so žiakmi základných škôl a gymnázií (ZŠG, 15 %). Teda, každý tretí adolescent z ústavov je výrazne depresívny (tab. 23).

Tab. 23: Zastúpenie respondentov s depresivitou vyššou než +1SD nad priemer ZŠG

Priemer (ZŠG) = 38,20 SD (ZŠG) = 10,73 Priemer + SD (ZŠG) = 48,93					
ZŠG			CDZ		
N	N _{M+SD}	%	N	N _{M+SD}	%
536	79	15	171	53	31

Poznámka: ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia, N = počet všetkých respondentov, SD = štandardná odchýlka, N_{M+SD} = počet respondentov so skóre vyšším ako priemer + SD.

8.3 Škála impulzivity Dolejš a Skopal – SIDS

V tejto časti popíšeme dáta získané metódou SIDS, postupne uvedieme deskriptívnu a rozdielovú analýzu.

V rámci *deskripcie* impulzivity uvádzame priemerné hodnoty, štandardné odchýlky a veľkosť súborov zahrnutých do analýz (tab. 24).

V rámci súborov pokrývajúcich súhrnne chlapcov aj dievčatá je možné konštatovať vyššie priemerné skóre u respondentov z ústavov ($M = 59,83$) oproti respondentom zo škôl ($M = 56,06$). Dievčatá zo škôl prevyšujú chlapcov v impulzivite o 0,93 bodu ($M_D = 56,42$ vs. $M_{CH} = 55,49$). Naopak, chlapci z ústavov sú viac impulzívní ($M = 60,10$) v porovnaní s dievčatami ($M = 59,23$). Štatistické porovnanie konštatovaných rozdielov uvedieme v rámci rozdielových analýz.

Tab. 24: Deskripcia škály SIDS (priemerné hodnoty) podľa súboru a pohlavia

Škála	Priemer ($\pm SD$)					
	ZŠG			CDZ		
	Chlapci N = 205	Dievčatá N = 333	Σ_{Ch+D} N = 538	Chlapci N = 117	Dievčatá N = 52	Σ_{Ch+D} N = 169
SIDS	55,49 (9,79)	56,42 (9,38)	56,06 (9,54)	60,10 (10,24)	59,23 (10,11)	59,83 (10,18)

Poznámka: $\pm SD$ = štandardná odchýlka, ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia, N = počet, Σ_{Ch+D} = spolu chlapci a dievčatá.

V rámci *rozdielových analýz* sme testovali rozdiely v priemernom skóre impulzivity medzi žiakmi základných škôl a gymnázií (ZŠG) na jednej strane a klientmi centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení, reedukačných centier, liečebno-výchovných sanatórií a diagnostických centier (CDZ) na druhej strane. Za týmto účelom sme previedli parametrický t-test pre 2 nezávislé výbery. Výsledky uvádzame v tab. 25.

Na základe analýzy dát je možné konštatovať nasledovné: Žiaci základných škôl a osemročných gymnázií dosahujú signifikantne nižšie

($p < 0,001$; $t = -4,412$) priemerné skóre impulzivity ($M = 56,06$) ako klienti centier a špeciálnych výchovných zariadení ($M = 59,83$). Rozdiel je klinicky významný na hladine slabého efektu ($|d| = 0,4$).

Tab. 25: Rozdiely priemerov škály SIDS medzi výskumnými súbormi

Škála	Priemer ($\pm SD$)		F-test		t-test		Cohenovo
	ZŠG (N = 538)	CDZ (N = 169)	F	p	t	p	d
SIDS	56,06 (9,54)	59,83 (10,18)	0,373	0,542	-4,412	<0,001	-0,4

Poznámka: $\pm SD$ = štandardná odchýlka, ZŠG = základné školy + osemročná gymnázia, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia, N = počet, F = hodnota testového kritéria F-testu, t = hodnota testového kritéria t-testu, p = signifikancia (štatistická významnosť).

Pre dokreslenie celkového obrazu sme v rámci rozdielových analýz ďalej štatisticky porovnávali chlapcov a dievčatá v daných výskumných súboroch (tab. 26) a respondentov z konkrétnych typov škôl a zariadení (tab. 27, 28). Pre analýzu sme postupne previedli sériu parametrických t-testov pre dva nezávislé výbery a jednocestnú ANOVU pre 3-k nezávislých výberov a post-hoc LSD testy. Rozdiely popíšeme v danom poradí, uvedením príslušnej tabuľky a jej textového popisu, resp. grafického zobrazenia.

Tabuľka 26 popisuje výsledky štatistických testov a popisné charakteristiky, porovnávané priemerné hodnoty škály SIDS medzi chlapcami a dievčatami vo vnútri výskumných súborov. Na základe analýzy dát je možné konštatovať, že dievčatá zo škôl (ZŠG) sú viac impulzívne ($M = 56,42$) ako chlapci ($M = 55,49$). Rozdiel v skóre impulzivity medzi dievčatami a chlapcami je štatisticky nevýznamný ($p = 0,273$, $t = 1,098$). Naopak, dievčatá z ústavov (CDZ) sú menej impulzívne ($M = 59,23$) ako chlapci ($M = 60,10$). Rozdiel v skóre impulzivity medzi dievčatami a chlapcami je štatisticky nevýznamný ($p = 0,609$, $t = -0,513$).

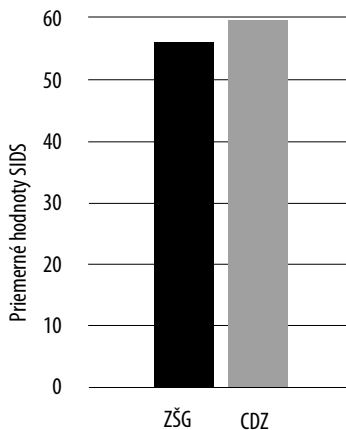
Tab. 26: Rozdiely priemerov v škále SIDS medzi chlapcami a dievčatami v rámci výskumných súborov

Škála SIDS	Priemer (\pm SD)		F-test		t-test	
	Chlapci	Dievčatá	F	p	t	p
ZŠG $N_{ch} = 205$ $N_D = 333$	55,49 (9,79)	56,42 (9,38)	0,051	0,822	-1,098	0,273
CDZ $N_{ch} = 117$ $N_D = 52$	60,10 (10,24)	59,23 (10,11)	0,014	0,907	0,513	0,609

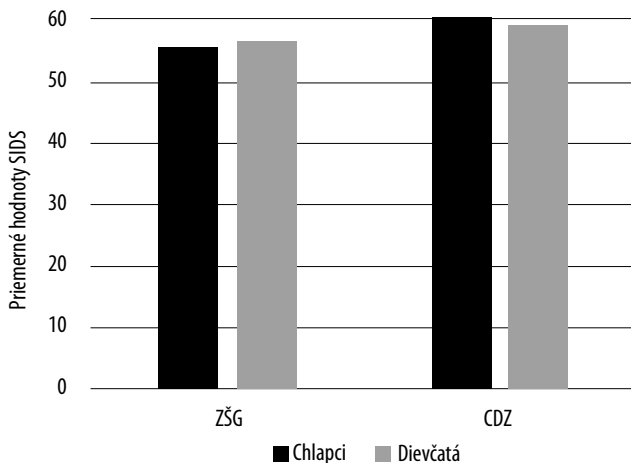
Poznámka: \pm SD = štandardná odchýlka, ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia, N_{ch} = počet chlapcov, N_D = počet dievčat, F = hodnota testového kritéria F-testu, t = hodnota testového kritéria t-testu, p = signifikancia (štatistická významnosť).

Kvôli názornosti doplníme popísané rozdiely v impulzivite medzi výskumnými súborami (ZŠG a CDZ) a medzi chlapcami a dievčatami v rámci súborov grafmi 5, 6.

Graf 5: Priemerné skóre v škále SIDS u jednotlivých výskumných súborov



Graf 6: Priemerné skóre v škále SIDS u chlapcov a dievčat v rámci výskumných súborov



Poznámka: ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia.

Tabuľky 27, 28 popisujú výsledky štatistických testov, priemerné rozdiely v impulzivite medzi konkrétnymi výskumnými skupinami a ich štatistickú významnosť. Na základe analýzy dát je možné konštatovať, že žiaci základných škôl sú viac impulzívni ako študenti gymnázií, rozdiel je však štatisticky nevýznamný ($\Delta =$ rozdiel je 1,04). Žiaci základných škôl aj gymnázií sú zároveň menej impulzívni ako zverenci centier pre deti a rodiny aj špeciálnych výchovných zariadení. Všetky rozdiely sú štatisticky významné (napr. Δ ZŠ oproti CDR je $-3,16^*$, Δ G oproti CDR je $-4,20^*$). Ďalej, klienti centier sú menej impulzívni ako klienti špeciálnych výchovných zariadení (napr. Δ oproti RC je $-2,28$), s výnimkou mierne vyššej impulzivity oproti klientom liečebno-výchovných sanatórií (Δ je 0,03). V rámci špeciálnych výchovných zariadení sú najviac impulzívni klienti diagnostických centier, rozdiely sú však štatisticky nevýznamné (napr. Δ oproti RC je 0,05). Sumárne je možné konštatovať, že najmenej impulzívni sú gymnazisti, ktorí sú nasledovaní žiakmi základných škôl,

adolescentmi z centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení. Najviac impulzívni sú klienti diagnostických centier.

Tab. 27: Výsledky jednocestnej ANOVY – SIDS

Škála	SumŠ	df	StrŠ	F	p
SIDS	2041,91	5	408,38	4,336	<0,01

Poznámka: SumŠ = suma štvorcov (medzi skupinami), df = počet stupňov voľnosti, StrŠ = stredný štvorec (medzi skupinami), F = hodnota testového kritéria F-testu, p = signifikancia (štatistická významnosť).

Tab. 28: Priemerné rozdiely v škále SIDS u konkrétnych typov škôl a zariadení

Zariadenie		Priemerný rozdiel SIDS (štandardná chyba)
ZŠ	G	1,04 (1,34)
	CDR	-3,16* (1,21)
	DGC	-5,49* (2,03)
	RC	-5,44* (2,73)
	LVS	-3,13* (1,35)
G	CDR	-4,20* (1,69)
	DGC	-6,53* (2,35)
	RC	-6,48* (2,97)
	LVS	-4,18* (1,80)
CDR	DGC	-2,33 (2,28)
	RC	-2,28 (2,92)
	LVS	0,03 (1,70)
DGC	RC	0,05 (3,34)
	LVS	2,36 (2,36)
RC	LVS	2,31 (2,98)

* $p \leq 0,05$.

Poznámka: ZŠ = základná škola, G = gymnázium, CDR = centrum pre deti a rodiny, RC = reedukačné centrum, DGC = diagnostické centrum, LVS = liečebno-výchovné sanatórium.

Pre doplnenie informácií v nasledujúcom texte popíšeme rozdiely v prevalencii odpovedí „rozhodne súhlasím“ na konkrétne položky dotazníka SIDS v jednotlivých výskumných súboroch (ZŠG a CDZ) a medzi chlapcami a dievčatami (tab. 29).

Tabuľka 29 uvádza percento respondentov v jednotlivých výskumných súboroch, ktorí na konkrétnu položku dotazníka SIDS odpovedali „rozhodne súhlasím“. Na základe analýzy rozhodných súhlasných odpovedí uvádzame najzaujímavejšie zistenia týkajúce sa porovnania medzi klientmi centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení (CDZ) a žiakmi základných škôl a gymnázií (ZŠG) a medzi chlapcami a dievčatami vo vnútri výskumných súborov. Zo získaných dát vyplýva, že zverenci ústavnej výchovy prevyšujú svojich rovesníkov v niektorých prejavoch impulzivitu niekoľkonásobne. Výrazné rozdiely sú napr. v ťažkostiach rešpektovať pravidlá (12 % vs. 4 %), v nedostatku sebakontroly (18 % vs. 5 %), ale aj v túžbe po prežívaní zážitkov bez ohľadu na dôsledky (21 % vs. 9 %). V niektorých symptómoch sú oba súbory porovnateľné, napr. v túžbe po víťazstve nad inými aj na úkor porušovania pravidiel (7 % vs. 6%), či v podráždenosti kvôli prekážkam pri dosahovaní cieľov (8 % vs. 6 %). V určitých oblastiach dokonca žiaci škôl prevyšujú dospievajúcich z ústavov, aj keď rozdiely nie sú výrazné. Príkladom je pocit znechutenia pri neocenení vlastnej práce inými (22 % vs. 17 %). Na základe porovnania žiakov a žiačok škôl (ZŠG) vidíme, že chlapci najčastejšie radi riskujú a bývajú otrávení, ak sa im nedostáva uznania, dievčatá mávajú problémy s trpezlivosťou a často povedia niečo skôr, ako si to rozmyslia. Rovnako ako chlapci rady riskujú a túžia po uznaní. V porovnaní chlapcov a dievčat z ústavov (CDZ) vidíme, že chlapci radi riskujú (ako žiaci) a vyhľadávajú zážitky, dievčatá bývajú netrpezlivé a často povedia niečo skôr, ako si to rozmyslia (ako žiačky).

Tab. 29: Prevalencia (%) odpovedí „rozhodne súhlasím“ na položky dotazníka SIDS

Otázka	ZŠG			CDZ		
	Ch	D	Σ_{Ch+D}	Σ_{Ch+D}	Ch	D
Rád/rada víťazím nad ostatnými, aj keď nehrám vždy podľa dohodnutých pravidiel.	6	5	6	7	6	10
Nemám rád/rada úlohy, ktoré vyžadujú dôkladnosť a vytrvalosť.	15	7	10	12	15	8
Školské požiadavky sú nad moje možnosti.	5	5	5	10	11	6
Často nedokončím prácu, ktorú začnem.	6	7	7	12	10	15
Často porušujem školský poriadok a pravidlá.	7	2	4	15	19	6
Občas sa vrhám do niečoho len tak, bez premýšľania.	16	16	16	19	21	15
Rád/rada riskujem.	27	18	22	27	27	27
Je pre mňa ťažké kontrolovať sám/sama seba.	6	5	5	18	21	12
Často nedomýšľam dôsledky svojho správania.	7	8	8	20	22	15
Môj postoj k povinnostiam sa dá často označiť slovami „je mi to jedno“.	12	10	11	9	21	14
Ťažko sa prispôsobujem pravidlám, ktoré ostatní vyžadujú.	5	4	4	12	9	17
Akékoľvek prekážky pri dosahovaní stanovených cieľov ma rozčuľujú.	7	5	6	8	9	8
Nedokážem dlhodobo sústrediť pozornosť na jednu vec.	10	10	10	19	21	14
Skôr ako niečo poviem, dôkladne si to rozmyslím.	18	12	14	15	14	17
Lahko sa sústredím.	12	8	10	14	14	14
Ide o zážitok ako taký, aj keď je niečo nezákonné.	10	9	9	21	26	12
Som netrpezlivý/netrpezlivá.	13	19	17	21	21	23
Riadim sa pravidlom „najprv práca a potom zábava“.	18	12	14	12	11	14
Šťastná náhoda často prinesie lepší výsledok než tvrdá práca.	17	11	13	15	17	12
Vďaka sústavnej práci plním úlohy načas.	15	10	12	10	10	8
Otrávi ma, keď sa mi nedostane uznania za dobre vykonanú prácu.	24	20	22	17	21	10
Keď sa mi rúcajú plány, najradšej by som niekoho zbil/zbila.	8	9	9	12	11	15
Snažím sa vyhýbať krízam a problémom.	34	23	27	21	26	10
Často poviem niečo skôr, než si to rozmyslím.	15	24	21	25	27	21

Poznámka: ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia, Ch = chlapci, D = dievčatá, Σ_{Ch+D} = spolu chlapci a dievčatá.

Ako je spomínané vyššie, dotazník SIDS umožňuje konkrétneho respondenta zaradiť do určitého pásma impulzivity. V prípade výsledku vyššieho než +1SD nad priemerné skóre normy je adolescent považovaný za výrazne impulzívneho a je odporúčané s ním odborne pracovať (Dolejš, & Skopal, 2016). Na záver rozdielových analýz tak uvádzame zastúpenie respondentov, ktorí majú skóre impulzivity nad +1SD od priemerného skóre súboru ZŠG. Vzhľadom na existenciu slovenských noriem uvádzame tiež zastúpenie respondentov, ktorí majú skóre impulzivity nad +1SD od priemerného skóre normy (zdroj dát: Čerešník, & Dolejš, 2015).

Na základe analýzy dát môžeme konštatovať, že každý štvrtý adolescent z ústavov (25 %) má impulzivitu vyššiu ako je +1SD nad priemer ZŠG. 2-krát viac dospievajúcich z centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení (CDZ, 18 % vs. ZŠG, 9 %) má impulzivitu vyššiu ako je +1SD nad slovenskou normou (tab. 30).

Tab. 30: Zastúpenie (%) respondentov s impulzivitou vyššou než +1SD nad priemerom ZŠG a nad priemerom slovenskej normy

Priemer (ZŠG) = 56,06					
SD (ZŠG) = 9,54					
Priemer + SD (ZŠG) = 65,60					
ZŠG			CDZ		
N	N_{M+SD}	%	N	N_{M+SD}	%
538	80	15	169	43	25
Priemer (norma) = 58,49					
SD (norma) = 9,90					
Priemer + SD (norma) = 68,39					
ZŠG			CDZ		
N	N_{M+SD}	%	N	N_{M+SD}	%
538	46	9	169	30	18

Poznámka: ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia, N = počet všetkých respondentov, SD = štandardná odchýlka, N_{M+SD} = počet respondentov so skóre vyšším ako priemer + SD.

Zdroj dát: Čerešník a Dolejš (2015): Spoločný projekt dvoch národov...

8.4 Vzťahy medzi jednotlivými premennými

V súlade s našimi výskumnými cieľmi sa v tejto časti budeme venovať popisu vzájomných vzťahov medzi sledovanými premennými, rizikovým správaním, depresivitou a impulzivitou.

V tabuľke 31 uvádzame korelácie medzi sledovanými premennými v rámci celého výskumného súboru. Súhrnne je možné konštatovať, že všetky premenné sú k sebe v štatisticky významnom ($p \leq 0,01$) a pozitívnom vzťahu. Depresivita sa signifikantne, pozitívne a stredne silne viaže s celkovým rizikovým správaním ($r = 0,36^{**}$) aj šikanovaním ($r = 0,36^{**}$), signifikantné, pozitívne, ale slabé vzťahy nachádzame s abúзом ($r = 0,29^{**}$) a delikvenciou ($r = 0,25^{**}$). Impulzivita sa signifikantne, pozitívne a stredne silne viaže s celkovým rizikovým správaním ($r = 0,45^{**}$) aj abúзом ($r = 0,36^{**}$) a delikvenciou ($r = 0,41^{**}$), signifikantný, pozitívny, ale slabý vzťah nachádzame so šikanovaním ($r = 0,27^{**}$). Impulzivita sa zároveň signifikantne, pozitívne a stredne silne viaže s depresivitou ($r = 0,39^{**}$).

