

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**DEPRESIVITA A IMPULZIVITA AKO KORELÁTY RIZIKOVÉHO
SPRÁVANIA DOSPIEVAJÚCICH V ÚSTAVNEJ STAROSTLIVOSTI
A OCHRANNEJ VÝCHOVE A ŽIAKOV V SYSTÉME NIŽŠIEHO
SEKUNDÁRNEHO VZDELÁVANIA**



Magisterská diplomová práca

Autor: Mgr.Bc. Jaroslava Kulišek
Vedúci práce : PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Olomouc
2019

Prehlásenie

Miestoprísažne prehlasujem, že som magisterskú diplomovú prácu na tému: „Depresivita a impulzivita ako koreláty rizikového správania dospievajúcich v ústavnej starostlivosti a ochrannej výchove a žiakov v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania“ vypracovala samostatne pod odborným dohľadom vedúceho diplomovej práce a uviedla som všetky použité podklady a literatúru.

V Olomouci dňa 20.3.2019

.....

podpis autora práce

Pod'akovanie

Chcela by som sa poďakovať vedúcemu diplomovej práce PhDr. Martinovi Dolejšovi, Ph.D., za odbornú pomoc, cenné rady a konzultácie, ktoré mi poskytol pri vypracovaní tejto diplomovej práce. Osobitné poďakovanie patrí tiež vedúcim zástupcom škôl a zariadení a ďalším pracovníkom za ich ochotu, flexibilitu a spoluprácu. Zároveň ďakujem všetkým zúčastneným respondentom, bez ktorých by tento výskum nemohol vzniknúť. V neposlednom rade chcem poďakovať môjmu manželovi, za podporu a pochopenie.

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČASŤ.....	6
1 OBDOBIE DOSPIEVANIA	7
1.1 Teoretické poňatie obdobia dospievania.....	7
1.2 Periodizácia obdobia dospievania.....	7
1.3 Vývoj v období dospievania.....	9
1.3.1 Kognitívny a morálny vývoj.....	9
1.3.2 Emočný vývoj.....	11
1.3.3 Sociálny vývoj	12
1.3.4 Osobnostný vývoj	13
2 RIZIKOVÉ SPRÁVANIE V OBDOBÍ DOSPIEVANIA	15
2.1 Vymedzenie a koncepty rizikového správania	15
2.2 Formy rizikového správania.....	17
2.2.1 Užívanie a zneužívanie legálnych a nelegálnych látok.....	18
2.2.2 Kriminalita.....	20
2.2.3 Šikanovanie, hostilita a agresívne správanie	21
2.2.4 Rizikové sexuálne aktivity.....	23
2.2.5 Školské problémy a priestupky.....	24
2.2.6 Extrémistické, hazardné a sektárske aktivity.....	25
2.2.7 Ostatné formy rizikového správania	26
3 DEPRESIVITA, DEPRESIA	27
3.1 Vymedzenie a koncepty depresivity, depresie	27
3.2 Depresivita, depresia u adolescentov	28
3.3 Depresivita, depresia a rizikové správanie	31
4 IMPULZIVITA	34
4.1 Vymedzenie a koncepty impulzivity	34
4.2 Biologická podmienenosť impulzivity.....	35
4.3 Impulzivita ako súčasť konštruktov osobnosti a psychopatológie	37
4.4 Impulzivita a rizikové správanie.....	38
5 ÚSTAVNÁ STAROSTLIVOSŤ A OCHRANNÁ VÝCHOVA	41
5.1 Základné pojmy, vymedzenie.....	41
5.2 Zariadenia pre výkon ústavnej starostlivosti a ochranej výchovy	42
5.2.1 Centrum pre deti a rodiny (detský domov).....	42
5.2.2 Diagnostické centrum.....	43
5.2.3 Reedukačné centrum	43
5.2.4 Liečebno-výchovné sanatórium	43
5.3 Inštitucionalizovaná výchova – situácia vo svete a vybrané výskumy.....	44

VÝSKUMNÁ ČASŤ.....	47
6 VÝSKUMNÝ PROBLÉM A CIELE VÝSKUMU	48
6.1 Vymedzenie výskumného problému.....	48
6.2 Výskumné ciele	49
6.3 Hypotézy a otázky výskumu	50
7 REALIZÁCIA A METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝSKUMU.....	52
7.1 Výskumný dizajn	52
7.2 Psychodiagnostické nástroje.....	52
7.2.1 Výskyt rizikového správania v adolescentnom veku – VRSA.....	52
7.2.2 Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá – SDDSS	53
7.2.3 Škála impulzivity Dolejš a Skopal – SIDS.....	54
7.3 Cieľová skupina.....	55
7.3.1 Základný súbor.....	55
7.3.2 Výskumný súbor – proces a metódy výberu	57
7.3.3 Výskumný súbor – popis a charakteristiky	58
7.4 Proces a metódy zberu dát.....	59
7.4.1 Etické aspekty zberu dát.....	60
7.5 Metódy analýzy a spracovania dát.....	61
8 VÝSLEDKY VÝSKUMU	62
8.1 VRSA	62
8.2 SDDSS	74
8.3 SIDS.....	80
8.4 Korelačná analýza.....	86
8.5 Prehľad výsledkov hypotéz.....	88
9 DISKUSIA	89
10 ZÁVERY.....	107
SÚHRN.....	110
ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV A LITERATÚRY	114
Príloha 1: Abstrakt MgrDP	

ÚVOD

Súčasný domáci aj zahraničný výskum adolescentov 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 vývoj dospelujúceho 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 dospelujúci tvoria vlastný pohľad na svet, preskúšavajú svoju rodiacu 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 vývoja. 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, neoptimálnej 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 samo o sebe náročné obdobie dospelovania sťažené rôznymi okolnosťami. Jednou z nich sú dospelujúci umiestnení v zariadeniach náhradnej ústavnej starostlivosti. Dysfunkcia a nestabilita biologickej rodiny, neoptimálne 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 naopak, 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 pohľad do problematiky, ale predovšetkým lepšie pochopenie potrieb cieľovej skupiny.

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

TEORETICKÁ ČASŤ

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 vývojových zmien a úloh v rôznych oblastiach. Tiež Kapur (2015) vníma toto obdobie ako tranzitórne v ľudskom živote 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 vývojových 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, či nepriaznivý vývoj v dospievaní je funkciou viacerých faktorov, vrátane interindividuálnych rozdielov. Celkovo vzaté, vedú všetky vývojové 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 pojмами 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 prepuberty (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 a 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 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 vývoj v spôsobe myslenia a jeho posunu 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 neskorej adolescencie (17-20 rokov). V porovnaní s detstvom sa tu rozvíja predovšetkým vedomie seba-účinnosti 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 rokov¹.

¹ 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 dospievanie a adolescencia považovať za rovnocenné a vhodne ich v texte zamieňať.

1.3 Vývoj 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 dospeljej 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 vývoja, ktorý zohráva v tomto období kľúčovú úlohu (Čerešník, & Gatiaľ, 2014).

1.3.1 Kognitívny a morálny vývoj

Podľa rôznych teórií kognitívneho vývoja, 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, Piagetovej teórie kognitívneho vývoja, 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 (Říčan, 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 odpovedajúcich stratégií riešenia problémov (Flavell, 1979). Napriek tomu sa stále uplatňujú aj menej racionálne mechanizmy správania (Dolejš et al., 2014). Kognitívna kontrola impulzov a jednania je pri prechode a počas ranej a strednej adolescencie 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 vývoju morálneho usudzovania (Čerešník, & Gatíal, 2014). Tradične sa práve obdobie adolescencie považuje za kruciálne pre vývoj morálky a vytvorenie zvnútorneného systému noriem, ktorý sa stáva jedným z regulačných mechanizmov správania (Molchanov, 2013).

Podľa Piageta (1977, in Vacek, 2013) je možné vývoj morálky chápať ako vývoj vzťahu k systému noriem a pravidiel. S nástupom adolescencie, v nadväznosti na rozvoj abstraktného myslenia, postupujúcej decentrácie, spolupráce s vrstovníkmi a znižujúcej 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 vývoj 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 väčšiny dospievajúcich je tzv. inštrumentálno-relativistické zameranie. V ňom je správne to, čo prináša odmenu a naplňa osobné potreby, 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 s nástupom 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 základom tiež citového a psychosociálneho prerodu v dospievaní (Piaget, & Inhelderová, 2007).

1.3.2 Emočný vývoj

Nástup dospievania je v porovnaní s predchádzajúcim obdobím vo všeobecnosti spojený s vyššou emočnou labilitou, zmenami nálad, negatívnou emocionalitou 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, striedanie sexuálnych partnerov, či vo všeobecnosti slabej behaviorálnej adjustácie. Práve zvyšovanie emocionálnych kompetencií môže byť významným preventívnym bodom 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 faktorov 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 neistoty i precitlivosť spojenú s túžbou po väčšom pochopení (Vágnerová, 2012). Na základe týchto skúseností sa 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 a 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 vývoj

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 naplňujú dospievajúcim potrebu akceptácie, pochopenia, seba-odhalenia a obojstrannej podpory. Navyše ich pripravujú na

trvalejšie emočné 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 (Řičan, 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 vývoj

Vývoj 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 vývoja, či 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 s vekom okolo 12 rokov. Nezáväzným skúšaním rôznych rolí, postojov, či názorov, ale aj postupnou rekapituláciou a zosúladňovaním 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, nesúlady rolí a hodnôt, čo sa môže prejavovať ako nepriebojnosť, či 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 dospelávajúci 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 vývoja 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 dospelovania 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 dospelávajúcimi impulzívny typ osobnosti. Počas dospelovania dochádza k systematickému posunu smerom k osobnostnej reziliencii. Niektoré rysy dospelávajúcich 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 dospelávajúcich majúcich skúsenosti s užívaním drog zistené vyššie hodnoty v dimenzii vyhľadávania nového a nižšie skóre vo vyhýbaní 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 Říčan

Rýchly telesný rast a fyziologický vývoj, 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, & Gatíal, 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 vývojovému 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 alebo protektívnych 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, disociálne, 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, vývojových, fyziologických a ďalších rizík pre jedinca, jeho*

okolie a/alebo pre spoločnosť“. Rovnako podľa Macka (2003), rizikové aktivity vedú jednak k poškodzovaniu telesného a duševného zdravia dospelujúcich, jednak k ohrozeniu spoločnosti. Miovský et al. (2015) ďalej dodáva, že rizikové správanie je možné vedecky skúmať a pozitívne ovplyvniť cielenými 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 vývoj v adolescencii na podklade pokračujúceho vývoja 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, do ktorej zaraďuje subjektívnu percepciu a hodnotenie dospievajúcich rôznych spôsobov správania v sociálnom kontexte, za rizikový považuje model rizikového správania rodičov, či 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, či 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 správanie 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, & Gatíal, 2014; MKCH-10).

Podľa Čerešníka (2016a), v súčasnosti najobsiahlejší výčet rôznych foriem rizikového správania podáva Sobotková. Medzi rizikové správanie radí: 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.) extremistické, hazardné a sektárske aktivity; 7.) ostatné formy rizikového správania. Občas sa objavujú nové rizikové aktivity, ako hranie digitálnych hier, či kyberšikana, niektoré

idú do ústrania. Dolejšovho (2010) vymedzenia sa pridíža 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, kokaínu, 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 dospelých 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 opitnosťou 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 %) dospelých a takmer tretina (31 %) respondentov užila niektorú z nelegálnych drog, či liekov bez odporúčania lekára. Prvou užitou nelegálnou 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 14 – 18 ročných 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 svojej 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) zistil, 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, či užívanie drog rodinnými príslušníkmi, pozitívne postoje rodiny voči užívaniu drog, školská neúspešnosť, školské problémy a rebélia, 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, či 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, či závislosť na drogách u mladých ľudí do 15 rokov pomerne zriedkavé, časné experimentovanie je dôležitým 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 vývoj 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, ako 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) vývojovej taxonómie sú dva typy delikventov. Perzistentní, začínajúci s delikventnou činnosťou už v batolacom veku, napr. v podobe hryzenia alebo kopania rovesníkov a pokračujúci až do dospelosti a adolescentní delikventi, ktorých je väčšina, a ktorých skutky súvisia s vývojovým 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 dospelých, čo sú nevyhnutné predpoklady jej efektívnej prevencie a regulácie. Čerešník, & Gatál (2014) vo svojom celoslovenskom šetrení prejavov rizikového správania u dospelých 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, mávajú deficit v dôležitých sociálnych zručnostiach, či v schopnosti riešiť problémy alebo vychádzať s ostatnými. Potrebu ocenenia preto naplňajú prostredníctvom členstva v dissociálnych skupinách, v ktorých už býva prítomné delikventné správanie alebo napr. abúzus návykových látok. Tie spravidla antisociálne 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 nevyspytateľnou 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 Mottiffovou typológiou, delikvencia mladistvých má vo všeobecnosti epizodický charakter. Najviac rozšírená je medzi 14-tym a 16-tym rokom, väčšina prípadov do dospelosti sama postupne odoznieva.

2.2.3 Šikanovanie, hostilita a agresívne správanie

Šikanovanie je zvláštnym prípadom nepriateľského, agresívneho, hostilného a násilnickeho 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, zastrašovanie, 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 obeť 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 sebapoňatím 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 jej 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: predčasné zahájenie pohlavného života pred dovŕšením zákonnej vekovej hranice 15 rokov, sexuálny styk spojený s predčasným tehotenstvom, rodičovstvom alebo potratom, problémy s partnerskými vzťahmi alebo neovládnuté rozchody, ktoré môžu byť podkladom pre suicidálne jednanie 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 zahájením sexuálneho života (pred dovŕšením 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 vyhľadajú odbornú pomoc sú 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 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 vývoj (Madarasová Gecková, et al., 2015).

2.2.5 Školské problémy a priestupky

Od začiatku školskej dochádzky sa žiaci učia rešpektovať normy a pravidlá školy. Nedodržiavanie 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, či pitie alkoholu, ale aj podvody, opisovanie a klamanie. Anderman, Griesing, & Westerfield (1998) sa pokúsili odpovedať na otázku, prečo sa niektorí adolescenti zapájajú do podvádzanie v škole, kým iní nie. Na súbore takmer 300 žiakov druhého stupňa základnej školy ukázali,

že motivácie pre podvádžanie sú hlavne vonkajšie. Tí, čo podvádžali, pociťovali 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 nezáujmu 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 seba-kontrolu, vplyv rovesníkov, ale aj necitlivé správanie a nízku kontrolu zo strany učiteľov, či 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. Zaraduje 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 (NCZI, 28. decembra 2018). Gamblérske aktivity mladých typicky zahŕňajú rôzne činnosti, ako sú športové stávky, poker, kocky, bingo, výherné automaty mimo kasín, hry zručností (basketbal, plávanie), dostihy, vyhadzovanie mincí, ťahanie špajlí, 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 hrali karty alebo sa zapojili do športového tipovania minimálne jedenkrát týždenne. Adolescenti sú vzhľadom k vyššej tendencii k rizikovému správaniu 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.

