

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**Vztah rizikových aktivit, depresivity a
vybraných osobnostních rysů u českých
adolescentů**

**The relationship of risk activities, depression
and selected personality traits of Czech
adolescents**



Disertační práce

Mgr. Lucie Vavrysová

**Olomouc
2018**

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Zdeňku Vtípilovi, Csc. za odborné vedení doktorského studia, za jeho podporu a rady. Ráda bych poděkovala také Mgr. Vandě Zemanové a Mgr. Blance Zemanové za podporu a pomoc při sběru dat a Mgr. Miroslavu Charvátovi, Ph.D. za cenné rady a podporu při statistickém zpracování dat. Mé díky patří i samotným institucím, které byly ochotny spolupracovat, stejně jako jejich zaměstnancům a samotným probandům, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. Avšak největší díky patří PhDr. Martinu Dolejšovi, Ph.D., bez jehož podpory, cenných rad a trpělivosti by práce s největší pravděpodobností nevznikla.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem disertační práci na téma: „Vtah rizikových aktivit, depresivity a vybraných osobnostních rysů u českých adolescentů“ vypracovala samostatně a uvedl/a jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 9. září 2018

Podpis

Obsah

Číslo	Obsah	Strana
1	Období dospívání	7
1.1.	Dělení období dospívání	7
1.2.	Biologický vývoj	10
1.3.	Kognitivní vývoj	11
1.4.	Emoční vývoj	13
1.5	Sociální vývoj	15
2	Osobnost adolescenta	17
2.1.	Osobnost adolescentů z pohledu rodiny	19
2.2.	Školní a sociální prostředí a vývoj osobnosti	23
2.3.	Aspekty osobnosti adolescentů	25
2.4	Depresivita / deprese	30
2.4.1.	Depresivita / deprese u dětí a adolescentů	33
2.5	Negativní myšlení / Beznadějnost	36
2.6	Impulzivita	40
2.7	Vyhledávání vzrušení	44
2.8	Přecitlivělost / Úzkostnost	49
3	Rizikové chování u adolescentů	53
3.1	Užívání a zneužívání legálních a nelegálních látek	55
3.2	Kriminalita	58
3.3	Šikana, hostilita a agresivní chování	60
3.4	Problémové sexuální aktivity	63
3.5	Školní problémy a přestupky	64
3.6	Extremistické, hazardní a sektářské aktivity	66
3.7	Ostatní formy rizikového chování	68
4	Zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy a nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	70
4.1	Ústavní a ochranná výchova	70
4.2	Ústavní výchova	72

4.3	Ochranná výchova	73
4.4	Jednotlivá zařízení vykonávající ústavní a ochrannou výchovu a nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	73
4.4.1	Diagnostický ústav	74
4.4.2	Dětský domov	74
4.4.3	Dětský domov se školou	75
4.4.4	Výchovný ústav	75
4.4.5	Střediska výchovné péče	76
4.4.6	Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (NZDM)	77
5	Výzkumy v oblasti ústavní a ochranné výchovy	78
6	Výzkumný problém	81
7	Cíle výzkumu	83
7.1	Hypotézy	84
8	Popis populace	86
8.1	Popis vzorku	88
9	Metody použité ve výzkumu	93
9.1	Škála depresivity Dolejše, Skopala a Suché (SDDSS)	93
9.2	Škála osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek (SURPS)	95
9.3	Výskyt rizikového chování u adolescentů (VRCHA)	96
10	Technicko-logistický průběh výzkumu	99
11	Etika	104
12	Výsledky výzkumu	107
12.1	Analýza výsledků Škály depresivity Dolejše, Skopala, Suché	107
12.2	Analýza výsledků Škály osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek	115
12.2.1	Negativní myšlení	117
12.2.2	Impulzivita	120
12.2.3	Vyhledávání vzrušení	122
12.2.4	Přecitlivělost	124
12.3	Analýza výsledků dotazníku Výskyt rizikového chování u adolescentů	126
12.4	Korelační analýza faktorů	133

12.5	Zhodnocení cílů práce	138
13	Diskuze	140
14	Závěr	149
	Souhrn	152
	Poznámkový aparát	157
	Seznam zdrojů a použité literatury	158
	Abstrakt disertační práce	
	Abstrakt of the thesis	
	Seznam tabulek	
	Seznam grafů	
	Seznam příloh	

„Málokterý mladý člověk se odváží skutečně dospívání prožít: překoná prostě pubertu a předstírá zralost.“

Edgar Z. Friedenberg (1967, 9)

1 Období dospívání

V následující kapitole popíšeme období života, které více méně zasáhlo každého z nás. U některých se jednalo o tzv. „bouřlivé“ období plné zážitků a zakázaných činností, u jiných se jednalo o spíše klidné období, ve kterém však docházelo k určitým změnám a postupům ve vývoji, směřujícím ke statusu dospělého. Jedná se i o téma velmi důležité pro rodiče, kterým v daném období často dochází síly na zvládnutí jejich dětí v době dospívání, nemohou se dívat na jejich „oči v sloup“ a poslouchat drzé poznámky. *„V průběhu života má interpersonální prostředí, které nás obklopuje – vrstevníci, přátelé, učitelé, rodina – obrovský vliv na to, jaký typ jedince se z nás stane. Náš sebeobraz je do značné míry formulován jako odraz ocenění, které vnímáme v očích klíčových osob svého života“* (Yalom, 2003, 59).

1.1 Dělení období dospívání

Do výzkumného šetření byli zapojeni jedinci ve věku 11–19 let. Dle mnoha autorů se jedná o období puberty, pubescence, adolescence, dospívání apod. (srov. Vágnerová, 1997, 2000; Langmeier & Krejčířová, 2006; Macek, 2003; 2014; Rice, & Dolgin, 2005 aj.). Pomocí těchto pojmů se jednotliví autoři snaží o vymezení jedné ze základních vývojových etap člověka. Nejrozsáhlejší český psychologický slovník uvádí, že pojem adolescence je v českých zemích využíván velmi nejednoznačně, avšak v anglicky mluvících se jedná o období zahrnující i období puberty. Naopak v případě puberty se jedná spíše o pojem s obtížně určitelným začátkem (Hartl, & Hartlová, 2010). Na základě níže popsaných údajů si troufáme definovat adolescenci také jako období s nejasným začátkem i koncem, a to jak dle definování jednotlivými autory, tak i na základě individuálního vývoje a dozrávání. Pro anglicky mluvící země je často využíván i pojem teenager, který má již svým vznikem jasně vymezený začátek i konec věkového období, a to od 13 do 19 let. Pojem teenager vznikl kolem roku 1940 na základě spojení teenage+er (Oxford dictionary, 24. ledna 2018). Websterův slovník (1993) popisuje teenagery jako osoby v jejich nácti a adolescenci jako proces růstu od puberty k dospělosti (maturitě). Samotné slovo adolescence je odvozeno z latinského *adolesco*, které značí dorůstání, zrání, vyvíjení se, zrání apod. (Příhoda, 1967).

Obecně je období dospívání popisováno jako etapa, kterou provází množství fyziologických, psychických, ale i sociálních změn. Je možné se podívat i více do historie, kdy například v roce 1948 Fauville určil hranice adolescence u dívek na věk 12–15 let a u chlapců 13–18 let (in Příhoda, 1963). Či Bühlerová v roce 1929 vymezuje období jako duševní předpubertu (11–13 let), pubertu (13–17 let) a adolescenci, kterou rozděluje na jinošství a panenství s věkovým vymezením 17 až 21–24 let (in Příhoda, 1967). Sám Příhoda (1967) uvádí, že termín puberta je pro dané období 12–20 let nevhodný a volí termín postpubescence pro období 15–20 let. Příhoda (1967) se domnívá, že pojem postpubescence nejlépe vystihuje pojmový obsah i rozsah. Dle něj se jedná o období s charakteristickými znaky, je zde ukončena fáze bouřlivosti a nadměrné snahy o sblížení, naopak však dochází k prohloubení rozumového a citového. Jako příklad uvádí, že Česká republika¹ uznává 18letého postpubescenta jako dospělého a plnoprávního občana.

Vágnerová uvádí, že „*puberta představuje snad nejdynamičtější, komplexní proměnu v životě jedince, která nějakým způsobem modifikuje všechny složky osobnosti*“ (Vágnerová, 1997, 237). Vágnerová (1997, 2000) dělí námi sledované období na **pubertu** a **adolescenci**. Puberta dle její definice začíná ve věku 11–12 let a končí v 15 letech, kdy začátek i konce je individuální a specifický u každého jedince. Adolescence v pojetí Vágnerové (1997, 2000) trvá přibližně od 15 do 20 let, opět je zde důležité zmínit individuální variabilitu u každého jedince. Podobné dělení využívá i Smik (2001 in Ambrózová, Labáth, Smik, Štúrová, 2001), který stejně jako Vágnerová (1997, 2000) dělí dospívání na pubertu, začínají mezi 10.–12. rokem a adolescenci s počátkem mezi 16.–17. rokem. Jedná se o dělení, které budeme využívat v rámci naší práce.

Dalším možným dělením je to, které uvádí Langmeier a Krejčířová (2006), kteří využívají pojem **pubescence** k označení jedinců ve věku 11 až 15 let a dělí toto období do dvou fází: a) **fáze prepuberty** (11–13 let), která je charakterizovaná prvními známkami pohlavního dospívání a urychlením růstových procesů; b) **fáze puberty** (13–15 let), která se vyznačuje navazováním kontaktů s druhým pohlavím a dosažením reprodukční schopnosti. Období pubescence je následováno obdobím **adolescence**, které vymezují věkem přibližně od 15 do 22 let. Dané období je charakterizováno jako období plné reprodukční zralosti a dokončení tělesného růstu.

Psychologický slovník APA (VandenBos, 2007) definuje pubertu jako fázi vývoje, ve které dochází ke zrání pohlavních orgánů a objevení se sekundárních pohlavních znaků, které signalizují adolescenci. Tento popis od Americké psychologické asociace je

jednostranně orientován na fyziologicko-sexuální změny, což je v podstatě jen dílčí změnou ve zmiňovaném období. Adolescenci definuje jako fázi lidského vývoje, počínající pubertou (10–12 let) a končící psychickou dospělostí přibližně kolem 19 let, zahrnující mnoho individuálních změn (VandenBos, 2007).

K jakému nadřazení pojmu adolescence se přiklání i Macek (2003, 2014), který uvádí, že vychází právě z amerického dělení, kde pojem adolescence označuje celé období mezi dětstvím a dospělostí jedince. Adolescenci dělí do tří fází, kterými jsou: a) **časná adolescence**, s počátkem mezi 10.–11. rokem a koncem kolem 13 let; b) **střední adolescence**, v rozmezí 14 až 16 let; c) **pozdní adolescence**, počínající v 17 a končící ve 20 letech.

Konec adolescence a začátek dospělosti není u jednotlivých autorů jednoznačně vymezen a každý z autorů uvádí jiný věk. Přípravy na získání statusu dospělého jsou však delší než kdykoliv předtím (Sternberg, 2002). V kontextu vývoje hovoříme také o sekulární akceleraci, kdy dochází k rychlejšímu nástupu dospívání, ale i celkového vývoje a obecně se samotná fáze adolescence prodlužuje. Rychlejší začátek dospívání je tak spojován s opožděním plné dospělosti (Langmeier & Krejčířová, 2006). Zrychluje se oblast dosahování fyzické zralosti, ale prodlužuje se doba potřebná k psychickému a sociálnímu zrání, vzniká tak období cca 10–15 let, kdy je dospívající biologicky zralý pro přechod do dospělosti, avšak psychicky a sociálně dosud v dospělého jedince nedozrál (Smik, 2001 in Ambrózová, Labáth, Smik, Štúrová, 2001). Faktory, které považujeme za součást dospělosti, závisí do určité míry na vzdělání jedinců. Finanční nezávislost, manželství či stabilní partnerství, ustálenou pracovní pozici a jiné je potřeba po určitou dobu budovat, než je opravdu získáme. Rozdíl tak nacházíme u jedinců, kteří dokončili odborná učiliště či střední školy a nastoupili do zaměstnání, kde začínají tyto faktory dospělosti budovat, a u jedinců, kteří nastoupili na vysoké školy a nacházejí se v určitém moratoriu mezi adolescencí a dospělostí. Vysokoškoláci se postupně snaží finančně osamostatnit pomocí brigád, nacházejí stabilní partnery, avšak nemají možnost vypracovat si stabilní pracovní pozici a naplňovat jiné požadavky dospělosti. Obecně jsou nároky na vstup do světa dospělých v současné době náročnější. Prohlubuje se rozpor mezi biologickým a psychosociálním zráním jedince.