Tab. 31: Koeficienty korelácie (Pearson) medzi sledovanými premennými – celý súbor

Škály	Celkové skóre VRSA	Abúzus	Delikvencia	Šikanovanie	Impulzivita
Depresivita	0,36^{**}	0,29^{**}	0,25^{**}	0,36^{**}	0,39^{**}
Impulzivita	0,45^{**}	0,36^{**}	0,41^{**}	0,27^{**}	

^{**} $p \leq 0,01$.

Pre doplnenie informácií uvádzame porovnanie sily vzťahov medzi meranými veličinami medzi žiakmi základných škôl a osemročných gymnázií (ZŠG) na jednej strane a klientmi centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení (CDZ) na druhej strane (tab. 32). Na základe porovnania sily korelácií medzi sledovanými premennými medzi výskumnými súbormi môžeme povedať, že u žiakov základných škôl a gymnázií (ZŠG) pozorujeme silnejšie vzťahy medzi depresivitou a jednotlivými škálami rizikového správania aj impulzivitou a jednotlivými

mi škálami rizikového správania ako u klientov centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení (CDZ). Napr., koeficient korelácie medzi depresivitou a celkovým skóre VRSA je u žiakov škôl $r = 0,37^{**}$, u zverencov ústavov $r = 0,18^{**}$. Koeficient korelácie medzi impulzivitou a celkovým skóre VRSA je u žiakov škôl $r = 0,52^{**}$, u zverencov ústavov $r = 0,28^{**}$.

Tab. 32: Porovnanie koeficientov korelácie (Pearson) medzi sledovanými premennými v rámci výskumných súborov ZŠG a CDZ

Škály		Celkové skóre VRSA	Abúzus	Delikvencia	Šikanovanie
Depresivita	ZŠG	0,37^{**}	0,26^{**}	0,25^{**}	0,37^{**}
	CDZ	0,18^{**}	0,20^{**}	0,04	0,28^{**}
Rozdiel „r“	p	<0,05	0,439	<0,05	0,259
Impulzivita	ZŠG	0,52^{**}	0,42^{**}	0,47^{**}	0,27^{**}
	CDZ	0,28^{**}	0,22^{**}	0,23^{**}	0,22^{**}
Rozdiel „r“	p	<0,01	<0,05	<0,01	0,565

Poznámka: ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, CDZ = centrá pre deti a rodiny + špeciálne výchovné zariadenia, r = korelačný koeficient, p = signifikancia (štatistická významnosť).

9 Slovenskí adolescenti v kontexte iných výskumov

Túto kapitolu venujeme zhrnutiu najzaujímavejších zistení našej práce. Pozrieme sa na zistené charakteristiky slovenských adolescentov cez optiku predchádzajúcich výskumov a uvedieme ich do kontextu súčasného vedeckého poznania.

V našej štúdii sme sa *zamerali* na skúmanie súvislostí rizikového správania, depresivity a impulzivity ako individuálnych rizikových faktorov u dospievajúcich vo veku 11–15 rokov. Významným cieľom bolo tiež hľadanie rozdielov v sledovaných premenných medzi žiakmi základných škôl a gymnázií (ZŠG) a adolescentmi v centrách pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadeniach (CDZ). Ako uvádzajú Thompson, & Auslander (2007), v rôznych krajinách, vrátane väčšiny štátov USA, neexistuje systematická evidencia rizikového správania dospievajúcich v daných formách náhradnej starostlivosti a výchovy. Vzhľadom na to nie je určenie jeho prevalencie a príčin jednoduché. Zároveň, *nie je veľa výskumov* priamo porovnávajúcich rizikové správanie adolescentov umiestnených vo výchovných zariadeniach s menej rizikovými populáciami. Z domácich štúdií poskytuje cenné poznatky aktuálny výskum Vavrysovej (2018), v ktorom boli porovnávaní klienti detských domovov a výchovných ústavov so žiakmi základných škôl a gymnázií v Českej republike. Zo zahraničných prác je možné spomenúť americkú štúdiu tímu Gramkowski et al. (2009), ktorá porovnávala rizikové správanie adolescentov úradne umiestnených do náhradnej výchovnej starostlivosti s dospievajúcimi, ktorí neboli odobratí zo svojich biologických rodín. Teoreticky je tiež možné oprieť sa o koncepcne podobné výskumy. Príkladom je napr. česká štúdia Zemanovej, & Dolejša (2015) porovnávajúca rizikové aktivity klientov nízkoprahových zariadení pre deti a mládež (NZDM) so žiakmi základných a stredných škôl alebo slovenská práca Čerešníka, & Čerešníkovej (2016), ktorá sledovala rozdiely v rizikivosti

medzi dospievajúcimi ohrozenými sociálnou exklúziou a žiakmi v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania. Podobne ako zverenci náhradnej výchovy, aj klienti nízkoprahových služieb zažívajú množstvo životných ťažkostí a patria medzi sociálne ohrozenú a rizikovú mládež (Zemanová, & Dolejš, 2015). Zároveň je však potrebné mať na pamäti, že dané výskumy (Zemanová, & Dolejš, 2015; Čerešník, & Čerešníková, 2016) nepracujú priamo s dospievajúcimi umiestnenými v zariadeniach ústavnej starostlivosti a výchovy. Prípadné porovnania preto majú svoje limity. Aj vzhľadom na uvedené veríme, že naša štúdia prispieva k lepšiemu poznaniu mladých ľudí v ústavnej starostlivosti a ich odlišnosti v porovnaní s rovesníkmi.

V rámci *rozdielov medzi skúmanými súbormi* dospievajúcich môžeme konštatovať, že sa potvrdili naše predpoklady o vysokej rizikovitosti mládeže zverenej do náhradnej inštitucionálnej starostlivosti a výchovy. Ukázali sme, že klienti centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení (CDZ) signifikantne prevyšujú žiakov základných škôl a gymnázií (ZŠG) vo všetkých *dimenziách rizikového správania*, a to niekoľkonásobne. Priemer celkového rizikového správania je u dospievajúcich z ústavov takmer 2,5-krát vyšší ako u žiakov škôl. Toto naše zistenie je v zhode s vyššie uvedeným výskumom Vavrysovej (2018). Podľa autorky (Vavrysová, 2018), českí klienti detských domovov a výchovných ústavov tiež prevyšujú žiakov základných škôl a gymnázií v priemernom celkovom skóre dotazníka VRCHA a to dokonca viac než 4-násobne.

Potvrdením významných rozdielov v rizikovom správaní medzi výskumnými súbormi je tiež zistenie, že tretinu až polovicu dospievajúcich v ústavnej starostlivosti (oproti 10 % žiakov základných škôl a gymnázií) je možné zaradiť do najvyššieho *stupňa rizikovitosti* z pohľadu celkového rizikového správania, abúzu a delikvencie. Na rizikovosť je možné nazerať z dvoch uhlov pohľadu. U adolescentov, ktorí sa zatiaľ nezapojili do rizikových aktivít, sa vyššia rizikovosť spája s prítomnosťou viacerých rizikových faktorov zväčšujúcich pravdepodobnosť budúceho angažovania sa v rizikovom správaní. V prípade dospievajúcich, ktorí už majú skúsenosti s rizikovými činnosťami, byť rizikový znamená nachádzať sa vo vyššom nebezpečenstve rôznych zdravotných, a všeobecne životných ťaž-

ností (Jessor, 1992). Vzhľadom na koncept našej práce, kedy sme zisťovali rozsah skúseností s rizikovými aktivitami, môžeme konštatovať, že veľká časť dospievajúcich v zariadeniach ústavnej starostlivosti je vo vysokom riziku pridružených zdravotných, sociálnych, vývinových a iných problémov. Toto zistenie je zvlášť závažné, keď si uvedomíme, že adolescencia je vo všeobecnosti obdobím dobrého zdravia (Viner, & Macfarlane, 2005). Práve rizikové správanie, ako napr. užívanie tabaku, alkoholu a iných drog alebo rizikové sexuálne aktivity vedúce k pohlavne prenosným infekciám, či včasným neželaným tehotenstvám, patria medzi hlavné príčiny morbidity a mortality, ale aj sociálnych problémov (napr. akademická neúspešnosť, kriminalita) v tejto vekovej skupine (Kann et al., 2018).

V našom výskume sme pracovali so šiestimi typmi škôl, resp. zariadení, preto sme považovali za zaujímavé zostavenie *rebríčka rizikovosti*. Podľa neho sú najmenej rizikovní gymnazisti, v mierne väčšom riziku sú žiaci základných škôl. Nízku rizikovosť gymnazistov potvrdili aj Skopal, Dolejš, & Suchá (2014) na rozsiahlom reprezentatívnom súbore českých adolescentov. Autori (Skopal et al., 2014) dávajú dané zistenie do súvislosti s určitými osobnostnými charakteristikami. Študenti viacročných gymnázií sú rozvážnejší a majú vyššiu schopnosť sebakontroly. Žiaci základných škôl sú naopak úzkostnejší, impulzívnejší, vznetlivejší a agresívnejší, čo môže vysvetľovať ich vyššiu rizikovosť oproti gymnazistom. Ak sa pozrieme na žiakov škôl a adolescentov z ústavov súhrnne, Dolejš, Zemanová, & Vavrysová (2018), ktorí sa zaoberali porovnaním miesta kontroly potvrdili, že dospelávajúci zo základných škôl a gymnázií majú častejšie internú kontrolu, viac sa spoliehajú na seba, na svoje schopnosti a viac si uvedomujú vlastnú zodpovednosť za svoje skutky ako ich rovesníci z detských domovov a výchovných zariadení. Aj to môže byť vysvetlením, prečo sa v rizikovom správaní angažujú menej ako ich rovesníci z ústavov. V stanovenom rebríčku rizikovosti nasledujú po gymnazistoch a žiakoch základných škôl dospelávajúci z centier pre deti a rodiny. Tí sú zároveň menej rizikovní ako adolescenti v špeciálnych výchovných zariadeniach, v rámci ktorých sa rizikovosť zvyšuje od klientov liečebno-výchovných sanatórií, cez klientov diagnostických centier, až po najviac rizikových dospelávajúcich v reedukačných centrách. Presná identifiká-

cia faktorov stojacich za zistenými rozdielmi je nad rámec tejto práce. Napriek tomu môžeme vychádzať zo skutočnosti, že klienti jednotlivých typov výchovných inštitúcií sa kvalitatívne líšia. To je dané okrem iného aj charakterom a závažnosťou dôvodov, pre ktoré sú adolescenti do konkrétneho druhu starostlivosti prijímaní (Vavrysová, & Charvát, 2016). Detské domovy (centrá pre deti a rodiny) sa svojou podstatou odlišujú od špeciálnych výchovných zariadení, najvernejšie nahrádzajú dieťaťu jeho prirodzené rodinné prostredie. Okrem toho, pobyt dieťaťa v detskom domove je zvyčajne dlhodobý, kým pobyt jedinca v špeciálnych výchovných zariadeniach sa pohybuje v priemere do 12 týždňov. Zrejme aj to môže byť jedným z dôvodov, prečo sú dospievajúci v detských domovoch menej rizikovní ako adolescenti v ústavoch. Zistená najvyššia rizikovosť klientov reedukačných centier je v súlade s faktom, že sú to práve reedukačné centrá, do ktorých je umiestňovaná mládež s najzávažnejšími poruchami správania a najväčšou mierou rizikových aktivít (Miovský et al., 2015).

V priebehu plnenia cieľov našej štúdie sme sa venovali tiež porovnaní *symptomatických rozdielov v rizikovom správaní* medzi oboma výskumnými súbormi (ZŠG a CDZ). Prevalencia konkrétnych rizikových činností dobre dokrešluje celkový obraz. V rámci aktivít spojených s *užívaním psychoaktívnych látok*, žiaci základných škôl a gymnázií najčastejšie uviedli pitie alkoholu (26 %), najmenej často vyfajčia viac než 5 cigariet denne (2 %). K podobným záverom dospeli aj Čerešník, & Dolejš (2015) na svojich reprezentatívnych slovenských a českých súboroch žiakov rovnakého veku. Prevalencia jednotlivých aktivít v rámci abúzu návykových látok je v našom súbore ZŠG pritom vo všeobecnosti porovnateľná so slovenskými a českými normami. Významnejší rozdiel nachádzame len v menej častých sexuálnych skúsenostiach našich respondentov. Klienti centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení (CDZ) fajčia hlavne tabak (48 %), vrátane masívneho fajčenia viac než piatich cigariet denne (43 %) a každý štvrtý užíva marihuanu (40 %). Rovnako česká mládež v detských domovoch a výchovných ústavoch (Vavrysová, 2018) uviedla ako najčastejšie fajčenie tabaku a marihuany. V ich prípade sú však vymenované aktivity dokonca 2-násobné v porovnaní so slovenský-

mi rovesníkmi (napr. fajčenie marihuany 81 %). Na druhej strane, podľa americkej správy NASCW sledujúcej životnú pohodu detí a adolescentov, je mesačná prevencia užívania alkoholu, cigariet alebo marihuany u adolescentov v rôznych formách náhradnej starostlivosti o niečo nižšia a dosahuje 28 % (Casanueva et al., 2014). Za porovnateľné s našimi závermi je možné považovať zistenia Thompsona, & Auslandera (2007), ktorí u skupiny amerických adolescentov vo veku 15–16 rokov v náhradnej výchovnej starostlivosti dokázali polročnú prevenciu užívania alkoholu 41 % a polročnú prevenciu užívania marihuany 34%. Autori ďalej uvádzajú, že najdôležitejšími faktormi abúzu návykových látok u adolescentov v náhradnej starostlivosti sú záškoláctvo a vplyv vrstovníkov. Žiaci, ktorí sa vyhýbajú škole, nie sú pod dozorom vyučujúcich a stávajú sa tak viac zraniteľnými voči negatívnemu vplyvu svojich rovesníkov. Tiež je pravdepodobné, že vďaka záškoláctvu sa menej často zúčastňujú rôznych edukatívnych a preventívnych školských programov, čím unikajú ich pozitívnemu pôsobeniu (Thompson, & Auslander, 2007). Záverom je možné konštatovať, že adolescenti z ústavov (CDZ) užívajú psychoaktívne látky oveľa viac ako žiaci škôl (ZŠG). 5-krát častejšie fajčia tabak a marihuanu, 4-krát častejšie zažili výraznú opitosť a viac než 21-krát častejšie vyfajčia viac ako 5 cigariet denne.

Povšimnutiahodným je zistenie, že takmer tretina slovenských dospievajúcich v ústavoch (CDZ) už má za sebou *prvú sexuálnu skúsenosť*. U českých rovesníkov z ústavnej starostlivosti sú to až tri štvrtiny (Vavrysová, 2018), 40 % americkej mládeže v rôznych formách náhradnej starostlivosti malo prvý pohlavný styk dokonca pred vekom 13 rokov (James et al., 2009). Časná iniciácia sexuálneho života býva spojená s ostatnými formami rizikového správania, vrátane užívania psychoaktívnych látok či školskej maladjustácie (Schofield, Bierman, Heinrichs, & Nix, 2008). Výskum, ktorý porovnával vplyv vybraných psychosociálnych faktorov súvisiacich so skorým začiatkom sexuálneho života zistil, že adolescenti pravidelne užívajúci tabak a alkohol a adolescenti s problémovým vzťahom ku škole alebo nedostatkom pozitívnej rodičovskej komunikácie sa stávajú sexuálne aktívnymi v nižšom veku (Madkour, Farhat, Halpern, Godeau, & Gabhainn, 2010). Nami zistený skorý začiatok sexuálneho

života u klientov zariadení (CDZ) je tak v súlade s vyššie popísaným častým užívaním legálnych aj nelegálnych drog. Dospievajúci z ústavov navyše prevyšujú v sexuálnych skúsenostiach svojich rovesníkov zo škôl až 10-násobne. Okrem všeobecne vyššej tendencie k rizikovému správaniu je možné, že uvedený rozdiel súvisí aj s nerovnomerným rozložením vekových kategórií v rámci našich výskumných súborov. Kým v prípade skupiny dospievajúcich z centier pre deti a rodiny a výchovných zariadení je rozloženie vekových kategórií 11–13 rokov a 14–15 rokov vyvážené, viac než 70 % žiakov škôl a gymnázií má vek do 13 rokov. Finer, & Philbin (2013), ktorí v celonárodnom výskume sledovali sexuálne správanie amerických dospievajúcich z nerizikovej populácie ukázali, že sexuálne aktivity 12-ročných a mladších adolescentov sú veľmi zriedkavé. Podľa niektorých ďalších výskumných štúdií zaoberajúcich sa sexuálnym správaním dospievajúcich, sa priemerný vek prvého pohlavného styku pohybuje od 14,4 rokov (Cavazos-Rehg et al., 2009) do 17,5 roka (Magnusson, Masho, & Lapane, 2012). Priemerný vek prvej sexuálnej skúsenosti nie je možné jednoducho stotožniť s tvrdením, že by väčšina adolescentov zažila sexuálny debut práve v tomto období (Irala, Osorio, Carlos, Ruiz-Canela, & Burgo, 2011). Napriek tomu môžeme predpokladať, že vzhľadom na nižšie zastúpenie 14 a 15 ročných žiakov základných škôl a gymnázií (ZŠG) v našom súbore, sa nám nepodarilo zachytiť dostatočný počet dospievajúcich na školách so skúsenosťou so sexuálnym stykom. Tento predpoklad môže podporovať aj zistenie, že v reprezentatívnych českých a slovenských súboroch žiakov vo veku 11–15 rokov (Čerešník, & Dolejš, 2015) bolo 2-krát viac (6 %) sexuálne aktívnych jedincov v porovnaní s našim súborom (3 %).

U dospievajúcich v ústavnej starostlivosti (CDZ) je tiež významným problémom *delikvencia*, kde dosahujú takmer 3-násobne vyššie priemerné skóre ako žiaci na školách (ZŠG). Pri pohľade na konkrétne delikventné aktivity konštatujeme, že sa 2 až 5-krát častejšie zapájajú do rôznych foriem krádeží, takmer 3-krát častejšie poškodili cudzí majetok, 7-krát častejšie boli v kontakte s políciou kvôli svojim aktivitám. Mládež vo výchovných zariadeniach býva exponovaná nepriaznivými životnými okolnosťami (Thompson, & Auslander, 2007; James et al., 2009). Často je

prítomná skúsenosť so zanedbávaním, či dokonca zneužívaním, čo zvyšuje pravdepodobnosť juvenilnej delikvencie v porovnaní s nerizikovými dospievajúcimi (Morriss, 2004). Okrem labilného rodinného prostredia alebo zvýšenej vnímavosti voči pôsobeniu rovesníkov, motivátorom krádeží a iných kriminálnych aktivít môže byť aj potreba sociálneho ocenenia. Tá je pre dospievajúcich natolko dôležitá, že si mnohokrát radšej zvolia ocenenie za negatívne aktivity, než by mali zostať bez povšimnutia (Dishion et al., 1994). Ďalším motívom prichádzajúcim do úvahy je potreba pomstiť sa. Na základe fínskeho výskumu juvenilnej delikvencie je až polovica interpersonálnych násilností a 10–20 % útekov z domova či vandalizmu spojená s pomstou za pocitované príkorie (Kivivuori, Savolainen, & Aaltonen, 2015). Iným faktorom zvýšenej delikvencie ústavnej mládeže môže byť tiež 4-násobne častejšie záškoláctvo (50 % vs. 12 %) v porovnaní s rovesníkmi zo škôl. Ako uvádza Baier (2016), ale aj Sklenka, & Sklenková (2013), nerešpektovanie vnútorného poriadku školy, vynechávanie vyučovania a úteky zo školy či túlanie sa, sú významnými prediktormi budúcich delikventných činov dospievajúcich. V súvislosti s delikvenciou považujeme za dôležité poznamenať, že dané výsledky sa nepotvrdzujú v odlišných islamských kultúrach ďalekého východu. Yasin, & Iqbal (2012) uvádzajú, že dospievajúci z detských domovov sa zapájajú do kriminálnych činností menej často v porovnaní s adolescentmi z rodín. To je podľa výskumníkov dané prísnyimi pravidlami, disciplínou a náboženskou výchovou v detských domovoch.