V posledných dvoch dekádach dochádza k výraznému nárastu popularity tzv. extrémnych alebo adrenalínových športov (Brymer, 2010). 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 seba-klame alebo nezdravom vyhľadávaní vzrušenia, nebezpečenstva, nekontrolovateľnosti, či 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 % páchatel'ov 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 sústredíme 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, ktorý 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, či 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 poklesú náladu, mimoriadne intenzívny, hlboký a dlho-trvajúci 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 energia, nechutenstvo, či 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 deprívujúcich 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 nedokážu vlastným pričinením prispieť k zlepšeniu. Tvarou 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 sebaevalvujúcich a patologicky sebakritických presvedčení. Hovorí o tzv. kognitívnej nedostatočnosti, 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 vývoja v takmer všetkých oblastiach života. Jedným 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 v podobe smútku, či sklamaní na určité životné situácie, 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, anxieta, 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, či 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 depresiu 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 depresiu 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 (Cyranowski, Frank, Young, & Shear, 2000), vo veku od 12-13 rokov je u chlapcov aj dievčat výskyt depresívnych symptómov, či prevalencie 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 (Cyranowski 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, či nadmerná ruminácia (Bansal et al., 2009; Goodwin, & Gotlib, 2004). Tiež 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 sociálneho informácie. Danú sieť tvoria tri uzly. Vývoj 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 vulnerabilitu voči depresii u dospievajúcich na podklade rozvíjajúcich sa mentálnych procesov. Podľa tejto teórie je vyššia depresivita adolescentov cenou za rozvíjajúcu sa schopnosť tvorby mentálnych reprezentácii 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 distres 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 dospelých, pričom psychiatrické ochorenie, najmä poruchy 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, tiež 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, či 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 depresiou. To vedie k posilneniu psychického distressu 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 na 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 agresor, podobne ako depresívni jedinci, zažívajú ťažkosti v emocionálnej a interpresonálnej oblasti, ťažko nadväzujú priateľstvá a pociťujú samotu. Dôsledkom je signifikantný 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, či sex pod vplyvom alkoholu alebo drog. Zvýšená depresivita je pritom spojená až s dvojnásobne vyšším

výskytom rizikového sexuálneho správania v porovnaní s nedeprívnymi 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, piati 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 (Evdenden, 1999).

Dawe, & Loxton (2004) na základe svojho prehľadu literatúry uzavreli, že impulzivita by mala byť konceptualizovaná ako dvojdimenziálna premenná. Prvú zložku dvojdimenziálnej 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 nežiadúcim 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 zdefinoval 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, či 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 viac impulzívní jedinci vykazujú počas experimentálnej úlohy, ktorá si vyžaduje inhibíciu behaviorálnych

odpovedí vyššiu aktivitu v paralimbickej oblasti, kým menej impulzívni participanti naopak vo vyšších asociačných oblastiach. Ich výsledky potvrdili aj Brown et al. (2006), ktorí zistili pozitívne korelácie medzi impulzívnosťou 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 seba-kontrolou ako účastníci s nemodulovaným serotonínom. Boli tiež zistené inverzné vzťahy medzi funkčnosťou serotonínu v centrálnej nervovej sústave a impulzívnym, podráždeným a agresívnym správaním u pacientov 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 spontánny, v protiklade s rozvážnosťou, opatrnosťou, zdržanlivosťou. Živosť, impulzivita je tiež súčasťou globálnych faktorov druhého rádu, extravenzie/introverzie a seba-kontroly/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 superčrt osobnosti. Impulzivita ako zložka neuroticizmu aj psychoticizmu 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 zväži a napriek tomu sa rozhodne riskovať.

V Zuckermanovom „sensation seeking“, vyhľadávaní vzrušenia, jednotlivé dimenzie tiež intuitívne odrážajú zvýšenú impulzivitú. 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, sebapoškodzovania, ale aj bulímie a obezity (Neto, & True, 2011; Evenden, 1999). Typickými prejavmi impulzivity 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) založených na správaní pacienta v bežných životných situáciách. Impulzivita sa v rámci mentálnych porúch uplatňuje aj svojim 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 nedomyšľaním 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. Opoved' 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. Fantí, & 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 a 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 neskoršej adolescencii v porovnaní s ostatnými pozorovanými osobnostnými charakteristikami, agresivitou a anxiitou. K podobným záverom dospeli aj Dussault, Brendgen, Vitaro, Wanner, & Tremblay (2011), ktorí poukázali na spojenie medzi zvýšenou impulzivitou 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 občianskoprávneho 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, či členstvo v negatívnych rovesníckych partiách.

Ochranná výchova je špeciálnym prípadom ochranného opatrenia určená pre neplnoletých páchatel'ov 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 páchatel'om trestných činov, čo sú osoby, ktoré

dovíšili 14-ty rok života a nedosiahli plnoletosť. Cieľom ochrannej výchovy je prevýchova dospievajúceho 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 páchatel'ov 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 uvedieme vybrané typy jednotlivých zariadení.

5.2.1 Centrum pre deti a rodiny (detský domov)

Centrum pre deti a rodiny (detský domov) 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 (Zákon č. 305/2005 Z.z.).

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 (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 dospelých 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 vývoja dieťaťa, vrátane fyzického rastu, kognitívneho vývoja 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), často sa tieto deti stretávajú s nepriaznivými okolnosťami, ako sú nedostatočná starostlivosť a zanedbávanie, dysfunkcia alebo nestabilita biologickej rodiny, chudoba, či zneužívanie alebo závislosť na psychoaktívnych látkach u rodičov, čo zvyšuje ich vulnerabilitu 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 nepříbuznými, 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 6x 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 2x 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. Zistili, 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 vyrovnáť 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 prísnyimi 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 viac je u nich 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. 12x 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 problematiku rizikového správania prostredníctvom uvedených výskumov. V ďalšom texte popíšeme vlastný výskum.

VÝSKUMNÁ ČASŤ

6 VÝSKUMNÝ PROBLÉM A CIELE VÝSKUMU

6.1 Vymedzenie výskumného problému

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). 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 vulnerabilitu (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, & Čerešníková, 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 rizikovému jednaniu, 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, & Gatíal (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 rizikovému správaniu adolescentov.

6.2 Výskumné ciele

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). Uvažovať o tomto fenoméne je možné z rôznych uhlov pohľadu, vrátane hľadiska osobnostnej a individuálnej vulnerability. Zároveň je možné definovať vlastnosti, ktoré zvyšujú pravdepodobnosť produkcie rizikového správania (Čerešník, 2017). Jednými z významných prediktorov rizikových aktivít sú zvýšená impulzivita a depresivita (Dolejš et al., 2014).

V našom výskume sa zameriame na *popis* rizikového správania a vybraných individuálnych premenných, depresivity a impulzivity u adolescentov vo veku 11-15 rokov. Ďalej sa budeme venovať *porovnaniu rozdielov* vo výskyte rizikových aktivít a v miere impulzivity a depresivity u žiakov základných škôl a gymnázií a klientov detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení. Dôležitým cieľom tejto práce je tiež *analýza vzťahov* medzi danými formami rizikového správania (abúzus, delikvencia, šikanovanie), impulzivitou a depresivitou.

6.3 Hypotézy a otázky výskumu

Výskumné hypotézy si stanovujeme v súlade s popísanými výskumnými cieľmi a na základe súčasného vedeckého poznania.

Výskumy dokazujú, že klienti zariadení náhradnej inštitucionálnej starostlivosti a výchovy sa častejšie zapájajú do rizikových aktivít (James et al., 2009), častejšie u nich dochádza k rozvoju emočných problémov (Ellis et al., 2004) a sú viac impulzívni (Vavrysová, 2018). Vzhľadom na uvedené si stanovujeme *nasledovné výskumné hypotézy*:

H1: Súbor pozostávajúci zo žiakov základných škôl a osemročných gymnázií bude dosahovať štatisticky významne nižšie priemerné celkové skóre v rizikovom správaní v porovnaní so súborom pozostávajúcim z klientov detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení.

H2: Súbor pozostávajúci zo žiakov základných škôl a osemročných gymnázií bude dosahovať štatisticky významne nižšie priemerné skóre vo faktore abúzus rizikového správania v porovnaní so súborom pozostávajúcim z klientov detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení.

H3: Súbor pozostávajúci zo žiakov základných škôl a osemročných gymnázií bude dosahovať štatisticky významne nižšie priemerné skóre vo faktore delikvencia rizikového správania v porovnaní so súborom pozostávajúcim z klientov detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení.

H4: Súbor pozostávajúci zo žiakov základných škôl a osemročných gymnázií bude dosahovať štatisticky významne nižšie priemerné skóre vo faktore šikanovanie rizikového správania v porovnaní so súborom pozostávajúcim z klientov detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení.

H5: Súbor pozostávajúci zo žiakov základných škôl a osemročných gymnázií bude dosahovať štatisticky významne nižšie priemerné skóre v depresivite v porovnaní so súborom pozostávajúcim z klientov detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení.

H6: Súbor pozostávajúci zo žiakov základných škôl a osemročných gymnázií bude dosahovať štatisticky významne nižšie priemerné skóre v impulzivite v porovnaní so súborom pozostávajúcim z klientov detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení.

Výskumy dokazujú, že zvýšená depresivita je spojená s častejším užívaním návykových látok (Stowell, & Estroff, 1992), častejším zapájaním sa do delikventných aktivít (Kofler et al., 2011) a depresívna symptomatológia je častejšia u účastníkov šikanovania (Saluja et al., 2004). Vzhľadom na uvedené si stanovujeme *nasledovné výskumné hypotézy*:

H7: Predpokladáme štatisticky významný pozitívny vzťah medzi depresivitou a celkovým skóre rizikového správania u adolescentov vo veku 11-15 rokov.

H8: Predpokladáme štatisticky významný pozitívny vzťah medzi depresivitou a skóre vo faktore abúzus rizikového správania u adolescentov vo veku 11-15 rokov.

H9: Predpokladáme štatisticky významný pozitívny vzťah medzi depresivitou a skóre vo faktore delikvencia rizikového správania u adolescentov vo veku 11-15 rokov.

H10: Predpokladáme štatisticky významný pozitívny vzťah medzi depresivitou a skóre vo faktore šikanovanie rizikového správania u adolescentov vo veku 11-15 rokov.

Výskumy dokazujú, že zvýšená impulzivita vedie k zvýšenému užívaniu drog (Perry, & Carroll, 2008; Dolejš, & Orel, 2017), k častejšiemu angažovaniu sa v delikventných aktivitách (Higgins et al., 2013) a je významným determinantom účasti na šikanovaní v úlohe agresora aj obeť (Fanti, & Kimonis, 2012). Určité prejavy impulzivity (napr. strata kontroly) sa zároveň vyskytujú u depresívnych jedincov (Corruble et al., 2003). Vzhľadom na uvedené si stanovujeme *nasledovné výskumné hypotézy*:

H11: Predpokladáme štatisticky významný pozitívny vzťah medzi impulzivitou a celkovým skóre rizikového správania u adolescentov vo veku 11-15 rokov.

H12: Predpokladáme štatisticky významný pozitívny vzťah medzi impulzivitou a skóre vo faktore abúzus rizikového správania u adolescentov vo veku 11-15 rokov.

H13: Predpokladáme štatisticky významný pozitívny vzťah medzi impulzivitou a skóre vo faktore delikvencia rizikového správania u adolescentov vo veku 11-15 rokov.

H14: Predpokladáme štatisticky významný pozitívny vzťah medzi impulzivitou a skóre vo faktore šikanovanie rizikového správania u adolescentov vo veku 11-15 rokov.

H15: Predpokladáme štatisticky významný pozitívny vzťah medzi depresivitou a impulzivitou u adolescentov vo veku 11-15 rokov.

7 REALIZÁCIA A METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝSKUMU

7.1 Výskumný dizajn

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).

7.2 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 udrжанím 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 impulzivity Dolejš a Skopal – SIDS (Dolejš, & Skopal, 2013; slov. modif.: Čerešník, 2013)., ktoré popíšeme v nasledujúcich podkapitolách.

7.2.1 Výskyt rizikového správania v adolescentnom veku – VRSA

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 18-položkovú 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 žiadúce, môže byť skóre konkrétneho respondenta kvalifikované jedným zo štyroch stupňov rizikovitosti, od nerizikovitosti 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.

7.2.2 Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá – SDDSS

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

Škála SDDSS vychádza z Beckovej škály depresivity (BDI), ktorá patrí medzi klinicky najpoužívanejšie 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 20-položkovú jednodimenzionálnu sebaopisovú škálu 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 žiadúce, 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 na českých adolescentoch vo veku 11-19 rokov. Cronbachova alfa z Pearsonových korelácií je .91 (Dolejš et al., 2018). V našom výskume dosahovala Cronbachova alfa hodnotu .91.

7.2.3 Škála impulzivity Dolejš a Skopal – SIDS

Pre určenie miery impulzivity ako osobnostného rysu sme použili Škálu impulzivity 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-statistických analýz. Škála SIDS je 24-položková jedno-dimenzionálna sebaopisovacia škála tvorená výrokmí 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 žiadúce, 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.

7.3 Cieľová skupina

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 at al., 2009) 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 ochranej výchovy. Dôvodom zamerania na ranú a začiatok strednej adolescencie je relatívne vysoká možnosť psychologickéj intervencie pri poznaní aktuálneho stavu (Čerešník, & Čerešníková, 2016).

7.3.1 Základný súbor

V súlade s vyššie uvedeným tvoria základný súbor žiaci 5. – 9. ročníka základných škôl a študenti 1. – 4. ročníka osemročných gymnázií (nižšie sekundárne vzdelávanie) a zverenci ústavnej starostlivosti a ochranej výchovy, konkrétne detských domovov, diagnostických centier, reedukačných 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. Zdôvodnenie výberu daných regiónov objasníme v nasledujúcom texte.

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
Σ_{Z+G}	283988	143955	3119	1561

Poznámka: ZŠ = základná škola, G = gymnázium, Σ_{Z+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
Σ_{BA+TT} kraj	Počet klientov 246, z toho dievčat 29					

Poznámka: RC = reedukačné centrum, LVS = liečebno-výchovné sanatórium, DGC = diagnostické centrum, $\Sigma_{RC+LVS+DGC}$ = spolu špeciálne výchovné zariadenia, Σ_{BA+TT} 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 detských domovov v nami sledovanej vekovej skupine 11-15 rokov, uvádzame dostupné údaje najbližšie k našej cieľovej skupine (tab. 3).

Tab. 3: Počet klientov detských domovov 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 detských domovov v jednotlivých krajoch, uvedený počet sme vyrátali nasledovným postupom: Celkový počet klientov v skupinách v detských domovoch je 3276. Podľa zoznamu Akreditované subjekty – detské domovy a krízové strediská (Ústredie PSVR SR, 30. januára 2019) sa na Slovensku nachádza celkom 93 detských domovov. Priemerný počet klientov na detský domov je tak 36. V Bratislavskom kraji je celkom 7 detských domovov, vyrátaný počet klientov je 252. V Trnavskom kraji je 10 detských domovov, vyrátaný počet klientov je 360. Celkovo sa podľa tohto výpočtu nachádza odhadom v Bratislavskom a Trnavskom kraji v samostatných skupinách detských domovov 612 klientov.