Arnett (2000) období přechodu mezi adolescencí a dospělostí nazývá jako „emerging adulthood“ neboli vynořující se dospělost v češtině. Arnett (2000) z počátku vymezil dané období věkem 18–25 let, období následně rozšířil až na 29 let (Munsey, 2006). Vynořující se dospělost je postavena na základě definování pěti kritérií, jedná se o

zkoumání identity, nestabilitu, zaměření se na sebe, pocit, že jsou „někde mezi“, a možnosti. První kritérium, identita, je o zkoumání, kdo jsou, co chtějí od práce, od školy, od lásky. Nestabilita je typická pro opakované změny bydliště, kdy mladí lidé buď na vysoké škole, nebo při osamostatňování se hledají bydlení, nejprve s přáteli, následně s prvními dlouhodobějšími láskami. Kritérium zaměření se na sebe je definováno samostatným rozhodováním se, co chtějí dělat, kam chtějí jít a s kým chtějí být, dokud nejsou limitováni manželstvím, dětmi a kariérou. Čtvrtým a předposledním kritériem je být „někde mezi“, jedná se o velmi častý pocit, který zažívají studenti vysokých škol. Jde o postupné osamostatňování se, přebírání odpovědnosti za sebe, ale stále se necítí plně dospělí. Jedním z důvodů je i finanční nejistota, kdy se snaží o finanční nezávislost, ale spolu se studiem nejsou jejich možnosti dostatečné pro osamostatnění se. Posledním kritériem jsou možnosti, kdy jedinci věří, že mají lepší vyhlídky na život, než měli jejich rodiče (Arnett, 2000; Munsey, 2006).

1.2 Biologický vývoj

Velmi zásadní změny, a také nejvíce viditelné, probíhají u adolescentů na tělesné neboli biologické úrovni. Jedná se o nejvýraznější změny ve vývoji jedince, i když změny v dospívání probíhají na všech úrovních, ne jen na úrovni tělesné. Samotné dospívání začíná na hormonální úrovni, kdy se zvýší produkce pohlavních hormonů. Společně s těmito hormonálními změnami probíhají i změny psychické a sociální (Dolejš & Orel, 2017; Langmeier & Krejčířová, 2006). Nesmíme zapomínat na individuální odlišnosti jedinců (Dolejš & Orel, 2017). Dané období je spojeno s dosažením pohlavní zralosti (Vágnerová, 2000).

Obecně se tělesný vzhled přibližuje vzhledu dospělého, všechny změny však probíhají individuálně a není možné je globálně aplikovat u všech jedinců. Tělesný růst i zvětšování objemu svalů se týká obou pohlaví, avšak s převahou u chlapců (Vágnerová, 2000). U ženského pohlaví dochází k růstu prsou, růstu pubického ochlupení a první menstruaci. U mužského pohlaví se vlivem pohlavních hormonů zvětšují varlata a penis a roste pubické ochlupení, dochází k první ejakulaci a mění se hlas. Přibližně v 15 letech začínají růst vousy (Thorová, 2015). Tělesná atraktivita má v dospívání vysokou hodnotu (Vágnerová, 2000).

Změny probíhají i na úrovni mozku a jeho fungování. Jedná se o změny týkající se zefektivnění neuronálních dějů. Mění se také produkce některých neuromediátorů, převážně dopaminu (Steinberg, 2002). Právě dopamin a prefrontální kůra mají zásadní význam na prožívání, chování, osobnost a motivaci jedince (Orel, et al., 2012).

S koncem adolescence již tělesné změny nejsou výrazné a tělesný vzhled adolescenta je srovnatelný s dospělým jedincem. Veškeré změny se ustalují a jedinec je v pozdní adolescenci plně tělesně připraven pro vstup do dospělosti. Změny však stále probíhají i v jiných oblastech vývoje, jako například v oblasti emocí, myšlení a chování.

1.3 Kognitivní vývoj

Výše jsme popsali dělení, která jsou známá a užívaná České republiky ve větší míře a jsou založena převážně na věku a jeho dělení dle vývoje a jednotlivých autorů (Vágnerová, 1997, 2000; Langmeier & Krejčířová, 2006). Budeme se zabývat dalšími oblastmi vývoje se zaměřením na psychosociální zrání, ale i myšlenkové operace. V rámci kognitivního rozvoje u adolescentů dochází ke kvalitativním změnám v oblasti kognitivní činnosti, především v rozvoji myšlení a intelektu. Celý tento proces je značně individuální a nelze jej přesně definovat. Dospívající uvažuje logicky a snaží se své úvahy srovnávat, případně i konfrontovat s dospělými a prosadit si svou, často velmi idealizovanou představu (Dolejš, et al., 2014; Langmeier & Krejčířová, 2006).

Pokud bychom se více než věkem orientovali na základě vývojových období psychosociálního vývoje, věnovali bychom se Eriksonovým osmi etapám (Erikson, 2002), podle nichž s nástupem puberty přichází pátá etapa vývoje označována jako „Identita proti konfuzi rolí“ a s nástupem puberty končí vlastní dětství a začíná mládí. Pro dané období je typický rychlý růst spojený i s pohlavní zralostí. Pro jedince je důležité, jak vypadá pro své okolí ve srovnání se svými pocity. Ego identitu tvoří právě to, že jedinec pomocí opakovaných zkušeností zjistí, že vnitřní neměnnost se shoduje s neměnností jedincova významu pro okolí. Erikson (2002) také uvádí jistá nebezpečí v podobě difúznosti, která, pokud je založena na pochybnostech o sexuální identitě, může být příčinou delikvence, či až psychotické poruchy. Případně ve snaze udržet si svou integritu, ztrácejí svou identitu v úsilí o ztotožnění se s vedoucím či hrdinou party či první láskou. *„Mysl adolescenta je v podstatě myslí ve stavu moratoria, psychosociálního stádia mezi dětstvím a dospělostí, mezi morálkou, již se dítě naučilo, a etikou, kterou má rozvíjet jako dospělý. Je to mysl*

ideologická a je to skutečně ideologický pohled společnosti, jenž nejvýrazněji oslovuje právě adolescenta, který touží být respektován svými druhy a je připraven být potvrzen pomocí rituálů, víry a programů, jež zároveň určují, co je zlé, zlověstné a nepřátelské.“ (Erikson, 2002, 239).

Dalším členěním, které je možné použít, je členění dle stupňů inteligence a myšlenkových operací (Piaget, 1970), přičemž pro věkovou kategorii využitou ve výzkumu jsou důležité etapy konkrétních operací (7/8–11/12 let) a formálního myšlení (11/12) let a celé období adolescence). „*Konkrétní operace tvoří přechod mezi činností a obecnějšími logickými strukturami, které předpokládají kombinatoriku a strukturu „grupy“*“ (Piaget & Inhelderová, 2007, 91). Jde tak o postupné vytváření vzájemných vazeb skládajících se ze sjednocování přímých operací pokládaných za pravdivé. O „grupování“ můžeme hovořit, až se pohyblivé operace stanou reverzibilními a budou se moci deduktivně sjednocovat, neboť se bude jednat o stále uzavřený systém. Konkrétní operace vedou k obratu k nereálnému a k budoucnosti, a tedy k formálním logickým operacím. Jde o logické soudy a úsudky organizované ve spojitosti s jejich obsahy, které jsou často usuzované pouze v předpokládané formě, kdy subjekt rozlišuje mezi formou a obsahem (Piaget & Inhelderová, 2007). Sternberg (2002) uvádí i další studie kognitivního vývoje. Například Case (1992 in Sternberg, 2002) se přiklání k abstraktnímu pojmenování. Popisuje, že v období adolescence jsou abstraktní struktury pojímány bez závislosti na konkrétních objektech. Stejně tak Fischer (1980 in Sternberg, 2002) stádium kognitivního vývoje pojmenovává jen jako „Abstraktní“. Jednání na základě formálních operací však není voleno na denní bázi, ale spíše při řešení akademických problémů, v každodenním životě jsou upřednostňovány spíše méně racionální způsoby rozhodování a jednání (Dolejš, et al., 2014).

Pro adolescenci je typická také změna charakteristiky paměti, a to jak dlouhodobé, tak i krátkodobé. Snižuje se poměr mechanické paměti oproti paměti logické, která vyžaduje hlubší porozumění a systematické přiřazování nových podnětů k těm již dříve vytvořeným. Zvyšuje se také celková kapacita paměti (Čačka, 2000). V paměti jsou ukládány jen informace, které jedinec aktuálně potřebuje. Dospívající také dovedou lépe ovládat selektivní pozornost, jsou schopni využít strategie pro její zaměření a udržení (Macek, 2014).

Výzkum zaměřený na možné efekty užívání internetu na kognitivní vývoj v adolescenci (Mills, 2016), kde autorka využívala již provedené studie, zjistil, že přístup k internetu ovlivňuje, jak si je jedinec jistý svými vlastními znalostmi. Jedna z uvedených

studii provedená na vysokoškolských studentech ukázala, že přístup studentů k internetu snížil sebedůvěru jedince ve vlastní odpověď na otázku (Ferguson, McLean & Risko, 2015 in Mills, 2016). Studie také zjistila, že až 50 % adolescentů používá k vypracování domácích úkolů sociální sítě. Využívání sociálních sítí během psaní úkolů nepovažují mnozí z nich za komplikaci (Common Sense Media, 2015 in Mills, 2016).

Do kognitivního vývoje můžeme zařadit i vývoj morální, kde se inspirujeme Kohlbergovými šesti stupni morálního usuzování, ze kterých vyplývá, že 57 % 13–14letých adolescentů dosahuje přelomu druhého a třetího stupně morálního vývoje. Druhá fáze je nejlépe definována uspokojením vlastních zájmů a potřeb, kdy je třeba respektovat zároveň zájmy druhých a okolí. Ve třetí úrovni se člověk zabývá splněním očekávání blízkých lidí, pomocí druhým a dobrými úmysly. Dále bylo prokázáno, že 16 % 13–14letých a 44 % 16–18letých již překročilo tuto pomyslnou hranici a orientuje se více na třetí fázi (Kohlberg, 1987 in Heidbring, 1997).

1.4 Emoční vývoj

V rámci emočního vývoje je postupem času nahrazena rodina vrstevníky, kteří zajišťují uspokojení potřeby citové jistoty a bezpečí (Vágnerová, 1997). Narůstá potřeba dospívajícího ovládat svůj vlastní život (Macek, 2003). Adolescent hledá oporu jinde než v rodině a nachází ji převážně mezi svými vrstevníky a kamarády, osamělost je v tomto období nepřijatelná a riziková pro jeho vývoj. Adolescenti vyhledávají jedince s podobným názorovým i socioekonomickým statutem, jelikož se zde jedná o podporu jistoty na základě vzájemného ztotožnění se. Je důležité, aby proces nastolení vlastní identity proběhl za pomoci kladné sociální zkušenosti, ve které bude zahrnut prožitek intimity, přátelství a lásky včetně obavy z jejich ztráty (Dolejš, et al., 2014). Jedinec v adolescentním věku se již dokáže vcítit do zcela odlišného jedince, avšak není dostatečně zralý na to, aby jeho odlišnost akceptoval a toleroval jeho pohled na svět a strategii ve světě (Vágnerová, 2000). První lásky jsou potřebou poznání a sebepoznání, z tohoto důvodu tyto lásky nemají dlouhého trvání, jelikož na něj nejsou adolescenti dostatečně zralí (Vágnerová, 1997).

„Dospívání je obdobím přechodu od vnitřní dočasně neuspořádané impulzivní až k sebeovládání a sebeusměrňující emocionalitě zralé kultivované dospělosti“ (Čačka, 2000, 250). Pro adolescentní období je typická i zvýšená emoční labilita a nepřiměřenost emocí. Nálada se stává více proměnlivou a intenzivní, avšak zároveň velmi krátkodobou

záležitostí. Emoční reakce jsou spíše impulzivní s nedostatkem sebeovládání (Čačka, 2000; Langmeier & Krejčířová, 2006). Dolejš a Orel (2017) provedli výzkum ve Zlínském a Moravskoslezském kraji na vzorku 2 417 žáků a studentů ze základních škol a gymnázií. Celkově je v obou krajích 7,72 % těch, kteří získali 70 a více bodů v testování impulzivity ve Škále impulzivity Dolejše a Skopala. Autoři zjistili, že impulzivní jedinci jsou dvakrát častěji terčem hrubého zacházení od spolužáků, mají i mnoho zkušeností s krádežemi a vandalismem, jakož i významně častěji a ve větší míře holdují alkoholu, tabáku či dalším drogám (Dolejš & Orel, 2017).