Dôležité závery poskytuje škála *šikanovanie*. Štatisticky sa adolescenti z centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení (CDZ) stávajú častejšie obetami šikanovania ako žiaci základných škôl a gymnázií (ZŠG). Rozdiel v priemerných skóre je však v rámci jednotlivých dimenzií rizikového správania najnižší a predstavuje len 25 %. Keď sa pozrieme na konkrétne symptómy šikanovania, dospievame k zaujímavým zisteniam, ktoré môžu osvetľovať malý štatistický rozdiel. Dospievajúci v ústavnej starostlivosti sú v porovnaní so žiakmi škôl menej často urážaní a je im menej často ubližované zo strany spolužiakov. Na druhej strane, až 2-krát častejšie zažívajú šikanovanie na internete. To by mohlo naznačovať, že adolescenti z centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchov-

ných zariadení, tvárou v tvár, teda pri osobnom kontakte dokážu účinne odrážať interpersonálne útoky potenciálnych agresorov. Vysvetlenie je možné nachádzať v určitých priaznivých osobnostných vlastnostiach. Vavrysová, & Charvát (2016) ukázali, že chovanci výchovných ústavov sú viac priebojní, smelší a menej citovo chúlolistí ako normová populácia. To sú faktory, ktoré pravdepodobne môžu znižovať riziko zážitku šikanovania či prehnanej precitlivelosti voči narážkam ostatných. V prípade internetových útokov je situácia odlišná. Vďaka špecifickým prvkom kyberšikanovania, ako sú anonymita agresorov, útoky v ktorúkoľvek dennú aj nočnú hodinu alebo teoreticky neobmedzené publikum zosmiešnenia obeť (Augustinová et al., 2015), majú na hostilné správanie na internete menší dosah. Tiež je možné, že si potenciálni agresori v kyberpriestore voči adolescentom z centier a zariadení viac dovoľia. Paradoxne však najvyššie nebezpečenstvo pre dospievajúcich z ústavov predstavujú oni sami, a to v podobe vysokého sebapoškodzovania. Viac než polovica z nich si už niekedy počas života zámerne fyzicky ublížila, čo je 2-krát častejšie v porovnaní so žiakmi škôl. Toto zistenie korešponduje aj so záverom Vavrysovej (2018).

Na záver rozboru konkrétnych symptómov rizikového správania môžeme konštatovať, že zvýšené angažovanie sa v určitých rizikových aktivitách je potvrdzované zvýšeným zapájaním sa aj do iných aktivít. V našom výskume sme nesledovali korelácie medzi konkrétnymi symptómami rizikového správania, boli však analyzované korelácie medzi jednotlivými škálami dotazníka VRSA. Na základe vyššie uvedených analýz, aj na základe potvrdených interkorelácií (napr. r (abúzus-delikvencia) = 0,68**) je možné povedať, že naše pozorovania sú v súlade s Jessorovým (1992) konštruktom tzv. syndrómu rizikového správania. Podľa tohto konceptu sa niektoré rizikové činnosti pravdepodobnejšie vyskytujú spoločne, napr. užívanie drog a kriminalita.

Pri pohľade na *priebeh rizikového správania v závislosti od veku* si môžeme všimnúť niekoľko zaujímavých zistení. V súlade s ďalšími výskumnými štúdiami (napr. Čerešník, & Dolejš, 2015; Dolejš, & Orel, 2017; Zemanová, & Dolejš, 2015; Vavrysová, 2018) nachádzame v celých výskumných súboroch rast celkovej rizikovosti, abúzu aj delikvencie

s vekom. Tento trend sa však nepotvrďuje pri rozdelení daných súborov podľa *pohlavia*. V rozpore s vyššie uvedenými štúdiami, pozorujeme u *chlapcov* v oboch výskumných súboroch pokles celkového rizikového správania, abúzu aj delikvencie vo veku od 11 do 13 rokov, nasledovaný obratom v podobe nárastu rizikovosti 14 a 15-ročných. Razantnejší nástup rizikového správania u chlapcov nad 10 rokov je možné dať do súvislosti s prepubescentným nárastom depresivity, ktorá, na rozdiel od dievčat, následne pozvoľna klesá (Cyranowski et al., 2000). Odpoveď na otázku, prečo sa klesajúci trend obracia vo veku 14 rokov môže poskytnúť napr. výskum Burnetta et al. (2010), podľa ktorého sa práve v tomto období výrazne zvyšuje tendencia riskovať (Burnett et al., 2010). Okrem toho, vyššia zraniteľnosť voči hazardu je konzistentne nachádzaná u impulzívnych jedincov (Olson et al., 1999). Dolejš, & Orel (2017) vo svojom výskume súvislosti rizikového správania s impulzivitou ukázali, že vo veku okolo 14 rokov dosahuje impulzivita u väčšiny chlapcov svoj vrchol a následne začína byť relatívne stabilná. Impulzívnejší jedinci pritom častejšie užívajú drogy (Witt, 2009). Ďalšie výskumy poukazujú na prepojenie impulzivity a delikvencie (Higgins et al., 2013). Iným vysvetlením nárastu rizikovosti 14-ročných chlapcov môže byť vývoj konformity s rovesníkmi. Počas adolescencie rastie záujem o vrstovnicke vzťahy, zraniteľnosť voči negatívnemu vplyvu rovesníkov kulminuje vo veku 14 rokov (Berndt, 1979). Odlišný od popísaných trendov je priebeh šikanovania. Až na malé odchýlky sa chlapci v oboch výskumných súboroch stávajú obeť agresorov častejšie v mladšom veku. Žiaci základných škôl a gymnázií (ZŠG) sú najmenej šikanovaní vo veku 14 rokov, klienti centier a špeciálnych výchovných zariadení (CDZ) vo veku 15 rokov. Dané pozorovanie je možné považovať za konzistentné s popísanou kulmináciou impulzivity a riskovania u 14-ročných. To sú vlastnosti, ktoré sa spájajú so silnou potrebou dominovať okoliu a s vyššou pravdepodobnosťou stať sa skôr agresorom než obeťou šikanovania (Olweus, 1997). Tiež je možné, že sa s rastúcim vekom dokážu voči šikanovaniu lepšie brániť.

Pri porovnaní chlapcov a dievčat nachádzame ďalšie zaujímavé skutočnosti. Chlapci z oboch výskumných súborov dosahujú súhrnne vyššie priemerné hodnoty vo všetkých škálach rizikového správania. V nižšej

vekovej kategórii do 13, resp. 14 rokov, je však situácia iná. *Dievčatá* v danom veku častejšie užívajú návykové látky a častejšie sa zapájajú do delikventných aktivít než chlapci, ako to vyplýva z priemerných hodnôt škál VRSA. Dievčatá z centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení (CDZ) sú dokonca vo veku 13 rokov najrizikovejšie, ich rizikovosť vo veku 14 a 15 rokov pozvoľna klesá. O pozorovanej situácii je možné uvažovať z viacerých hľadísk, vrátane kontextu vývinových jedinečností daného obdobia. Podľa viacerých autorov (napr. Galambos et al., 2004; Cyranowski et al., 2000) dochádza u dievčat v období okolo 12–13 rokov k výraznejšiemu nárastu depresivity. Tiež v našich výskumných súborech dosahujú dievčatá najvyššie priemerné hodnoty depresivity v tomto veku. Rovnako podľa zistení Vavrysovej (2018) sú 13, resp. 14-ročné dievčatá, vo vekovej kategórii 11–15 rokov najdepresívnejšie. Zvýšená depresívna symptomatológia sa môže následne podieľať na vyššej tendencii k užívaniu návykových látok (Stowell, & Estroff, 1992) a k angažovaniu sa v delikventných aktivitách (Obeidallah, & Earls, 1999). Predbiehanie chlapcov v rizikovom správaní v mladšom veku môže byť tiež následkom všeobecne skoršieho začiatku dospievania dievčat. Podľa Langmeiera, & Krejčířovej (2006) nástup puberty u väčšiny dievčat začína v období od 11 do 13 rokov a predbieha chlapcov o 1–2 roky. Vo vedeckej literatúre je zároveň stále častejšie popisovaný skorý nástup puberty u dievčat, jeho prevalencia je 10x vyššia ako u chlapcov (Carel, & Léger, 2008). Príliš rané dospievanie prináša dodatočnú záťaž, v nižšom veku je náročnejšie vyrovnáť sa so súvisiacimi zmenami. Aj preto dievčatá s včasnejším nástupom puberty častejšie nadväzujú nezrelé sexuálne vzťahy so staršími chlapcami, častejšie u nich dochádza k užívaniu alkoholu a drog (Roberts, 2016), častejšie sa zapájajú do antisociálnych aktivít a je u nich prítomná vyššia depresívna symptomatológia (Mendle, Ryan, & McKone, 2018). Náročnými pubertálnymi zmenami a zvýšenou depresivitou je možné tiež vysvetliť vyššiu zraniteľnosť dievčat voči šikanovaniu. Dievčatá zo škôl aj výchovných zariadení sa najčastejšie obeťami šikanovania stávajú vo veku 12–13 rokov.

Ďalšou analýzou našich výsledkov sme v súlade s predpokladmi ukázali, že mládež z ústavov je signifikantne viac *depresívna* ako žiaci škôl.

Zároveň je každý tretí adolescent z centier pre deti a rodiny a výchovných zariadení (CDZ) významne depresívnejší ako jeho rovesníci, čo vychádza z bodovej hodnoty depresivity vyššej ako 1 štandardná odchýlka nad priemerom žiakov škôl a gymnázií (ZŠG). Tieto zistenia sú v zhode so závermi Vavrysovej (2018), podľa ktorých tiež českí klienti ústavnej starostlivosti dosahujú štatisticky významne vyššie priemerné skóre depresivity v porovnaní s vrstovníkmi zo škôl. Autorkou nájdený rozdiel v priemerných hodnotách SDDSS je dokonca 1,4-násobne vyšší ako rozdiel v našom výskume.

Porovnaním *konkrétnych symptómov depresivity* môžeme vidieť, že adolescenti z ústavov sa oveľa častejšie ako žiaci škôl považujú za neúspešných, častejšie sú u nich prítomné pocity viny a obavy z trestu. Pocit nízkej spokojnosti so životom v tejto skupine respondentov by zrejme nemal unikáť pozornosti odborníkov, keďže sa konzistentne objavuje aj u iných rizikových populácií, napr. klientov nízkoprahových zariadení (Zemánová, & Dolejš, 2015). Ďalším významným symptómom sú viac než 2-krát častejšie myšlienky na smrť alebo samovraždu, zvlášť vzhľadom na fakt, že suicidalita je jednou z najčastejších príčin smrti dospelujúcich (Pelkonen et al., 2011; Windfuhr et al., 2008). Popísané psychické stavy sú zároveň u mladých z ústavov viac somatizované, predovšetkým v podobe únavy, porúch spánku a nechutenstva. Najčastejším prejavom depresivity v tejto populácii je vysoká podráždenosť, zažíva ju každý piaty dospievajúci z výchovných zariadení. Všetky popísané symptómy sú v súlade s poznatkami, podľa ktorých sa depresia u detí a adolescentov špecificky prejavuje fyzickými symptómami a zvýšenou dráždivosťou (Thapar et al., 2012). Aj keď zisťovanie konkrétnych príčin depresie nebolo predmetom tejto práce, vysvetlenia je možné nachádzať vo vonkajších aj vnútorných premenných. Dôležitú úlohu môžu zohrávať v populácii ústavnej mládeže popisované časté nepriaznivé životné a rodinné okolnosti (James et al., 2009). Podľa Vavrysovej, & Charvátá (2016) sú zverenci výchovných ústavov navyše zdržanliví, uzavretí, vyhýbajú sa spoločenským kontaktom, nedôverujú svojmu okoliu. To môže viesť k neuspokojivým interpersonálnym vzťahom a nedostatku pozitívnych posilnení zo strany druhých, čo je jedným z faktorov rozvoja a udržiavania depresie (Lewin-

sohn, & Libet, 1972). Okrem toho, dospievajúci v ústavoch viac pociťujú beznádej (Vavrysová, 2018) a sú častejšie presvedčení, že svoje životy nemajú vo vlastných rukách, ale sú objektom osudu alebo náhody (Dolejš et al., 2018). To všetko môže byť v konečnom dôsledku príčinou akejsi bezmocnosti alebo pasivity typických pre depresiu (Seligman, 1972).

Porovnanie chlapcov a dievčat poukazuje na to, že dievčatá sú v oboch výskumných súborech viac depresívne ako chlapci. Naše zistenie je konzistentné s faktom, podľa ktorého dochádza u dievčat v období dospievania k významnému nárastu depresie pokračujúcemu až do dospelosti (Galambos et al., 2004). Cyranowski et al. (2000) dodáva, že už vo veku okolo 15 rokov sa dievčatá nachádzajú v dvakrát vyššom riziku depresívnej epizódy v porovnaní s rovnako starými chlapcami. Jedným z dôvodov môže byť väčšie kolísanie hormónov alebo vyššia senzitivita voči interpersonálnym vzťahom (Albert, 2015). Na základe analýzy konkrétnej depresívnej symptomatológie konštatujeme, že chlapci v oboch našich výskumných súborech bývajú podráždení a nahnevaní, mávajú problémy so spánkom alebo pocitmi viny. Dievčatá často plačú, prežívajú negatívne pocity kvôli svojmu vzhľadu a sú u nich prítomné psychosomatické príznaky ako nespavosť, unavenosť a menšia chuť do jedla. Aj iné výskumy poukázali na rozdielnu depresívnu symptomatológiu medzi chlapcami a dievčatami v adolescentnom veku. Podľa štúdie, ktorá porovnávala adolescentov a adolescentky vo veku 13–19 rokov, sú depresívne dievčatá typicky smutné, vnímajú samé seba ako bezcenné, majú málo energie a pociťujú únavu, resp. celkovú telesnú slabosť. Chlapci bývajú viac podráždení a mávajú suicidálne myšlienky (Khesht-Masjedi, Shokrgozar, Abdollahi, Golshahi, & Shafir-Ghaziani, 2017).

Rebriček depresivity v rámci konkrétnych škôl a zariadení vo všeobecnosti korešponduje s rebričkom rizikovosti. Žiaci základných škôl a gymnázií sú menej depresívni ako rovesníci z centier pre deti a rodiny a tí sú menej depresívni než klienti špeciálnych výchovných zariadení. Najviac depresívni sú dospievajúci z diagnostických centier. Zaujímavým je zistenie, podľa ktorého sú študenti gymnázií depresívnejší než žiaci základných škôl, aj keď rozdiel nie je štatisticky významný. Daný fenomén je bez pochybností multifaktoriálny, môžeme však predpokladať, že jedným

z dôvodov môže byť aj vyšší tlak na školský výkon a všeobecne náročnejšie štúdium v porovnaní so základnou školou. Prehnané požiadavky na akademický úspech sa negatívne podpisujú pod mentálne fungovanie a môžu viesť k anxiете a depresii (Quach, Epstein, Riley, Falconier, & Fang, 2013).

Analýzou premennej *impulzivity* sme potvrdili, že dospievajúci v systéme ústavnej starostlivosti (CDZ) sú signifikantne impulzívnejší ako ich rovesníci zo škôl (ZŠG). Zároveň je každý štvrtý adolescent z centier pre deti a rodiny a výchovných zariadení významne impulzívnejší ako jeho rovesníci, čo vychádza z bodovej hodnoty impulzivite vyššej ako 1 štandardná odchýlka nad priemerom žiakov škôl a gymnázií. Tieto zistenia sú v zhode so závermi Vavrysovej (2018). Tiež českí klienti ústavnej starostlivosti dosahujú štatisticky významne vyššie priemerné skóre impulzivite ako vrstovníci zo škôl. Nami nájdený rozdiel v priemerných hodnotách SIDS medzi výskumnými súbormi je 2,5-násobne vyšší v porovnaní s rozdielom v českom výskume. *Symptomatically* sa impulzivita u adolescentov z ústavov prejavuje predovšetkým častejším nedodržiavaním pravidiel, neschopnosťou kontrolovať svoje jednanie, ťažkosťami v sústredení a konaní bez ohľadu na následky. V súlade s Evendenom (1999) je tak možné dospievajúcich z ústavov charakterizovať ako jedincom s často nepremyslenými aktivitami a zníženou sebakontrolou.

Rebríčok impulzivite v rámci konkrétnych škôl a zariadení korešponduje s rebríčkom rizikovosti. Najviac impulzívni sú klienti diagnostických centier, najmenej impulzívnymi sú gymnazisti, nasledovaní žiakmi základných škôl. Tiež podľa Skopala et al. (2014) sú žiaci základných škôl impulzívnejší ako študenti gymnázií, ktorí sa naopak vyznačujú vyššou rozvážnosťou.