7.3.2 Výskumný súbor – proces a metódy výberu

Najpodstatnejšou pre reprezentatívnosť výskumného súboru je metóda jeho výberu, optimálnym je stratifikovaný náhodný výber (Ferjenčík, 2010). Berúc do úvahy dostupné možnosti zberu dát a špecifickosť respondentov sme zvolili nenáhodný výber, kombináciu príležitostného a skupinového výberu. Vzhľadom na uvedené je nutné konštatovať, že náš výskumný súbor nie je možné považovať za reprezentatívny. Napriek tomu veríme, že naša práca prinesie zaujímavé výsledky a prispeje k hlbšiemu poznaniu adolescentov, predovšetkým jedinečnej skupiny dospelievajúcich v systéme ústavnej starostlivosti a ochrannej výchovy.

V súlade s cieľmi práce a zvolenou cieľovou skupinou, sme si ďalej za cieľ stanovili zahrnúť do výskumu maximálny možný počet základných škôl a osemročných gymnázií v okrese Pezinok a zariadení ústavnej a ochrannej 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 účasti 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 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 detských domovov, 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 detských domovov, 6 špeciálnych výchovných zariadení, 11 základných škôl a 1 gymnázium.

7.3.3 Výskumný súbor – popis a charakteristiky

Základným kritériom pre zaradenie do výskumu bol vek respondentov v rozmedzí 11-15 rokov a inteligencia v pásme minimálne dolnej hranice priemeru. Celkovo sa do štúdie zapojilo 729 dospelých, 13 bolo vyradených kvôli veku, 716 sme zaradili do analýz. Vzhľadom na to, že sadu testov tvorili tri dotazníky a neúplne nad stanovený limit (2 a viac chýbajúcich vyjadrení) boli vyplnené vždy iba niektoré z nich, nebolo potrebné z tohto dôvodu vyradiť ani jedného respondenta. V niektorých prípadoch však došlo k vyradeniu konkrétnych dotazníkov, ich počty sú ďalej uvedené v rámci výsledkov.

Celkový súbor 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 DDZ) tvorili klienti detských domovov 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 detských domovov 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 DDZ

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
DDZ	119	13,30 (1,38)	69	53	12,85 (1,29)	31	172	13,16 (1,36)	24
$\Sigma_{ZŠG+DDZ}$	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, $\Sigma_{ZŠG+DDZ}$ = spolu ZŠG a DDZ, ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, DDZ = detské domovy + 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)			DDZ (N)			$\Sigma_{ZŠG+DDZ}$ (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, DDZ = detské domovy + špeciálne výchovné zariadenia, $\Sigma_{ZŠG+DDZ}$ = spolu ZŠG a DDZ, 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)
DD	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, DD = detské domovy, 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.

7.4 Proces a metódy zberu dát

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 detských domovov 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 tomto školskom roku realizovaný vo väčšine prípadov až na konci septembra, resp. v októbri. 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 detských domovoch boli dotazníky administrované v poobedňajších hodinách, po návrate klientov zo škôl. Pri väčšine testovaní boli okrem administrátorky prítomní aj jeden alebo dvaja učitelia, či 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.

7.4.1 Etické aspekty zberu dát

V tejto podkapitole stručne popíšeme pravidlá, ktoré sme dodržiavali v procese zberu dát (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). Sú formulované tri základné etické zásady v prístupe k účastníkom výskumu: rešpekt, prospešnosť a spravodlivosť. 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, či 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 pri zahájení 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, na základe žiadnych informácií uvedených v dotazníkoch nebolo možné respondentov identifikovať. K získaným dátam mali prístup výlučne riešitelia výskumu a boli použité len v súlade s proklamovaným účelom.

7.5 Metódy analýzy a spracovania dát

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 a hypotézami 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, teda zamietnu nulovú hypotézu s vyššou pravdepodobnosťou, ak je skutočne nesprávna (Štiglic, 2009).

8 VÝSLEDKY VÝSKUMU

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 a overili výskumné hypotézy. Navyše, nad určené ciele a hypotézy, 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 zakaždým 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 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, DDZ) 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 detských domovov 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 rastúcim 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 detských domovov

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 $M_{Z\check{S}G11} = 3,43$, $M_{Z\check{S}G13} = 2,37$; $M_{DDZ11} = 6,41$, $M_{DDZ13} = 5,95$) a následne nárast vo veku 14-15 rokov (priemerné hodnoty v celkovom skóre sú $M_{Z\check{S}G14} = 3,18$; $M_{DDZ14} = 9,03$). Chlapci z oboch výskumných súborov zažívajú šikanovanie najčastejšie v mladšom veku ($M_{Z\check{S}G11} = 1,18$; $M_{DDZ11} = 1,59$).

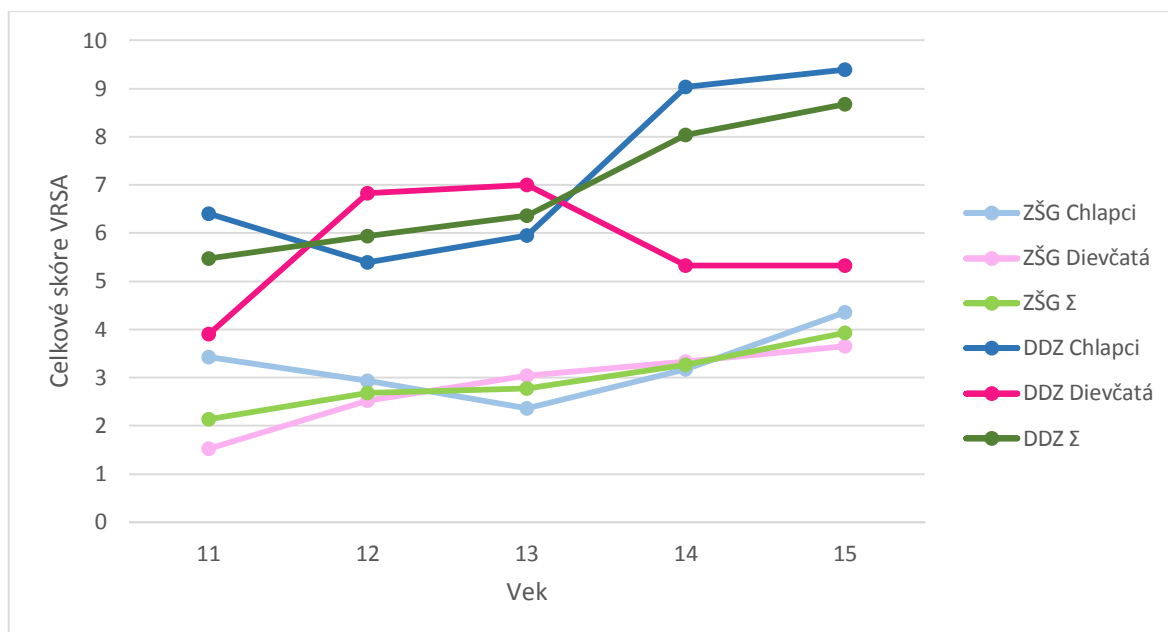
U dievčat je situácia iná aj v porovnaní s chlapcami, aj v porovnaní medzi súbormi. Žiačky základných škôl a gymnázií sa s výnimkou šikanovania častejšie zapájajú do rizikových aktivít s rastúcim vekom (priemerné hodnoty v celkovom skóre sú $M_{11} = 1,53$, $M_{15} = 3,66$), skúsenosti so šikanovaním 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 delikvencie rastú 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 detských domovov 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 $M_{Z\check{S}GD13} = 1,36$, $M_{Z\check{S}GCH13} = 1,05$; $M_{DDZD13} = 3,77$, $M_{DDZCH13} = 2,80$).

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

Škála VRSA	Vek	Priemer ($\pm SD$)					
		Chlapci N=204	ZŠG Dievčatá N=338	Σ_{Ch+D} N=542	Chlapci N=118	DDZ Dievčatá N=53	Σ_{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, DDZ = detské domovy + špeciálne výchovné zariadenia, Σ_{Ch+D} = spolu chlapci a dievčatá, N = počet, vek uvádzaný v rokoch.

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



Poznámka: ZŠG = základné školy a gymnáziá, DDZ = detské domovy a špeciálne výchovné zariadenia, Σ = spolu.

V súlade so stanovenými hypotézami H1 – H4 sme v rámci *rozdielových analýz* 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 detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení, reedukačných centier, liečebno-výchovných sanatórií a diagnostických centier (DDZ) na druhej strane. Za týmto účelom sme previedli sériu parametrických t-testov pre 2 nezávislé výbery. Hypotézy boli testované na hladine významnosti $\alpha = 0,05$. Výsledky uvádzame v tabuľke 8.

Tabuľka 8 popisuje výsledky štatistických testov a popisné charakteristiky, porovnávané priemerné hodnoty škál VRSA medzi výskumnými súbormi (ZŠG a DDZ). Na základe analýzy dát je možné konštatovať nasledovné:

Žiaci základných škôl a osemročných gymnázií majú signifikantne nižšie ($p < 0,001$; $t = -11,186$) priemerné skóre celkového rizikového správania ($M = 2,86$) ako klienti detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení ($M = 7,05$). Na základe uvedeného **prijímame hypotézu H1**. Rozdiel je klinicky významný na hladine silného efektu ($|d| = 0,98$).

Žiaci základných škôl a osemročných gymnázií majú signifikantne nižšie ($p < 0,001$; $t = -10,098$) priemerné skóre v škále abúzus rizikového správania ($M = 0,65$) ako klienti detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení ($M = 2,48$). Na základe uvedeného **prijímame hypotézu H2**. Rozdiel je klinicky významný na hladine silného efektu ($|d| = 0,89$).

Žiaci základných škôl a osemročných gymnázií majú signifikantne nižšie ($p < 0,001$; $t = -10,954$) priemerné skóre v škále delikvencia rizikového správania ($M = 1,28$) ako klienti detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení ($M = 3,41$). Na základe uvedeného **prijímame hypotézu H3**. Rozdiel je klinicky významný na hladine silného efektu ($|d| = 0,96$).

Žiaci základných škôl a osemročných gymnázií majú signifikantne nižšie ($p < 0,05$; $t = -2,534$) priemerné skóre v škále šikanovanie rizikového správania ($M = 0,93$) ako klienti detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení ($M = 1,16$). Na základe uvedeného **prijímame hypotézu H4**. Rozdiel je klinicky významný na hladine stredného efektu ($|d| = 0,22$).

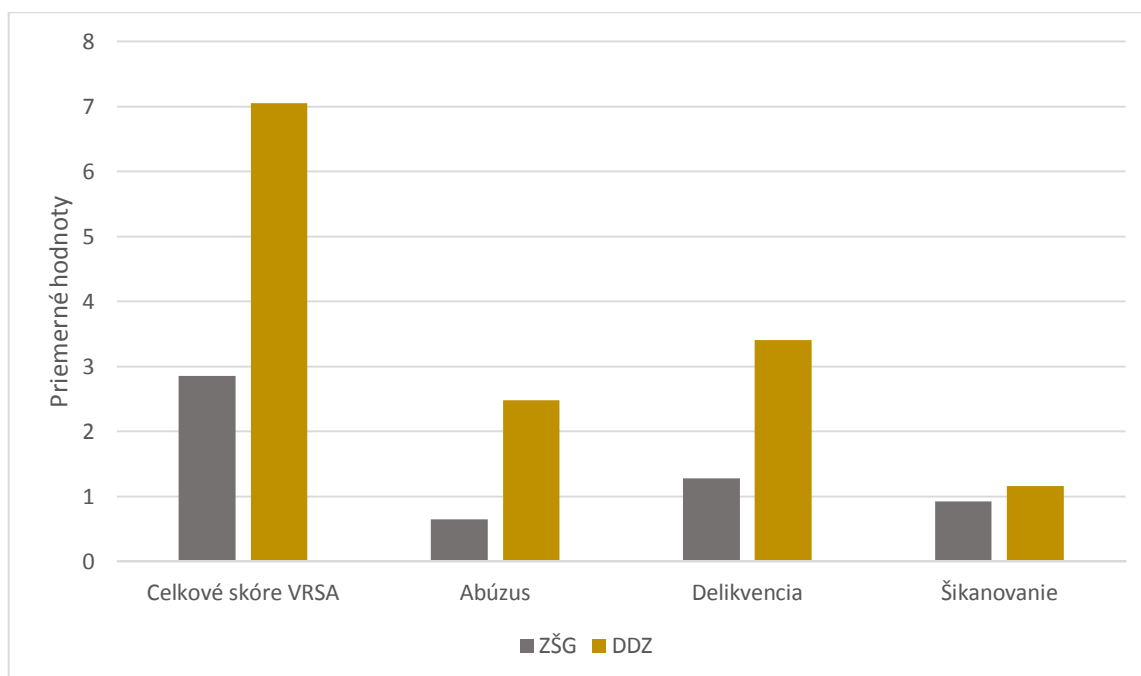
Tab. 8: Rozdiely priemerov v škálach VRSA medzi výskumnými súbormi ZŠG a DDZ

Škála VRSA	Priemer ($\pm SD$)		F - test		t - test		Cohenovo d
	ZŠG (N=542)	DDZ (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, DDZ = detské domovy + špeciálne výchovné zariadenia, N = počet, F = hodnota testového kritéria F – testu, t = hodnota testového kritéria t – testu, p = signifikancia (štatistická významnosť).

Kvôli názornosti doplníme popísané skutočnosti grafom znázorňujúcim priemerné skóre v škálach VRSA u jednotlivých výskumných súborov (graf 2).