Vyvíjí se také sebepojetí, které se propojuje s dospělou identitou. Dalším faktorem, který se proměňuje, je i sebehodnocení. Po prudkém poklesu sebehodnocení v počátku adolescence následně kolem 15.–16. roku opět narůstá (Langmeier & Krejčířová, 2006), avšak k tomuto propadu nedochází u všech. Výzkum Orla, Obereignerů a Mentela (2016) ukázal, že sebepojetí je stabilní v čase u obou pohlaví. Autoři na vzorku 8 111 respondentů (3 601 chlapců a 4 510 dívek) ve věku 9–21 let srovnávali subškály dotazníku PHSCS-2 a zjistili, že jsou nezávislé na věku a pohlaví, kromě dvou subškál: a) Nepodléhání úzkosti, kde dívky skórují o něco méně, avšak jedná se o malé rozdíly a b) Přizpůsobivost, kde dívky dosáhly vyššího skóre. Pro adolescenty je typická zvýšená unavitelnost, kolísání aktivační úrovně neboli střídání aktivní fáze s ochablostí až apatií. V časně adolescenci kolísá sebehodnocení i sebecit (Macek, 2003). V rámci adolescence je potřeba počítat i se zvýšenou mírou sebereflexe, egocentričnosti a zvýšenou potřebou sebehodnocení (Macek, 2014), což může souviset s hormonální proměnou v dospívání (Vágnerová, 1997). Celková emoční nevyrovnanost souvisí s výkyvy v oblasti sebehodnocení. Zhodnocení vlastních změn v průběhu dospívání a jejich časný nástup má větší negativní vliv na sebehodnocení u dívek než u chlapců (Macek, 2003). Obecně se ale sebehodnocení v průběhu dospívání stabilizuje a stále méně podléhá situačním proměnným. Pozitivní sebehodnocení se odvíjí převážně od přijetí vlastní hodnoty (Macek, 2014).

Dospívající jsou také často stavěni do sociálně nevýhodné situace, a to z důvodu jejich zvýšené přecitlivělosti, proměnlivosti nálad a snížené frustrační toleranci. Tyto projevy jsou v mezilidských vztazích hodnoceny jako negativní, a tudíž i negativní reakce vyvolávají a zvyšují tak pocit odmítání i nejistotu adolescentů. Jedinci sami nemají ve svých emocích jasno, či je neumí dostatečně verbalizovat. Vznikají tak pocity trapnosti, obavy z výsměchu či nepochopení (Vágnerová, 2000). Hledání identity a pocity s tím související mohou vyústit až v rizikové aktivity, které pomáhají jedincům toto nelehké období zvládat (Dolejš, Skopal, Suchá & Vavrysová, 2016). Jedná se tak o velmi nelehké

období plné pocitů, se kterými je potřeba postupně pracovat, aby adolescent mohl dozrát do dospělého jedince bez realizace rizikových aktivit, které by byly zničující. Nejedná se o lehké období ani pro rodiče, kteří jsou často jedním a chováním svých potomků zaskočení a vnímají jej jako dítě „zkažené“ vrstevníky (Matějček, 1986).

Důležitou úlohu v dospívání hraje také transcendentno neboli hodnotová orientace. Objevují se otázky po smyslu života. Jádrem osobnosti pro mnohé adolescenty je i potřeba vztahovat se k něčemu, co nás jako lidi přesahuje. Hovoříme poté o spirituální identitě (Říčan, 2007).

1.5 Sociální vývoj

Adolescenti se mnohem více váží na kamarády a spolužáky a snaží se tak o postupné odpoutání od rodiny. Pokouší se zařadit do specificky zaměřených part (někdy i gangů), které určují jejich další směřování, a to jak v oblasti hudby či oblékání, tak například i v oblasti rizikového chování (Skalková, 1996; Smolík, 2010). Partu mohou v mnoha případech nahradit sportovní, umělecké či jiné kroužky a další volnočasové aktivity, kdy i tyto skupiny mají nezměrný vliv na utváření osobnosti adolescenta, ale i jeho potíží, které vznikají převážně v sociálním prostředí (Dunovský, 1999). Jde také o touhu adolescenta být v kolektivu vrstevníků oblíbený a strach, že jej v případě nesouhlasu skupina vyloučí. Jedinec se tak učí konformitě. Konformita se častěji objevuje u jedinců ve věku 13 až 14 let, či u jedinců s nižším socioekonomickým statusem nebo nedostatečným rodinným zázemím. Vyskytuje se více u adolescentů, kteří se potýkají s vyšší emoční nevyrovnaností, sugestibilitou, nevhodnou sociální pozicí v kolektivu nebo s fyzickým či fyziologickým stavem při únavě, stresu, požití alkoholu či jiných návykových látek (Dolejš, et al., 2014). Mezi rodiči a adolescentem se objevuje odlišné vnímání světa a často díky tomu vzniká mezigenerační konflikt, který nesmí zůstat bez povšimnutí, protože může vést k velkým problémům například v oblasti užívání drog či v delikventním chování (Dolejš, 2010a,b).

Například Smik (2001 in Ambrózová, Labáth, Smik & Štúrová, 2001) dělí sociální změny v adolescenci na změny vůči vrstevníkům, změny vůči dospělým autoritám a změny ve vztahu k opačnému pohlaví. První z uvedených spočívá v přeměně závislosti malého dítěte na rodiči na emancipaci vůči citovému i názorovému vlivu rodičů. Dochází k tvorbě nových citových a sociálně důležitých vazeb. Druhá změna velmi úzce souvisí se

změnou první, kdy se jedinec snaží neztratit vztahy s rodiči, ale zároveň se snaží o úspěch ve skupině. Často však jde o ambivalentní, či až protichůdné tendence, na jejichž základě vzniká v dospívajícím jedinci velký emocionální zmatek. Na něj jedinci reagují citovým i sociálním selháním, které může být velmi bolestně prožívané a může vést až k rozvoji poruch chování (Smik, 2001 in Ambrózová, et al., 2001). Poslední zmíněná změna se týká vztahů k opačnému pohlaví, které dostávají erotický charakter a opět vyvolávají velké množství nejistot a citových problémů (Smik, 2001 in Ambrózová, et al., 2001).

Za teorii nezařaditelnou mezi kognitivní, emoční, ale i biologický systém člověka považujeme Freudovu teorii psychosexuálního vývoje. Jde o vývoj člověka ve spojení s energií sexuálního pudu, kdy se libido koncentruje do určité části těla. Na základě tohoto modelu Freud vysvětloval psychické poruchy s převahou neuróz. Období dospívání a právě věk 11–19 let spadá i ve Freudově vývoji do dvou stadií, a to do stadia latence a genitálního období. Latentní část má počátek kolem 5. roku věku, kdy dochází k postupnému útlumu infantilní sexuality, a končí v období puberty, tedy přibližně ve 12 letech. V období latence je vyřešen Oidipovský či Elektřin komplex. Dané období zasahuje náš vzorek minimálně. Genitální fáze je již poslední etapou, kterou sexuální vývoj člověka prochází. Jde o organizaci pudových impulzů pod nadvládou genitálních orgánů. Avšak genitálního charakteru dosáhne pouze biologicky i psychosociálně zralá osobnost. Věkově je možné genitální fázi zařadit od 12 do 16 let (in Fürst, 1997; in Hall & Lindzey, 1999; in Kern, Mehlová, Nolz, Peter & Winterspergerová, 1999).

Daná kapitola sloužila k uvědomění si změn, které v tomto období adolescent řeší. Celkově je kapitola zaměřená na popis dospívání. Další kapitola bude stejně tak zaměřena na adolescenty, avšak specificky na jejich osobnost. Naše pozornost bude směřovat nejprve k obecnému popisu osobnosti adolescentů a následně se stočí k jednotlivým osobnostním rysům.

2 Osobnost adolescenta

Spolu s celkovým vývojem jedince se postupně proměňuje i osobnost adolescenta. Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, vývoj jedince je velmi individuální záležitostí a odvíjí se od dispozic každého člověka, a proto by měl mít i vývoj osobnosti své místo ve vývoji celého dospívání. „*Vývoj osobnosti znamená komplexní a celoživotní přeměnu člověka z biologického v jedinečné lidské bytí*“ (Cakirpaloglu, 2012, 52). I výše uvedené teorie psychosexuálního vývoje S. Freuda, Eriksonovu teorii osmi věků či Kohlbergovu teorii morálního vývoje (Frick, 1995) lze zařadit mezi rozvoj osobnosti a není tak jednoduché odlišit osobnost jedince a jeho vývoj do dospělosti. Není možné vývoj osobnosti zařadit pouze do jednoho období. Těžko hledáme jednotlivé fáze, předěly mezi stadii, kam by vývoj osobnosti mohl patřit. V životě však existují výrazné biologické, ale i sociální změny, se kterými se musí každý člověk jako osobnost vyrovnat. Jedním takovým obdobím je právě dospívání (Langmeier & Krejčířová, 2006). Allport (1961) pokládá vývoj osobnosti za zcela individuální a celoživotní proces, ve kterém se prolíná mnoho faktorů, jako například dědičnost, prostředí a další subjektivní i objektivní činitele. Nyní popíšeme osobnost adolescenta z globálního pohledu a v následujících podkapitolách se již zaměříme specifika některých osobnostních rysů a jejich popis.

„*Osobností se člověk nerodí, nýbrž se jí stává v období, kdy se u něho začne vytvářet specificky lidská organizace a dynamika duševního života, a kdy se tedy stává člověkem i psychicky*“ (Nakonečný, 1995, 40). Stejně tak Říčan (2010, 163) uvádí, že „*veškerý psychický vývoj je zároveň formováním osobnosti*“. V rámci vývoje osobnosti bývá zmiňována také dědičnost. V případě osobnostních rysů se uvádí podíl dědičnosti přibližně 40 %, přičemž temperament prokazuje těsnější vztah k dědičnosti než charakter, u kterého nebyl vztah k dědičnosti prokázán (Čáp, 1996).

Adolescence je popisována jako období emoční lability, častých změn nálad, změny hodnotového řebříčku, ale také utvoření trvalejších a hlubších zájmů (Langmeier & Krejčířová, 2006). V adolescenci také roste touha objevovat a zkoušet nové a vzrušující zážitky. V některých případech se jedná o nežádoucí, společností nepřijatelné chování či jednání (Matoušek & Matoušková, 2011). Freud udává, že veškeré osobnostní problémy vznikají s neuspokojením potřeb ve fázích orálního, análního a falického vývoje (Fürst, 1997; Hall, Lindzey, 1999; Kern, et. al 1999). Cattell je přesvědčen, že některé osobnostní rysy jsou ovlivněny genetickými faktory, mezi něž patří houževnatost, impulzivita,

agresivita a další. V tomto předpokladu se shoduje s Eysenckem. Ten řadí všechny základní charakteristiky mezi zděděné (Cakirpaloglu, 2012).

V adolescenci dochází také k fyziologickým změnám v/na mozku, které ovlivňují formování člověka i jeho osobnosti v tomto období. Výzkumníci se stále častěji věnují výzkumu mozku v adolescenci a zjišťují změny ve struktuře i funkci mozku. Je možné usuzovat, že za růst rizikového chování a impulzivitu v adolescenci může právě vývoj mozku a změny na mozku, a to převážně orbitofrontální kůra, kterou doplňuje rychlý vývoj nucleus accumbens (část mozku v systému odměn). Při užívání návykových látek často vzniká závislost v adolescenci rychleji (Fegert, et al., 2009).

Za první předvědecké teoretiky psychologie osobnosti můžeme považovat již Hippokrata, Galéna z Pergamu, Platóna, Aristotela, Plutarcha aj. (Hall & Lindzey, 1999; Cakirpaloglu, 2012). Za první teorii osobnosti můžeme považovat Platónovu definici, jež ji dělí na „rozum, smělost a žádostivost“, které považuje za tři hlavní dimenze osobnosti (Říčan, 2010, 21). Hippokrates a Galénos rozlišovali 4 druhy temperamentu dle převládajících tělních tekutin (Cakirpaloglu, 2012; Říčan, 2010; Blatný, et al., 2010). Jednou z koncepcí, které uvádí Říčan (2010), je i popis osobnosti jako psychické individuality člověka, kdy tímto pojetím chápe určitou jedinečnost či odlišnost od jedinců stejného pohlaví či věku a chápe psychologii osobnosti jako vědu o individuálních rozdílech. Allport (1937 in Tardy, 1964; in Hall & Lindzey, 1999; in Nakonečný, 1995) formuluje ve své práci až 50 různých definic osobnosti. Rok 1937 je i rokem, který je určován jako vznik psychologie osobnosti, a to právě již zmíněným dílem Allporta „Personality: A Psychological Interpretation“ či dílem Stagnera „Psychology of Personality“ (Cakirpaloglu, 2012). V současné době je užíváno přibližně 15 reprezentativních pojetí osobnosti, která velkou měrou závisí na zaměření psychologie, na jejím předmětu i metodologii (Nakonečný, 1995) a mohou tak sloužit individuálnímu pojetí a práci psychologa. Čáp (1996) vymezuje osobnost jako souhrn všech psychických, biologických a sociálních znaků, ke kterým patří psychické procesy, stavy a vlastnosti určitého jedince. Jako podstatnou Čáp (1996) vnímá také příslušnost každého člověka k určité rodině, školní třídě nebo pracovišti či národnosti a kultuře, což ovlivňuje prožívání, motivaci a psychické vlastnosti.