Zaujímavé zistenia prináša analýza rozdielov medzi *chlapcami a dievčatami*. Impulzivita chlapcov a dievčat v daných skupinách je porovnateľná, rozdiely sú štatisticky nevýznamné. Dievčatá zo základných škôl a gymnázií (ZŠG) sú však o niečo impulzívnejšie, dievčatá z centier pre deti a rodiny a výchovných zariadení (CDZ) naopak nepatrne menej impulzívne ako chlapci v daných súboroch. Rovnako podľa Vavrysovej (2018) nie sú medzipohlavné rozdiely v impulzivite medzi žiakmi a žiač-

kami škôl, resp. medzi zverencami a zverenkyňami detských domovov a výchovných ústavov signifikantné. Vo viacerých domácich aj zahraničných výskumoch sú však chlapci konzistentne v rôznych populáciách (napr. Čerešník, & Gatial, 2014; Dolejš et al., 2014; Dolejš, & Orel, 2017 – žiaci v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania; Vavrysová, 2018 – žiaci v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania a adolescenti v systéme ústavnej starostlivosti a ochrannej výchovy; Hasson, & Fine, 2012 – chlapci a dievčatá s ADHD) identifikovaní ako impulzívnejší. Otázka ohľadom medzipohlavných rozdielov v impulzivite však nie je vo vedeckom svete jednoznačne zodpovedaná. Aj keď sú muži vo všeobecnosti považovaní za impulzívnejších, závery výskumov využívajúcich objektívne merania behaviorálnych prejavov impulzivity sa rôznia (Weafer, & Wit, 2014). V rozpore so štúdiami, ktoré potvrdili vyššiu impulzivitu chlapcov (napr. Hasson, & Fine, 2012) je napr. výskum, v ktorom v skupine detí a dospievajúcich vo veku 6–18 rokov s ADHD boli dievčatá mierne impulzívnejšie, pričom efekt bol silnejší v mladších vekových skupinách (Crosbie et al., 2013). Ako upozorňujú Weafer, & Wit (2014), ak sú vo vedeckých prácach pozorované medzipohlavné rozdiely, ich smer okrem iného závisí aj od typu zadania, ktoré majú participantí splniť. Zvyčajne sa využívajú dva typy úloh, tzv. „go/no-go task“, v ktorých sa určuje počet chybných reakcií na nesprávny stimul („no go stimul“) alebo „stop signal task“, v ktorých sa meria reakčný čas potrebný na inhibíciu, zastavenie už začatej reakcie (SSRT – stop signal reaction time) (Eagle et al., 2008). Čím vyššia chybovosť, teda čím nižšia schopnosť zastaviť chybnú reakciu, resp. čím vyšší inhibičný reakčný čas, teda čím nižšia schopnosť ukončiť začatú akciu, tým vyššia impulzivita. V „go/no go task“ experimentoch zvyčajne robia viac chýb muži, v „stop signal task“ zvyčajne vykazujú nižšiu kontrolu ženy (Weafer, & Witt, 2014). Situáciu komplikuje skutočnosť, že viacerí autori považujú impulzivitu za viacdimenzionálny konštrukt. Rôzne merania tak môžu zachytávať rôzne komponenty impulzivity (Ostrov, Offer, Marohn, & Rosenwein, 1972). Napr. Dawe, & Loxton (2004) hovoria o dvoch dimenziách, a to disinhibíciu a tendenciu vyhľadávať odmenu. Podľa iných autorov je impulzivita zložená z troch hlavných komponentov: citlivosť voči odmene, citlivosť voči trestu a kontrola pri dosahovaní

cieľov a plnení úloh. V súlade s evolučnými teóriami bývajú muži viac impulzívni v zmysle reakcií pre dosiahnutie rýchlej odmeny, ženy sú naopak impulzívnejšie v rýchlych reakciách pre vyhnutie sa trestu (Cross, Copping, & Campbell, 2011). Ak by sme prijali závery autorov (Cross, Copping, & Campbell, 2011), mohli by sme povedať, že dievčatá zo škôl a gymnázií sú citlivejšie voči trestu ako chlapci, čo by mohlo naznačovať ich vyššiu zodpovednosť. Chlapci z ústavov sa zas v porovnaní s dievčatami menej kontrolujú v situáciách možného dosiahnutia rýchlej odmeny.

Analýza *korelácií sledovaných premenných* potvrdzuje naše predpoklady, podľa ktorých sa viac depresívni, resp. viac impulzívni jedinci vo väčšej miere zapájajú do rizikových aktivít, abúzu, delikvencie a šikanovania. Tento predpoklad potvrdzujú nielen štatistické testy, ale aj vyššie popisované rebríčky rizikovosti, depresivity a impulzivita. Najmenej rizikovní, depresívni a impulzívni sú gymnazisti a žiaci základných škôl, v strede rebríčka sa vo všetkých premenných nachádzajú dospelujúci z centier pre deti a rodiny a najvyššiu rizikovosť, depresivitu aj impulzivitu dosahujú klienti špeciálnych výchovných zariadení.

Dospievanie sa vo všeobecnosti považuje za vývinovú etapu spojenú s vyššou frekvenciou rizikového správania. Aj keď sú niektoré rizikové aktivity mladých považované za normálnu súčasť adolescentného experimentovania, výskumy naznačujú asociácie rizikového správania s kvalitou mentálneho zdravia a pohody (Soleimani et al., 2017). Na základe súčasného vedeckého poznania je zároveň všeobecne prijímaný fakt, že dôležitú úlohu v iniciácii a rozvoji rizikového správania dospelujúcich zohrávajú tiež niektoré osobnostné rysy, predovšetkým zvýšená impulzivita (Dolejš et al., 2014; Gullo, & Dawe, 2008). V súlade s uvedeným a v zhode s viacerými štúdiami sme aj v našej práci ukázali, že depresivita aj impulzivita sa podieľajú na abúze návykových látok (Stowell, & Estroff, 1992; Danielson et al., 2003), na delikventných aktivitách (Kofler et al., 2011; Obeidallah, & Earls, 1999; Higgins et al., 2013) aj na skúsenostiach so šikanovaním (Kaltiala-Heino, & Fröjd, 2011; Fanti, & Kimonis, 2012). Ďalej sme ukázali, že impulzívnejší jedinci sú viac depresívni. Rýchle a nepremyslené jednanie môže viesť k neželaným následkom, čo môže následne zvyšovať depresívne pocity. Podľa niektorých autorov (napr.

Corruble, Benyamina, Bayle, Falissard, & Hardy, 2003) sa určité prejavy impulziviny vyskytujú u depresívnych jedincov, napr. strata kontroly alebo deficity v schopnosti plánovať.

Analýzou vzťahov *depressivity*, resp. *impulziviny* s jednotlivými škálami rizikového správania je možné *porovnať mieru ich vplyvu na dané rizikové aktivity*. Všeobecne je možné konštatovať, že s výnimkou šikanovania, väčšou mierou k rizikivosti prispieva impulzivita než depresivita.

Súhlasne so zisteniami Vavrysovej (2018) sa aj v našom výskume *so šikanovaním* v pozícii obeť silnejšie viaže *depressivita*. Je možné, že smutní a depresívni dospievajúci trpiaci negatívnym sebapoňatím a nízkou sebaďoverou sa vďaka svojej pasivite, neistote či precitlivelosti ľahšie stávajú korisťou agresorov (Olweus, 1997). Na druhej strane môžu jedinci v dôsledku opakovanej a úmyselnej agresie prežívať rôzne psychosomatické ťažkosti, môže u nich dochádzať k nesuicidálnemu samoubližovaniu, ale aj k častejším suicidálnym myšlienkam či dokonca pokusom (Geel, Toprak, Goemans, Zwaanswijk, & Wedder, 2017). Bez ohľadu na smer vzájomného vplyvu je možné konštatovať, že depresivita sa významne podieľa na probléme šikanovania medzi dospievajúcou mládežou. Ako už bolo spomínané, vzťah impulziviny a šikanovania je slabší. Disinhobovaní jedinci môžu evokovať situácie, ktorých následkom môže byť šikanoanie a hrubé zachádzanie zo strany vrstovníkov (Fanti, & Kimonis, 2012; Dolejš, & Orel, 2017). Na druhej strane, impulzivita spojená s energickosťou (Dolejš, & Orel, 2017), či určitou potrebou dominovať okoliu (Olweus, 1997), môže byť faktorom uľahčujúcim vyhnutiu sa narážkam a útokom, minimálne v porovnaní s depresívnymi obeťami.

S delikventnými aktivitami sa silnejším vzťahom viaže *impulzivita*. Náš záver je opäť v súlade so závermi Vavrysovej (2018). Adolescenti konajúci bez zvažovania a anticipácie následkov, či jedinci neschopní odložiť gratifikáciu, sa v delikventných aktivitách angažujú vo vyššej miere ako neimpulzívní rovesníci (Meier, Slutske, Arndt, & Cadoret, 2008). Tiež Dolejš, & Orel (2017) potvrdzujú, že impulzívní dospievajúci majú mnoho skúsenosti s krádežami a vandalizmom. Podľa Higginsa et al. (2013) u impulzívných jedincov dochádza dokonca k akcelerácii delikvencie v priebehu adolescencie. Aj keď sa depresivita na delikvencii podieľa

nižšou mierou v porovnaní s impulzivitou, váhu pozorovanej súvislosti nie je možné podceňovať. Mechanizmus prepojenia oboch premenných môže byť rôzny, najčastejšie sa popisuje vplyv interpersonálnych vzťahov. Depresívni jedinci bývajú časom svojím okolím odmietaní, čo môže následne viesť k angažovaniu sa v delikventných aktivitách, predovšetkým prostredníctvom účasti v antisociálne naladených vrstovníckych partiách (Vaske, & Gehring, 2009; Kofler et al., 2011).

Abúzus návykových látok je opäť silnejšie spojený s *impulzivitou*, a to nielen u našich respondentov, ale aj u ich českých rovesníkov (Vavrysová, 2018). Tiež Dolejš, & Orel (2017) ukázali, že na užívanie psychoaktívnych látok výrazne pôsobí impulzivita. Rovnako Lynskey et al. (1998) dospeli k záverom, podľa ktorých je impulzivita silným prediktorom užívania tabaku, alkoholu a kanabisu. Sú k dispozícii dôkazy, že sa impulzivita a užívanie drog vzájomne podnecujú. Impulzivita sa podieľa na iniciácii užívania drog, následnej eskalácii aj zníženej schopnosti regulovať ich užívanie. Zároveň, dlhodobý abúzus môže zvyšovať impulzivitu jedinca. Popísané spojené nádoby tak môžu významne znižovať úspech prípadnej liečby či liečebných intervencií (Perry, & Carroll, 2008). K užívaniu návykových látok signifikantne prispieva aj depresivita, aj keď o niečo menšou mierou. Depresia a zneužívanie psychoaktívnych látok sa v období dospievania často vyskytujú súčasne. Užívanie alkoholu môže zvyšovať mieru depresívnej symptomatológie, na druhej strane, môže byť tiež používanou neadekvátnou zvládacou stratégiou u adolescentov trpiacich depresiou (Stowell, & Estroff, 1992; Danielson et al., 2003).

Ak *porovnáme silu vzťahov* medzi depresivitou, resp. impulzivitou a dimenziami rizikového správania *medzi jednotlivými výskumnými súbormi* (ZŠG, CDZ), môžeme si všimnúť zaujímavú skutočnosť. Podobne ako Vavrysová (2018), aj my nachádzame *silnejšie* predmetné *korelácie u žiakov základných škôl a gymnázií* v porovnaní s adolescentmi z centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení. S určitou mierou zovšeobecnenia môžeme povedať, že vzťahy depresivity, resp. impulzivity a jednotlivých škál rizikového správania sú u žiakov škôl 1,3–2-násobne silnejšie než u rovesníkov z ústavov. Popísané rozdiely naznačujú, že vybrané individuálne a osobnostné znaky sa na rizikových aktivitách

mládeže z ústavov podieľajú menšou mierou ako u žiakov škôl a do hry vstupujú aj iné faktory. Ako už bolo niekoľkokrát spomínané, deti a adolescenti umiestnení do rôznych foriem náhradnej starostlivosti a výchovy sa stretávajú s nepriaznivými vonkajšími a rodinnými okolnosťami. Často zažívajú nestabilitu biologickej rodiny, neoptimálne socioekonomické zázemie, mnohokrát je prítomné zneužívanie, až týranie alebo závislosť rodičov na psychoaktívnych látkach, často pochádzajú z nevyhovujúcich chudobných pomerov (James et al., 2009; Thompson, & Auslander, 2007). To všetko sú premenné, ktoré sa môžu podpisovať pod ich rizikové správanie. V literatúre nachádzame rastúci záujem o otázku sily vplyvu individuálnych a vonkajších faktorov na rizikové aktivity adolescentov, predovšetkým delikvenciu. V podstate je možné nachádzať tri línie výskumných záverov. Podľa prvej, defekty v socializačnom procese a zvýšená príležitosť delikventných aktivít podporujú prejavenie sa rizikových osobnostných vlastností pre delikvenciu. Vzhľadom na to by mali byť rizikové osobnostné faktory v silnejšom vzťahu s delikvenciou u jedincov z vysoko rizikových prostredí než u jedincov z nízko rizikových prostredí. Podľa druhej línie, vysoko rizikové vonkajšie podmienky sú samé o sebe postačujúce pre angažovanie sa v rizikových aktivitách a nevyžadujú si charakteristické osobné rizikové vlastnosti. Preto vzťahy medzi osobnostnými rizikovými faktormi a delikvenciou by mali byť silnejšie v nízko rizikových prostrediach. V nich sa totiž do rizikových aktivít jedinci zapoja skôr na základe svojho osobnostného nastavenia než v dôsledku nepriaznivých vonkajších okolností. Podľa tretej línie sa osobnostné rizikové faktory prejavajú v súvislosti s rizikovými aktivitami rovnako, bez ohľadu na vonkajšie okolnosti (Meier et al., 2008). Tak napr. Lynam et al. (2000) ukázali, že vplyv impulzivity na delikvenciu u 13-ročných chlapcov bol vyšší u jedincov z nepriaznivého socioekonomického prostredia. Vazsonyi, Cleveland, & Wiebe (2006) dospeli k odlišným záverom. Podľa autorov sa vplyv impulzivity na delikvenciu v prípade chlapcov nelíšil. U dievčat z priaznivého sociálneho prostredia bol naopak efekt impulzivity vyšší v porovnaní s rovesníkami z nepriaznivého sociálneho prostredia. Silnejší vzťah impulzivity s delikvenciou u dospievajúcich z vyhovujúcejších sociálnych pomerov potvrdili aj Ostrov et al.

(1972). Subjektívne dôvody zapojenia sa do rizikových aktivít našich respondentov neboli priamo skúmané. Napriek tomu, vzhľadom na zistené výsledky v našom výskume sa prikláňame k názoru, podľa ktorého sa žiaci škôl, u ktorých predpokladáme vyhovujúcejšie sociálne, ekonomické aj rodinné zázemie, zapájajú do rizikových aktivít skôr na základe rizikových individuálnych než vonkajších faktorov. U mládeže z ústavov má osobnostné nastavenie síce významný, ale menší vplyv a pravdepodobnú úlohu zohrávajú aj nepriaznivejšie životné okolnosti.

Generalizujúcimi zisteniami našej práce sú závery, podľa ktorých sú dospievajúci v zariadeniach ústavnej starostlivosti a výchovy vysoko rizikovou mládežou, významne ohrozenou potenciálnymi nežiadúcimi zdravotnými a inými následkami rizikového správania. Ďalším všeobecným zistením je, že individuálne a osobnostné rizikové faktory zohrávajú svoju významnú negatívnu úlohu v angažovaní sa mladých v rizikových aktivitách. To je v súlade s očakávaním, že zvýšená depresivita a impulzivita limitujú adolescentov v efektívnom a adaptívnom zvládaní náročného obdobia dospievania.

10 Závěry

Na tomto mieste zrekapitulujeme najdôležitejšie závery prezentovaného výskumu. Náš výskumný súbor tvorilo celkom 716 respondentov, adolescentov vo veku 11–15 rokov. Celkom 544 žiakov základných škôl a osemročných gymnázií z okresu Pezinok a 172 dospelujúcich z centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení v Bratislavskom a Trnavskom kraji.

Výsledky použitých diagnostických metód v prvom rade svedčia o vysokej rizikivosti, depresivite aj impulzivite mládeže v systéme ústavnej starostlivosti a ochranej výchovy. Mladí z ústavov signifikantne prevyšujú svojich rovesníkov zo škôl vo všetkých dimenziách rizikového správania. Takmer 4-krát častejšie užívajú psychoaktívne látky, viac než 2,5-krát častejšie sa zapájajú do delikventných aktivít a 1,25-krát častejšie sa stávajú obeťami šikanovania. Tretinu, až polovicu z nich je možné zaradiť do najvyššieho stupňa rizikivosti. 65 % z nich má skúsenosti s krádežami, viac než polovica už bola vyšetrovaná políciou. Každý druhý fajčí cigarety, aspoň raz za život bol za školou či riešil svoje problémy sebapoškodzovaním. Zároveň je každý tretí adolescent z centier pre deti a rodiny a výchovných zariadení výrazne depresívnejší ako jeho rovesníci zo škôl. Depresívne ladenie sa u nich najčastejšie prejavuje podráždenosťou, poruchami spánku, obavami z testu alebo pocitom neúspechu v živote. K vysokej rizikivosti adolescentov v centrách pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadeniach prispieva aj ich impulzivita. Každý štvrtý je výrazne impulzívny a dosahuje bodovú hodnotu impulzivitu vyššiu ako 1 štandardná odchýlka nad priemerom žiakov škôl a gymnázií. Dospelujúci z ústavov často hovoria bez rozmyslenia, radi riskujú, bývajú netrpezliví a uprednostňujú zážitky, aj keby mali byť nezákonné.

Záverom je možné povedať, že náš výskum zmapoval rizikové správanie a jeho súvislosti s vybranými osobnostnými charakteristikami u dvoch rôznych populácií adolescentov vo veku 11–15 rokov. Výsledky poukázali na vysokú rizikivosť mládeže v ústavnej starostlivosti. Dospie-

vajúci z centier pre deti a rodiny a výchovných zariadení majú napriek svojmu mladému veku bohaté skúsenosti s rozmanitými rizikovými aktivitami. K popísanému stavu významnou mierou prispieva osobnostné ladenie v podobe vysokej depresivity a impulzivity. Do úvahy však prichádzajú aj iné faktory, predovšetkým nepriaznivé vonkajšie a rodinné okolnosti.

Získané zistenia môžu byť prínosné pre odbornú prácu s dospelievajúcimi a využívané pri tvorbe cieľených a efektívnych intervenčných a preventívnych programov založených na dôkazoch. Aj keď niektoré rizikové aktivity mladých môžu byť súčasťou normálneho adolescentného experimentovania či precvičovania prebúdajúcej sa samostatnosti, nie je možné ich vzhľadom na nebezpečenstvo pre samotných jedincov, ale aj pre spoločnosť, podceňovať. Je potrebná identifikácia čo najširšieho poľa faktorov. Výsledky tohto výskumu prinášajú hlbšie poznanie problémov, správania a prežívania dospelievajúcich, čím sa stávajú zaujímavým podkladom pre široké spektrum odborníkov, vrátane pedagógov, psychológov, vychovávateľov, sociálnych pracovníkov a iných. Efektívna prevencia a intervencia by mala byť cieľená a vychádzať z objektívnych dát. Mala by sa zamerať na minimalizáciu negatívnych a maximalizáciu pozitívnych vplyvov. Práve na základe prezentovaných dát, ktoré prinášajú podrobné poznatky o konkrétnych rizikových aktivitách, ale aj konkrétnych prejavoch depresie a impulzivity, je možné vyvodiť množstvo praktických odporúčaní pre prácu s mládežou v danom veku a v zapojených krajoch. Vzhľadom na porovnávanie dvoch odlišných populácií dospelievajúcich je zároveň možný rozdielny a zacielený prístup zohľadňujúci ich špecifické potreby. Preto veríme, že naše výsledky prispedia nielen k rozšíreniu vedeckého poznania, ale aj k praktickému využitiu odborníkmi pracujúcimi s mládežou.