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



Poznámka: ZŠG = základné školy a gymnáziá, DDZ = detské domovy 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 rizikovom 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 detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení prevyšujú dievčatá (DDZ) 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
DDZ $N_{Ch} = 118$ $N_D = 53$	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, DDZ = detské domovy + 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, DDZ) a dievčat medzi výskumnými súbormi (dievčatá – ZŠG, DDZ). Na základe analýzy dát je možné povedať, že chlapci z detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení prevyšujú chlapcov zo základných škôl a gymnázií v celkovom rizikovom správaní ($M_{DDZ} = 7,60$, $M_{ZŠG} = 3,03$), aj jeho dimenziách (abúzus: $M_{DDZ} = 2,75$, $M_{ZŠG} = 0,72$; delikvencia: $M_{DDZ} = 3,67$, $M_{ZŠG} = 1,37$; šikanovanie: $M_{DDZ} = 1,19$, $M_{ZŠG} = 0,95$). 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 detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení prevyšujú dievčatá zo základných škôl a gymnázií v celkovom rizikovom správaní ($M_{DDZ} = 5,81$, $M_{ZŠG} = 2,76$), aj jeho dimenziách (abúzus: $M_{DDZ} = 1,89$, $M_{ZŠG} = 0,62$; delikvencia: $M_{DDZ} = 2,83$, $M_{ZŠG} = 1,22$; šikanovanie: $M_{DDZ} = 1,09$, $M_{ZŠG} = 0,92$). 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 DDZ a medzi dievčatami zo ZŠG a DDZ

	Škála VRSA	Priemer ($\pm SD$)		F - test		t - test	
		ZŠG	DDZ	F	p	t	p
chlapci $N_{ZŠG} = 204$ $N_{DDZ} = 118$	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 $N_{ZŠG} = 338$ $N_{DDZ} = 53$	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_{DDZ} = počet respondentov v DDZ, $\pm SD$ = štandardná odchýlka, ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, DDZ = detské domovy + špeciálne výchovné zariadenia, F = hodnota testovéhokritéria F - testu, t = hodnota testovéhokritéria 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). Rozdiely medzi nimi sú však štatisticky nevýznamné. Žiaci základných škôl aj gymnázií sú zároveň menej rizikoví ako rovesníci z detských domovov aj špeciálnych výchovných zariadení (napr. Δ G oproti DD v celkovom rizikovom správaní je -2,54*). Ďalej, klienti detských domovov 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 detských domovov (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 rizikovní sú gymnazisti, nasledujú žiaci základných škôl, adolescenti z detských domovov 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	Celkové skóre VRSA	Priemerný rozdiel (štandardná chyba)			
		Abúzus	Delikvencia	Šikanovanie	
ZŠ	G	0,51 (0,44)	0,03 (0,19)	0,33 (0,24)	0,15 (0,14)
	DD	-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	DD	-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)
DD	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 ≤ 0,05

Poznámka: ZŠ = základná škola, G = gymnázium, DD = detský domov, RC = reedukačné centrum, DGC = diagnostické centrum, LVS = liečebno-výchovné sanatorium.

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

Z analýzy dát vyplýva, že žiaci základných škôl a osemročných gymnázií 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 s reprezentatívnymi slovenskými aj českými rovesníkmi. Väčšie rozdiely v priemeroch pritom nachádzame v porovnaní s Českou republikou. Naopak, naši respondenti dosahujú nižšie skóre v škále abúzus v porovnaní s reprezentatívnymi slovenskými aj českými dospelými ($M_{ZŠG} = 0,65$, $M_{SR} = 0,66$, $M_{ČR} = 0,74$). Rozdiely v abúze sú však štatisticky nevýznamné ($p_{SR} = 0,901$, $p_{ČR} = 0,109$).

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

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

Škála VRSA	súbor	N	M	$\pm SD$	p (ZŠG)	p (DDZ)
Celkové skóre	ZŠG	542	2,86	2,83		
	DDZ	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		
	DDZ	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		
	DDZ	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		
	DDZ	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, $\pm SD$ = štandardná odchýlka, p = signifikancia (štatistická významnosť), ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, DDZ = detské domovy + špeciálne výchovné zariadenia.

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...

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

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 detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení (DDZ) a žiakmi základných škôl a gymnázií (ZŠG) a medzi chlapcami a dievčatami vo vnútri výskumných súborov. Zo získaných dát vyplýva, že zverenci ústavnej výchovy preyšujú v angažovaní sa v daných formách rizikového správania svojich rovesníkov zo škôl niekoľko násobne. Dospelujúci 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 vyšetrenie políciou. Nižšie rozdiely nachádzame len v škále šikanovanie, žiaci škôl sa dokonca predmetom urážok (42 % vs. 33 %), či ublíženía (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 preyšujú dievčatá v krádežiach (42 % vs. 33 %) a v poškodzovaní cudzieho majetku (20 % vs. 13 %). Pri porovnaní chlapcov a dievčat z ústavov (DDZ) 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 preyšujú chlapci dievčatá dvoj a viacnásobne. Príkladom sú krádeže v obchode (62 % vs. 32 %) alebo skúsenosti s pohlavným stykom (39 % vs. 13 %). Dievčatá preyšujú chlapcov len vo falšovaní podpisov rodičov (45 % vs. 32 %).

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

Otázka	Reprez.s.		ZŠG			DDZ		
	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
Sfálšoval/ sfálšovala 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 spolužiaci/ 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, DDZ = detské domovy + špeciálne výchovné zariadenia, Ch = chlapci, D = dievčatá, Σ_{Ch+D} = spolu chlapci a dievčatá.

SR – Čerešník a Gatiaľ (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 rizikosti, teda o tom, do akej miery je daný dospelávajúci rizikový. Na základe získaného skóre je možné konkrétneho adolescenta zaradiť do štyroch stupňov rizikosti, čo je informácia, ktorá dokrešľuje celkový obraz pri práci s dospelávajúcimi jednotlivcami (Dolejš, & Skopal, 2015). Na záver rozdielových analýz preto porovnáme zastúpenie respondentov daných súborov (ZŠG a DDZ) v definovaných stupňoch rizikosti v jednotlivých škálach dotazníka VRSA (tab. 15).

Na základe analýzy dát môžeme konštatovať výrazné rozdiely predovšetkým v zastúpení vo vysokej rizikosti medzi žiakmi škôl (ZŠG) a zverencami ústavnej starostlivosti (DDZ). 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 daných foriem rizikového správania.

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

Stupeň rizikivosti	Celkové skóre VRSA		Abúzus		Delikvencia		Šikanovanie	
	ZŠG	DDZ	ZŠG	DDZ	ZŠG	DDZ	ZŠG	DDZ
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, DDZ = detské domovy + 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 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).

Tabuľka 17 popisuje priemerné hodnoty získané v škále SDDSS u daných výskumných súborov (ZŠG, DDZ) v jednotlivých vekových kategóriách (11-15 rokov) a podľa pohlavia (chlapci, dievčatá). Do analýz bolo zahrnutých 536 žiakov základných škôl a gymnázií a 171 klientov detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení.

V prípade žiakov základných škôl a gymnázií (ZŠG) vidíme v rámci celého súboru pokrývajúceho súhrnne 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 detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení (DDZ) vidíme v rámci celého súboru pokrývajúceho súhrnne 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.

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

Škála	Vek	Priemer ($\pm SD$)					
		ZŠG		Σ_{Ch+D}		DDZ	
		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 + osemročné gymnáziá, DDZ = detské domovy + špeciálne výchovné zariadenia, Σ_{Ch+D} = spolu chlapci a dievčatá, Σ_{11-15} = spolu všetky vekové kategórie.

V súlade so stanovenou hypotézou H5 sme v rámci rozdielových analýz testovali rozdiely v priemernom skóre depresivity medzi žiakmi základných škôl a gymnázií (ZŠG) na jednej strane a klientmi detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení, reedukačných centier, liečebno-výchovných sanatórií a diagnostických centier (DDZ) na druhej strane. Za týmto účelom sme previedli parametrický t-test pre 2 nezávislé výbery. Hypotéza bola testovaná na hladine významnosti $\alpha = 0,05$. Výsledky uvádzame v tab. 18.

Tabuľka 18 popisuje výsledky štatistických testov a popisné charakteristiky, porovnávané priemerné hodnoty škály SDDSS medzi výskumnými súbormi. Na základe analýzy dát je možné konštatovať nasledovné:

Žiaci základných škôl a osemročných gymnázií dosahujú signifikantne nižšie ($p < 0,001$; $t = -5,691$) priemerné skóre depresivity ($M = 38,20$) ako klienti detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení ($M = 43,57$). Na základe uvedeného **prijímame hypotézu H5**. Rozdiel je klinicky významný na hladine stredného efektu ($|d| = 0,5$).

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

Škála	Priemer ($\pm SD$)		F - test		t - test		Cohenovo d
	ZŠG (N=536)	DDZ (N=171)	F	p	t	p	
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 + osemročné gymnáziá, DDZ = detské domovy + špeciálne výchovné zariadenia, 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 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 žiačky ($M = 39,43$). Rovnako, chlapci z ústavov majú štatisticky významne nižšie ($p < 0,05$, $t = -2,581$) priemerné skóre depresivity ($M = 42,16$) ako dievčatá ($M = 46,70$).

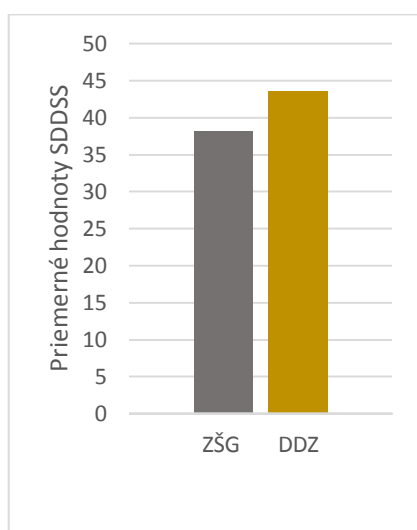
Tab. 19: Rozdiely priemerov v škále SDDSS medzi chlapcami a dievčatami v rámci výskumných súborov

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
DDZ $N_{Ch} = 118$ $N_D = 53$	42,16 (10,45)	46,70 (11,03)	0,169	0,681	-2,581	<0,05

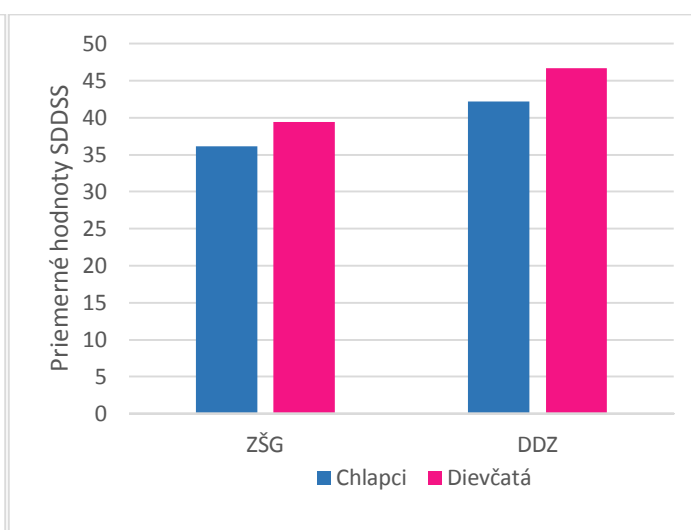
Poznámka: N_{Ch} = počet chlapcov, N_D = počet dievčat, $\pm SD$ = štandardná odchýlka, ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, DDZ = detské domovy + špeciálne výchovné zariadenia, F = hodnota testového kritéria F – testu, t = hodnota testového kritéria t – testu, p = signifikancia (štatistická významnosť).

Kvôli názornosti doplníme popísané rozdiely v depresivite medzi výskumnými súbormi (ZŠG a DDZ) 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, DDZ = detské domovy + 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 detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení. Priemerné rozdiely sú štatisticky významné (napr. Δ oproti DGC je -10,91*). Rovnako gymnazisti sú menej depresívni ako adolescenti z detských domovov 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 detských domovov 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 detských domovov a dospievajúci zo špeciálnych výchovných zariadení. Najviac depresívni sú klienti diagnostických centier.

Tab. 20: Priemerné rozdiely v škále SDDSS u konkrétnych typov škôl a zariadení

Zariadenie		Priemerný rozdiel SDDSS (štandardná chyba)
ZŠ	G	-2,10 (1,48)
	DD	-4,24* (1,33)
	DGC	-10,91* (2,24)
	RC	-8,04* (2,90)
	LVS	-4,59* (1,49)
G	DD	-2,13 (1,86)
	DGC	-8,81* (2,59)
	RC	-5,93 (3,18)
	LVS	-2,48 (1,98)
DD	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, DD = detský domov, RC = reedukačné centrum, DGC = diagnostické centrum, LVS = liečebno-výchovné sanatórium.

Tab. 21: 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).

Pre doplnenie informácií, v nasledujúcom texte popíšeme rozdiely v prevalencii odpovedí „rozhodne súhlasím“ na konkrétne položky dotazníka SDDSS v jednotlivých výskumných súboroch (ZŠG a DDZ) a medzi chlapcami a dievčatami (tab. 22).

Tabuľka 22 uvádza percento respondentov v jednotlivých výskumných súboroch, ktorí na konkrétnu položku dotazníka SDDSS odpovedali „rozhodne súhlasím“. Na základe analýzy rozhodných súhlasných odpovedí uvádzame najzaujímavejšie zistenia týkajúce sa porovnania medzi klientmi detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení (DDZ) 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 seba-obviňovanie, 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 by schudli viac, akoby si želali. Žiadne dievča neodpovedalo „rozhodne súhlasím“ na položku „už ma vôbec nič neteší“. Porovnaním chlapcov a dievčat z ústavov (DDZ) 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				DDZ	
	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 nahnevaný/nahnevaná alebo podráždený/podráždená.	9	10	10	21	19	25
V poslednej dobe plačiem 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 vzťah 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, DDZ = detské domovy + 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 dospelých z detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení (DDZ, 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			DDZ		
N	N _{M+SD}	%	N	N _{M+SD}	%
536	79	15	171	53	31

Poznámka: ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, DDZ = detské domovy + špeciálne výchovné zariadenia, N = počet všetkých respondentov, SD = štandardná odchýlka, N_{M+SD} = počet respondentov so skóre vyšším ako priemer + SD.

8.3 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).

Tabuľka 24 popisuje priemerné hodnoty získané v škále SIDS u daných výskumných súborov (ZŠG a DDZ) a podľa pohlavia (chlapci, dievčatá). Do analýz bolo zahrnutých 538 žiakov základných škôl a gymnázií a 169 klientov detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení. V rámci súborov pokrývajúcich súhrne 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 impulzívni (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 (±SD)					
	ZŠG			DDZ		
	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: ±SD = štandardná odchýlka, ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, DDZ = detské domovy + špeciálne výchovné zariadenia, N = počet, Σ_{Ch+D} = spolu chlapci a dievčatá.

V súlade so stanovenou hypotézou H6 sme v rámci *rozdielových analýz* testovali rozdiely v priemernom skóre impulzivite medzi žiakmi základných škôl a gymnázií (ZŠG) na jednej strane a klientmi detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení, reedukačných centier, liečebno-výchovných sanatórií a diagnostických centier (DDZ) na

druhej strane. Za týmto účelom sme previedli parametrický t-test pre 2 nezávislé výbery. Hypotéza bola testovaná na hladine významnosti $\alpha = 0,05$. Výsledky uvádzame v tab. 25.

Tabuľka 25 popisuje výsledky štatistických testov a popisné charakteristiky, porovnávané priemerné hodnoty škály SIDS medzi výskumnými súbormi (ZŠG a DDZ). 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 detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení ($M = 59,83$). Na základe uvedeného **prijímame hypotézu H6**. 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 d
	ZŠG (N=538)	DDZ (N=169)	F	p	t	p	
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 + osemročné gymnáziá, DDZ = detské domovy + 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 (DDZ) sú menej impulzívne ($M = 59,23$) ako chlapci ($M = 60,10$). Rozdiel v skóre impulzivity medzi dievčatami a chlapcami je štatisticky nevýznamný ($p = 0,609$, $t = -0,513$).