Za důležité považujeme i podotknout, že se věnujeme osobnostním rysům, jako dlouhodobějším charakteristikám osobnosti. Některé z námi uváděných charakteristik je možné vnímat i jako krátkodobý psychický stav. Dochází však k velkému překryvu mezi stavem a rysem. Takto je možné rozlišovat agresi, kde se jedná o stav a agresivitu, což je

osobnostním rysem (Dolejš, et al., 2016), úzkost (stav) a úzkostnost (rys) (Čerešník, Dolejš & Skopal, 2017) nebo také deprese (stav) a depresivita (rys osobnosti) (Dolejš, Suchá, Charvát, & Skopal, 2018) aj.

V následující části se zaměříme na popis jednotlivých osobnostních vlastností a rysů z pohledu rodiny a školy. Popíšeme i výzkumy, které byly v oblasti osobnosti adolescentů provedeny.

2.1 Osobnost adolescentů z pohledu rodiny

Jak již bylo popsáno výše, období adolescence je etapou života, ve které dochází k razantním změnám nejen fyzickým, ale také psychickým, sociálním, dále také ke změnám osobnostních vlastností (Vágnerová, 1997; Macek, 2006). Pro adolescenta je stále důležitá i rodina a právě rodina se úzce podílí na rozvoji osobnosti. Kohoutek (1986) popsal, jak rodina utváří osobnost dítěte a ovlivňuje ji (tabulka 1).

Jistou podobnost vidíme i v teorii attachmentu neboli vztahové vazby, citové vazby, teorie připoutání aj., jejímž autorem je J. Bowlby, který ji definoval v roce 1969 v publikaci Attachment (Bowlby, 1982). Definuje ji jako neviditelné emocionální pouto, které spojuje specifickým způsobem dvě osoby v čase a prostoru. Dítě se totiž rodí s predispozicí hledat si osobu pro bezpečnou vztahovou vazbu, která mu poskytne ochranu, péči a podporu k čemuž dochází v průběhu prvního roku života dítěte (Brisch, 2011a). Attachment dále rozdělila Ainsworthová na tři typy, a to jistý neboli bezpečný attachment, vyhýbavý a ambivalentní attachment (Bowlby, 1988). V osmdesátých letech 20. století byl model rozšířen o další typ, a to dezorganizovaný (Mainová & Solomonová, 1986). Typy attachmentu zahrnují typ jistý a tři typy nejistého citového připoutání (Bowlby, 2010, 2012). Například Brisch (2011b) dělí vztahovou vazbu u dítěte takto: a) Jistě připoutané dítě; b) Nejistě připoutané děti a vyhýbavé; c) Nejistě připoutané děti a ambivalentní a poslední d) Dezorganizovaná nejistá vazba. Následně si popíšeme, jak dítě na který typ attachmentu reaguje.

Tab. 1: Rodičovské postoje a jejich vliv na utváření osobnosti

Postoj rodičů	Charakteristika postoje	Výchova dítěte	Reakce dítěte
Akceptace	Dítě činí domov normálním, klasickým, zajímavým, je plnou součástí domova	Něžná, hravá, trpělivá	Normální vývoj osobnosti
Otevřené odmítání	Dítě nenávidí, obtěžuje je, je jim na obtíž	Zanedbávající, drsná, vyhýbá se kontaktu s dítětem, jsou zde přísné tresty, chybí odměny a ocenění	Agresivita, zanedbanost, afektivita, apatie, nedostatek sebejistoty
Perfekcionismus	Chtějí dítě změnit, nechtějí, aby bylo takové, jaké je v současné době	Zneuznávající, kritická, nátlaková	Slabá sebedůvěra, konformita
Hyperprotektivita	Dítě je nadměrně milováno, cítí, že se pro něj obětují	Rozmazlující, hýčkájící, přehnaně shovívavá, či velice dominantní	Opožděné zrání, prodloužená závislost na otci či matce, způsoby rozmazleného dítěte

Zdroj: Kohoutek (1986), upraveno pro potřeby práce.

Jistý neboli bezpečný typ attachmentu je charakteristický přijetím dítěte v rodině. Rodič je otevřený ke kladným, ale i záporným emocím dítěte, je pro něj příjemná psychická i fyzická blízkost dítěte. Rodič reaguje citlivě a je důsledný, chválí dítě za snahu a přijímá jej i v případě, že dítě udělá chybu. Prostředí je pro dítě strukturované a konzistentní. Dítě má snahu objevovat svět a tendenci světu porozumět. Učí se novým věcem. Cítí se milované, v bezpečí a schopné. Při odloučení od matky dítě projevuje výrazné vazebné chování. Na návrat matky reaguje radostně, vyhledává tělesný kontakt

s matkou (vzetí do náruče aj.) (Brisch, 2011a; Kovařovicová, osobní sdělení 7. 12. 2017). Vazba je spojena s nízkou anxiétou a nízkou vyhýbavostí. V dospělosti je možná otevřená komunikace o pocitech, názorech a o okolním světě. Osoby s jistou vztahovou vazbou jsou schopny regulovat své prožívání a jednání, zažívají méně stresu, jsou odolnější a zvládají afekty druhých lidí (Lečbych & Pospíšilíková, 2012).

Vyhýbavý typ attachmentu je charakteristický snahou o minimalizaci negativních emocí dítěte, dítě je velmi vyhýbavé s nízkou mírou prožívané úzkosti. Dítě je často velmi samostatné, nespolehá se na okolí, okolí na dítě nemá čas a dítě chválí právě za jeho samostatnost. Výchova dítěte je zaměřena na vyhýbání se emocím a kontaktu s dítětem, plnění různých úkolů, ne na vnitřní svět. Dítě při odloučení od matky nedává najevo výrazné vazebné chování. Dítě si hraje dál, avšak s menším zaujetím. Na návrat matky reaguje odmítnutím a nechce být konejšeno. Pocity jsou pro dítě tak děsivé, že se jim radši vyhne, snaží se vše zvládat samo, bez pomoci okolí. V dospělosti se jedinci jeví jako emočně chladní, s odstupem od intimních vztahů, znehodnocují důležitost vztahů a čekají od ostatních odmítnutí (Brisch, 2011a; Kovařovicová, osobní sdělení 7. 12. 2017; Lečbych & Pospíšilíková, 2012).

Ambivalentní typ attachmentu se vyznačuje přemírou emocí. Emoce jsou velmi zahlcující, lidé v blízkém okolí jsou nespolehliví a nejde na nich být závislý, svět také není bezpečné místo. Rodiče jsou jednou odměňující, jindy za stejnou věc ovšem trestají. Výchova nemá hranice a limity, dítě není učeno zvládat své emoce, které se tak stávají zahlcujícími. Dítě se cítí jako nehodné lásky ostatních, má slabou sebedůvěru i sebehodnotu, vyžaduje pozornost, prožívá nadměrnou úzkost. Při odloučení od matky dítě projevuje nadměrný stres a pláče, i po návratu matky je obtížné jej ukonejšit. Vyjadřuje potřebu tělesného kontaktu, ale stejně tak se může k matce chovat agresivně. V dospělosti jedinci působí ustrašeně, úzkostně, závisle (Brisch, 2011a; Kovařovicová, osobní sdělení 7. 12. 2017; Lečbych & Pospíšilíková, 2012).

Posledním typem attachmentu je dezorganizovaný, který se projevuje dezorganizovaným chováním dítěte. Dítě je v rodině zdrojem strachu, charakteristický je nezájem o dítě, trestající výchova, dítě spouští traumatické zážitky rodiče. Rodiče nejsou schopni naplňovat potřeby dítěte a dítěti je projevován nezájem, v případě kontaktu se objevuje spíše agresivita a nezvládnutí emocí. Výchova je nekonzistentní, nespolehlivá, bez hranic a limitů, zároveň ale trestající. Stejně tak i děti reagují velmi nepředvídatelně. Vykazují stereotypní vzorce chování i pohybů jako chůze v kruhu, zamrznutí pohybů, strnulost výrazu. Tento typ attachmentu se vyskytuje často u dětí s traumatickými

zkušenostmi a v rizikových skupinách (Brisch, 2011a; Kovařovicová, osobní sdělení 7. 12. 2017; Lečbych & Pospíšilíková, 2012). I v dospělosti jsou vztahy jedinců poznamenány chaosem a nepředvídatelností, opakují scénář z dětství, kdy nemohou opustit vztahovou osobu, i když se v její přítomnosti trápí. Zažívají časté pocity viny, nejsou si jisti svým jednáním. Jedná se také o významný prediktor pro dušení poruchu (Lečbych & Pospíšilíková, 2012).

V případě, že jeden ze tří typů narušeného attachmentu není terapeuticky zpracován, přenášíme si typ attachmentu i dále do dospělosti (Seitl & Charvát, 2018; Hughes, 2017). Jedná se poté o patologické formy vztahové vazby, kdy všechny tři typy nejisté vztahové vazby narušují i osobnost jedince.

V předložených teoriích se jedná vždy o skupiny jedinců, rodičů a jejich dětí, kdy rodiče na děti působí určitým směrem, který následně ovlivňuje osobnost těchto dětí. Do zdravé adolescence bychom však zařadili převážně rodičovský postoj akceptace či bezpečný typ attachmentu, který v naší populaci převažuje (Kovařovicová, osobní sdělení 7. 12. 2017; Lečbych & Pospíšilíková, 2012). Již Langmeier a Matějček (1968) se věnovali nepřítomnosti pečující osoby či zanedbávání dítěte a označují tento stav jako psychickou deprivaci dětí, což nepříznivě ovlivňuje emoční, kognitivní, sociální, ale i osobnostní vývoj dítěte. *„Funkční rodina s kladným emočním vztahem rodičů k dítěti a trvalou láskyplnou péčí o ně podporuje rozvíjení emočních a charakterových aspektů osobnosti dítěte i jeho schopností. Dysfunkční rodina, zvláště bez kladného a trvalého emočního vztahu k dítěti, popřípadě rodina zanedbávající nebo týrající dítě, nebo život dítěte mimo rodinu zatěžuje až narušuje vývoj a formování osobnosti dítěte.“* (Čáp, 1996, 44). Langmeier, & Matějček (2011, 19) popisují, že je *„nutno uvažovat dokonce o jakési subklinické deprivaci nastupujících generací v podmínkách dnešní stupňované technické civilizace. Ozývají se hlasy, které uvádějí některé současné nepříznivé společenské jevy (vzrůstající delikvenci mládeže, její společenskou ‚neangažovanost‘, stoupající sebevražednost apod.) ve vztahu s nedostatkem citového zásobení a nedostatkem základního pocitu jistoty, kterými patrně trpí děti od časného věku v našich kulturních poměrech více než v dřívějších dobách“*.

Jedním z provedených výzkumů je i výzkum Efendić-Spahić (2013), která se věnuje kvalitě rodinných vztahů a osobnostním rysům u adolescentů. Autorka zjistila, že negativní vztah s otcem i matkou je významným prediktorem pro psychotismus a neuroticismus, kdy obě tyto škály jsou úzce spojovány s antisociálním chováním. Zároveň zjistila, že otcova autoritativní výchova je protektivním faktorem, protože snižuje pocity z

otcova odmítnutí. Má také vliv na absenci depresivních symptomů, což platí pro obě pohlaví.