Súhrn

Naša práca sa zameriava na popis rizikového správania a jeho súvislostí s vybranými rizikovými rysmi, depresivitou a impulzivitou u adolescentov umiestnených v zariadeniach ústavnej starostlivosti a ochrannej výchovy. Táto cieľová populácia je vo všetkých sledovaných premenných porovnávaná so žiakmi základných škôl a osemročných gymnázií. Výskum je kvantitatívny, kombinuje dotazníkové šetrenie, porovnávacie a korelačné analýzy. Vymedzenie výskumného problému, zámerov výskumu, hypotéz, zvolené výskumné metódy a cieľové skupiny sa opierajú o dostupné teoretické zdroje a koncepty popisované v teoretickej časti tejto práce.

Prvá kapitola uvádza základné znaky obdobia dospievania. Konceptne ho vymedzuje ako životnú etapu charakterizovanú mnohými vývinovými zmenami a úlohami, prinášajúcimi zvýšené nároky na osobnosť adolescenta a reguláciu jeho správania. Obsahovo sa venuje periodizácii obdobia a vybraným oblastiam vývinu. Popisuje podstatu, charakteristiky a vzájomné súvislosti kognitívneho, morálneho, emocionálneho, sociálneho a osobnostného vývinu adolescenta.

Druhá kapitola sa venuje rizikovému správaniu dospievajúcich. To je v určitej miere považované za normálnu súčasť adolescentného experimentovania a overovania prebúdajúcej sa samostatnosti. Zároveň je charakterizované ako jedna z možných maladaptívnych odpovedí na nároky spojené s procesom dospievania, a môže tak byť ohrozením úspešného vývinu jedinca a jeho budúcnosti. Existuje viacero členení rizikového správania. Táto práca vychádza z konceptu Dolejša (2010), ktorý definuje 7 základných foriem rizikového správania: užívanie a zneužívanie legálnych a nelegálnych látok; kriminalita; šikanovanie, hostilita a agresívne správanie; problémové sexuálne aktivity; školské problémy a priestupky; extrémistické, hazardné a sektárske aktivity; ostatné formy rizikového správania.

Tretia a štvrtá kapitola sa zaoberá vymedzením vybraných rizikových faktorov rizikového správania, depresivity a impulzivity. Adolescencia ako náročné obdobie života je spojená so zvýšenou emočnou labilitou a nárastom depresívnych pocitov. Depresivita je v tejto práci koncepcne chápaná ako negatívny psychický stav, na podklade ktorého môže dochádzať k nepredvídateľnému jednaniu, vrátane rizikových aktivít (Dolejš et al., 2018). Impulzivita je vymedzená ako relatívne stály osobnostný rys. Vzťahuje sa k zníženej schopnosti inhibície a vedie k nepremyslenému správaniu, čím sa stáva základom tzv. rizikovosti jedinca (Dolejš et al., 2014). Obsahovo sa obe kapitoly venujú charakteristikám daných premenných, ich špecifikám u adolescentov, v skratke popisujú vysvetľujúce teoretické koncepty a načrtávajú súvislosti s rizikovým správaním.

Záverčná teoretická kapitola sa venuje vymedzeniu ústavnej starostlivosti a ochranej výchovy. Charakterizuje ich ako systém, ktorý dopĺňa a nahrádza nevyhovujúce alebo chýbajúce rodinné zázemie. Poskytuje svojim klientom oporu, starostlivosť, výchovu a resocializáciu, s hlavným cieľom pozitívnej zmeny súčasného stavu klienta (Matoušek, 1995). V kapitole sú popisované charakteristiky konkrétnych zariadení pre výkon ústavnej a ochranej výchovy (centrá pre deti a rodiny, diagnostické centrá, reedukačné centrá, liečebno-výchovné sanatóriá), ktorých zverenci boli zahrnutí do výskumu. V závere je načrtnutá situácia s inštitucionalizovanou výchovou vo svete, obraz ťažkostí, s ktorými sa stretávajú jej klienti a sú uvedené vybrané domáce a zahraničné výskumy.

Výskumný problém vychádza z aktuálnej situácie a potrieb odbornej praxe, ktorá sa stretáva s pomerne významným výskytom problematickeho správania u dospievajúcej mládeže. Vzhľadom k jeho nepriaznivým následkom je nevyhnutá cieleňá a efektívna intervencia a prevencia. Tá má byť založená na dôslednom mapovaní konkrétnych rizikových aktivít a ich prepojenosti so súvisiacimi faktormi (Čerešník, 2016a). Základným cieľom tejto práce je popis rizikového správania a jeho súvislostí s depresivitou a impulzivitou u adolescentov vo veku 11–15 rokov. Skúmanými výberovými súbormi sú dospievajúci umiestnení v zariadeniach ústavnej starostlivosti a ochranej výchovy, ktorí sú porovnávaní so žiakmi v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania. Respondenti boli do výskumu

vybraní kombináciou príležitostného a skupinového výberu. Do analýz bolo zahrnutých celkom 716 jedincov. Prvú skupinu tvorí 544 žiakov (206 chlapcov, 338 dievčat) základných škôl a osemročných gymnázií (ZŠG) v okrese Pezinok. Ich priemerný vek je 12,81 rokov ($SD = \pm 1,21$ roka). Výberový súbor ZŠG odpovedá 17,4% danej populácie v sledovanom území. Druhú skupinu tvorí 172 dospelujúcich (119 chlapcov, 53 dievčat) z centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení (CDZ) v Bratislavskom a Trnavskom kraji. Ich priemerný vek je 13,16 rokov ($SD = \pm 1,36$ roka). Výberový súbor CDZ odpovedá 20% danej populácie v sledovaných územiach. Dáta boli zbierané metódou ceruzka-papier prostredníctvom troch psychodiagnostických nástrojov. Testové batérie tvoria dotazníky „Výskyt rizikového správania v adolescentnom veku“ – VRSA (Dolejš, & Skopal, 2013; slov. modif.: Čerešník, 2013), „Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá“ – SDDSS (Dolejš, Skopal, & Suchá, 2013; slov. modif.: Čerešník, 2018) a „Škála impulzivity Dolejš a Skopal“ – SIDS (Dolejš, & Skopal, 2013; slov. modif.: Čerešník, 2013).

Do analýzy dotazníka VRSA bolo zahrnutých 542 žiakov základných škôl a gymnázií a 171 klientov centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení. Na základe výsledkov je možné konštatovať, že dospelujúci z ústavov signifikantne prevyšujú žiakov škôl v rizikovom správaní, ako to vyplýva z priemerných hodnôt dotazníka VRSA. Takmer 4-krát častejšie užívajú psychoaktívne látky, viac než 2,5-krát častejšie sa zapájajú do delikventných aktivít a 1,25-krát častejšie sa stávajú obeťami šikanovania. Tretinu, až polovicu z nich (oproti 10% žiakov základných škôl a gymnázií), je možné zaradiť do najvyššieho stupňa rizikovosti z pohľadu pridružených zdravotných, sociálnych, vývinových a iných komplikácií. Symptomatically, v rámci konkrétnych rizikových aktivít, žiaci základných škôl a gymnázií uviedli najčastejšie skúsenosti s urážkami zo strany spolužiakov (42%), skúsenosti s krádežami (37%), falšovanie podpisu rodičov (26%) a pitie alkoholu (26%). Klienti centier pre deti a rodiny a výchovných zariadení majú najčastejšie skúsenosti s krádežami (65%), s vyšetrovaním políciou (53%), záškoláctvom (50%), fajčením cigariet (48%) a seba-poškodzovaním (52%). Chlapci sú pritom

v oboch výskumných súboroch viac rizikovní, rozdiely v súbore žiakov a žiačok škôl sú však štatisticky nevýznamné.

Do analýz dotazníka SDDSS bolo zahrnutých 536 žiakov základných škôl a gymnázií a 171 klientov centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení. Výsledky ukázali, že mládež z ústavov je signifikantne viac depresívna ako žiaci škôl. Zároveň je každý tretí adolescent z centier pre deti a rodiny a výchovných zariadení výrazne depresívnejší ako jeho rovesníci a dosahuje bodovú hodnotu depresivity vyššiu ako 1 štandardná odchýlka nad priemerom žiakov škôl a gymnázií. Symptomatically, žiaci škôl uviedli najčastejšie hnev a podráždenosť (10 %), pocity viny (10 %) a ťažkosti s rozhodovaním sa (10 %). Dospievajúci z ústavov bývajú najčastejšie podráždení (21 %), trpia poruchami spánku (18 %), majú obavy z trestu (15 %) a považujú svoj život za neúspešný (14 %). Dievčatá sú pritom v oboch výskumných súboroch signifikantne depresívnejšie v porovnaní s chlapcami.

Do analýz dotazníka SIDS bolo zahrnutých 538 žiakov základných škôl a gymnázií a 169 klientov centier pre deti a rodiny a špeciálnych výchovných zariadení. Výsledky ukázali, že dospievajúci v ústavoch sú signifikantne impulzívnejší ako rovesníci zo škôl. Zároveň je každý štvrtý adolescent z centier pre deti a rodiny a výchovných zariadení výrazne impulzívny a dosahuje bodovú hodnotu impulzivity vyššiu ako 1 štandardná odchýlka nad priemerom žiakov škôl a gymnázií. Symptomatically sa impulzivita u žiakov škôl prejavuje predovšetkým netrpezlivosťou (17 %), riskovaním (22 %) a negatívnymi reakciami pri sociálnom neocenení dobre vykonanej práce (22 %). Dospievajúci z ústavov často hovoria bez rozmyslenia (25 %), radi riskujú (27 %), bývajú netrpezliví (21 %) a uprednostňujú zážitky, aj keby mali byť nezákonné (21 %). Výsledky medzipohlavných rozdielov sú nesúrodé. Kým v prípade ústavov sú impulzívnejší chlapci, v prípade škôl sú viac impulzívne dievčatá. Rozdiely sú však štatisticky nevýznamné.

Analýza vzťahov medzi sledovanými premennými potvrdila, že viac depresívni, resp. viac impulzívni jedinci sa vo väčšej miere zapájajú do rizikových aktivít. Medzi všetkými dimenziami rizikového správania, depresivitou a impulzivitou boli potvrdené štatisticky významné po-

zitívne vzťahy. Zároveň je možné konštatovať, že k abúzu a delikvencii prispieva väčšou mierou impulzivita, na skúsenostiach so šikanovaním sa viac podieľa depresivita. Efekt je pritom silnejší u žiakov škôl v porovnaní s adolescentmi z ústavov. Štatistické testy korelácií sú potvrdzované aj rebríčkami rizikovosti, depresivity a impulzivity dospievajúcich z konkrétnych typov škôl a zariadení. Najmenej rizikovní, depresívni a impulzívni sú gymnazisti a žiaci základných škôl, v strede rebríčka sa vo všetkých premenných nachádzajú dospievajúci z centier pre deti a rodiny a najvyššiu rizikovosť, depresivitu a impulzivitu dosahujú klienti špeciálnych výchovných zariadení.

Táto práca vo svojej teoretickej časti poskytuje prehľad aktuálnych poznatkov v oblasti rizikového správania a jeho korelátov, depresivity a impulzivity u dospievajúcich. Význam výskumu spočíva predovšetkým v cenných informáciách o málo skúmanej vysoko rizikovej populácii adolescentov v náhradnej ústavnej starostlivosti a výchove. Získané dáta umožnili mnoho analýz prinášajúcich hlbší pohľad do správania a prežívania skúmanej mládeže. Zistené skutočnosti rozširujú vedecké poznanie a zároveň vytvárajú priestor pre výskum súvisiacich otázok. Navyše môžu mať aj praktické využitie a slúžiť ako podklad pre tvorbu cieľných programov pre odbornú prácu s dospievajúcimi.

Summary

Our work focuses on the description of risk behaviour and its relations to selected risk features, depressivity, and impulsiveness in adolescents placed in institutions providing residential care and protective education. This target population is compared with primary school pupils and students of eight-year grammar schools in all the variables that were monitored. The research is quantitative, combining questionnaire research and comparative and correlation analyses. The definitions of the research problem, research goals, hypotheses, chosen research methods and target groups are based on available theoretical sources and concepts described in the theoretical part of this work.

The first chapter presents the basic features of the period of adolescence. It defines it conceptually as a stage of life characterized by many developmental changes and tasks, which place increased demands on the adolescent's personality and regulation of his/her behaviour. It focuses on various phases of the period of adolescence and selected areas of development. It describes the nature, characteristics and interdependencies of the cognitive, moral, emotional, social, and personal development of adolescents.

The second chapter deals with the risk behaviour of adolescents. This is to some extent considered to be a normal part of adolescent experimentation and verification of awakening autonomy. At the same time, it is characterized as one of the possible maladaptive responses to the demands associated with the process of adolescence and may thus be a threat to the proper development of the individuals and their future. There are several classifications of risk behaviours. This work is based on the concept of Dolejš (2010), which defines seven basic forms of risky behaviour: use and abuse of legal and illegal substances; criminality; bullying, hostility, and aggressive behaviour; problematic sexual activities; school problems and offences; extremist, gambling, and sectarian activities; other forms of risky behaviour.

The third and fourth chapters deal with the definition of selected risk factors of risk behaviour, depressivity, and impulsivity. Adolescence, as a difficult period of life, is associated with increased emotional instability and an increase in depressive feelings. In this paper depressivity is conceptually viewed as a negative psychological state which may result in unforeseeable behaviour, including high-risk activities (Dolejš et al., 2018). Impulsiveness is defined as a relatively constant personality feature. It is related to a reduced capability of inhibition and leads to unplanned and hasty action, thus becoming the basis of what has been termed the riskiness of an individual (Dolejš et al., 2014). Both chapters deal with the characteristics of given variables and their specifics in adolescents. They briefly describe explanatory theoretical concepts and outline the context of risk behaviour.

The final theoretical chapter is devoted to the definition of institutional care and protective education. These are characterized as a system that complements and replaces an unsatisfactory or missing family background. It provides its clients with support, care, education and resocialization, with the main goal being the bringing about of a positive change in the current state of the client (Matoušek, 1995). This chapter describes the characteristics of specific facilities for the performance of institutional and protective education (orphanages, diagnostic centres, re-education centres, medical-educational sanatoria) whose clients were included in the research. In conclusion, the situation with regard to institutionalized education in the world is outlined and some examples of the difficulties that its clients encounter are given and selected Slovak and foreign research studies are presented.

The research problem is based on the current situation and needs of professional practice, which encounters a relatively significant incidence of problematic behaviour in adolescents. Considering its adverse consequences, targeted and effective intervention and prevention are essential. They should be based on a thorough mapping of specific risk activities and their interconnection with related factors (Čerešník, 2016a). The basic aim of this paper is to describe risky behaviour and its connection with depressivity and impulsivity in adolescents aged

11–15 years. The sample sets examined consist of adolescents placed in institutions providing residential care and protective education, who are compared with pupils in the system of lower secondary education. The respondents were selected for the research by a combination of occasional and group selection. A total of 716 subjects were included in the analyses. The first group consists of 544 pupils (206 boys, 338 girls) of elementary schools and eight-year grammar schools (ZŠG) in the Pezinok district. Their average age is 12.81 years ($SD = \pm 1.21$ years). The ZŠG sample corresponds to 17.4% of the given population in the area that was monitored. The second group consists of 172 adolescents (119 boys, 53 girls) from children's homes and special educational institutions (DDZ) in the Bratislava and Trnava regions. Their average age is 13.16 years ($SD = \pm 1.36$ years). The DDZ sample corresponds to 20% of the population in the areas that were monitored. Data was collected by means of a pencil-and-paper method using three psychodiagnostic tools. The test battery consists of the questionnaires "The Incidence of Risky Behaviour in Adolescence" – VRSA (Dolejš & Skopal, 2013. Slovak modif.: Čerešník, 2013), "The Dolejš, Skopal, and Suchá Scale of Depressivity" – SDDSS (Dolejš, Skopal, & Suchá, 2013. Slovak modif.: Čerešník, 2018) and "The Dolejš and Skopal Scale of Impulsivity" – SIDS (Dolejš & Skopal, 2013. Slovak modif.: Čerešník, 2013).

The analysis of the VRSA questionnaire included 542 pupils of elementary schools and grammar schools and 171 clients of children's homes and special educational facilities. On the basis of the results it can be concluded that the adolescents from institutions significantly outstrip the school pupils in risky behaviour, as evidenced by the average values of the VRSA questionnaire. They use psychoactive substances almost four times more often, they are involved in delinquent activities more than 2.5 times more often, and they are victims of bullying 1.25 times more often. One third or up to half of them (compared to 10% of the primary and secondary school pupils) can be classified as at the highest level of risk in terms of the associated health, social, developmental, and other complications. In terms of symptoms, as part of specific risk activities, the primary and secondary school pupils reported their most

frequent experiences as being insults from classmates (42%), theft (37%), falsification of parents' signatures (26%), and alcohol consumption (26%). The clients of children's homes and educational institutions had most often experienced theft (65%), police investigations (53%), truancy (50%), cigarette smoking (48%), and self-harming (52%). The boys are more risky in both research groups, but the differences in the groups of schoolboys and schoolgirls are statistically insignificant.

The analysis of the SDDSS questionnaire included 536 pupils of elementary schools and grammar schools and 171 clients of children's homes and special educational facilities. The results showed that the youngsters from institutions are significantly more depressed than the school pupils. At the same time, one in three of the adolescents from orphanages is significantly more depressed than their peers and reaches a depressivity point greater than one standard deviation above the average for the school and grammar school pupils. In terms of symptoms, most often the schoolchildren reported anger and irritability (10%), guilt (10%), and difficulty in making decisions (10%). The institutional adolescents are most often irritated (21%), suffer from sleep disorders (18%) or fear of punishment (15%), and consider their lives unsuccessful (14%). The girls in both research groups are significantly more depressed compared to the boys.

The analyses of the SIDS questionnaire included 538 elementary and grammar school pupils and 169 clients of children's homes and special educational facilities. The results showed that the adolescents in institutions are significantly more impulsive than their school peers. At the same time, one in four of the adolescents from children's homes and educational institutions is highly impulsive and achieves a point value of impulsivity higher than one standard deviation above the average for the school and grammar school pupils. In terms of symptoms, impulsiveness in the school pupils is manifested mainly by impatience (17%), risk taking (22%), and negative responses to socially undervalued work (22%). The institutional adolescents often speak without thinking (25%), like risk taking (27%), are impatient (21%), and prefer to enjoy experiences, even if they are illegal (21%). The results of the inter-sexual differences are

inconsistent. While the boys in institutions are more impulsive, the girls in schools are more impulsive. However, the differences are statistically insignificant.