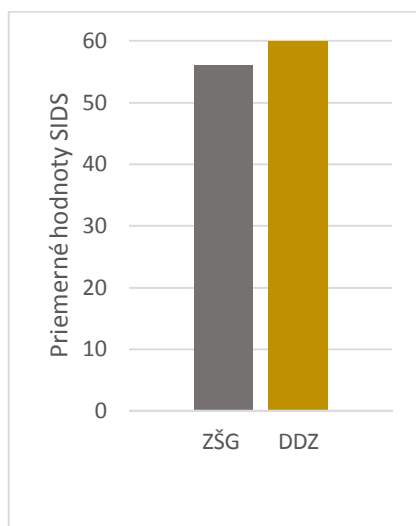
Tab. 26: Rozdiely priemerov v škále SIDS medzi chlapcami a dievčatami v rámci výskumných súborov

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
DDZ N _{Ch} = 117 N _D = 52	60,10 (10,24)	59,23 (10,11)	0,014	0,907	0,513	0,609

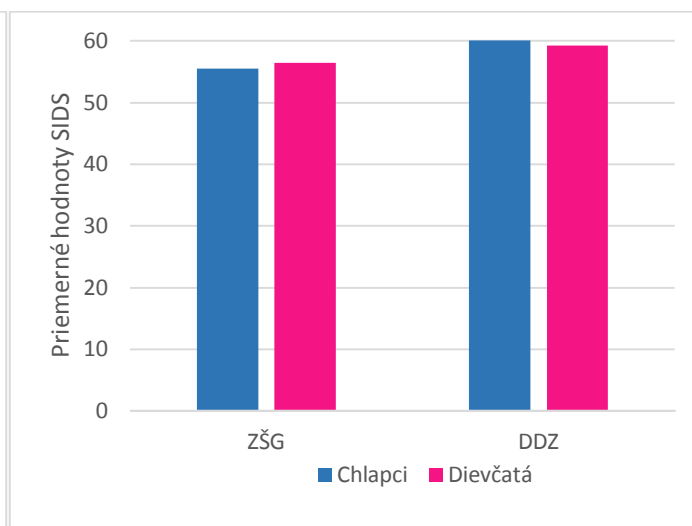
Poznámka: $\pm SD$ = štandardná odchýlka, ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, DDZ = detské domovy + špeciálne výchovné zariadenia, N_{Ch} = počet chlapcov, N_D = počet dievčat, F = hodnota testového kritéria F – testu, t = hodnota testového kritéria t – testu, p = signifikancia (štatistická významnosť).

Kvôli názornosti dopĺňame popísané rozdiely v impulzivite medzi výskumnými súbormi (ZŠG a DDZ) 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, DDZ = detské domovy + 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 (Δ = rozdiel je 1,04). Žiaci základných škôl aj gymnázií sú zároveň menej impulzívni ako zverenci detských domovov aj špeciálnych výchovných zariadení. Všetky rozdiely sú štatisticky významné (napr. Δ ZŠ oproti DD je -3,16*, Δ G oproti DD je -4,20*). Ďalej, klienti detských domovov 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 detských domovov 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)
	DD	-3,16* (1,21)
	DGC	-5,49* (2,03)
	RC	-5,44* (2,73)
	LVS	-3,13* (1,35)
G	DD	-4,20* (1,69)
	DGC	-6,53* (2,35)
	RC	-6,48* (2,97)
	LVS	-4,18* (1,80)
DD	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, DD = detský domov, RC = reedukačné centrum, DGC = diagnostické centrum, LVS = liečebno-výchovné sanatorium.

Pre doplnenie informácií, v nasledujúcom texte popíšeme rozdiely v prevalencii odpovedí „rozhodne súhlasím“ na konkrétne položky dotazníka SIDS v jednotlivých výskumných súboroch (ZŠG a DDZ) 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 detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení (DDZ) 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 impulzivity niekoľko násobne. Výrazné rozdiely sú napr. v ťažkostiach rešpektovať pravidlá (12 % vs. 4 %), v nedostatku seba-kontroly (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. Porovnaním chlapcov a dievčat z ústavov (DDZ) vidíme, že chlapci radi riskujú (ako žiaci) a vyhľadávajú zážitky, dievčatá bývajú netrzeplivé a často povedia niečo skôr ako si to rozmyslia (ako žiačky).

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

Otázka	ZŠG			DDZ		
	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 nedomyšľam 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 prispôbujem pravidlám, ktoré ostatní vyžadujú.	5	4	4	12	9	17
Akkoľvek 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 netrzeplivý/netrzeplivá.	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 rúčajú 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, DDZ = detské domovy + 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 dospelých z detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení (DDZ, 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			DDZ		
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			DDZ		
N	N _{M+SD}	%	N	N _{M+SD}	%
538	46	9	169	30	18

Poznámka: ZŠG = základné školy + osemročné gymnáziá, DDZ = detské domovy + 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 Korelačná analýza

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

Za účelom overenia hypotéz H7 – H15 uvádzame korelácie medzi sledovanými premennými v rámci celého výskumného súboru (tab. 31). Súhrnne je možné konštatovať, že všetky premenné sú k sebe v štatisticky významnom ($p \leq 0,01$) a pozitívnom vzťahu. Najsilnejšie korelácie nachádzame medzi impulzivitou a celkovým rizikovým správaním ($r = 0,45^{**}$) a medzi impulzivitou a delikvenciou ($r = 0,41^{**}$). Najslabšie, ale signifikantné vzťahy potvrdzujeme medzi impulzivitou a šikanovaním ($r = 0,27^{**}$) a medzi depresivitou a abúzom ($r = 0,29^{**}$) a depresivitou a delikvenciou ($r = 0,25^{**}$).

Depresivita sa signifikantne, pozitívne a stredne silne viaže s celkovým rizikovým správaním ($r = 0,36^{**}$). Na základe uvedeného **prijímame hypotézu H7**.

Depresivita sa signifikantne, pozitívne a slabo viaže s abúzom ako formou rizikového správania ($r = 0,29^{**}$). Na základe uvedeného **prijímame hypotézu H8**.

Depresivita sa signifikantne, pozitívne a slabo viaže s delikvenciou ako formou rizikového správania ($r = 0,25^{**}$). Na základe uvedeného **prijímame hypotézu H9**.

Depresivita sa signifikantne, pozitívne a stredne silne viaže so šikanovaním ako formou rizikového správania ($r = 0,36^{**}$). Na základe uvedeného **prijímame hypotézu H10**.

Impulzivita sa signifikantne, pozitívne a stredne silne viaže s celkovým rizikovým správaním ($r = 0,45^{**}$). Na základe uvedeného **prijímame hypotézu H11**.

Impulzivita sa signifikantne, pozitívne a stredne silne viaže s abúzom ako formou rizikového správania ($r = 0,36^{**}$). Na základe uvedeného **prijímame hypotézu H12**.

Impulzivita sa signifikantne, pozitívne a stredne silne viaže s delikvenciou ako formou rizikového správania ($r = 0,41^{**}$). Na základe uvedeného **prijímame hypotézu H13**.

Impulzivita sa signifikantne, pozitívne a slabo viaže so šikanovaním ako formou rizikového správania ($r = 0,27^{**}$). Na základe uvedeného **prijímame hypotézu H14**.

Impulzivita sa signifikantne, pozitívne a stredne silne viaže s depresivitou ($r = 0,39^{**}$). Na základe uvedeného **prijímame hypotézu H15**.

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 detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení (DDZ) 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 škálami rizikového správania ako u klientov detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení (DDZ). 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 DDZ

Škály		Celkové skóre VRSA	Abúzus	Delikvencia	Šikanovanie
Depresivita	ZŠG	0,37**	0,26**	0,25**	0,37**
	DDZ	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**
	DDZ	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, DDZ = detské domovy + špeciálne výchovné zariadenia, r = korelačný koeficient, p = signifikancia (štatistická významnosť).

8.5 Prehľad výsledkov hypotéz

V tejto podkapitole zhrnieme v nasledujúcej tabuľke 33 výsledky celého výskumu vo vzťahu k stanoveným hypotézam.

Tab. 33: Prehľad výsledkov stanovených hypotéz

Hypotéza	Prijatá
<i>H1:</i> Súbor pozostávajúci zo žiakov základných škôl a osemročných gymnázií bude dosahovať štatisticky významne nižšie priemerné celkové skóre v rizikovom správaní v porovnaní so súborom pozostávajúcim z klientov detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení.	áno
<i>H2:</i> Súbor pozostávajúci zo žiakov základných škôl a osemročných gymnázií bude dosahovať štatisticky významne nižšie priemerné skóre vo faktore abúzus rizikového správania v porovnaní so súborom pozostávajúcim z klientov detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení.	áno
<i>H3:</i> Súbor pozostávajúci zo žiakov základných škôl a osemročných gymnázií bude dosahovať štatisticky významne nižšie priemerné skóre vo faktore delikvencia rizikového správania v porovnaní so súborom pozostávajúcim z klientov detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení.	áno
<i>H4:</i> Súbor pozostávajúci zo žiakov základných škôl a osemročných gymnázií bude dosahovať štatisticky významne nižšie priemerné skóre vo faktore šikanovanie rizikového správania v porovnaní so súborom pozostávajúcim z klientov detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení.	áno
<i>H5:</i> Súbor pozostávajúci zo žiakov základných škôl a osemročných gymnázií bude dosahovať štatisticky významne nižšie priemerné skóre v depresivite v porovnaní so súborom pozostávajúcim z klientov detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení.	áno
<i>H6:</i> Súbor pozostávajúci zo žiakov základných škôl a osemročných gymnázií bude dosahovať štatisticky významne nižšie priemerné skóre v impulzivite v porovnaní so súborom pozostávajúcim z klientov detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení.	áno
<i>H7:</i> Predpokladáme štatisticky významný pozitívny vzťah medzi depresivitou a celkovým skóre rizikového správania u adolescentov vo veku 11-15 rokov.	áno
<i>H8:</i> Predpokladáme štatisticky významný pozitívny vzťah medzi depresivitou a skóre vo faktore abúzus rizikového správania u adolescentov vo veku 11-15 rokov.	áno
<i>H9:</i> Predpokladáme štatisticky významný pozitívny vzťah medzi depresivitou a skóre vo faktore delikvencia rizikového správania u adolescentov vo veku 11-15 rokov.	áno
<i>H10:</i> Predpokladáme štatisticky významný pozitívny vzťah medzi depresivitou a skóre vo faktore šikanovanie rizikového správania u adolescentov vo veku 11-15 rokov.	áno
<i>H11:</i> Predpokladáme štatisticky významný pozitívny vzťah medzi impulzivitou a celkovým skóre rizikového správania u adolescentov vo veku 11-15 rokov.	áno
<i>H12:</i> Predpokladáme štatisticky významný pozitívny vzťah medzi impulzivitou a skóre vo faktore abúzus rizikového správania u adolescentov vo veku 11-15 rokov.	áno
<i>H13:</i> Predpokladáme štatisticky významný pozitívny vzťah medzi impulzivitou a skóre vo faktore delikvencia rizikového správania u adolescentov vo veku 11-15 rokov.	áno
<i>H14:</i> Predpokladáme štatisticky významný pozitívny vzťah medzi impulzivitou a skóre vo faktore šikanovanie rizikového správania u adolescentov vo veku 11-15 rokov.	áno
<i>H15:</i> Predpokladáme štatisticky významný pozitívny vzťah medzi depresivitou a impulzivitou u adolescentov vo veku 11-15 rokov.	áno

9 DISKUSIA

V danej kapitole sa budeme venovať diskusii zásadných a najzaujímavejších zistení tejto práce v kontexte predchádzajúcich výskumov a súčasného vedeckého poznania. Uvedieme tiež limity a silné stránky nášho výskumu, načrtne možné smery ďalšieho bádania a využitie získaných dát.

V našej štúdií 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 detských domovoch a špeciálnych výchovných zariadeniach (DDZ). 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 sa oprieť o koncepčne podobné výskumy. Príkladom je napr. česká štúdia Zemanovej, & Dolejša (2015) porovnávajúca rizikové aktivity klientov 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 svojim dielom k lepšiemu poznaniu mladých ľudí v ústavnej starostlivosti a ich odlišností so svojimi rovesníkmi.

V rámci rozdielov medzi skúmanými súbormi dospelých môžeme konštatovať, že sa potvrdili naše predpoklady o vysokej rizikivosti mládeže zverenej do náhradnej inštitucionálnej starostlivosti a výchovy. V súlade so stanovenými hypotézami sme ukázali, že klienti detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení (DDZ) signifikantne prevyšujú žiakov základných škôl a gymnázií (ZŠG) vo všetkých *dimenziách rizikového správania*, a to niekoľkonásobne. Priemer celkového rizikového správania je u dospelých 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 prevyšujú žiakov základných škôl a gymnázií v priemernom celkovom skóre dotazníka VRCHA viac než 4-násobne.

Potvrdením významných rozdielov v rizikovom správaní medzi výskumnými súbormi je tiež zistenie, že tretinu až polovicu dospelých v ústavnej starostlivosti (oproti 10 % žiakov základných škôl a gymnázií) je možné zaradiť do najvyššieho *stupňa rizikivosti* 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 dospelých, ktorí už majú skúsenosti s rizikovými činnosťami, byť rizikový znamená nachádzať sa vo vyššom nebezpečenstve rôznych zdravotných a všeobecne životných ťažkostí (Jessor, 1992). Vzhľadom na koncept nášho výskumu, v ktorom sme zisťovali rozsah skúseností s rizikovými aktivitami môžeme konštatovať, že veľká časť dospelých v zariadeniach ústavnej starostlivosti je vo vysokom riziku pridružených zdravotných, sociálnych, vývojových 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, či 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).