Takto lze navázat i na další z výzkumů, jako například na výzkum Večerky, Holase a Štěchové (2000), kteří se zaměřili na děti, u nichž byla nařízena ústavní či ochranná výchova, a zjistili, že většina jejich výzkumného souboru (N = 464) žije v neúplné rodině nebo byla vychována jinou osobou, než je rodič. Matka má v těchto rodinách spíše výchovnou funkci a otec se na výchově nepodílí. Oba rodiče také často dosahují nízkého vzdělání. Murray a Farrington (2010) nebo Treiner (2007) ve svých výzkumech zjistili, že mezi rodinné faktory, které se podílejí na rizikosti jedinců, patří i slabý dohled rodičů nad dětmi, násilí v rodině, a to jak mezi dospělými, tak i násilí vůči dětem, kriminalita rodičů, výchova pouze jedním rodičem, velké rodinné systémy či odloučení rodiče od dítěte v průběhu prvních pěti let života dítěte (Murray & Farrington, 2010). Csémy, Hrachovinová, Čáp a Starostová (2014) se zaměřili také na prediktory a rizikové faktory agresivního chování. V oblasti rodiny zjistili, že rizikovým faktorem pro zvýšenou či vysokou agresivitu je špatný vztah k rodičům, volná pravidla v domácnosti, nižší míra kontroly dětí a užívání tělesných trestů v rodině.

2.2 Školní a sociální prostředí a vývoj osobnosti

Škola bývá v současné době mnohými rodiči považována za místo, kde jejich ratolesti obdrží důležité znalosti a vědomosti pro budoucí zaměstnání či získají informace o světě, což svědčí o výkonnostní složce jedinců. Někteří rodiče školu a školská zařízení vnímají i jako určitou náplň volného času dětí a místo, kde jejich dítě získá určitou výchovu, což pro některé rodiče znamená i určitou výchovnou a pečující stránku. Škola má ale i další, pro jedince mnohdy důležitější složky, jednou z nich je i socializační složka neboli začlenění dítěte do společnosti. Vágnerová (1997) uvádí, že povinná školní docházka je důležitou součástí osamostatnění se a dítě se tak stává zodpovědné ve svém konání. Rozvíjení sociálních vztahů, přátelství, přijetí vrstevníky i dospělými je jedním z nejdůležitějších úkolů, kterému jedinci čelí (Hartup & Stevens, 1999; Masten & Coatsworth, 1998), jelikož všechny tyto vztahy rozvíjí sociální kompetence jedince. Fungování ve společnosti vyžaduje mnoho dovedností, jako například emocionální vyjadřování i porozumění či regulaci chování i emocí (Rubin, Bukowski, & Parker, 1998).

Výzkum Večerky a kolektivu (2000) v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy zjistil, že 43,8 % dětí z výzkumného souboru (N = 221) navštěvovalo mateřskou školu. To znamená, že více než nadpoloviční většina predelikventních jedinců nenavštěvovala předškolní zařízení a nemají tak zkušenost s touto formou socializace. Dítě je tímto ochuzeno jak o první pokusy primární prevence a výchovné intervence, tak i nastavení motivace pro školní docházku. Tito jedinci tak považují následnou povinnou školní docházku za zbytečnou a obtěžující. V případě, že děti navštěvovaly mateřskou školu, přibližně v jedné pětině případů se již zde objevily problémy v chování, nejčastěji se jednalo o neukázněnost či sociální a vývojovou zaostalost. Autoři výzkumu také uvádějí, že *„negativní vztah ke vzdělávání (či škole a učitelům, kteří vzdělávání zprostředkují) je závažným kriminogenním faktorem a je možno jej považovat za jeden z možných prediktorů delikventního chování“* (Večerka, et al., 2000, 49). Dalším z faktorů možné rizikovosti je i častá změna školy, ke které dochází jednak z důvodu poruch chování, ale i z důvodu častého stěhování rodiny (Večerka, et al., 2000). K podobným výsledkům došla i Vavrysová (2014), která zjistila, že ze vzorku 52 adolescentů umístěných v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy všichni dotazovaní navštěvovali dvě a více škol před nástupem do zařízení. Tři různé školy navštěvovalo 17 dětí, čtyři školy 12 dětí a 5 a více škol 14 dětí. Nejčastějšími důvody pro změnu školy byl špatný prospěch, stěhování či umístění do jiného ústavního zařízení. Vavrysová (2014) uvádí i důvody k umístění jedinců do ústavních zařízení, jednalo se často o nerespektování autorit, záškoláctví, agresivitu vůči spolužákům, šikanu spolužáků, ale i agresivitu vůči učitelům. Již v mladším školním věku na sebe upozorní učitele přibližně každé třetí dítě některým typem problémového chování, jakým je například zapomínání pomůcek, nepozornost, nepořádnost, nerespektování autorit, lhaní či odmlouvání. Později se toto problematické chování stupňuje, jde poté o záškoláctví, krádeže, verbální i fyzickou agresivitu či užívání návykových látek (Večerka, et al., 2000).

Csémy a kolektiv (2014) se zaměřili také na prediktory a rizikové faktory agresivního chování v oblasti vrstevnických vztahů, kde se rizikovým jeví trávení času s partou ihned po škole a také o víkendech. Dalšími rizikovými faktory byla nižší oblíbenost v kolektivu třídy a nižší společenskost. Poslední nalezenou oblastí je škola, kdy agresivnější žáci považují školu za místo, kde se jim nelíbí a jsou zde také neradi. Učitele hodnotí jako nespravedlivé a cítí, že na ně mají vyšší nároky než na ostatní spolužáky, což může souviset s frustrací a nízkým sebevědomím při nemožnosti zvýšeným nárokům dostát.

„Kriminalita mládeže je jev stále spojený s nezaměstnaností, s nemajetností, s nedostatečným vzděláním, často i s nedokončeným základním vzděláním, s nízkou motivací k práci“ (Matoušek & Matoušková, 2011, 68). Jedinci s výborným prospěchem i motivací ke studiu se vyskytují v zařízeních pouze výjimečně. Naopak se zvyšujícím se ročníkem studia se zvyšuje i počet těch, kteří propadli (Kurelová, Sekera & Kubičková, 2008, Večerka, et al., 2000). Ukazatelem delikvence z pohledu obtíží ve škole může být i některá ze speciálních poruch učení (Mallett, Stoddard-Dare & Workman-Crewnshaw, 2011).

Jako významný prediktor školní docházky, problematického chování ve škole a školního neúspěchu se ukazuje také socioekonomický status, ze kterého dítě pochází (Miech, Essex, & Goldsmith, 2001). Jedním z důvodů je rovněž větší pozornost učitelů, která je směřována k dětem pocházejícím z rodin s vyšším socioekonomickým statutem než k dětem s nízkým socioekonomickým statutem (Rist, 1970 in Miech, Essex, & Goldsmith, 2001).

2.3 Aspekty osobnosti adolescentů

Avšak osobnost jedince nelze definovat pouze těmito kritérii, osobnost je značně složitější konstrukt. Kromě testových příruček k jednotlivým psychodiagnostickým metodám (Dolejš, Suchá, Charvát & Skopal, 2018; Dolejš & Skopal, 2016; Orel, Obereignerů & Mentel, 2016) se často nevyskytují výzkumy zaměřené na běžnou populaci a její popis. Jednotlivé výzkumy se věnují převážně jedincům s psychiatrickým onemocněním, rizikovým či kriminálním chováním nebo se jedná o specifickou skupinu jedinců, která je s běžnou populací srovnávána (Heaven, Ciarrochi, Leeson & Barkus, 2013; Murray, Obsuth, Eisner & Ribeaud, 2016; Zemanová & Dolejš, 2015). Dále se jedná o vyhledávání patologických osobnostních charakteristik v běžné populaci (Benítez Barraza, Sánchez Montero, Serrano Ramírez, 2015). Stejně tak by se dalo věnovat osobnostním charakteristikám z pohledu různých psychodiagnostických metod, jako například Osobnostního dotazníku pro mládež HSPQ (Balcar, 1986), Osobnostního dotazníku NEO – FFI (Hřebíčková & Urbánek, 2001) či NEO – PI-R (Hřebíčková, 2004) aj.

Pro další část textu je potřeba zmínit, že existují jak rizikové, tak i protektivní faktory osobnosti adolescentů. Oba tyto faktory působí na všech úrovních, kde probíhá

komunikace jedince, tedy komunikace s jeho blízkým okolím i společností, ale i se sebou samým. Rizikovými faktory jsou například poruchy emocionality, impulzivita, úzkostnost, deprese i depresivita, vyhledávání vzrušujících zážitků, obtíže v sociálních dovednostech, hostilita, agresivita, nízké sebevědomí i sebehodnocení, traumatické zážitky, obtíže v učení, problémy ve vazbě na matku, slabá rodičovská podpora, nedostatečný zájem a kontrola ze strany rodičů, nedůslednost ve výchově, vulgarity a násilí v rodině, tlak vrstevnické skupiny, vyřazení z vrstevnické skupiny, velký tlak na výkon, nízké očekávání pedagogů či agresivní chování ve třídě. Naopak mezi protektivními faktory patří pozitivní vztah k sobě, emoční stabilita, flexibilita, svědomitost, přívětivost, emocionální podpora ze strany rodičů, jasné hranice i očekávání od dítěte, důslednost ve výchově, rodičovská kontrola, dobrá komunikace ve vrstevnickém kolektivu, odolnost vůči tlaku skupiny, dostatek přátel, dobré vztahy s učiteli, srozumitelná pravidla ve školním prostředí, pozitivní hodnocení, směřování k cíli a řešení problémů aj. (NIDA, 2003; Martanová, et al., 2007; Dolejš, et al., 2014; Miovský, et al., 2015).

Čáp (1996) uvádí, že v případě, že je prostředí dítěte naplněno velkým množstvím lidí, zvyšuje tak toto prostředí tenzi, labilitu, úzkost a agresivitu adolescenta. Agresivitou u českých adolescentů se zabývali například Csémy, Hrachovinová, Čáp a Starostová (2014), Dolejš, Skopal, Suchá a Vavrysová (2016) či studie HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), kterou pro Českou republiku zpracoval autorský kolektiv Madarasová Gecková, Dankulincová, Sigmundová a Kalman (2016) a v níž se Česká republika umístila na pomyslném žebříčku „top 10“ zemí v četnosti rvaček mezi chlapci. Naopak jako aktéři či oběti šikany se čeští žáci zařadili na opačný konec v hodnocení 42 zemí. Csémy a kolektiv (2014) získali data od 3 165 žáků, z čehož bylo 1 654 chlapců. Průměrný věk žáků byl 13,9 let. Výsledky se zabývaly verbální agresí, kdy 69,5 % chlapců a 57,2 % dívek se chovalo hrubě vůči svému okolí či nadávali druhým. Fyzická agresivita byla zaznamenána u 60,2 % chlapců a 22,2 % dívek. Žáci byli dotazováni také na agresivitu vůči učitelům, kdy 44,2 % chlapců a 33,6 % dívek uvedlo, že se chovali hrubě vůči vyučujícím. Napadení učitele sděluje 7,9 % chlapců a 4,0 % dívek, což v přepočtu znamená, že 191 žáků (z toho 60 dívek) z výzkumného souboru 3 165 jedinců napadlo učitele.

Dolejš a kolektiv (2016) se zaměřili na studenty gymnázií ve věku 15–19 let. Celkově se výzkumu účastnilo 2 387 studentů. Zjistili, že chlapci na gymnáziích dosahují vyšších skóre ve faktorech fyzická agresivita, hněv a v celkovém skóru agresivity než dívky. Dále také zjistili, že postupem věku agresivita klesá a čím starší studenti jsou, tím jsou méně agresivní. V rámci studie autoři srovnávali agresivitu s dalšími osobnostními

rysy, jako je depresivita, úzkostnost a impulzivita. Zjistili, že hostilita velmi úzce souvisí s depresivitou a úzkostností. Dále že impulzivita má úzký vztah s hněvem a fyzickou agresivitou (Dolejš, et al., 2016).

Skopal, Dolejš a Suchá (2014) provedli výzkum u vzorku 4 198 žáků, kdy se jednalo o 47,95 % chlapců a 52,05 % dívek, ve věku 10–16 let. Autoři zjišťovali pomocí dotazníku Škála osobnostních rysů u adolescentů (ŠORA) čtyři osobnostní rysy, kterými jsou úzkostnost, impulzivita, nadšenost a rozvážnost. Autoři výzkumu (Skopal, Dolejš & Suchá, 2014) zjistili, že dívky dosahují nižšího skóru oproti chlapcům v osobnostních rysech nadšenost a impulzivita, ale naopak vyšších skóru v rysech úzkostnost a rozvážnost. Srovnání proběhlo také dle typu škol, kdy žáci základních škol jsou úzkostnější, ale i impulzivnější. A studenti víceletých gymnázií naopak dosahují vyšších skóru v rysu rozvážnost (Skopal, et al., 2014).