The analysis of the relationships between the variables that were monitored confirmed that more depressed or more impulsive individuals are more involved in risky activities. For all dimensions of risk behaviour, depressivity, and impulsiveness, statistically significant positive relationships were confirmed. At the same time, it can be stated that impulsivity contributes more to abuse and delinquency, while depressivity has a greater share in the experience with bullying. At the same time, the effect is stronger in the school pupils compared to the adolescents from institutions. Statistical correlation tests are also confirmed by the rankings of risk, depressivity, and impulsiveness of the adolescents from specific types of schools and facilities. Those who are least risky, depressed, and impulsive are the grammar school students and elementary school pupils, while the adolescents from children's homes are in the middle of the ranking in all variables, and the highest risk, depressivity, and impulsiveness are displayed by the clients of special educational facilities.

In its theoretical part, the paper provides an overview of current knowledge in the field of risk behaviour and its correlates, depressivity and impulsivity, in adolescents. The importance of the research lies mainly in valuable information on the under-studied high-risk population of adolescents in alternative institutional care and upbringing. The data obtained enabled many analyses, bringing a deeper insight into the behaviour and survival of the youngsters who were examined. The findings extend scientific knowledge and at the same time create space for research on related issues. In addition, they can also be of practical use and serve as a basis for developing targeted programmes for professional work with adolescents.

Zoznam použitých zdrojov a literatúry

- Albert, P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women? *J Psychiatry Neurosci*, 40(4), 219–221.
- Anderman, E. M., Griesinger, T., & Westerfield, G. (1998). Motivation and Cheating During Early Adolescence. *Journal of Educational Psychology*, 90(1), 84–93.
- Augustinová, K., Hamplová, M., Hartmanová, P., Nováková, K., Šmahaj, J., Viktorová, L., & Zielina, M. (2015). *Úvod do kyberpsychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Baier, D. (2016). The School as an Influencing Factor of Truancy. *International Journal of Criminology and Sociology*, 5, 191–202.
- Bandura, A. (2005). Adolescent Development from an Agentic Perspective. In F. Pajares, & T. Urdan (Ed.), *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents* (1–43). Greenwich: IAP – Information Age Pub.
- Bansal, V., Goyal, S., & Srivastava, K. (2009). Study of prevalence of depression in adolescent students of a public school. *Ind Psychiatry J*, 18(1), 43–46.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive Therapy: Nature and Relation to Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184–200.
- Berens, A., & Nelson, Ch. A. (2015). *The science of early adversity: is there a role for large institutions in the care of vulnerable children?* The Lancet. Získané 22. januára 2019 z [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61131-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61131-4)
- Berndt, T. J. (1979). Developmental Changes in Conformity to Peers and Parents. *Developmental Psychology*, 15(6), 608–616.
- Bernstein, G. A., & Garfinkel, B. D. (1986). School Phobia: The Overlap of Affective and Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(2), 235–241.
- Bizová, N. (2015). *Náhradná rodinná výchova*. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave.

- Brown, S. M., Manuck, S. B., Flory, J. D., & Hariri, A. R. (2006). Neural Basis of Individual Differences in Impulsivity: Contributions of Corticolimbic Circuits for Behavioral Arousal and Control. *Emotion, 6*(2), 239–245.
- Brown, S. A., Tapert, S. F., Granholm, E., & Delis, D. C. (2000). Neurocognitive Functioning of Adolescents: Effects of Protracted Alcohol Use. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 24*(2), 164–171.
- Brymer, E. (2010). Risk taking in Extreme Sports: A phenomenological perspective. *Annals of Leisure Research, 13*(1/2), 218–239.
- Buhrmester, D., & Furman, W. (1987). The Development of Companionship and Intimacy. *Child Development, 58*, 1101–1113.
- Burnett, S., Bird, G., Moll, J., Frith, Ch., & Blakemore, S-J. (2008). Development during Adolescence of the Neural Processing of Social Emotion. *Journal of Cognitive Neuroscience, 21*(9), 1736–1750.
- Burnett, S., Bault, N., Cocirelli, G., & Blakemore, S.-J. (2010). Adolescents' heightened risk-seeking in a probabilistic gambling task. *Cognitive Development, 25*(2), 183–196.
- Burnett, S., Thompson, S., Bird, G., & Blakemore, S-J. (2011). Pubertal development of the understanding of social emotions: Implications for education. *Learning and Individual Differences, 21*, 681–689.
- Caine, D. (nedat.). *Epidemiology of Pediatric and Adolescent Injury in Adventure and Extreme Sports*. University of North Dakota.
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Carel, & Léger (2008). Precocious Puberty. *The new england journal of medicine, 358*, 2366–77.
- Carlo, G., Koller, S., & Eisenberg, N. (1998). Prosocial Moral Reasoning in Institutionalized Delinquent, Orphaned, and Noninstitutionalized Brazilian Adolescents. *Journal of Adolescent Research, 13*(4), 363–376.
- Casanueva, C., Wilson, E., Smith, K., & Dolan, M. (2014). *NCSAW Child Well-Being Spotlight: Teen-age Girls in the Child Welfare System Report High Rates of Risky Sexual Activity and Pregnancy. OPRE Report #2014–07*. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services.

- Cattell, H. E. P., & Mead, A. D. (2008). The Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF). In G. J. Boyle, G. Matthews, & D. H. Saklofske (Eds.), *The SAGE Handbook of Personality: Personality Theory and Assessment* (135–159). London: SAGE Publications Ltd.
- Cavazos-Rehg, P. A., Krauss, M. J., Spitznagel, E. L., Schootman, M., Bucholz, K. K., Peipert, J. F., ... Bierut, L. J. (2009). *Age of sexual debut among US adolescents. Contraception, 80*(2), 158–162.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry, 50*, 975–990.
- Coccaro, E. F., Bergeman, C. S., & McClearn, G. E. (1993). Heritability of Irritable Impulsiveness: A Study of Twins Reared Together and Apart. *Psychiatry Research, 48*, 229–242.
- Coccaro, E. F., Siever, L. J., Klar, H. M., Maurer, G., Cochrane, K., Cooper, T. B., ... Davis, K. L. (1989). Serotonergic Studies in Patients With Affective and Personality Disorders. *Arch Gen Psychiatry, 46*, 587–599.
- Corruble, E., Benyamina, A., Bayle, F., Falissard, B., & Hardy, P. (2003). Understanding impulsivity in severe depression? A psychometrical contribution. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 27*(5), 829–833.
- Corsaro, W. A., & Eder, D. (1990). Children's Peer Cultures. *Annual Review of Sociology, 16*, 197–220.
- Costello, E. J., Pine, D. S., Hammen, C., March, J. S., Plotsky, P. M., Weissman, M. M., ... Leckman, J. F. (2002). Development and Natural History of Mood Disorders. *Society of Biological Psychiatry, 52*, 529–542.
- Crockett, M. J., Clark, L., Tabibnia, G., Lieberman, M. D., Robbins, T. W. (2008). *Serotonin modulates behavioral reactions to unfairness. Science, 320*(5884), 1–3.
- Crosbie, J., Arnold, P., Paterson, A., Swanson, J., Dupuis, A., Li, X., ... Schachar, R. J. (2013). Response Inhibition and ADHD Traits: Correlates and Heritability in a Community Sample. *J Abnorm Child Psychol, 41*, 497–507.
- Cross, C., Campbell, A., & Copping, L. (2011). *Sex Differences in Impulsivity: A Meta-Analysis. Psychological Bulletin*. DOI: 10.1037/a0021591.
- Csáky, C. (2009). *Keeping Children Out of Harmful Institutions. Why we should be investing in family-based care*. London: Save the Children.

- Curry, I., Luk, J. W., Trim, R. S., Hopfer, Ch. J., Hewitt, J. K., Stallings, M. C., ... Wall, T. L. (2018). Impulsivity Dimensions and Risky Sex Behaviors in an At-Risk Young Adult Sample. *Arch Sex Behav*, 47(2), 529–536.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., & Shear, K. (2000). Adolescent Onset of the Gender Difference in Lifetime Rates of Major Depression. A Theoretical Model. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 21–27.
- Čerešníková, M. (2016a). Osobnostné vlastnosti dospelých v kontexte produkcie rizikového správania. In E. Maierová, L. Viktorová, M. Dolejš (Eds.), *PhD Existence VI. Výzkum vs. prax: Česko-slovensko psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech* (132–146). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Čerešníková, M. (2016b). *Rizikové správanie dospelých – výskumné výsledky a diagnostické výzvy*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre.
- Čerešníková, M. (2017). Príčiny produkcie rizikového správania dospelých v kontexte edukačného prostredia. *Školský psychológ*, 18(1), 26–38.
- Čerešníková, M., & Čerešníková, M. (2016). Špecifika rizikového správania dospelých vo veku 10 až 15 rokov ohrozených sociálnou exklúziou. In E. Maierová, L. Viktorová, & M. Dolejš (Eds.), *PhD Existence VI. Výzkum vs. prax: Česko-slovensko psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech* (275–282). Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci.
- Čerešníková, M., & Dolejš, M. (2015). Spoločný projekt dvoch národov alebo podobnosti a rozdiely v procese a výsledkoch výskumu zameraného na rizikové správanie a osobnostné rysy dospelých na Slovensku a v Českej republike. In E. Maierová, L. Šrámková, K. Hosáková, M. Dolejš, & O. Skopal. (Eds.), *PhD Existence 2015: Česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech* (203–219). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Čerešníková, M., & Gatial, V. (2014). *Rizikové správanie a vybrané osobnostné premenné dospelých v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre.
- Čerešníková, M., Dolejš, M., & Skopal, O. (2016). *Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS). Príručka pre prax*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Čonka, P., & Čonková, A. (2015). *Kriminalita mladistvých a možnosti jej prevencie*. *PEDAGOGIKA.SK*, 6(3), 160–175.

- Danielson, C. K., Overholser, J. C., & Butt, Z. A. (2003). Association of Substance Abuse and Depression Among Adolescent Psychiatric Inpatients. *Can J Psychiatry*, 48, 762–765.
- Davey, Ch. G., Yücel, M., & Allen, N. B. (2008). The emergence of depression in adolescence: Development of the prefrontal cortex and the representation of reward. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 1–19.
- Dawe, S., & Loxton, N. J. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 343–351.
- Dekovič, M. (1999). Risk and Protective Factors in the Development of Problem Behavior During Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(6), 667–685.
- DeSocio, J., VanCura, M., Nelson, L. A., Hewitt, G., Kitzman, H., & Cole, R. (2007). Engaging Truant Adolescents: Results From a Multifaceted Intervention Pilot. *Preventing School Failure*, 51(3), 3–11.
- Dickman, S. (1985). Impulsivity and Perception: Individual Differences in the Processing of the Local and Global Dimensions of Stimuli. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 133–149.
- Dishion, T. J., Patterson, G. R., & Griesler, P. C. (1994). Peer Adaptations in the Development of Antisocial Behavior. In L. R. Huesmann (Ed.), *Aggressive Behavior: Current Perspectives* (61–95). New York: Plenum Press.
- Dolejš, M. (2010). *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., & Orel, M. (2017). *Rizikové chování u adolescentů a impulzivita jako prediktor tohoto chování*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., & Skopal, O. (2015). *Výskyt rizikového chování u adolescentů (VRCHA). Příručka pro praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., Skopal, O., & Suchá, J. (2014). *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J., & Charvát, M. (2018). *Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS). Příručka pro praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J., Cakirpaloglu, P., & Vavrysová, L. (2014). *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., & Zemanová, V. (2015). *Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., Zemanová, V., & Vavrysová, L. (2018). *Kdo a co řídí české adolescenty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dumas, T. M., Ellis, W. E., & Wolfe, D. A. (2012). Identity development as a buffer of adolescent risk behaviors in the context of peer group pressure and control. *Journal of Adolescence*, 35, 917–927.
- DuRant, R. H., Smith, J. A., Kreiter, S. R., & Krowchuk, D. P. (1999). The Relationship Between Early Age of Onset of Initial Substance Use and Engaging in Multiple Health Risk Behaviors Among Young Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 153, 286–291.
- Dussault, F., Brendgen, M., Vitaro, F., Wanner, B., & Tremblay, R. E. (2011). Longitudinal links between impulsivity, gambling problems and depressive symptoms: a transactional model from adolescence to early adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 130–138.
- Eagle, D. M., Baunez, Ch., Hutcheson, D.M., Lehmann, O., Shah, A. P., & Robbins, T. W. (2008). Stop-Signal Reaction-Time Task Performance: Role of Prefrontal Cortex and Subthalamic Nucleus. *Cerebral Cortex January*, 18, 178–188.
- Eccles, J. S., Midgley, C., Wigfield, A., Buchanan, C. M., Reuman, D., Flanagan, C., & Iver, D.M (1993). Development during Adolescence. The Impact of Stage-Environment Fit on Young Adolescents' Experiences in Schools and in Families. *American Psychologist*, 48(2), 90–101.
- Ellis, B. H., Fisher, P. A., & Zaharie, S. (2004). Predictors of Disruptive Behavior, Developmental Delays, Anxiety, and Affective Symptomatology Among Institutionally Reared Romanian Children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 43(10), 1283–1292.
- Erikson, E. H. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený (2. vyd.)*. Praha: Portál.

- Erol, N., Simsek, Z., & Münir, K. (2010). Mental health of adolescents reared in institutional care in Turkey: challenges and hope in the twenty-first century. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19(2), 113–124.
- Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146, 348–361.
- Fanti, K. A., & Kimonis, E. R. (2012). Bullying and Victimization: The Role of Conduct Problems and Psychopathic Traits. *Journal of research on adolescence*. DOI: 10.1111/j.1532-7795.2012.00809.x
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu (2. vyd.)*. Praha: Portál.
- Finer, L. B., & Philbin, J. M. (2013). Sexual Initiation, Contraceptive Use, and Pregnancy Among Young Adolescents. *Pediatrics*, 131(5), 886–891.
- Finning, K., Moore, D., Ukoumunne, O. C., Danielsson-Waters, E., & Ford, T. (2017). The association between child and adolescent emotional disorder and poor attendance at school: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 6(121), 1–5.
- Fischer, S. & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and Cognitive Monitoring. A New Area of Cognitive-Development Inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906–911.
- Fuchs, D., & Thelen, M. H. (1988). Children's Expected Interpersonal Consequences of Communicating Their Affective State and Reported Likelihood of Expression. *Child Development*, 59(5), 1314–1322.
- Galambos, N. L., Leadbeater, B. J., & Barker, E. T. (2004). Gender differences in and risk factors for depression in adolescence: A 4-year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 28(1), 16–25.
- Geel, M., Toprak, F., Goemans, A., Zwaanswijk, W., & Vedder, P. (2017). Are Youth Psychopathic Traits Related to Bullying? Metaanalyses on Callous-Unemotional Traits, Narcissism, and Impulsivity. *Child Psychiatry Hum Dev*, 48, 768–777.
- Giedd, J. N., Blumenthal, J., Jeffries, N. O., Castellanos, F. X., Liu, H., Zijdenbos, A., ...Rapoport, L. (1999). Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nature neuroscience*, 2(10), 861–863.

- Gfroerer, J. C., Wu, L.-T., Penne, M. A. (2002). *Initiation of Marijuana Use: Trends, Patterns, and Implications*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.
- Goodwin, R. D., & Gotlib, I. H. (2004). Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry Research*, 126, 135–142.
- Gramkowski B., Kools, S., Paul, S., Boyer, Ch., Monasterio, E., & Robbins, N. (2009). Health Risk Behavior in Foster Youth. *Child Adolesc Psychiatr Nurs.*, 22(2), 77–85.
- Gudjonsson, G. H., & Sigurdsson, J. F. (2010). The relationship of compliance with inattention and hyperactivity/impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 49, 651–654.
- Gullo, M. J., & Dawe, S. (2008). Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as “all-bad”? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 1507–1518.
- Gunnar, M. R., & van Dulmen, M. H. M. (2007). Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children. *Development and Psychopathology*, 19, 129–148.
- Gymnázium Karola Štúra Modra. (30. januára 2019). *Správa o výsledkoch a podmienkach výchovno-vzdelávacej činnosti za školský rok 2017/2018*. Získané z Bratislavský samosprávny kraj website: <http://www.region-bsk.sk/clanok/spravy-o-podmienkach-a-vysledkoch-vychovno-vzdelavacej-cinnost-646974.aspx>
- Gymnázium Pezinok. (30. januára 2019). *Správa o výsledkoch a podmienkach výchovno-vzdelávacej činnosti za školský rok 2017/2018*. Získané z Bratislavský samosprávny kraj website: <http://www.region-bsk.sk/clanok/spravy-o-podmienkach-a-vysledkoch-vychovno-vzdelavacej-cinnost-646974.aspx>
- Hall, C. S, Lindzey, G., Loehlin, J. C., & Manosevitz, M. (2002). *Psychológia osobnosti* (3. vyd.). Bratislava: Media Trade.
- Hasson, R., & Fine, J. G. (2012). Gender Differences Among Children With ADHD on Continuous Performance Tests: A Meta-Analytic Review. *Journal of Attention Disorders*, 16(3), 190–198.
- Hemphill, S. A., Heerde, J. A., Herrenkohl, T. I., Patton, G. C., Toumbourou, J. W., & Catalano, R. F. (2011). Risk and protective factors for adolescent substance

- use in Washington State, United States and Victoria, Australia: A longitudinal study. *J Adolesc Health*, 49(3), 312–320.
- Henneberger, A. K., Tolani, P. H., Hipwell, A. E., & Keenan, K. (2014). Delinquency in Adolescent Girls: Using a Confluence Approach to Understand the Influences of Parents and Peers. *Crim Justice Behav*, 41(11), 1327–1337.
- Heretik, A., & Heretik, A. (2007). *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof.
- Hessler, D., & Katz, L. F. (2010). Brief Report: Associations between Emotional Competence and Adolescent Risky Behavior. *J Adolesc.*, 33(1), 1–10.
- Higgins, G. E., Kirchner, E. E., Ricketts, M. L., & Marcum, C. D. (2013). Impulsivity and Offending from Childhood to Young Adulthood in the United States: A Developmental Trajectory Analysis. *International Journal of Criminal Justice Sciences*, 8(2), 182–197.
- Hill, G. (2004). *Moderní psychologie. Hlavní oblasti současného studia lidské psychiky*. Praha: Portál.
- Honjo, S., Nishide, T., Niwa, S., Sasaki, Y., Kaneko, H., Inoko, K., & Nishide, Y. (2001). School refusal and depression with school inattendance in children and adolescents: Comparative assessment between the Children's Depression Inventory and somatic complaints. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55, 629–634.
- Horn, N. R., Dolan, M., Elliott, R., Deakin, J. F. W., & Woodruff, P. W. R. (2003). Response inhibition and impulsivity: an fMRI study. *Neuropsychologia*, 41, 1959–1966.
- Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., & Malá, E. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie (3. vyd.)*. Praha: Portál.
- Chao, L. L., & Knight, R. T. (1998). Contribution of Human Prefrontal Cortex to Delay Performance. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 10(2), 167–177.
- Ijzendoorn, M. H., Luijk, M. P. C. M., & Juffer, F. (2008). IQ of Children Growing Up in Children's Homes. A Meta-Analysis on IQ Delays in Orphanages. *Merrill-Palmer Quarterly*, 54(3), 341–366.
- Irala, J., Osoria, A., Carlos, S., Ruiz-Canela, M., & Burgo, C. (2011). Mean Age of First Sex: Do They Know What We Mean? *Arch Sex Behav*, 40, 853–855.