Vzhľadom na to, že sme v našom výskume pracovali so šiestimi typmi škôl, resp. zariadení, považujeme za zaujímavé zostavenie *rebríčka rizikivosti*. Najmenej rizikoví sú 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. Podľa iného aktuálneho výskumu (Dolejš, Zemanová, & Vavrysová, 2018), ktorý sa zaoberal porovnaním miesta kontroly, majú adolescenti zo základných škôl a gymnázií častejšie internú kontrolu, viac sa spoliehajú na seba, na svoje schopnosti a viac si uvedomujú vlastnú zodpovednosť za svoje skutky ako rovesníci z detských domovov a výchovných ústavov. Aj to môže byť vysvetlením, prečo sa v rizikovom správaní angažujú menej ako ich rovesníci z ústavov. V stanovenom rebríčku rizikivosti nasledujú po gymnazistoch a žiakoch základných škôl dospievajúci z detských domovov. Tí sú zároveň menej rizikoví ako adolescenti v špeciálnych výchovných zariadeniach, v rámci ktorých sa rizikovosť zväčšuje od klientov liečebno-výchovných sanatórií, cez klientov diagnostických centier, až po najviac rizikových dospievajúcich v reedukačných centrách. Presná identifikácia 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 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 rizikoví ako adolescenti v ústavoch. Zistená najväčšia 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 porovnaniu *symptomatických rozdielov v rizikovom správaní* medzi oboma výskumnými súbormi (ZŠG a DDZ). Prevalencia konkrétnych rizikových činností dobre dokresľuje 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 obdobným 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

prítom vo všeobecnosti porovnateľná so slovenskými a českými normami. Významnejší rozdiel nachádzame len v menej častých sexuálnych skúsenostiach našich respondentov, čo budeme diskutovať nižšie. U klientov detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení (DDZ) bolo najčastejším fajčenie tabaku (48 %), vrátane masívneho fajčenia viac než piatich cigariet denne (43 %) a fajčenie marihuany (40 %). Rovnako česká mládež v detských domovoch a výchovných ústavoch (Vavrysová, 2018) uviedla ako najčastejšie fajčenie tabaku a marihuany. V ich prípade sú vymenované aktivity 2-násobne častejšie v porovnaní so slovenskými rovesníkmi (napr. fajčenie marihuany 81 %). Na druhej strane, podľa americkej správy NASCW sledujúcej životnú pohodu detí a adolescentov, je mesačná prevalencia užívania alkoholu, cigariet alebo marihuany u adolescentov v rôznych formách náhradnej starostlivosti o niečo nižšia a dosahuje 28 %. 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 prevalenciu užívania alkoholu 41 % a polročnú prevalenciu 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 (DDZ) užívajú psychoaktívne látky oveľa častejšie 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 dospievajúcich v ústavoch (DDZ) 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 zahájením sexuálneho života zistil, že adolescenti pravidelne užívajúci tabak a alkohol, a adolescenti s problémovým vzťahom ku škole, či nedostatkom pozitívnej rodičovskej komunikácie, sa stávajú sexuálne aktívnymi v nižšom veku (Madkour, Farhat, Halpern, Godeau, & Gabhainn, 2010). Nami zistené skoré zahájenie

sexuálneho života u klientov zariadení (DDZ) je tak v dobrom 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 detských domov 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 %).

Dospievajúci v ústavnej starostlivosti (DDZ) dosahujú takmer 3-násobne vyššie priemerné skóre v *delikvencii* 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, či 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 (Morris, 2004). Okrem labilného rodinného prostredia, či zvýšenej vnímavosti voči pôsobeniu rovesníkov, motivátorom krádeží a iných kriminálnych aktivít môže byť aj zvýšená potreba sociálneho ocenenia, aj keď negatívneho (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 pociťované príkorie (Kivivuori, Savolainen, & Aaltonen, 2015). Ďalším 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 detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení (DDZ) stávajú častejšie obeťami 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 detských domovov a špeciálnych výchovných 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 pribojní, smelší a menej citovo chúlостiví 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, či 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 domovov 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 dobre korešponduje aj so záverom Vavrysovej (2018).

Na záver diskusie 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. Podľa Burnetta et al. (2010), angažovanie sa v rizikovom správaní súvisí okrem iného aj s ochotou riskovať, pričom v skupine chlapcov vo veku od 9 do 18 rokov je najvyššia tendencia zapojiť sa do vysoko riskantných aktivít práve u 14-ročných. Vyššia zraniteľnosť voči hazardu je konzistentne nachádzaná u impulzívnych jedincov (Olson et al., 1999). Dolejš, & Orel (2017) vo svojom výskume súvislostí rizikového správania s impulzivitou ukázali, že vo veku okolo 14 rokov dosahuje impulzivita u väčšiny chlapcov svoj vrchol a od tohto veku 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 obeťou agresorov častejšie v mladšom veku. Žiaci základných škôl a gymnázií (ZŠG) sú najmenej šikanovaní vo veku 14 rokov, klienti detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení (DDZ) 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 ich priemerných hodnôt škál VRSA. Dievčatá z detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení (DDZ) 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 súboroch 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 rizikovitom správaní v mladšom veku môže byť tiež následkom všeobecne skoršieho začiatku dospievania dievčat. Podľa Langmeiera, & Krejčírovej (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 detských domovov a výchovných zariadení (DDZ) 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. Pociť nízkej spokojnosti so životom v tejto skupine respondentov by zrejme nemal unikať pozornosti odborníkov, keďže sa konzistentne objavuje aj u iných rizikových populácií, napr. klientov nízkoprahových zariadení (Zemanová, & 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 dospelých (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 dospelý 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, & Charvát (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 (Lewinsohn, & Libet, 1972). Okrem toho, dospelý 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 súboroch 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 významnejšie kolísanie hormónov alebo väčšia senzitivita voči interpersonálnym vzťahom (Albert, 2015). Na základe analýzy konkrétnej depresívnej symptomatológie konštatujeme, že chlapci v oboch našich výskumných súboroch bývajú podráždení a nahnevaní, mávajú problémy so spánkom alebo pocitmi viny. Dievčatá často plačú, prežívajú negatívne pocity kvôli svojmu vzhľadu a sú 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 detských domovov 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 anxiete a depresii (Quach, Epstein, Riley, Falconier, & Fang, 2013).

Analýzou premennej *impulzivity* sa nám opäť v súlade s hypotézami potvrdilo, že dospievajúci v systéme ústavnej starostlivosti (DDZ) sú signifikantne impulzívnejší ako ich rovesníci zo škôl (ZŠG). Zároveň je každý štvrtý adolescent z detských domovov a výchovných zariadení významne impulzívnejší ako jeho rovesníci, čo vychádza z bodovej hodnoty impulzivity 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 impulzivity 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. *Symptomaticky* 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 jedincov s často ukvapenými a nepremyslenými aktivitami a zníženou seba-kontrolou.

Rebríček impulzivity 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 detských domovov a výchovných zariadení (DDZ) naopak nepatrne menej impulzívne ako chlapci v daných súboroch. Rovnako podľa Vavrysovej (2018) nie sú medzipohlavné rozdiely v impulzivite medzi žiakmi a žiačkami 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 ochrannnej výchovy; Hasson, & Fine, 2012 – chlapci a dievčatá s ADHD) nachádzaní 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 účastníci 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 viac-dimenzionálny konštrukt. Rôzne merania tak môžu zachytávať rôzne komponenty impulzivity (Ostrov, Offer, Marohn, & Rosenwein, 1972). Napr. Dawe, & Loxton (2004) hovoria o dvoch dimenziách, a to disinhibícii a tendencii 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 impulzivity. Najmenej rizikovní, depresívni a impulzívni sú gymnazisti a žiaci základných škôl, v strede rebríčka sa vo všetkých premenných nachádzajú dospievajúci z detských domovov a najvyššiu rizikovosť, depresivitu aj impulzivitu dosahujú klienti špeciálnych výchovných zariadení.

Dospievanie sa vo všeobecnosti považuje za vývojovú 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 dospievajúcich 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. Ukvapené 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 impulzivity vyskytujú u depresívnych jedincov, napr. strata kontroly alebo deficitu v schopnosti plánovať.

Analýzou vzťahov *depresivity*, resp. *impulzivity* 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 rizikovosti prispieva impulzivita, než depresivita.

Súhlasne so zisteniami Vavrysovej (2018), sa aj v našom výskume, *so šikanovaním* v pozícii obeť silnejšie viaže *depresivita*. Je možné, že smutní a depresívni dospievajúci trpiaci negatívnym sebapoňatím a nízkou sebadôverou 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 impulzivity a šikanovania je slabší. Disinhibovaní jedinci môžu evokovať situácie, ktorých následkom môže byť šikanovanie 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 neimpulzívni rovesníci (Meier, Slutske, Arndt, & Cadoret, 2008). Tiež

Dolejš, & Orel (2017) potvrdzujú, že impulzívni dospievajúci majú mnoho skúsenosti s krádežami a vandalizmom. Podľa Higginsa et al. (2013), u impulzívnych 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 svojim 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 impulzivitú 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, DDZ), 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 detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení. S určitým zovšeobecnením 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, či 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 jedinca 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.

Je však potrebné podotknúť, že pri generalizácii našich záverov je nutná opatrnosť vzhľadom na niektoré *limity* tejto práce. V prvom rade, zistenia ohľadom vzájomných súvislostí skúmaných premenných majú charakter korelácií, preto nič nehovoria o príčinnosti sledovaných fenoménov. Rovnako pravdepodobné sú závery, podľa ktorých zvýšená depresivita aj impulzivita vedú k zvýšenému rizikovému správaniu, ale aj naopak, väčšia angažovanosť v rizikových aktivitách môže prispievať k depresívnym symptómom a impulzívnemu jednaniu. Určitým limitom môže byť tiež použitie samoposudzovacích škál, pri ktorých je potrebné mať na pamäti riziko prispôbovania odpovedí sociálnej žiadúcnosti a prijateľnosti (Hinkin, 1995). Tiež je na tomto mieste dôležité opäť pripomenúť nereprezentatívnosť nášho výskumného súboru. Optimálnym je stratifikovaný náhodný výber (Ferjenčík, 2010). Vzhľadom na špecifickosť respondentov a dostupné možnosti zberu dát bol náš výber kombináciou skupinového a príležitostného výberu. Aj keď sme dosiahli pomerne vyrovnaný pomer počtu respondentov v jednotlivých výskumných skupinách vzhľadom k základným populáciám v sledovaných regiónoch (20 % základnej populácie v ústavoch vs. 17,4 % základnej populácie škôl), nepodarilo sa nám dosiahnuť vyvážený konečný podiel medzi výberovou populáciou klientov ústavnej starostlivosti (24 %) a výberovou populáciou žiakov základných škôl a gymnázií (76 %). Rovnako ani podiel chlapcov a dievčat v jednotlivých podsúboroch nie je možné považovať za vyvážený a zhodou okolností je takmer obrátený (38 % chlapcov vs. 62 % dievčat na školách a 69 % chlapcov vs. 31 % dievčat v ústavoch). Podiel respondentov jednotlivých pohlaví na školách bol vzhľadom na etické zásady daný súhlasnými stanoviskami zákonných zástupcov o participácii na výskume. Výskumu sa nemohli zúčastniť žiaci, ktorých rodičia nevyjadrili súhlas. Podiel respondentov jednotlivých pohlaví v ústavoch je daný jednak všeobecne menším počtom dievčat v špeciálnych výchovných zariadeniach, jednak regionalitou rozdelenia výchovnej starostlivosti na Slovensku. V západnej časti krajiny sú vo veľkej väčšine špeciálne výchovné zariadenia určené pre chlapcov, z toho v Bratislavskom a Trnavskom kraji sa nachádzajú len 2 zmiešané zariadenia pre chlapcov a dievčatá

a 1 zariadenie pre dievčatá s mentálnym postihnutím. To vzhľadom k stanoveným kritériám nebolo do výskumu zaradené. Daný nepomer z určitej časti vyrovnávali zmiešané detské domovy.

Naša práca však má aj niekoľko *silných stránok*. Jednou z nich je využitie štandardizovaných dotazníkov s overenými psychometrickými vlastnosťami, použitých v mnohých výskumoch (napr. Čerešník, & Gatial, 2014; Skopal et al., 2014; Dolejš, & Orel, 2017; Vavrysová, 2018). Pozitívnu stránkou použitých dotazníkov je tiež relatívne nízky počet položiek. Pri seba-posudzovacích škálach totiž rastie potenciálne riziko skreslenia odpovedí kvôli zvyšujúcej sa únave alebo nepozornosti respondentov (Hinkin, 1995). Za hlavnú pozitívnu stránku nášho výskumu však považujeme špecifickosť výberového súboru. Ako je spomínané vyššie, práč priamo porovnávajúcich rizikové správanie adolescentov umiestnených vo výchovných zariadeniach s menej rizikovými populáciami nie je veľa. Cennou je z toho pohľadu analogická štúdia Vavrysovej (2018), ktorá sledovala rizikové správanie a vybrané osobnostné charakteristiky, vrátane depresivity a impulzivity u českých adolescentov v ústavnej starostlivosti a zo škôl. Uvedený výskum pracoval na rozdiel od nás s náhodným výberom žiakov základných škôl a gymnázií, vďaka čomu je možné jeho závery považovať za zvlášť relevantné. Na druhej strane, pozitívom našej štúdie je práca až so štyrmi typmi zariadení ústavnej starostlivosti a ochrannej výchovy (detské domovy, diagnostické centrá, liečebno-výchovne sanatóriá a reedukačné centrá), čo umožnilo ich jemnejšie vzájomné porovnanie a prinieslo cenné informácie. Aj vzhľadom na uvedené veríme, že naša štúdia svojim dielom prispieva k vyplneniu medzery v lepšom poznaní mladých ľudí v ústavnej starostlivosti a ich odlišností so svojimi rovesníkmi. Ako píše Čerešník, & Čerešníková (2016) úspešná psychologická intervencia si vyžaduje zacielenosť na základe poznania aktuálneho stavu. Určenie konkrétnych rizikových aktivít, ich rozsah, vzájomnú prepojenosť, vek nástupu a stupeň, v ktorom konštituujú život adolescenta je preto základom (Jessor, 1992).

V priebehu samotného výskumu vystali dôležité otázky, ktoré by mohli byť *námetom ďalšieho bádania*. Náš výskum bol prierezový, sledoval stav skúmaných fenoménov tu a teraz (Ferjenčík, 2010). Rizikové správanie, depresivita aj impulzivita sa však môžu vplyvom životných okolností meniť a vyvíjať. Zaujímavé by preto mohlo byť dlhodobejšie sledovanie daných premenných, ich vývoj a vzájomné ovplyvňovanie sa v čase. V danej práci sme sa ďalej zaoberali súvislosťami individuálnych a osobnostných rizikových faktorov rizikového správania. Okrem rizikových osobnostných rysov je však potrebné nachádzať a následne rozvíjať aj pozitívne vlastnosti a faktory. Prínosným by preto bolo

sledovanie vzájomných interakcií a vzájomného vplyvu rizikových a protektívnych osobnostných rysov, ako sú napr. rozvážnosť, pozitívne sebahodnotenie a sebaúcta (Skopal et al., 2014), interné miesto kontroly (Dolejš et al., 2018), či osobná reziliencia (Yasin, & Iqbal, 2012). Rysy, či skupiny rysov jednoznačne ovplyvňujú mieru rizikovosti jednotlivca (Dolejš et al., 2014). Na druhej strane, súčasné skúmanie individuálnych a kontextuálnych faktorov lepšie odpovedá na komplexitu a multifaktoriálnosť správania dospievajúcich a všeobecne daného vývinového obdobia. V súčasnosti rastie apel na potrebu zohľadňovania oboch druhov premenných pri výskume adolescencie (Jessor, 1993). Aj keď samotná špecifickosť výberového súboru môže naznačovať vplyv vonkajších okolností vedúcich k rizikovému správaniu, do budúca považujeme za prospešné zahrnutie ich objektívnych meraní. Prínosným by bolo tiež hľadanie možných mediátorov sprostredkujúcich vzťah depresivity, resp. impulzivity k rizikovému správaniu a jeho dimenziám. Zaujímavým by bolo tiež doplnenie kvantitatívnych dát kvalitatívnymi informáciami, napr. dopytovaním sa na subjektívnu percepciu a subjektívne dôvody respondentov pre konkrétne rizikové aktivity, či konkrétne symptómy depresie alebo prejavy impulzivity. Kvalitatívna analýza by priniesla hlbší pohľad a umožnila cielenejšie zameranie nielen intervenčných, ale aj preventívnych programov.