Čerešník (2016) realizoval výzkum u vzorku 1 829 dětí ve věku 10–15 let na Slovensku. Vzorek rozdělil na tři skupiny dle rizikovosti: nízké, střední a vysoké riziko. Zabýval se rizikovým chováním a jeho vztahem k některým osobnostním proměnným, jako například agresivita, sebehodnocení, úzkostnost, impulzivita, nadšenost a rozvážnost. Zjistil, že jedinci, kteří nevykazují rizikové chování, dosahují vyšších skóru v sebehodnocení oproti rizikově se chovajícím žákům, což potvrzuje i nižší míra sebeúcty u rizikově se chovajících adolescentů a vyšší míra sebesnižování.

Vavrysová a Charvát (2016) srovnávali populaci s jedinci ze zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy (N = 181) pomocí Osobnostního dotazníku pro mládež (HSPQ) (Balcar, 1986, 1992; Cattell, Cattell & Johns, 1984). Jedinci z ústavních zařízení se oproti normě lišili celkově v 9 faktorech, jednalo se o faktory uzavřenost, nízká krystalická inteligence, průbojnost, svévolnost, smělost, citová tvrdost, individualistická zdrženlivost, úzkostná sebenejistota a nedostatek sebevlády. Avšak klinicky významné se jevily pouze škály uzavřenost a individualistická zdrženlivost. Autoři výzkumu (Vavrysová & Charvát, 2016) našli i statisticky významné rozdíly mezi chlapci a dívkami ve výběrovém souboru, a to celkově v 7 faktorech. Dívky jsou uzavřenější, dosahují nižšího skóru v krystalické inteligenci, jsou citově nestálé, jsou vznětlivější, dosahují nižších skóru u faktoru svévolnost a dosahují vyšších skóru ve faktoru úzkostná sebenejistota, kdy chlapci naopak vykazují sebedůvěru. Zajímavým faktorem je i faktor smělost, kde obě pohlaví dosahují kladného pólu, avšak chlapci dosahují vyššího skóru (Vavrysová & Charvát, 2016). Podobný výzkum provedla i Stejskalová (2008), která srovnávala skupinu 20 delikventních a 20 nedelikventních jedinců. Zjistila statisticky významné rozdíly

v osobnostních faktorech oproti nedelikventním jedincům v pěti faktorech: uzavřenost, nízká krystalická inteligence, průbojnost, individualistická zdrženlivost a úzkostná sebenejistota. Již v samotné příručce k metodě HSPQ (Balcar, 1992) je uveden výzkum Škrabala (1979 in Balcar, 1992), který se také zaměřil na delikventní mládež. Škrabal (1979, in Balcar, 1992) zjistil, že delikventní jedinci se oproti normě odlišují v osmi faktorech: uzavřenost, nízká krystalická inteligence, citová nestálost, svévolnost, plachost, individualistická zdrženlivost, úzkostná sebenejistota a nedostatek sebevlády. Pro přehlednost uvádíme tabulku č. 2 zjištěných faktorů u delikventní mládeže.

Tab. 2: Zjištěné faktory osobnostního dotazníku pro mládež u tří různých skupin delikventní mládeže

Faktor/studie	Škrabal (1979)	Stejskalová (2008)	Vavrysová, Charvát (2016)
A-	zjištěno	zjištěno	zjištěno
B-	zjištěno	zjištěno	zjištěno
C-	zjištěno		
D+			
E+		zjištěno	zjištěno
G-	zjištěno		zjištěno
H+			zjištěno
H-	zjištěno		
I+			
I-			zjištěno
J+	zjištěno	zjištěno	zjištěno
O+	zjištěno	zjištěno	zjištěno
Q3-	zjištěno		zjištěno

Osobnostními rysy a delikventním vývojem se zabývali také Lachar (1990) či Wang, Hsu, Lin, Cheng a Lee (2010). Jako prediktivní rysy pro rizikové chování či delikvenci uvádějí nízkou empatii, impulzivitu, antisociální tendence, nízkou toleranci, lítostivost, smutek, nedostatek zájmu, interpersonální hostilitu, nerespektování autorit, agresivitu, gender, vnímání rizikových faktorů u otce nebo matky, zdravé sebeuplatnění a

interakci mezi zdravým sebeuplatněním a rizikovým chováním vrstevníků. Dolejš (2010a) tvrdí, že impulzivita je hlavním prediktorem rizikového chování.

Nyní se zaměříme na několik zahraničních výzkumů, které se zabývaly osobnostními rysy u adolescentů. Heaven, Ciarrochi, Leeson a Barkus (2013) se věnovali výzkumu psychotocismu, spokojenosti a svědomitosti u australských dospívajících. Zjistili, že škála psychotocismu může být prediktorem pro nízké sebevědomí a užívání návykových látek. Je také prediktorem chování, které může ohrožovat zdraví jedince. Tito jedinci se často považují za nepřátelské a spojují své ne příliš dobré vyhlídky s tím, že mají slabou sociální základnu oproti jedincům, kteří na škále psychotocismu neskórují zvýšeně. Naopak škála spokojenosti je spojována se sociálním začleněním mezi vrstevníky i do společnosti. Svědomitost se ukazuje jako významný prediktor pro náboženské hodnoty. Murray, Obsuth, Eisner a Ribeaud (2016) se zabývali agresivní osobností u adolescentů ve věku 15 a 17 let a tím, jak agresivní myšlenky přechází v agresivní chování a jaký vliv zde má sebekontrola. Z jejich výzkumu vyplývá, že sebekontrola koreluje s agresivními myšlenkami a agresivní myšlenky jsou podobně stabilní jako agresivita a daly by se považovat v daném výzkumu za osobnostní rys.

Benítez Barraza, Sánchez Montero a Serrano Ramírez (2015) se věnovali osobnostním rysům dle MMPI verze A. Do svého výzkumu zahrnuli 69 participantů ve věku 14–17 let, kdy pouze 17,3 % ze vzorku vyšlo bez klinických indikátorů. Dalších 36,2 % dosahovalo klinických skóre ve škále hypomanie, 29 % ve škále schizofrenie a 21,7 % ve škálách maskulinita-feminita a psychastenie. Na obsahových škálách se jednalo nejčastěji o extravagantní myšlenky, a to v 36,2 % případů, obsese ve 30,4 % případů, úzkost 27,5 % a 26,1 % pro cynismus a 24,6 % pro rodinné neshody.

Takto bychom mohli pokračovat i nadále ve výčtu jednotlivých výzkumů, které byly realizovány za účelem objasnění osobnostních charakteristik u adolescentů. Jak již bylo zmíněno výše, jedná se často o specifické skupiny jedinců, jako například delikventní jedince, či o tvorbu populačních norem a zjišťování výskytu osobnostní rysů v populaci, nebo také zaměření se na konkrétní osobnostní rysy a zjišťování jejich míry v populaci či u rozdílných skupin. V naší práci jsme se zaměřili i na osobnostní faktory spojené s výskytem rizikového chování. Dále se zaměříme na specifické osobnostní rysy, kterými se budeme zabývat i v části výzkumu. Jedná se o depresivitu, impulzivitu, vyhledávání vzrušení, přecitlivělost a negativní myšlení.

2.4 Depresivita / deprese

Slovo deprese vychází z latinského slova *depressio* a je odvozeno od slova *deprimere*, kdy *primere* znamená tlačit a slovo *de* značí dovnitř neboli tlačit dovnitř či stisknout, stlačit ze všech stran (Křivohlavý, 2012). V současné době se jedná o jedno z nejčastějších psychických onemocnění (APA, nedat.) a je řazeno mezi afektivní poruchy neboli poruchy nálady (MKN-10; DSM V). Jak již bylo uvedeno v kapitole 2, na depresi a depresivitu je možné pohlížet z více úhlů pohledu. První z nich je chápání depresivity jako osobnostního ladění, které se vyznačuje smutkem, skleslostí, beznadějí a jinými depresivními projevy. Druhým pojetím je chápání depresivity jako psychického stavu, ve kterém se objevují příznaky deprese. „*Pojetí depresivity jako psychického stavu znamená, že v některém životním období může být depresivita vyšší (oproti normě), po jeho odeznění může být dotýčný bez výraznějších depresivních charakteristik. Jedinci tedy v tomto případě aktuální zvýšené depresivní ladění způsobuje komplikace různého druhu (nezvládnutí školních požadavků, abúzus psychoaktivních látek, narušení vrstevnických vztahů, zdravotní problémy – somatizace)*“ (Dolejš, et al., 2018, 9). Metoda využitá v našem výzkumu se zaměřuje převážně na depresivitu v pojetí psychického stavu (Dolejš, et al., 2018), avšak z důvodu jejího možného chápání jako rysu osobnosti jsme zařadili depresivitu jako podkapitolu osobnosti.

Pojem deprese může popisovat příznaky, syndromy či gnozeologické jednotky (Smolík, 2002). Pomocí slova deprese popisujeme náladu, symptomy i syndromy afektivních poruch. Dle Hartla a Hartlové (2010) se jedná o duševní stav, ve kterém převládají pocity smutku, skleslosti, nerozhodnosti, ztráty zájmů, zpomalení tělesných i duševních procesů. Patří sem i poruchy spánku, nedostatek energie a únava. Jedinci s depresí na sebe berou vinu za vše, co se děje jim i v jejich okolí. Riziko deprese je sníženo u osob, které mají uspokojivé partnerské vztahy a vztahy v sociálním okolí. Tento stav se stává chorobným v případě, že trvá nepřiměřeně dlouho dobu či má nepříznivý dopad na lidské chování. Afektivní poruchy, do kterých deprese spadá, mohou mít velmi různou a variabilní dobu trvání. Jedná se o dlouhodobou záležitost. I pokud je deprese správně léčena, může trvat 3–6 měsíců, v případě neléčené deprese se tato délka prodlužuje až na jeden rok (Orel, et al., 2012). Deprese a depresivní příznaky jsou léčeny pomocí dvou typů léčby, které by měly být kombinovány. Jedná se o psychoterapeutickou léčbu a biologickou léčbu (nejčastěji farmakoterapie). Raboch, Pavlovský a Janotová (2006) uvádějí, že pro depresi či depresivní epizodu jsou typické poruchy nálady, poruchy myšlení

a vnímání, poruchy psychomotoriky. Jedinci s depresí si často stěžují na tělesné obtíže, nespavost, či naopak zvýšenou spavost, sníženou či zvýšenou chuť k jídlu či sníženou sexuální apetenci, kdy tyto obtíže musí být přítomny alespoň po dobu dvou týdnů. Dle Boučka a kolektivu (2006) se jedná o závažné psychické onemocnění mozku, které je charakterizováno chorobným smutkem, sklíčenou náladou, ztrátou sebedůvěry, snížením sebevědomí, pesimistickým obsahem myšlení, neschopností se radovat aj. Je to nezvladatelná duševní choroba, která je však dobře léčitelná pomocí kombinace psychoterapeutické a farmaceutické léčby (APA, nedat.). S ohledem na pesimistický obsah myšlení lze myšlenky nazývat jako černé. Tyto myšlenky mohou narůstat, kumulovat a mohou přejít až za hranici bludu. Deprese se také projevuje ve výrazu tváře a v celkovém postavení těla, kdy deprese tzv. „člověka ohýbá“ (Orel a kolektiv, 2012). Onemocnění depresí je pro jedince velmi závažné a zatěžující, a to jak po stránce osobní a fungování v běžném prostředí, tak po stránce pracovní (Dolejš, Suchá, Charvát & Skopal, 2016).