- Iyer, K., & Khan, Z. A. (2012). Depression – A Review. *Res.J.Recent Sci.*, 1(4), 79–87.
- James, S., Montgomery, S. B., Leslie, L. K., & Zhang, J. (2009). Sexual Risk Behaviors Among Youth in the Child Welfare System. *Child Youth Serv Rev.*, 31(9), 990–1000.
- Järvelaid, M. (2004). Adolescent tobacco smoking and associated psychosocial health risk factors. *Scand J Prim Health Care*, 22, 50–53.
- Jessor, R. (1992). Risk Behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action. *Developmental Review*, 12, 374–390.
- Jessor, R. (1993). Successful Adolescent Development Among Youth in High-Risk Settings. *American Psychologist*, 48(2), 117–126.
- Jurovský, A. (1955). *Dieta a disciplína*. Bratislav: SAV.
- Kaltiala-Heino, R., & Fröjd, S. (2011). Correlation between bullying and clinical depression in adolescent patients. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 2, 37–44.
- Kann, L., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Queen, B., ... Ethier, K. A. (2018). Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2017. *Surveillance Summaries, MMWR*, 67(8), 1–114.
- Kapur, S. (2015). Adolescence: The Stage of Transition. *Horizons of Holistic Education*, 2, 233–250.
- Keenan-Miller, D., Hammen, C. L., & Brennan, P. A. (2007). Health Outcomes Related to Early Adolescent Depression. *Journal of Adolescent Health*, 41, 256–262.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... Wang, P. S. (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder. Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095–3105.
- Khesht-Masjedi, M. F., Shokrgozar, S., Abdollahi, E., Golshahi, M., & Sharif-Ghaziani, Z. (2017). Comparing depressive symptoms in teenage boys and girls. *J Family Med Prim Care.*, 6(4), 775–779.
- Kim, S., & Lee, D. (2011). Prefrontal Cortex and Impulsive Decision Making. *Biol Psychiatry*, 69(12), 1140–1146.

- Kipping, R. R., Campbell, R. M., MacArthur, G. J., Gunnell, D. J., & Hickman, M. (2012). Multiple risk behaviour in adolescence. *Journal of Public Health, 34*(S1), i1–i2.
- Kivivuori, J., Savolainen, J., & Aaltonen, M. (2015). The revenge motive in delinquency: Prevalence and predictors. *Acta Sociologica, 59*(1), 69–84.
- Klimstra, T., Hale, W. W., Raaijmakers, Q. A. W., & Branje, S. T. (2009). Maturation of Personality in Adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology, 96*(4), 898–912.
- Ko, Ch-H., Yen, J-Y., Chen, Ch-Ch., Chen, S-H., Wu, K., & Yen, Ch-F. (2006). *Can J Psychiatry, 51*(14), 887–894.
- Kocka, A., & Gagnon, J. (2014). Definition of Impulsivity and Related Terms Following Traumatic Brain Injury: A Review of the Different Concepts and Measures Used to Assess Impulsivity, Disinhibition and other Related Concepts. *Behav. Sci., 4*, 352–370.
- Kofler, M. J., McCart, M. R., Zajac, K., Ruggiero, K. J., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (2011). Depression and Delinquency Covariation in an Accelerated Longitudinal Sample of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(4), 458–469.
- Kohlberg, L., & Hersh, R. H. (1977). Moral Development: A review of the Theory. *Theory in to Practice, 16*(2), 53–59.
- Kolář, M. (2001). *Bolest šikanování*. Praha: Portál.
- Kovářová, M., Řezáč, P., Hrušková, K., & Runčáková, J. (nedat.). *Kriminalita mládeže a možnosti restorativní justice*. Brno: Ratolest Brno.
- Kryl, M. (2002). Komplexní terapie deprese. *Psychiatrie pro praxi, 6*, 279–280.
- Krejčířová, O., & Skopalová, J. (2007). *Deviace a sociální patologie – vybrané jevy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kukla, L. a kol. (2016). *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing.
- Kumpfer, K. L., Olds, D. L., Alexander, J. F., Zucker, R. A., & Gary, L. E. (1998). Family Etiology of Youth Problems. In R. S. Ashery, E. B. Robertson, & K. L. Kumpfer (Eds.), *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions* (42–77). NIDA No. 97–4135.

- Labáth, V. (2004). *Rezidenčná starostlivosť*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca.
- Ladoceur, R., Dubé, D., & Bujold, A. (1994). Gambling Among Primary School Students. *Journal of Gambling Studies*, 10(4), 363–370.
- Langille, D., Asbridge, M., Kisely, S., & Wilson, K. (2012). Risk of depression and multiple sexual risk-taking behaviours in adolescents in Nova Scotia, Canada. *Sexual Health*, 9, 254–260.
- Langmeier, J., & Krejčířová, M. (2006). *Vývojová psychologie (4. vyd.)*. Praha: Grada Publishing.
- Leclercq, Y., Braconnier, A., Said, S., & Payan, C. (1995). *The impulsivity rating scale (IRS): preliminary results*. *Eur Psychiatry*, 10, 331–338.
- Lepík, F., Dolejš, M., Miovský, M., Vacek, J. (2010). *Školní dotazníková studie o návykových látkách, dalších formách rizikového chování a pilotní studie o užívání těkavých látek na základních školách praktických: Karlovarský kraj*. Tišnov: SCAN.
- Lewinsohn, P. M., & Libet, J. (1972). Pleasant events, activity schedules, and depressions. *Journal of Abnormal Psychology*, 79(3), 291–295.
- Loman, M. M., Johnson, A. E., Westerlund, A., Pollak, S. D., Nelson, Ch. A., & Gunnar, M. R. (2012). The effect of early deprivation on executive attention in middle childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02602.x
- Luyten, P., & Blatt, S.J. (2012). Psychodynamic Treatment of Depression. *Psychiatr Clin N Am*, 35, 111–129.
- Lynam, D. R., Wikstrom, P. H., Novak, S., Loeber, R., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2000). The Interaction Between Impulsivity and Neighborhood Context on Offending: The Effects of Impulsivity Are Stronger in Poorer Neighborhoods. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 563–574.
- Lynch, W. J., Maciejewski, P. K., & Potenza, M. N. (2004). Psychiatric Correlates of Gambling in Adolescents and Young Adults Grouped by Age at Gambling Onset. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 1116–1122.
- Lynskey, M. T., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1998). The Origins of the Correlations between Tobacco, Alcohol, and Cannabis Use During Adolescence. *J Child Psychol. Psychiat.*, 39(7), 995–1005.

- Macek, P. (2003). *Adolescence* (2. vyd.). Praha: Portál.
- Madarasová Gecková, A., Baška, T., Bašková, M., Bobáková, D., Bosáková, L., Brindová, D., ... Salonna, F. (2015). *Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11-, 13- a 15-ročných školákov na základe prieskumu uskutočneného v roku 2013/2014 v rámci medzinárodného projektu "Health Behaviour in School Aged Children"*. Bratislava: Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku.
- Madkour, A. S., Farhat, T., Halpern, C. T., Godeau, E., & Gabhainn, S. N. (2010). Early Adolescent Sexual Initiation as a Problem Behavior: A Comparative Study of Five Nations. *Journal of Adolescent Health, 47*, 389–398.
- Magnusson, B. M., Masho, S. W., & Lapane, K. L. (2012). Early Age at First Intercourse and Subsequent Gaps in Contraceptive Use. *Journal of women's health, 21*(1), 73–79.
- Matoušek, O. (1995). *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Matoušek, O., & Kroftová, A. (1998). *Mládež a delikvence. Možné příčiny, současná struktura, programy prevence kriminality mládeže*. Praha: Portál.
- McCormick, E. M., Qu, Y., & Telzer, E. H. (2016). Adolescent Neurodevelopment of Cognitive Control and Risk-taking in Negative Family Contexts. *Neuroimage, 124*(0 0), 989–996.
- Meeus, W., Van de Schoot, R., Klimstra, T., & Branje, S. (2011). Personality Types in Adolescence: Change and Stability and Links With Adjustment and Relationships: A Five-Wave Longitudinal Study. *Developmental Psychology, 47*(4), 1181–1195.
- Meier, M. H., Slutske, W. S., Arndt, S., & Cadoret, R. J. (2008). Impulsive and Callous Traits Are More Strongly Associated With Delinquent Behavior in Higher Risk Neighborhoods Among Boys and Girls. *J Abnorm Psychol., 117*(2), 377–385.
- Mendis, S. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva: WHO Press.
- Mendle, J., Ryan, R. M., & McKone, K. M. P. (2018). Age at Menarche, Depression, and Antisocial Behavior in Adulthood. *Pediatrics, 141*(1), 1–8.
- Menting, B., van Lier, P. A. C., Koot, H. M., Pardini, D. & Loeber, R. (2016). Cognitive impulsivity and the development of delinquency from late child-

- hood to early adulthood: Moderating effects of parenting behavior and peer relationships. *Development and Psychopathology*, 28, 167–183.
- Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR (2018). *Smernica č. 36/2018 k prevencii a riešeniu šikanovania detí a žiakov v školách a školských zariadeniach*. Získané dňa 30. decembra z <https://www.minedu.sk/data/att/13481.pdf>
- Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR. (30. januára 2019). *Štatistická ročenka školstva-stredné školy*. Získané z Centrum vedecko-technických informácií SR website: http://www.cvtisr.sk/cvti-sr-vedecka-kniznica/informacie-o-skolstve/statistiky/statisticka-rocenka-publikacia/statisticka-rocenka-gymnazia.html?page_id=9599
- Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR. (30. januára 2019). *Štatistická ročenka školstva-základné školy*. Získané z Centrum vedecko-technických informácií SR website: http://www.cvtisr.sk/cvti-sr-vedecka-kniznica/informacie-o-skolstve/statistiky/statisticka-rocenka-publikacia/statisticka-rocenka-zakladne-skoly.html?page_id=9601
- Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR. (30. januára 2019). *Štatistická ročenka školstva-špeciálne výchovné zariadenia*. Získané z Centrum vedecko-technických informácií SR website: http://www.cvtisr.sk/cvti-sr-vedecka-kniznica/informacie-o-skolstve/statistiky/statisticka-rocenka-publikacia/statisticka-rocenka-specialne-vychovne-zariadenia.html?page_id=9595
- Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR. (30. januára 2019). *Štatistická ročenka školstva-špeciálne výchovné zariadenia*. Získané z Centrum vedecko-technických informácií SR website: http://www.cvtisr.sk/cvti-sr-vedecka-kniznica/informacie-o-skolstve/statistiky/statisticka-rocenka-publikacia/statisticka-rocenka-specialne-vychovne-zariadenia.html?page_id=9595
- Miovský, M. a kol. (2015). *Prevenca rizikového chování ve školství I. (2. vyd.)*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- Molchanov, S. V. (2013). The Moral Development in Childhood. *Procedia – Social and behavioral Sciences*, 86, 615–620.
- Morris, L. (2004). Youth in Foster Care Who Commit Delinquent Acts Study Findings and Recommendations. *Child welfare league of america*, 3(3), 1–12.

- Murray, M. L., de Vries, C. S., & Wong, I. C. K. (2004). A drug utilisation study of antidepressants in children and adolescents using the General Practice Research Database. *Arch Dis Child*, 89, 1098–1102.
- Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI). (28. decembra 2018). *MKCH 10 (10. Revízia)*. Získané z <http://www.nczisk.sk/Standardy-v-zdravotnictve/Pages/MKCH-10-Revizia.aspx>
- Nelson, E. E., Leibenluft, E., McClure, E. B., & Pine, D. S. (2005). The social re-orientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine*, 35, 163–174.
- Neto, R. C. A., & True, M. (2011). The development and treatment of impulsivity. *PSICO*, 42(1), 134–141.
- Obeidallah, D. A., & Earls, F. J. (1999). Adolescent girls: The role of depression in the development of delinquency. *Bethpage*, 5(5), S4–S5.
- Olson, S. L., Schilling, E. M., & Bates, J. E. (1999). Measurement of Impulsivity: Construct Coherence, Longitudinal Stability, and Relationship with Externalizing Problems in Middle Childhood and Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(2), 151–165.
- Olweus, D. (1997). Bully/victim problems in school: Facts and intervention. *European Journal of Psychology and Education*, 12(4), 495–510.
- Ostrov, E., Offer, D., Marohn, R. C., & Rosenwein, T. (1972). The “Impulsivity Index”: Its Application to Juvenile Delinquency. *Journal of Youth and Adolescence*, 1(2), 179–196.
- Passos, J. A. F., Pires, A. V., Scheidt, L., de Almeida, L. A., Ferreira, Ch. F., Gubert, C., ... de Almeida, R. M. M. (2015). Alcohol Use in Adolescence, Impulsivity, and Risk-Taking Behavior in Wistar Rats. *Psychology & Neuroscience*, 8(1), 130–142.
- Pearce, C. M., & Martin, G. (1993). Locus of control as an indicator of risk for suicidal behaviour among adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 409–414.
- Pelkonen, M., Karlsson, L., & Marttunen, M. (2011). Adolescent Suicide: Epidemiology, Psychological Theories, Risk Factors, and Prevention. *Current Pediatric Reviews*, 7, 52–67.

- Perry, J. L., & Carroll, M. E. (2008). The role of impulsive behavior in drug abuse. *Psychopharmacology*, 200(1), 1–26.
- Piotrowski, Ch., & Keller, J. W. (1992). Psychological Testing in Applied Settings: A Literature Review from 1982–1992. *The Journal of Training & Practice in Profesional Psychology*, 6(2), 74–82.
- Praško, J., & Kosová, J. (1998). *Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí*. Praha: Triton.
- Petersen, A. C., & Hamburg, B. A. (1986). Adolescence: A Developmental Approach to Problems and Psychopathology. *Behavior Therapy*, 17, 480–499.
- Petrides, K. V., Jackson, Ch. J., Furnham, A., & Levine, S. Z. (2003). Exploring Issues of Personality Measurement and Structure Through the Development of a Short Form of the Eysenck Personality Profiler. *Journal of personality assessment*, 81(3), 272–281.
- Petrowski, N., Cappa, C., & Gross, P. (2017). Estimating the number of children in formal alternative care: Challenges and results. *Child Abuse & Neglect*, 70, 388–398.
- Piaget, J., & Inhelderová, B. (2007). *Psychologie dítěte (4. vyd.)*. Praha: Portál.
- Pickering, A., & Corr, P. (2008). J.A. Gray's Reinforcement Sensitivity Theory (RST) of Personality. In G. Boyle, G. Matthews, & D. Saklofske (Eds.), *The SAGE Handbook of Personality: Theory and Assessment Personality Measurement and Testing* (239–255). London, New Delhi and Thousand Oaks: Sage.
- Price, M., Hides, L., Cockshaw, W., Staneva, A. A., & Stoyanov, S. R. (2016). Young Love: Romantic Concerns and Associated Mental Health Issues among Adolescent Help-Seekers. *Behav. Sci.*, 6(9), 1–14.
- Příhoda, V. (1977). *Ontogeneze lidské psychiky I (4. vyd.)*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Quach, A. S., Epstein, N. B., Riley, P. J., Falconier, M. K., & Fang, X. (2013). Effects of Parental Warmth and Academic Pressure on Anxiety and Depression Symptoms in Chinese Adolescents. *J Child Fam Stud*. DOI 10.1007/s10826-013-9818-y.
- Resnick, G., & Burt, M. R. (1996). Youth at risk: Definitions and Implications for Service Delivery. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 172–188.

- Říčan, P. (1995). *Agresivita a šikana mezi dětmi. Jak dát dětem ve škole pocit bezpečí*. Praha: Portál.
- Říčan, P. (2004). *Cesta životem. Vývojová psychologie (2. vyd.)*. Praha: portál.
- Rigby, K. (2003). Consequences of Bullying in Schools. *Can J Psychiatry*, 48(9), 583–590.
- Riva, F., Tricoli, Ch., Lamm, C., Carnaghi, A., & Silani, G. (2016). Emotional Egocentricity Bias Across the Life-Span. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 8(74), 1–7.
- Roberts, C. (2016). Psychosocial dimensions of early-onset puberty and its treatment. *The Lancet*, 4(3), 195–197.
- Roberts, B. W., Walton, K. E., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of Mean-Level Change in Personality Traits Across the Life Course: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Psychological Bulletin*, 132(1), 1–25.
- Rolison, M. R., & Scherman, A. (2002). Factors influencing adolescents decisions to engage in risk-taking behavior. *Adolescence*, 37(147), 1–1.
- Rose, Ch. A. (2011). Bullies and victims: Understanding bullying in an early childhood context. *The Journal of the Texas Association for the Education of Young Children*, 32(3), 18–21.
- Rose, Ch. A., Monda-Amaya, L. E., & Espelage, D.L. (2011). Bullying Perpetration and Victimization in Special Education: A Review of the Literature. *Remedial and Special Education*, 32(2), 114–130.
- Rotermann, M. (2008). Trends in teen sexual behaviour and condom use. *Health Reports*, 19(3), 1–5.
- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P. C., Overpeck, M. D., Sun, W., & Giedd, J. N. (2004). Prevalence of and Risk Factors for Depressive Symptoms Among Young Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 158, 760–765.
- Sampson, R. J., & Laub, J. H. (1994). Urban Poverty and the Family Context of Delinquency: A New Look at Structure and Process in a Classic Study. *Child Development*, 65(2), 523–540.
- Seligman, M. E. P. (1972). Learned helplessness. *Annu. Rev. Med.*, 23, 407–412.
- Seth, P., Patel, S. N., Sales, J. M., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., & Rose, E. V. (2011). The Impact of Depressive Symptomatology on Risky Sexual Behavior

- and Sexual Communication among African American Female Adolescents. *Psychol Health Med.*, 16(3), 346–356.
- Shaffer, H. J., Hall, M. N., & Bilt, J. V. (1999). Estimating the Prevalence of Disordered Gambling Behavior in the United States and Canada: A Research Synthesis. *Am J Public Health*, 89(9), 1369–1376.
- Schofield, H-L. T., Bierman, K. L., Heinrichs, B., Nix, R. L., & Conduct Problems Prevention Research Group (2008). Predicting Early Sexual Activity with Behavior Problems Exhibited at School Entry and in Early Adolescence. *J Abnorm Child Psychol.*, 36(8), 1175–1188.
- Sklenka, M., & Sklenková, D. (2013). *Kriminalita a delikvencia: Příčiny a dôsledky*. Žiar nad Hronom: Škola dokorán n. o.
- Skopal, O., Dolejš, M., & Suchá, J. (2014). *Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Smart, D., Vassallo, S., Sanson, A., & Dussuyer, I. (2004). Patterns of Antisocial Behaviour from Early to Late Adolescence. In T. Makkai (Ed.), *Trends & Issues in crime and criminal justice series, No. 290*. Canberra: Australian Institute of Criminology.
- Smetana, J. G., Yau, J., & Hanson, S. (1991). Conflict Resolution in Families With Adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 1(2), 189–206.
- Sobotková, V. N. a kol. (2014). *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada Publishing.
- Soleimani, M. A., Sharif, S. P., Bahrami, N., Yaghoobzadeh, A., Allen, K. A., & Mohammadi, S. (2017). The relationship between anxiety, depression and risk behaviors in adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. DOI: 10.1515/ijamh-2016-0148
- Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 417–463.
- Steinberg, L. (2001). We Know Some Thing: Parent – Adolescent Relationships in Retrospect and Prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11(1), 1–19.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *TRENDS in Cognitive Sciences*, 9(2), 69–74.