Záverom by sme radi upozornili na *možné využitie získaných výsledkov*. Aj keď niektoré rizikové aktivity mladých môžu byť súčasťou normálneho adolescentného experimentovania, či precvičovania prebúdajúcej sa samostatnosti (Madarasová Gecková et al., 2015), nie je možné ich vzhľadom na nebezpečenstvo pre samotných jedincov, ale aj pre spoločnosť podceňovať (Dolejš, 2010). Je potrebná identifikácia čo najširšieho poľa faktorov. Výsledky tohto výskumu tak môžu byť napriek jeho limitom nielen samotným upozornením na problematiku, predovšetkým objektívne vysokú rizikovosť mládeže vo výchovných ústavoch, ale aj podkladom pre cieleňú prácu s dospievajúcimi. Efektívna prevencia a intervencia by mala byť zacielená a vychádzať z objektívnych dát. Mala by sa zamerať na minimalizáciu negatívnych a maximalizáciu pozitívnych vplyvov (Dolejš, & Orel, 2017). Preto veríme, že naše výsledky prispievajú nielen k rozšíreniu vedeckého poznania, ale aj k praktickému využitiu odborníkmi pracujúcimi s mládežou.

10 ZÁVERY

Obdobie dospievania je charakterizované mnohými vývojovými zmenami na rôznych úrovniach, čo je spojené so zvýšenými nárokmi na osobnosť a jej reguláciu (Steinberg, 2005). Zároveň sa adolescencia viaže s nárastom tzv. rizikového správania, ako je napr. užívanie návykových látok, delikvencia alebo šikanovanie (Dolejš, 2010). To býva podmienené rôznymi okolnosťami, vrátane faktorov na úrovni osobnosti. K najvýznamnejším charakteristikám tzv. rizikovosti patrí impulzivita (Dolejš et al., 2014), rizikové správanie sa tiež môže viazať na zvýšenú depresívnu symptomatológiu (Saluja et al., 2004).

V tejto práci sme sa zaoberali rizikovým správaním, depresivitou a impulzivitou u žiakov základných škôl a osemročných gymnázií a adolescentov z detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení. Výsledky použitých diagnostických metód svedčia o vysokej rizikovosti, depresivite aj impulzivite mládeže v systéme ústavnej starostlivosti a ochrannej výchovy. Zhrnutím výsledkov nášho výskumu je možné konštatovať, že mladí z ústavov signifikantne prevyšujú svojich rovesníkov zo škôl vo všetkých dimenziách rizikového správania, 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, vývojových 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 detských domovov a výchovných zariadení majú najčastejšie skúsenosti s krádežami (65 %), s vyšetrovaním políciou (53 %), záškoláctvom (50 %), fajčením cigariet (48 %) a sebapoškodzovaním (52 %). Chlapci sú pritom v oboch výskumných súboroch viac rizikoví, rozdiely v súbore žiakov a žiačok škôl sú však štatisticky nevýznamné.

Ďalšou analýzou našich výsledkov sme ukázali, že mládež z ústavov je signifikantne viac depresívna ako žiaci škôl. Zároveň je každý tretí adolescent z detských domovov 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, v rámci konkrétnych prejavov depresie, žiaci základných škôl

a gymnázií uviedli najčastejšie hnev a podráždenosť (10 %), pocity viny (10 %) a ťažkosti s rozhodovaním sa (10 %). Klienti detských domovov a výchovných zariadení majú najčastejšie skúsenosti s podráždenosťou (21 %), s poruchami spánku (18 %), s obavami z trestu (15 %) a považujú svoj život za neúspešný (14 %). Dievčatá sú pritom v oboch výskumných súboroch signifikantne depresívnejšie v porovnaní s chlapcami.

Analýzou premennej impulzivity sme potvrdili, že dospelávajúci v systéme ústavnej starostlivosti sú signifikantne impulzívnejší ako rovesníci zo škôl. Zároveň je každý štvrtý adolescent z detských domovov 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 %). Dospelávajúci z ústavov často hovoria bez rozmyslenia (25 %), radi riskujú (27 %), bývajú netrpezliví (21 %) a uprednostňujú zážitky, aj keby mali byť nezákonné (21 %). Spornými sú výsledky medzipohlavných rozdielov. Kým v prípade výchovných zariadení sú impulzívnejší chlapci, v prípade škôl sú impulzívnejšie dievčatá. Rozdiely sú však štatisticky nevýznamné.

Analýza korelácií sledovaných premenných ďalej ukázala, 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 pozitívne vzťahy. Zároveň je možné konštatovať, že k abúzu a delikvencii prispieva väčšou mierou impulzivita, na šikanovaní 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 dospelávajúcich z konkrétnych typov škôl a zariadení. Najmenej rizikoví, depresívni a impulzívni sú gymnazisti a žiaci základných škôl, v strede rebríčka sa vo všetkých premenných nachádzajú dospelávajúci z detských domovov a najvyššiu rizikovosť, depresivitu a impulzivitú dosahujú klienti špeciálnych výchovných zariadení.

Záverom je možné povedať, že náš výskum mapoval rizikové správanie a jeho súvislosti s vybranými osobnostnými charakteristikami u dvoch rôznych populácií adolescentov vo veku 11-15 rokov. Výsledky poukázali na vysokú rizikovosť mládeže v ústavnej starostlivosti. Dospelávajúci z detských domovov 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 dospelými a využívané pri tvorbe cielených a efektívnych intervenčných a preventívnych programov. Výsledky výskumu prinášajú hlbšie poznanie problémov, správania a prežívania dospelých, čím sa stávajú zaujímavým podkladom pre široké spektrum odborníkov, vrátane pedagógov, psychológov, vychovávateľov, sociálnych pracovníkov a iných.

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 ochranej 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 vývojovými zmenami a úlohami, prinášajúcimi zvýšené nároky na osobnosť adolescenta a reguláciu jeho správania. Obsahovo sa venuje periodizácii obdobia a vybraným oblastiam vývoja. Popisuje podstatu, charakteristiky a vzájomné súvislosti kognitívneho, morálneho, emocionálneho, sociálneho a osobnostného vývoja 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 byť tak ohrozením zdarného vývoja 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 zaoberajú 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 konceptne 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 a ukvapenému jednaniu, 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.

Záverečná 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 (detské domovy, 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 problematického 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 dospievajúcich (119 chlapcov, 53 dievčat) z detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení (DDZ) v Bratislavskom a Trnavskom kraji. Ich priemerný vek je 13,16 rokov ($SD = \pm 1,36$ roka). Výberový súbor DDZ odpovedá 20 % danej populácie v sledovaných územiach. Dáta boli zbierané metódou ceruzka-papier prostredníctvom troch psychodiagnostických nástrojov. Testovú batériu 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 detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení. Na základe výsledkov je možné konštatovať, že dospelávajúci z ústavov signifikantne prevyšujú žiakov škôl v rizikovitom 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, vývojových 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 detských domovov a výchovných zariadení majú najčastejšie skúsenosti s krádežami (65 %), s vyšetrovaním políciou (53 %), záškoláctvom (50 %), fajčením cigariet (48 %) a sebapoškodzovaním (52 %). Chlapci sú pritom v oboch výskumných súboroch viac rizikoví, 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 detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení. Výsledky ukázali, že mládež z ústavov je signifikantne viac depresívna ako žiaci škôl. Zároveň je každý tretí adolescent z detských domovov 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 %). Dospelávajúci 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 detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení. Výsledky ukázali, že dospelávajúci v ústavoch sú signifikantne impulzívnejší ako rovesníci zo škôl. Zároveň je každý štvrtý adolescent z detských domovov 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 netrzeplivosťou (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 pozitívne 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 rizikivosti, depresivity a impulzivity dospievajúcich z konkrétnych typov škôl a zariadení. Najmenej rizikoví, depresívni a impulzívni sú gymnazisti a žiaci základných škôl, v strede rebríčka sa vo všetkých premenných nachádzajú dospievajúci z detských domovov a najvyššiu rizikivosť, 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 cieľených programov pre odbornú prácu s dospievajúcimi.

ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV A LITERATÚRY

1. Albert, P.R. (2015). Why is depression more prevalent in women?. *J Psychiatry Neurosci*, 40(4), 219-221.
2. Anderman, E.M., Griesinger, T., Westerfield, G. (1998). Motivation and Cheating During Early Adolescence. *Journal of Educational Psychology*, 90(1), 84-93.
3. Augustinová, K., Hamplová, M., Hartmanová, P., Nováková, K., Šmahaj, J., Viktorová, L., & Zielina, M. (2015). *Úvod do kyberpsychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
4. Baier, D. (2016). The School as an Influencing Factor of Truancy. *International Journal of Criminology and Sociology*, 5, 191-202.
5. 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., Inc.
6. 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.
7. Beck, A.T. (1970). Cognitive Therapy: Nature and Relation to Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
8. 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)
9. Berndt, T.J. (1979). Developmental Changes in Conformity to Peers and Parents. *Developmental Psychology*, 15(6), 608-616.
10. 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.
11. Bizová, N. (2015). *Náhradná rodinná výchova*. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave.
12. 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.
13. 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.
14. Brymer, E. (2010). Risk taking in Extreme Sports: A phenomenological perspective. *Annals of Leisure Research*, 13(1/2), 218-239.
15. Buhrmester, D., & Furman, W. (1987). The Development of Companionship and Intimacy. *Child Development*, 58, 1101-1113.
16. 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.
17. 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.

18. 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.
19. Caine, D. (nedat.). *Epidemiology of Pediatric and Adolescent Injury in Adventure and Extreme Sports*. University of North Dakota.
20. Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing, a.s.
21. Carel, & Léger (2008). Precocious Puberty. *The new england journal of medicine*, 358, 2366-77.
22. 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.
23. Casanueva, C., Wilson, E., Smith, K., & Dolan, M. (2014). NSCAW 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.
24. 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.
25. 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.
26. Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., & Przybeck, T.R. (1993). A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 975-990.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. Corsaro, W.A., & Eder, D. (1990). Children's Peer Cultures. *Annual Review of Sociology*, 16, 197-220.
31. 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.
32. 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.
33. 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.

34. Cross, C., Campbell, A., & Copping, L. (2011). Sex Differences in Impulsivity: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, DOI: 10.1037/a0021591.
35. Csáky, C. (2009). Keeping Children Out of Harmful Institutions. Why we should be investing in family-based care. London: Save the Children.
36. 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.
37. 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.
38. Čerešník, 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 konferencie (nejen) pro doktorandy a o doktorandech* (132-146). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
39. Čerešník, M. (2016b). Rizikové správanie dospelých – výskumné výsledky a diagnostické výzvy. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre.
40. Čerešník, M. (2017). Príčiny produkcie rizikového správania dospelých v kontexte edukačného prostredia. *Školský psychológ*, 18(1), 26-38.
41. Čerešník, M., & Čerešníková, M. (2016). Špecifiká 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 konferencie (nejen) pro doktorandy a o doktorandech* (275-282). Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci.
42. Čerešník, 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 konferencie (nejen) pro doktorandy a o doktorandech* (203-219). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
43. Čerešník, M., & Gatíal, V. (2014). Rizikové správanie a vybrané osobnostné premenné dospelých v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre.
44. Čerešník, M., Dolejš, M., & Skopal, O. (2016). Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS). *Príručka pre prax*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
45. Čonka, P., & Čonková, A. (2015). Kriminalita mladistvých a možnosti jej prevencie. *PEDAGOGIKA.SK*, 6(3), 160-175.
46. 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.
47. 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.

48. 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.
49. Dekovič, M. (1999). Risk and Protective Factors in the Development of Problem Behavior During Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(6), 667-685.
50. 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.
51. 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.
52. 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.
53. Dolejš, M. (2010). *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
54. Dolejš, M., & Orel, M. (2017). *Rizikové chování u adolescentů a impulzivita jako prediktor tohoto chování*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
55. Dolejš, M., & Skopal, O. (2015). *Výskyt rizikového chování u adolescentů (VRCHA). Příručka pro praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
56. Dolejš, M., Skopal, O., & Suchá, J. (2014). *Protektivní a rizikové osobností rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
57. Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J., & Charvát, M. (2018). *Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS). Příručka pro praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
58. Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J., Cakirpaloglu, P. & Vavrysová, L. (2014). *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
59. 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.
60. Dolejš, M., Zemanová, V., & Vavrysová, L. (2018). *Kdo a co řídí české adolescenty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
61. 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.
62. 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.
63. 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.

64. 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.
65. 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.
66. 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.
67. Erikson, E.H. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený* (2. vyd.). Praha: Portál.
68. 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.
69. Evenden, J.L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146, 348–361.
70. 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.
71. Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu* (2. vyd.). Praha: Portál.
72. Finer, L.B., & Philbin, J.M. (2013). Sexual Initiation, Contraceptive Use, and Pregnancy Among Young Adolescents. *PEDIATRICS*, 131(5), 886-891.
73. 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.
74. Fischer, S. & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing, a.s.
75. Flavell, J.H. (1979). Metacognition and Cognitive Monitoring. A New Area of Cognitive-Development Inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-911.
76. 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.
77. 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.
78. 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.
79. 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.

80. 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.
81. Goodwin, R.D., & Gotlib, I.H. (2004). Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry Research*, 126, 135–142.
82. 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.
83. Gudjonsson, G.H., & Sigurdsson, J.F. (2010). The relationship of compliance with inattention and hyperactivity/impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 49, 651–654.
84. Gullo, M.J., & Dawe, S. (2008). Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as “all-bad”? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 1507–1518.
85. Gunnar, M.R., & van Dulmen, M.H.M. (2007). Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children. *Development and Psychopathology*, 19, 129–148.
86. 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>
87. 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>
88. Hall, C.S, Lindzey, G., Loehlin, J.C., & Manosevitz, M. (2002). *Psychológia osobnosti* (3. vyd.). Bratislava: Media Trade.
89. 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.
90. 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.
91. Henneberger, A.K., Tolan, 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.
92. Heretik, A., & Heretik, A. (2007). *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof.
93. Hessler, D., & Katz, L.F. (2010). Brief Report: Associations between Emotional Competence and Adolescent Risky Behavior. *J Adolesc.*, 33(1), 1-10.
94. 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.
95. Hill, G. (2004). *Moderní psychologie*. Hlavní oblasti současného studia lidské psychiky. Praha: Portál.