Epidemiologie udává, že depresivním onemocněním je ohroženo 8–11 % mužů a 18–23 % žen. Tento stav vyžaduje hospitalizaci u 3 % mužů a 6 % žen (Bouček, et al., 2006). Světová zdravotnická organizace (2017) odhaduje, že depresí trpí přibližně 300 milionů lidí, což odpovídá každému pětadvacátému člověku. Deprese je častější u žen a nejvíce jsou ohroženy nastávající či čerstvé matky. Udává se, že poměr výskytu depresivních příznaků je 2 : 1 v neprospěch žen (Lynch, Glod, & Fitzgerald, 2001; Angold, Erkanli, Silberg et al., 2002). Počet osob s depresí se od roku 2005 do roku 2015 zvýšil o 18 %. Až u dvou třetin pacientů jsou přítomny i myšlenky na smrt (Raboch, Cesková, Beran & Pavlovský, 2012; Raboch a kol. 2006). A až 15 % pacientů, z toho dvakrát častěji muži než ženy, spáchá dokončenou sebevraždu (Pidrman, 2006). U mužů se vyskytují odlišné symptomy než u žen. Před diagnózou deprese se muži častěji stávají závislými na alkoholu, jsou podráždění, někdy až agresivní a mají tendenci svalovat vinu na druhé či mnohé ze svých aktivit nadměrně přehánění, tzv. až nadoraz (např. sport, jízda autem aj.) (Löffler, Wagner & Wolfersdofr, 2014). Vznik deprese není jednoznačně dán. „Podle dnešních představ nejsou depresivní poruchy způsobené jedinou příčinou, ale spíše společným působením řady dílčích příčin. Některé z nich jsou vrozené, zděděné, jiné jsou způsobeny vlivy prostředí, v němž nemocný žije, životosprávou, kterou si zvolil, událostmi, které prožil, a sociálním prostředím, ve kterém se pohybuje“ (Praško, Buliková, Sigmundová, 2009, 47). Jedná se tak o vlivy dědičnosti, výchovy, životních událostí, biochemické pochody v mozku, psychologické vlivy, léky, nadměrné užívání alkoholu a jiných drog, ale i mezilidské vztahy (Praško a kol., 2009). Biologická příčina bývá častěji

nalézána u bipolárních stavů a až 25 % příbuzných pacientů s maniodepresivitou trpí některou z forem afektivních poruch. U unipolárních stavů se jedná jen o 15–20 % příbuzných (Raboch a kol., 2006; Praško a kol. 2009). Nedědí se však nemoc samotná, ale predispozice k nemoci. U výchovy se jako predispozice ke vzniku deprese v dospělosti jeví ztráta důležité osoby v dětství, předčasné oddělení dítěte od matky, nadměrně kritická, či naopak rozmazlující výchova (Praško a kol., 2009). V rámci životních událostí je myšleno velké množství změn, které přesahují běžný rámec v krátkém časovém úseku. Určité biochemické pochody v mozku jsou společné pro všechny typy deprese. Jedná se o nízkou hladinu neurotransmiterů neboli dopaminu, noradrenalinu a serotoninu. Pod psychologické vlivy na vznik deprese řadíme nízké sebevědomí, závislost jedince na pochvale, malou asertivitu a obracení vzteku vůči vlastní osobě. Stejně tak některé z léčiv jsou prediktorem pro vznik deprese a jejich vedlejším účinkem je právě deprese, například při léčbě vysokého krevního tlaku. Deprese se může rozvinout i v rámci mezilidských vztahů, a to jak v rodině, tak v práci (Praško a kol., 2009). Některé z depresí jsou podmíněny i sezóně, nejčastěji se vyskytují na podzim a v zimě. Zde předpokládáme souvislost s biorytmicitou (Orel, et al., 2012).

Určitá míra depresivních příznaků však může být běžnou součástí života jedince, aniž by se jednalo o klinický či diagnostický faktor. Depresivní projevy i prožitý smutek jsou tak často součástí vývojových úkolů a jejich požadavků (Dolejš, et al., 2016). Preiss, Vrána a Kuchařová (2010) provedli výzkum u 200 osob ve věku 15 až 92 let, kdy průměrný věk byl 40,37 let ($SD = \pm 17,73$). Autoři výzkumu zjistili, že zvýšenou depresivní symptomatiku vykazují jedinci ve věkové kohortě 15–19 let, která byla ve výzkumu také nejvíce zastoupena, a následně věková skupina 75 a více let. V rámci naší práce vybíráme metodu pro měření depresivity jako psychického stavu, nikoli jako osobnostního rysu, kdy se projevují jednotlivé příznaky deprese a jde tak o individuální charakteristiku, která nemusí dosahovat klinické a diagnostické významnosti. Deprese se projevuje ve třech oblastech, kterými jsou nálada, aktivita a množství energie. Důležité je proto sledovat, za jaké zástupné projevy se může depresivní ladění skrývat (Dolejš, et al., 2016).

2.4.1 Depresivita / deprese u dětí a adolescentů

Depresivní stavy v dětství byly dlouhou dobu považovány za mýtus a převládal názor, že depresivní stavy u dětí neexistují (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kolektiv, 2008; Říčan, Krejčířová a kol., 2009). Bylo to způsobeno náhledem na dětství jako na jedno z nešťastnějších období života nebo na bezstarostnou část života. Deprese se v každém období vývoje dítěte projevuje jinak, a navíc je proměnlivá s věkem. První příznaky pro slabší depresi se objevují ve věku 7–8 let a příznaky pro silnou depresi se mohou vyskytovat ve věku 11–12 let (Kovacs, Freinberg, Crouse-Novak, Paulauskas & Finkelstein, 1984). Průběh deprese také záleží na dítěti samotném. Deprese se vyskytuje u 1–8 % dětí a adolescentů. S depresivitou se zvyšuje i pravděpodobnost suicidia, a to až 20× ve srovnání s běžnou populací. Dívky jsou více ohroženou skupinou oproti chlapcům v poměru 1 : 5 a v pozdějším věku 2 : 5. Avšak některé zdroje uvádějí, že ve věku 6–12 let jsou depresí více ohroženi chlapci (srov. Bernaras, Jaureguizar, Soroa, Ibabe & Cuevas, 2011) a až po 12. roce jsou ohroženější dívky (Lynch, Glod, & Fitzgerald, 2001; Angold, Erkanli, Silberg, Eaves & Castello, 2002).

Etiologie deprese u dětí a adolescentů se nijak výrazně neliší od její etiologie u dospělých. Mezi rizikové faktory pro rozvoj deprese u adolescentů patří psychopatie u rodičů, nevyhovující a konfliktní prostředí v rodině, nedostatečné sociální dovednosti, nízké či nedostatečné strategie pro zvládání stresu, slabé kamarádské vztahy (Malá, 2008). Bowlby (2012) uvádí, že za vznikem deprese v dětství a adolescenci stojí převážně 3 typy nemožnosti či neschopnosti pro navázání citové vazby a jejich kombinace. Prvním typem dle Bowlbyho (2012) může být jedinec, který nikdy nenavázal stabilní a jistý vztah s rodiči a tuto i případné další ztráty bral jako své selhání. Druhým typem je jedinec, kterému neustále opakovali, že je neschopný a že jej nemůže mít nikdo rád. Takový jedinec neočekává pomoc od okolí, ale spíše čeká, že bude odmítnut. Posledním, třetím typem jedince je ten, který prožil opravdovou ztrátu rodiče s důsledky, které nedokázal, vzhledem k jejich nepřijemnosti, změnit a utvrdil se v přesvědčení, že jeho úsilí je odkázáno k neúspěchu. Malá (2008) naopak uvádí 9 teoretických modelů pro vysvětlení deprese. Jsou jimi: a) Analytický model, který ji vysvětluje jako ztrátu milovaného subjektu neboli odloučení od osob, které poskytují pocit jistoty a bezpečí; b) Behaviorální model, jehož základem je nedostatek pozitivního zpevnování; c) Model naučené bezmocnosti, který ukazuje na nedostatečný vztah mezi chováním a jeho důsledky; d) Kognitivní model, který se soustředí na depresi jako strategii negace a negativního pohledu na sebe, svět i

budoucnost; e) Stresový model, který vysvětluje depresi jako nahromadění negativních životních událostí, tento model je důležitý právě u dětí a adolescentů, kde negativní události často vznikají a rozvoji deprese předchází; f) Sociologický model, kde má jedinec nedostatek sociální opory a ocenění od okolí; g) Genetický model, který se zaměřuje na depresi z hlediska specifické vulnerability s důrazem na genetické, temperamentové charakteristiky a zevní podmínky; h) Biochemický model, který není prozatím dořešen a snaží se o výklad pomocí definice psychosyndromů a mozkových celků, které jsou definovány prostřednictvím specifických neurotransmiterů, kdy „84 % *depressivních prepubertálních dětí má sníženou sekreci růstového hormonu v odpovědi na hypoglykémii vyvolanou inzulínem*“ (Malá, 2008, 192); i) Neuroanatomický model, kde u dětí byla nalezena prodloužená REM fáze spánku a zkrácená REM latence (Malá, 2008). Depresivní onemocnění se může nejprve projevovat prostřednictvím tělesných příznaků, jako například zvýšená únava či bolesti hlavy, břicha, a až díky detailnějšímu vyšetření bývá odhalena deprese (Rola, 2007).

Z výzkumu, kterého se účastnilo 592 participantů (z toho 53,6 % dívek) průměrného věku 15,5 (SD = ±0,98), provedeného Arayou, Montero-Marinem, Baroillhetem, Fritschovou a Montgomerym (2013), vyplývá, že dívky a chlapci se liší v míře depresivity. Průměr celkového skóre v metodě BDI II u chlapců (M = 15,33; SD = ±8,50) dosahoval signifikantně nižších skóre než u dívek (M = 22,78; SD = ±10,76). Dívky také dosahovaly vyšších skóre v oblasti pesimismu, očekávání potrestání a agitovanosti. Nejvýznamnější rozdíly byly nalezeny v otázkách týkajících se pláče. Landkamr (2016) provedl výzkum u 269 dívek a 269 chlapců s průměrným věkem 14,6 let. Zjistil, že 83 z nich vykazuje depresivní symptomy v Sebeuposuzovací škále depresivity (CDI), a je tak možné je klasifikovat jako depresivní. Depresivní symptomy vykazovalo 56 dívek a 27 chlapců, což potvrzuje poměr výskytu depresivních symptomů u dívek a chlapců, tedy 2:1. Průměrný skór CDI u dívek byl 13,74 (SD = ±1,47) a u chlapců M = 10,41 (SD = ± 6,83), kdy se tyto výsledky ve výzkumu Landkamra (2016) statisticky významně liší. Štěpo (1998) využil škálu CDI také u dětí s psychiatrickou diagnózou, které srovnával s běžnou populací. Zjistil, že hospitalizovaní jedinci skórují v celkovém skóru CDI o 10 hrubých bodů výše, přičemž nejvýše skórovaly dívky ve věku 13–17 let.

Můžeme se setkat s rozdělením příznaků deprese u dětí mladšího, staršího školního věku a u adolescentů, avšak jen málokdy se dozvíme, jak se dle jednotlivých autorů tento věk dělí, a to z důvodu častě teoretické nejednotnosti a různých přístupů k dělení mladšího školního věku, staršího školního věku a pubescence či adolescence. Z toho důvodu

přístupujeme k popisu příznaků jednotně a popisujeme je jak pro školní věk, tak pro adolescenci a v textu uvedeme pouze typické příznaky pro určité období. Některé z příznaků se však prolínají a často záleží i na dítěti samotném a jeho specifických projevech.

Vágnerová (2008) shrnuje příznaky v dětském věku do pěti základních bodů. Jedná se o: 1) Narušení emočního prožívání, kam spadají příznaky, jako je smutná nálada, neschopnost prožívat radost, beznaděj, úzkost, snížená schopnost zvládat obtíže a neschopnost zvládat negativní emoce; 2) Změny v kognitivní oblasti, kam zahrnuje zhoršení koncentrace pozornosti, ztrátu zvědavosti či zpomalení kognitivních procesů a celkové pesimistické uvažování, snížené sebehodnocení a ve vzácnějších případech i poruchy myšlení a vnímání, jako například sluchové halucinace či bludné přesvědčení; 3) Změny v chování, které nelze jednoznačně charakterizovat a jsou individuální u daného jedince, některé děti jsou oproti svému běžnému chování hyperaktivní, jiné naopak zpomalené a unavené, u starších dětí může být přítomen zvýšený strach ze selhání a případná agrese; 4) Somatické projevy, kam spadají bolesti hlavy a břicha či problémy se spánkem nebo jídlom; 5) Sociální následky, kde dochází ke snížení a narušení sociálního kontaktu a spíše sociální stažení se.

Děti školního věku již začínají verbalizovat své pocity, které lze pozorovat jak ve hře, tak ve fantazii. Součástí bývá nízké sebehodnocení, pocity viny a bezmoci, témata týkající se depresivních zážitků, jako například ostuda, ztráta blízkých, odmítnutí druhými, kritika, neoblíbenost aj. Prvním pozorovatelným faktorem je zhoršení školních výsledků a prospěchu, což je zapříčiněno sníženým soustředěním a koncentrací na učivo, zhoršením kontaktu se spolužáky i ztrátou zájmu o učivo samotné. Může se jednat i o anxieta ze zkoušení, vyvolání před třídou, a tím i předvedení výkonu či ze samotného provedení úkolu. U projevů chování není jednoznačný popis, některé děti reagují na depresi klidem a jistým útlumem, jiné naopak zvýšenou aktivitou, vzdorovitostí a neposlušností. Základním příznakem je však somatizace (bolesti hlavy a zažívací potíže u dívek, zvýšení hmotnosti u chlapců) a chování neodpovídající kontextu situace. Častá je také regrese a somatické stesky. U mladých pacientů se můžeme častěji setkat s atypickou depresí s vegetativními symptomy, která je na rozdíl od deprese u starších osob provázena zvýšenou spavostí a zvýšenou chutí k jídlu. Již u dětí školního věku je třeba počítat s rizikem suicidia (Říčan, et al., 2009; Malá, 2008). Kashani, Rosenberg a Reid (1989) uvádějí, že depresivní symptomatika u 8letých jedinců je spojena se stažením se a pesimismem. U 12letých dětí

se jedná nejčastěji o pesimismus zaměřený na budoucnost a fyzické symptomy, jako například poruchy spánku, nechutenství či bolesti břicha.