- Steinberg, L. (2007). Risk Taking in Adolescence: New Perspectives From Brain and Behavioral Science. *Current Directions in Psychological Science*, 16(55), 55–59.
- Stowell, R. J. A., & Estroff, T. W. (1992). Psychiatric Disorders in Substance-Abusing Adolescent Inpatients: A Pilot Study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 31(6), 1036–1040.
- Swearer, S. M., & Hymel, S. (2015). Understanding the Psychology of Bullying Moving Toward a Social-Ecological Diathesis–Stress Model. *American Psychologist*, 70(4), 344–353.
- Štiglic, M. (2009). *Neparametrické štatistické metódy a ich ekonomické aplikácie*. Bratislava: Katedra matematiky a deskriptívnej geometrie Stavebnej fakulty STU.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379(9820), 1056–1067.
- The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (29. januára 2019). *The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Získané z U.S. Department of Health & Human Services website: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html#xbasic>
- Thompson, R. G., & Auslander, W. F. (2007). Risk factors for alcohol and marijuana use among adolescents in foster care. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 61–69.
- Trzesniewski, K. H., Moffitt, T. E., Poulton, R., Donnellan, M. B., Robbins, R. W., & Caspi, A. (2006). Low Self-Esteem During Adolescence Predicts Poor Health, Criminal Behavior, and Limited Economic Prospects During Adulthood. *Developmental Psychology*, 42(2), 381–390.
- Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny SR. (30. januára 2019). *Počet detí a mladých dospelých v jednotlivých formách starostlivosti DeD*. Získané z Ústredie PSVR SR website: https://www.upsvr.gov.sk/zariadenia-socialno-pravnej-ochrany-deti-a-social-nej-kurately/detske-domovy/vybrane-statisticke-ukazovatele.html?page_id=130708

- Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny SR. (30. januára 2019). *Zoznam škôl/ŠZ*. Získané z Ústav informácií a prognóz školstva website: <http://web.uips.sk/RegisterRS/>
- Vacek, P. (2013). *Psychologie morálky a výchova charakteru žáků*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Vágnerová, M. (2001). *Kognitivní a sociální psychologie žáka základní školy*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Vaske, J., & Gehring, K. (2010). Mechanisms Linking Depression to Delinquency for Males and Females. *Feminist Criminology*, 5(1), 8–28.
- Vavrysová, L. (2018). *Rizikové aktivity, depresivita a vybrané osobnostní rysy u českých adolescentů z dětských domovů se školou a výchovných ústavů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vavrysová, L., & Charvát, M. (2016). Osobnostní rysy adolescentů v ústavní výchově dle dotazníku HSPQ ve srovnání s normou populace. *Adiktologie*, 16(4), 282–291.
- Vazsonyi, A. T., Cleveland, H. H., & Wiebe, R. (2006). Does the Effect of Impulsivity on Delinquency Vary by Level of Neighborhood Disadvantage? *Criminal Justice and Behavior*, 33(4), 511–541.
- Velleman, R. D. B., Templeton, L. J., & Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug Alcohol Rev*, 24, 93–109.
- Verbeke, E. M., & Ditttrick-Nathan, K. (2007). *Student Gambling*. Získané z Gambling-NASSP%20Oct%2007%20(1).pdf
- Viner, R., & Macfarlane, A. (2005). ABC of adolescence, Health promotion. *BMJ*, 330, 527–529.
- Vitaro, F., Arseneault, L., & Tremblay, R. E. (1999). Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent males. *Addiction*, 94(4), 565–575.

- Vyhláška č. 323/2008 Z.z. Vyhláška Ministerstva školstva Slovenskej republiky o špeciálnych výchovných zariadeniach. Získané 23. januára z https://www.slov-lex.sk/static/pdf/2008/323/ZZ_2008_323_20080901.pdf
- Weafer, J., & Wit, H. (2014). Sex differences in impulsive action and impulsive choice. *Addict Behav.*, 39(11), 1573–1579.
- Weil, L. G., Fleming, S. M., Dumontheil, I., Kilford, E. J., Weil, R. S., Rees, G., ... Blakemore, S.-J. (2012). The development of metacognitive ability in adolescence. *Consciousness and Cognition*, 22, 264–271.
- Weinstock, H., Berman, S., & Cates, W. (2004). Sexually Transmitted Diseases Among American Youth: Incidence and Prevalence Estimates, 2000. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(1), 6–10.
- Whitney, I., & Smith, P. K. (1993). A survey of the nature and extent of bullying in junior/middle and secondary schools. *Educational Research*, 35(1), 3–25.
- Wild, L., & Swartz, S. (2012). Adolescence. In J. Hardman (Ed.), *Child and adolescent development: A South African sociocultural perspective* (203–244). Oxford: Oxford University Press.
- Windfuhr, K., While, D., Hunt, I., Turnbull, P., Lowe, E., Burns, J., ... Kapur, N. (2008). Suicide in juveniles and adolescents in the United Kingdom. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(11), 1155–1165.
- Winstanley, C. A., Eagle, D. M., & Robbins, T. W. (2006). Behavioral models of impulsivity in relation to ADHD: Translation between clinical and preclinical studies. *Clinical Psychology Review*, 26, 379–395.
- Winstanley, C. A., Chudasama, Y., Dalley, J. W., Theobald, D. E. H., Glennon, J. C., & Robbins, T. W. (2003). Intra-prefrontal 8-OH-DPAT and M100907 improve visuospatial attention and decrease impulsivity on the five-choice serial reaction time task in rats. *Psychopharmacology*, 167, 304–314.
- Winters, K. C., & Arria, A. (2011). Adolescent Brain Development and Drugs. *Prev Res.*, 18(2), 21–24.
- Witt, H. (2009). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addict Biol.*, 14(1), 22–31.
- World Health Organization (2015). *Youth Violence*. Geneva: WHO Press.

- World Health Organization (1997). *The Global Burden of Diseases: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Harvard: The Harvard School of Public Health.
- Yasin, M. G., & Iqbal, N. (2012). *Resilience, Self esteem and Delinquent Tendencies among Orphan and Non-Orphan Adolescents*. Získané 22. januára 2019 z https://www.researchgate.net/publication/328233634_Resilience_Self_esteem_and_Delinquent_Tendencies_among_Orphan_and_Non-Orphan_Adolescents
- Zákon č. 36/2005 Z.z. *Zákon o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov*. Získané 23. januára z https://www.slov-lex.sk/static/pdf/2005/36/ZZ_2005_36_20151001.pdf
- Zákon č. 245/2008 Z.z. *Zákon o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov*. Získané 23. januára 2019 z https://www.slov-lex.sk/static/pdf/2008/245/ZZ_2008_245_20180901.pdf
- Zákon č. 300/2005 Z.z. *Trestný zákon*. Získané 23. januára 2019 z https://www.slov-lex.sk/static/pdf/2005/300/ZZ_2005_300_20150901.pdf
- Zákon č. 305/2005 Z.z. *Zákon o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov*. Získané 23. januára 2019 z https://www.slov-lex.sk/static/pdf/2005/305/ZZ_2005_305_20190101.pdf
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., & Stegall, S. (2006). Emotion Regulation in Children and Adolescents. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(2), 155–168.
- Zuckerbrot, R. A., & Jensen, P. S. (2006). Improving Recognition of Adolescent Depression in Primary Care. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 160, 694–704.
- Zuckerman, M., Eysenck, S., & Eysenck, H. J. (1978). Sensation Seeking in England and America: Cross-cultural, Age, and Sex Comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(1), 139–149.
- Žáčková, H., & Jucovičová, D. (2017). *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita*. Praha: Grada Publishing.

Menný register

- Albert 121
Anderma 30
Augustinová 28, 117
Baier 30, 31, 41, 116
Bandura 9
Bansal 36, 38, 39
Beck 36
Berens 56
Berndt 118
Bernstein 41
Bizová 53
Brown 24, 45
Brymer 32
Buhrmester 14
Burnett 11, 13, 118
Caine 32
Cakirpaloglu 7, 15
Carel 119
Carlo 25, 57
Casanueva 57, 114
Cattell 46
Cavazos-Rehg 115
Charvát 34, 55, 59, 113, 117, 120
Cloninger 44, 47, 49
Coccaro 46
Corruble 125
Corsaro 14
Costello 35, 37
Crockett 45
Crosbie 123
Cross 124
Csáky 56
Curry 50
Cyranowski 37, 38, 118, 119, 121
Čerešník 8, 9, 11, 18, 19, 21, 22, 25,
28, 29, 36, 43, 44, 45, 46, 48, 49,
60, 61, 63, 64, 65, 66, 84, 86, 89,
107, 110, 111, 113, 115, 117, 123,
132, 133, 137, 138
Čonka 25
Danielson 40, 124, 126
Davey 14, 37, 38, 61
Dawe 43, 44, 48, 61, 123, 124
Dekovič 60, 61
DeSocio 30
Dickman 44, 47
Dishion 25, 116
Dolejš 4, 7, 8, 10, 16, 18, 19, 21, 22,
26, 28, 31, 32, 34, 36, 37, 39, 41
Dumas 15
DuRant 24
Dussault 50
Eagle 45, 123
Eccles 7, 12
Ellis 15, 56

- Erikson 15
Erol 63
Evenden 43, 47, 122
Fanti 50, 124, 125
Ferjenčík 63
Finer 115
Finning 30, 41
Fischer 22, 25
Flavell 10
Fuchs 13
Galambos 36, 37, 119, 121
Gatial 8, 9, 11, 18, 21, 25, 29, 61, 86, 89, 123
Geel 125
Giedd 19
Gfroerer 24
Goodwin 38
Gramkowski B. 110
Gudjonsson 48
Gullo 44, 48, 61, 124
Gunnar 63
Hall 7, 16, 32
Hasson 123
Hemphill 22, 23
Henneberger 26
Heretik 34, 35
Hessler 12, 60
Higgins 24, 49, 118, 124, 125
Hill 10, 11, 12, 15
Honjo 41
Horn 45
Hort 37
Hrdlička 37
Chao 45
Ijzendoorn 56
Irala 115
Iyer 35
James 57, 60, 66, 114, 115, 120, 127
Järvelaid 23
Jessor 20, 60, 112, 117
Jurovský 30
Kaltiala-Heino 40, 124
Kann 112
Kapur 7, 13
Keenan-Miller 39
Kessler 35
Khesht-Masjedi 121
Kim 44
Kipping 61
Kivivuori 116
Klimstra 15, 16
Ko 17
Kocka 48
Kocourková 37
Kohlberg 11, 12
Kolář 26
Kosová 35
Kovářová 26
Kryl 35
Krejčířová 7, 8, 12, 14, 15, 32, 119
Kukla 52
Kumpfer 23

- Labáth 52
Langille 41
Langmeier 7, 8, 12, 14, 15, 119
Lecrubier 48
Lepik 22, 32
Lewinsohn 35
Loman 63
Luyten 35
Lynam 127
Lynch 41
Lynskey 49, 126
Macek 7, 9, 12, 14, 15, 19
Madarasová Gecková 22, 23, 25, 28,
29, 30, 31, 40
Madkour 29, 114
Magnusson 115
Malá 37
Matoušek 25, 52, 53, 132, 137
McCormick 11
Meeus 15, 16
Meier 125, 127
Mendis 22
Mendle 119
Menting 49
Miovský 19, 22, 29, 32, 54, 55, 113
Molchanov 11
Morris 116
Murray 38
Nelson 30, 38, 56
Neto 47
Obeidallah 40, 119, 124
Olson 50, 118
Olweus 27, 50, 118, 125
Orel 61, 66, 117, 118, 123, 125, 126
Ostrov 123, 127
Passos 49
Pearce 61
Pelkonen 39, 120
Perry 12, 126
Piotrowski 65
Praško 35
Petersen 9
Petrides 47
Petrowski 56
Piaget 10, 11, 12
Pickering 46
Price 28, 29
Příhoda 7, 8, 13, 14
Quach 122
Resnick 60
Říčan 10, 12, 13, 14, 15, 18, 26, 27
Rigby 27
Riva 13
Roberts 16, 119
Rolison 61
Rose 27
Rotermann 29, 41
Saluja 39, 40, 61
Sampson 26
Seligman 35, 36, 121
Seth 41
Sklenka 24, 30, 116

- Skopal 4, 7, 19, 34, 43, 48, 63, 64, 65,
86, 89, 91, 100, 107, 112, 122, 133,
138
- Skopalová 32, 44
- Smart 18, 60
- Smetana 14
- Sobotková 18, 21, 22, 25
- Soleimani 124
- Spear 18, 20, 23, 60
- Steinberg 7, 10, 14, 19, 20, 60
- Stowell 36, 39, 119, 124, 126
- Suchá 4, 7, 34, 48, 63, 65, 86, 89, 91,
112, 133, 138
- Swearer 50
- Štiglic 70
- Trzesniewski 61
- Vacek 11, 22
- Vágnerová 7, 8, 11, 12, 13, 15, 16
- Vaske 126
- Vavrysová 7, 8, 15, 55, 58, 59, 61, 66,
86, 89, 110, 111, 112, 113, 114,
117, 119, 120
- Vazsonyi 127
- Velleman 23
- Verbeke 31
- Viner 112
- Vitaro 50
- Weafer 123
- Weil 10
- Weinstock 29
- Whitney 27, 40
- Wild 8, 9
- Windfuhr 39, 120
- Winstanley 45, 46
- Winters 22
- Witt 49, 118, 123
- Yasin 58, 116
- Zeman 12
- Zemanová 58, 59, 61, 64, 110, 111,
112, 117, 120
- Zuckerbrot 36, 37
- Zuckerman 44, 47
- Žáčková 48

Vecný register

- abúzus návykových látok 22, 64, 76
 ADHD 47, 123
 adolescencia 8, 10
 adolescentná psychopatológia 21, 34, 46, 56
 adrenalínové športy 31
 BAS, BIS 46
 behaviorálna teória depresie 35
 biologická podmienenosť impulzivity 45
 biologické teórie rizikového správania 19
 budovanie identity adolescentov 9, 14, 15
 centrum pre deti a rodiny 54, 72
 DALY 35
 delikvencia 24, 49, 64
 depresia, depresivita dospelujúcich 34, 39, 91
 diagnostické centrum 54, 71
 disinhibícia 44
 Dolejšov koncept rizikového správania 19
 dvojdimenzionálny koncept impulzivity 43
 emocionálny egocentrizmus 13
 emočný vývin adolescentov 12, 13
 extrémizmus 21, 31
 extrémne športy 32
 formálne myšlienkové operácie 10
 formy rizikového správania 21
 frustračná tolerancia 13, 47
 gambling, patologické hráčstvo 31, 41, 47
 HBSC 22, 25, 29, 31
 hostilita 26
 Impulsivity rating scale 48
 impulzivita 43, 48, 100
 inštitucionalizovaná starostlivosť 52, 53, 56
 Jessorov koncept rizikového správania 20, 60, 112
 kognitívny vývin adolescentov 10
 Kohlbergova teória morálneho vývinu 11
 koncepcie dospievania 7, 8
 kriminalita dospelujúcich 24
 kyberšikanovanie 21, 27, 117
 liečebno-výchovné sanatórium 53, 55, 71
 morálny vývin adolescentov 10
 Mottiffovej typológia delikventov 26
 nižšie sekundárne vzdelávanie 25, 66, 70
 ochranná výchova 52, 53

- Olweusove vymedzenie šikanovania 27, 50, 118
- osonostný vývin adolescentov 15
- Piagetova teória kognitívneho vývinu 10
- protektívne faktory rizikového správania 20
- puberta, pubescencia 8
- reedukačné centrum 53, 55
- rizikové faktory rizikového správania 20
- rizikové sexuálne aktivity 28
- rizikové správanie 18, 19, 21
- sektárstvo 31
- serotonín 45
- skupinová identita 14
- sociálny vývin adolescentov 14
- syndróm rizikového správania 20
- šikanovanie 26, 40, 50
- školské priestupky 30, 41, 50
- trestný poriadok, trestný zákon 24, 52
- ústavná starostlivosť 52, 56
- užívanie marihuany 22, 57, 114
- užívanie tabaku 22, 49
- väzbový štýl 38
- zákon o rodine 52

KATALOGIZACE V KNIZE – NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Kulišek, Jaroslava

Depresivita a impulzivita ako prediktory rizikového správania dospievajúcich v systéme ústavnej starostlivosti a nižšieho sekundárneho vzdelávania /

Jaroslava Kulišek, Martin Dolejš. – 1. vydání. – Olomouc :

Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. – 168 stran

Slovenské a anglické resumé

Obsahuje bibliografii a rejstříky

ISBN 978-80-244-5654-6 (brožováno)

* 316.346.32-053.67 * 159.922.8 * 364-783.2-053.2 * 316.624 * 616.895.4 *
316.624 * 159.9.072.5 * 316.6:001.891 * (048.8)

- adolescenti
- psychologie adolescentů
- ústavní výchova
- agresivita
- deprese
- rizikové chování
- psychodiagnostika
- sociálněpsychologický výzkum
- impulzivní jednání
- monografie

364 – Sociální problémy vyžadující podporu a pomoc. Sociální zabezpečení
[18]

**Mgr. et Mgr. Jaroslava Kulišek
PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.**

DEPRESIVITA A IMPULZIVITA
ako prediktory rizikového správania dospievajúcich
v systéme ústavnej starostlivosti
a nižšieho sekundárneho vzdelávania

Výkonný redaktor Mgr. Agnes Hausknotzová
Odpovědný redaktor Bc. Otakar Loutocký
Jazyková korektura PhDr. Miroslava Čerešňáková, PhD.
Technická redakce RNDr. Helena Hladišová
Grafické zpracování obálky Kateřina Manková

Publikace ve vydavatelství neprošla redakční jazykovou úpravou

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci
Křížkovského 8, 771 47 Olomouc
www.vydavatelstvi.upol.cz
www.e-shop.upol.cz
vup@upol.cz

1.vydání

Olomouc 2019

DOI: 10.5507/ff.19.24456546

ISBN 978-80-244-5654-6 (print)
ISBN 978-80-244-5655-3 (online : PDF)

Neprodejná publikace

VUP 2020/0037 (print)
VUP 2020/0038 (online : PDF)