96. Hinkin, T.R. (1995). A Review of Scale Development Practices in the Study of Organizations. *Journal of Management*, 21(5), 967-988.
97. 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.
98. 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.
99. Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., & Malá, E. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie* (3. vyd.). Praha: Portál.
100. Chao, L.L., & Knight, R.T. (1998). Contribution of Human Prefrontal Cortex to Delay Performance. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 10(2), 167-177.
101. 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.
102. 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.
103. Iyer, K., & Khan, Z.A. (2012). Depression – A Review. *Res.J.Recent Sci.*, 1(4), 79-87.
104. 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.
105. Järvelaid, M. (2004). Adolescent tobacco smoking and associated psychosocial health risk factors. *Scand J Prim Health Care*, 22, 50-53.
106. Jessor, R. (1992). Risk Behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action. *Developmental Review*, 12, 374-390.
107. Jessor, R. (1993). Successful Adolescent Development Among Youth in High-Risk Settings. *American Psychologist*, 48(2), 117-126.
108. Jurovský, A. (1955). *Dieťa a disciplína*. Bratislav: SAV.
109. Kaltiala-Heino, R., & Fröjd, S. (2011). Correlation between bullying and clinical depression in adolescent patients. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 2, 37-44.
110. 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.
111. Kapur, S. (2015). Adolescence: The Stage of Transition. *Horizons of Holistic Education*, 2, 233-250.
112. Keenan-Miller, D., Hammen, C.L., & Brennan, P.A. (2007). Health Outcomes Related to Early Adolescent Depression. *Journal of Adolescent Health*, 41, 256-262.
113. 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.

114. 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.
115. Kim, S., & Lee, D. (2011). Prefrontal Cortex and Impulsive Decision Making. *Biol Psychiatry*, 69(12), 1140–1146.
116. 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.
117. Kivivuori, J., Savolainen, J., & Aaltonen, M. (2015). The revenge motive in delinquency: Prevalence and predictors. *Acta Sociologica*, 59(1), 69–84.
118. 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.
119. 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.
120. 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.
121. 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.
122. Kohlberg, L., & Hersh, R.H. (1977). Moral Development: A review of the Theory. *Theory in to Practice*, 16(2), 53-59.
123. Kolář, M. (2001). *Bolest šikanování*. Praha: Portál.
124. Kovářová, M., Řezáč, P., Hrušková, K., & Runčáková, J. (nedat.). *Kriminalita mládeže a možnosti restorativní justice*. Brno: Ratolest Brno.
125. Kryl, M. (2002). Komplexní terapie deprese. *Psychiatrie pro praxi*, 6, 279-280.
126. Krejčířová, O., & Skopalová, J. (2007). *Deviace a sociální patologie – vybrané jevy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
127. Kukla, L. a kol. (2016). *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing.
128. 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 (Ed.), *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions (42-77)*. NIDA No. 97-4135.
129. Labáth, V. (2004). *Rezidenčná starostlivosť*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca.
130. Ladoceur, R., Dubé, D., & Bujold, A. (1994). Gambling Among Primary School Students. *Journal of Gambling Studies*, 10(4), 363-370.
131. 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.

132. Langmeier, J., & Krejčířová, M. (2006). *Vývojová psychologie* (4. vyd.). Praha: Grada Publishing.
133. Lecrubier, Y., Braconnier, A., Said, S., & Payan, C. (1995). The impulsivity rating scale (IRS): preliminary results. *Eur Psychiatry*, 10, 331-338.
134. 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.
135. Lewinsohn, P.M., & Libet, J. (1972). Pleasant events, activity schedules, and depressions. *Journal of Abnormal Psychology*, 79(3), 291-295.
136. 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.
137. Luyten, P., & Blatt, S.J. (2012). Psychodynamic Treatment of Depression. *Psychiatr Clin N Am*, 35, 111-129.
138. 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.
139. 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.
140. 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.
141. Macek, P. (2003). *Adolescence* (2. vyd.). Praha: Portál.
142. 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.
143. 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.
144. 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.
145. Matoušek, O. (1995). *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství.
146. Matoušek, O., & Kroftová, A. (1998). *Mládež a delikvence. Možné příčiny, současná struktura, programy prevence kriminality mládeže*. Praha: Portál.
147. 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.

148. 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.
149. 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.
150. Mendis, S. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva: WHO Press
151. Mendle, J., Ryan, R.M., & McKone, K.M.P. (2018). Age at Menarche, Depression, and Antisocial Behavior in Adulthood. *Pediatrics*, 141(1), 1-8.
152. Menting, B., van Lier, P.A.C., Koot, H.M., Pardini, D. & Loeber, R. (2016). Cognitive impulsivity and the development of delinquency from late childhood to early adulthood: Moderating effects of parenting behavior and peer relationships. *Development and Psychopathology*, 28, 167–183.
153. 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>
154. 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
155. 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
156. 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
157. 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
158. Miovský, M. a kol. (2015). *Prevence rizikového chování ve školství I*. (2. vyd.). Praha: Univerzita Karlova v Praze.
159. Molchanov, S.V. (2013). The Moral Development in Childhood. *Procedia – Social and behavioral Sciences*, 86, 615-620.
160. Morris, L. (2004). Youth in Foster Care Who Commit Delinquent Acts Study Findings and Recommendations. *CHILD WELFARE LEAGUE OF AMERICA*, 3(3), 1-12.

161. 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.
162. 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>
163. 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.
164. Neto, R.C.A., & True, M. (2011). The development and treatment of impulsivity. *PSICO*, 42(1), 134-141.
165. Obeidallah, D.A., & Earls, F.J. (1999). Adolescent girls: The role of depression in the development of delinquency. *Bethpage*, 5(5), S4-S5.
166. 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.
167. Olweus, D. (1997). Bully/victim problems in school: Facts and intervention. *European Journal of Psychology and Education*, 12(4), 495-510.
168. 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.
169. 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.
170. Pearce, CM, & Martin, G. (1993). Locus of control as an indicator of risk for suicidal behaviour among adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 409-414.
171. Pelkonen, M., Karlsson, L., & Marttunen, M. (2011). Adolescent Suicide: Epidemiology, Psychological Theories, Risk Factors, and Prevention. *Current Pediatric Reviews*, 7, 52-67.
172. Perry, J.L., & Carroll, M.E. (2008). The role of impulsive behavior in drug abuse. *Psychopharmacology*, 200(1), 1–26.
173. Piotrowski, Ch., & Keller, J.W. (1992). Psychological Testing in Applied Settings: A Literature Review from 1982-1992. *The Journal of Training & Practice in Professional Psychology*, 6(2), 74-82.
174. Praško, J., & Kosová, J. (1998). Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí. Praha: Triton.
175. Petersen, A.C., & Hamburg, B.A. (1986). Adolescence: A Developmental Approach to Problems and Psychopathology. *Behavior Therapy*, 17, 480-499.
176. 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.

177. 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.
178. Piaget, J., & Inhelderová, B. (2007). *Psychologie dítěte* (4. vyd.). Praha: Portál.
179. 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.
180. 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.
181. Příhoda, V. (1977). *Ontogeneze lidské psychiky I* (4. vyd.). Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
182. 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.
183. Resnick, G., & Burt, M.R. (1996). Youth at risk: Definitions and Implications for Service Delivery. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 172–188.
184. Říčan, P. (1995). *Agresivita a šikana mezi dětmi. Jak dát dětem ve škole pocit bezpečí*. Praha: Portál.
185. Říčan, P. (2004). *Cesta životem. Vývojová psychologie* (2. vyd.). Praha: portál.
186. Rigby, K. (2003). Consequences of Bullying in Schools. *Can J Psychiatry*, 48(9), 583-590.
187. 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.
188. Roberts, C. (2016). Psychosocial dimensions of early-onset puberty and its treatment. *The Lancet*, 4(3), 195-197.
189. 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.
190. Rolison, M.R., & Scherman, A. (2002). Factors influencing adolescents decisions to engage in risk-taking behavior. *Adolescence*, 37(147), 1-1.
191. 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.
192. 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.
193. Rotermann, M. (2008). Trends in teen sexual behaviour and condom use. *Health Reports*, 19(3), 1-5.
194. 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.

195. 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.
196. Seligman, M.E.P. (1972). Learned helplessness. *Annu. Rev. Med.*, 23, 407-412.
197. 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.
198. 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.
199. 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.
200. Sklenka, M., & Sklenková, D. (2013). *Kriminalita a delikvencia: Příčiny a důsledky. Žiar nad Hronom: Škola dokorán n.o.*
201. Skopal, O., Dolejš, M., & Suchá, J. (2014). *Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.*
202. 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.
203. Smetana, J.G., Yau, J., & Hanson, S. (1991). Conflict Resolution in Families With Adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 1(2), 189-206.
204. Sobotková, V.N. a kol. (2014). *Rizikové a antisociální chování v adolescenci. Praha: Grada Publishing, a.s.*
205. 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.
206. Spear, L.P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 417-463.
207. Steinberg, L. (2001). We Know Some Thing: Parent – Adolescent Relationships in Retrospect and Prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11(1), 1-19.
208. Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *TRENDS in Cognitive Sciences*, 9(2), 69-74.
209. Steinberg, L. (2007). Risk Taking in Adolescence: New Perspectives From Brain and Behavioral Science. *Current Directions in Psychological Science*, 16(55), 55-59.
210. 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.

211. 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.
212. Štiglic, M. (2009). *Neparametrické štatistické metódy a ich ekonomické aplikácie*. Bratislava: Katedra matematiky a deskriptívnej geometrie Stavebnej fakulty STU.
213. Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D.S., & Thapar, A.K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379(9820), 1056-1067.
214. 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>
215. 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.
216. 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.
217. 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-socialnopravnej-ochrany-deti-a-socialnej-kurately/detske-domovy/vybrane-statisticke-ukazovatele.html?page_id=130708
218. 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/>
219. Vacek, P. (2013). *Psychologie morálky a výchova charakteru žáků*. Hradec Králové: Gaudeamus.
220. Vágnerová, M. (2001). *Kognitivní a sociální psychologie žáka základní školy*. Praha: Karolinum.
221. Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
222. Vaske, J., & Gehring, K. (2010). Mechanisms Linking Depression to Delinquency for Males and Females. *Feminist Criminology*, 5(1), 8–28.
223. 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.
224. Vavrysová, L., & Charvát, M. (2016). Osobnostní rysy adolescentů v ústavní výchově dle dotazníku HSPQ ve srovnání s normou populace. *Adiktologie*, 16(4), 282–291.
225. 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.
226. 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.

227. Verbeke, E.M., & Dittrick-Nathan, K. (2007). Student Gambling. Získané z Gambling-NASSP%20Oct%2007%20(1).pdf
228. Viner, R., & Macfarlane, A. (2005). ABC of adolescence, Health promotion. *BMJ*, 330, 527-529.
229. Vitaro, F., Arseneault, L., & Tremblay, R.E. (1999). Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent males. *Addiction*, 94(4), 565-575.
230. Vyhláška č. 323/2008 Z.z. Vyhláška Ministerstva školstva Slovenskej republiky o špeciálnych výchovných zariadeniach. Získané 23. januára z https://www.slovlex.sk/static/pdf/2008/323/ZZ_2008_323_20080901.pdf
231. Weafer, J., & Wit, H. (2014). Sex differences in impulsive action and impulsive choice. *Addict Behav.*, 39(11), 1573–1579.
232. 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.
233. 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.
234. 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.
235. 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.
236. 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.
237. 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.
238. 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.
239. Winters, K.C., & Arria, A. (2011). Adolescent Brain Development and Drugs. *Prev Res.*, 18(2), 21-24.
240. Witt, H. (2009). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addict Biol.*, 14(1), 22-31.
241. World Health Organization (2015). *Youth Violence*. Geneva: WHO Press.
242. 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.

243. 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
244. 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
245. 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
246. 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
247. 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
248. Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., & Stegall, S. (2006). Emotion Regulation in Children and Adolescents. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(2), 155-168.
249. Zuckerbrot, R.A., & Jensen, P.S. (2006). Improving Recognition of Adolescent Depression in Primary Care. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 160, 694-704.
250. 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.
251. Žáčková, H., & Jucovičová, D. (2017). *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita*. Praha: Grada Publishing.

Príloha 1: Abstrakt MgrDP

ABSTRAKT DIPLOMOVEJ PRÁCE

Názov práce: Depresivita a impulzivita ako koreláty rizikového správania dospievajúcich v ústavnej starostlivosti a ochrannej výchove a žiakov v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania

Autor práce: Mgr.Bc. Jaroslava Kulišek

Vedúci práce: PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Počet strán a znakov: 129 a 264456

Počet príloh: 1

Počet titulov použitej literatúry: 251

Abstrakt:

Výskumná štúdia priniesla informácie o rizikovom správaní a vybraných individuálnych rozdieloch vo vulnerabilite k angažovaniu sa v rizikových aktivitách u adolescentov vo veku 11-15 rokov. Základným cieľom bolo zmapovať a popísať rizikové správanie a jeho súvislosti s depresivitou a impulzivitou v skupine dospievajúcich v ústavnej starostlivosti a ochrannej výchove (N=172). Táto cieľová populácia bola porovnávaná so žiakmi v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania (N=544). Skúmanú problematiku sme analyzovali prostredníctvom dotazníkov Výskyt rizikového správania v adolescentnom veku (VRSA), Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS) a Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS). V súlade s dostupnými vedeckými dátami sme potvrdili predpoklad, že vysoká depresivita aj vysoká impulzivita prispievajú k adolescentnému abúzu, delikvencii a šikanovaniu. Medzi všetkými sledovanými premennými boli potvrdené štatisticky významné pozitívne vzťahy. Získané výsledky zároveň poukazujú na vysokú rizikovosť klientov detských domovov a špeciálnych výchovných zariadení. Skúsenosťami s rôznymi rizikovými aktivitami, ale aj depresivitou a impulzivitou signifikantne prevyšujú svojich rovesníkov zo škôl, a to niekoľkonásobne. Menšie rozdiely nachádzame len v škále šikanovanie z pozície obete. Urážky, či ublíženie zo strany spolužiakov zažívajú na základe prevalenčných hodnôt častejšie žiaci škôl. Výsledky môžu byť využité v odbornej praxi pri cielenej práci s dospievajúcimi.

Kľúčové slová: rizikové správanie, depresivita, impulzivita, adolescencia, ústavná starostlivosť a ochranná výchova

ABSTRACT OF DIPLOMA THESIS

Title: Depressivity and Impulsivity as Correlates of Risk Behaviour of Adolescents Placed in Institutional Care and Adolescents Entering the System of the Higher Secondary Education

Author: Mgr.Bc. Jaroslava Kulišek

Supervisor: PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Number of pages and characters: 129 and 264456

Number of appendices: 1

Number of references: 251

Abstract:

The presented study provides information about risk behaviour and some individual differences in vulnerability to involvement in risk activities of adolescents in age 11-15 years. The aim of the thesis is to describe risk behaviour and its relationship to depressivity and impulsivity in population of adolescents placed in institutional care (N=172). The targeted population is compared with adolescents entering the system of the higher secondary education (N=544). The issue is analyzed using three questionnaires: Výskyt rizikového správania v adolescentnom veku (VRSA), Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS) and Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS). In accordance with previous data the study confirmed that high depressivity and high impulsivity could be seen as risk factors of abuse, delinquency and bullying of adolescents. The statistically significant and positive relationships between all analyzed variables were found. The comparison of analyzed populations showed that adolescents placed in institutional care are significantly more involved in risk activities as their counterparts. Smaller differences are confirmed only in bullying. Adolescents of schools have more experiences with violence from their classmates than adolescents placed in institutional care. Presented data could be useful for professionals working with adolescents.

Key words: risk behaviour, depressivity, impulsivity, adolescence, institutional care