Deprese u dětí je nejčastěji reakcí na ztrátu blízké osoby a jiné akutní či chronické traumatické zážitky. Vysoká míra výskytu (až 40 %) je i u dětí s poruchami učení, kde je deprese spojena s opakovaným selháváním a neúspěchem ve škole (Říčan, et al., 2009).

Obraz deprese v adolescenci je již velmi podobný tomu v dospělosti, i přesto jsou zde však pozorovatelné jisté znaky vyskytující se právě v daném období. U adolescentů je typická ztráta zájmu, ztráta komunikace a sociálních kontaktů a určité stažení se ze sociálního života, zhoršení kognice a selhávání ve škole, únava, často zvýšená spavost či naopak nespavost, impulzivita a s ní spojené užívání návykových látek, nedostatek energie a motivace, virtuální smutek, zoufalství a beznaděj, silné kolísání nálad, potřeba být potrestán, zvýšená citlivost na neúspěch a kritiku, zvýšený pocit nudy, bolesti hlavy či břicha, záchvaty pláče, netypické chování jedince a sebevražedné tendence (Malá, 2008; Carr-Gregg, 2011). Právě riziko sebevraždy je v období adolescence velmi vysoké (Říčan, et al., 2009), a to až 6× větší u depresivních adolescentů než u jedinců ve zdravé populaci v tomto věku (Hosák, et al., 2015), a je spojeno s impulzivním chováním (Malá, 2008). Říčan a kolektiv (2009) uvádějí, že oproti dospělým adolescenti zažívají častěji pocity nudy, podrážděnosti, chovají se rizikově a objevuje se úzkost spojená s nadměrnou konzumací návykových látek (Malá, 2008). U adolescentů se také častěji objevuje tzv. tichá rezignace, která se vyznačuje zasněností, izolací či rozladěností nálady (Malá, 2008). Kashani a kolektiv (1989) ve svém výzkumu zjistili, že jedincům ve věku 17 let s depresivní symptomatikou se častěji zdávají noční můry, než je tomu ve zdravé populaci. Rola (2007) také zjistil, že výskyt depresivity je vyšší u adolescentů navštěvující městské školy než u adolescentů z vesnických škol.

2.5 Negativní myšlení / Beznadějnost

Negativní myšlení nebo také Beznadějnost (Hopelessness) je stejně jako Přecitlivělost, Impulzivita a Vyhledávání vzrušení součástí „Škály osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek“ (SURPS) (Dolejš, 2010a, b; Conrod & Woicik, 2002). Slovník APA (VandenBos, 2007) popisuje beznadějnost jako pocit nezažívání pozitivních emocí bez možnosti zlepšení. Beznadějnost je často také součástí depresivních epizod či depresivních poruch, stejně jako se objevuje u pokusů o

sebevraždu či sebevraždu². Conrod a Woicik (2002) i Dolejš (2010a, b) uvádějí, že jedinci, kteří dosahují vysokých skóre v osobnostním faktoru Negativní myšlení, jsou depresivnější, často plačtiví, mají sklony k nadužívání farmak, jako například analgetik, k automedikaci či zneužívání alkoholu. V jednání a chování jsou pasivnější, a tak i více izolovaní od okolního světa a lidí v něm.

Negativní myšlení je také něco, co nás překvapuje u jedinců trpících depresí. Avšak toto oslabení naděje nemusí být pouze příznakem deprese, běžně v životě se totiž ocitáme v situacích, které obtížně překonáváme. Těmito situacemi může být ztráta blízkého, nadměrná únava nebo chvíle, kdy nemusíme čelit jen velkým těžkostem, ale i mnoha malým, kdy se nám zdá, že tyto drobné obtíže neberou konce (Křivohlavý, 2013). Dolejš, Miovský a Řehan (2012) uvádějí, že negativní myšlení má souvislost se strategiemi zvládání stresu a s konformitou. Jsou popsány také tělesné projevy související s negativním myšlením, jedná se o potíže se spánkem, změnu váhy, únavu, tíhu ve svalech, tělesný neklid, nedostatek energie či stažení na hrudi nebo způsoby jednání, kterými jsou neustálá potřeba ujištění, bouchání do věcí, pasivita, společenská izolace a s ní spojené vyhýbání se přátelům či nejbližšímu okolí a vyhýbání se příjemnému (Conrod, Comeau & Stewart, 2004 in Dolejš, et al., 2012). Často se objevuje i několik rysů charakteristických pro pocity beznaděje, jedná se o vyhodnocení informací takovým způsobem, který bere odvalu a vede k pocitům beznaděje. Člověk vnímá pouze věci, které by „měl udělat“ či „udělat musí“, tak, že se mu tyto aktivity nemohou nikdy povést a klade na sebe nadměrné cíle. Dalším rysem je přebírání odpovědnosti za negativní výsledek nějaké situace (Woicik, Steward, Pihl & Conrod, 2009).

Beznaděj bývá dávána do souvislosti právě s depresí. Beznadějnost je brána jako část kognitivní triády deprese. Kognitivní triáda zahrnuje automatické, spontánní a na první pohled nekontrolovatelné negativní myšlenky zaměřené na sebe, na svět a na budoucnost (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979 in Boduszek & Dhingra, 2016). Vznikla také „hopelessness theory of depression“, kde autoři předpokládají, že existuje něco jako beznadějná deprese, jejíž hlavní komponentou je právě beznadějnost (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989). Autoři Waszczuk, Coulson a Eley (2016) se zabývali právě „hopelessness theory of depression“ u dvojčat a sourozenců v adolescentním věku. Zaměřili se celkově na 2 619 dvojčat a sourozenců. Zjistili, že beznadějnost je částečně dědičná. Dále také, že beznadějnost úzce souvisí s depresí, ale není spojena s příznaky úzkosti.

Bylo srovnáno 44 výzkumů z celého světa, které využily Beckovu škálu beznadějnosti u adolescentů. Z daných studií bylo zjištěno, že američtí studenti vykazují

významně nižší skóre beznadějnosti než adolescenti v jiných zemích. Rozdíl v pohlaví nelze prokázat. Bylo nalezeno 10 studií, ve kterých skórovali výše chlapci, a 6, kde ve škále beznadějnosti naopak skórovaly výše dívky (Lester, 2015). Stejný výzkum se zaměřil také na Kazdinovu škálu beznadějnosti, který srovnával 34 studií. Byly zjištěny stejné výsledky v komparaci americké populace a zbylých států. V porovnání pohlaví pomocí Kazdinovy škály beznadějnosti skórovali v 8 studiích výše opět chlapci a ve 3 studiích skórovaly výše dívky (Lester, 2015). Další z výzkumů (McGee, Williams & Nada-Raja, 2001) zkoumal rozdíly mezi dospívajícími chlapci a dívkami v oblastech sebeúcty a beznaděje a jejich vliv na sebevražedné myšlenky. Bylo zjištěno, že u chlapců mají sebevražedné myšlenky základ již v dětství se signifikantními vztahy k nízké sebeúctě a k beznaději. U dívek se prokázal slabý, ale signifikantní vztah sebevražedných myšlenek a sebeúcty (McGee, Williams & Nada-Raja, 2001).

Na Beckovu škálu beznaděje se zaměřili také Szabó a kolektiv (2016). Autoři otestovali 905 jedinců s diagnostikovanou psychickou poruchou a 100 psychicky zdravých jedinců. Zjistili, že jedinci s poruchou nálady skórují v celkovém skóru škály beznaděje nejvýše ($M = 10,41$, $SD = \pm 4,92$), tedy že zažívají nejvyšší míru beznaděje. Druhou poruchou s nejvíce prožívanou beznadějí je kombinace úzkostně depresivní poruchy ($M = 8,85$, $SD = \pm 4,47$), následována fobickými a úzkostnými poruchami ($M = 5,82$, $SD = \pm 4,34$). Neklinická populace dosahovala průměru 2,03 ($SD = \pm 2,11$). Beckova škála beznaděje tak dobře diferencuje mezi klinickou a neklinickou populací a ukazuje na přítomnost negativních myšlenek u psychických onemocnění (Szabó, et al., 2016).

Tavakolizadeh a Ghochani (2017) se zabývali redukcí beznadějnosti pomocí humoru u matek dětí s mentální retardací. Zjistili, že humor snižuje míru beznaděje a je dobrou kognitivní i emoční strategií zvládnání pro matky, které se vyrovnávají s emočními a stresujícími faktory u takto postižených dětí.

Další studie se často věnují rizikovému chování, jako například užívání návykových látek nebo kyberšikaně. Potvrzují to i výzkumy specificky zaměřené na „Škálu představující riziko z hlediska užívání návykových látek“ (Dolejš, 2010a; Conrod & Woicik, 2002). První prezentovaná studie se zaměřila na 3 783 jedinců ve věku 11–15 let. Studie proběhla v Holandsku a autoři (Malmberg, Overbeek, Monshouwer, Lammers, Vollebergh & Engels, 2009) zjistili, že jedinci vykazující vyšší skóre ve škále beznadějnost / negativní myšlení mají vyšší pravděpodobnost užívání alkoholu nebo marihuany v nižším věku. Autoři také zjistili, že čím je vyšší skóre ve škále beznaděje / negativního myšlení, tím je nižší věk prvního užití marihuany (Malmberg, et al., 2009). K podobným výsledkům

dospěl i autorský kolektiv Bainesová, Jones a Christiansen (2017), kteří zjistili, že beznadějnost nepřímo souvisí s motivy k užívání alkoholu a užívání alkoholu predikuje. Hudsonová, Wekerleová a Stewardová (2014) u adolescentů ve věku 15–20 let (N = 83) zjistily, že beznadějnost souvisí s užíváním alkoholu jako strategií pro vyrovnání se s negativními emocemi.

Podobný výzkum byl proveden i ve Francii (Ali, et al., 2016), zde autoři testovali 5 069 studentů ve věku 14–20 let. V předložené studii dosahují dívky v beznadějnosti / negativním myšlení vyšších skóre, než je tomu u chlapců. Ve studii Aliho a kolektivu (2016) bylo zjištěno, že beznadějnost / negativní myšlení se pojí s vyšší tendencí k experimentování s návykovými látkami, a autoři zjistili, že se jedná převážně o tabák a marihuanu. Bolland (2003) se zaměřil na skupinu adolescentů (N = 2 468) ve věku 9–19 let, kteří vyrůstali a žijí v centru města. Zaměřil se na prožívanou beznaděj, agresivní a násilné chování, užívání návykových látek, rizikové sexuální chování a zranění. Zjistil, že 46,8 % mužů ze vzorku pociťuje vysokou míru beznaděje, stejně je tomu u 26,9 % žen. Stejně tak zjistil, že pocity beznaděje předvíдалy všechny zmíněné formy rizikového chování.

Jako poslední uvedeme výzkum zaměřený na beznadějnost / negativní myšlení a jeho souvislost s kyberšikanou. Dilmaç (2017) provedl výzkum u 894 studentů ve věku 15–19 let se zaměřením na kyberšikanu, beznadějnost a hodnoty. Zjistil, že kyberšikanu i beznadějnost nejvíce ovlivňují právě hodnoty, tedy čím větší váhu měly u adolescentů hodnoty, tím byla kyberšikana i beznadějnost nižší. Beznadějnost také ovlivňuje očekávání kyberšikany, tedy pokud se zvyšuje beznadějnost, zvyšuje se také pravděpodobnost kyberšikany (Dilmaç, 2017).

Beznaděj je něco, co se nevyhýbá ani psychologům v rámci terapeutické práce či v rámci krizové intervence. Gerrard (2015) uvádí své pocity beznaděje v rámci psychoterapeutické práce s dvěma klientkami. Stejně tak i v krizové intervenci se může objevovat beznaděj a naštvání vůči lpění klienta na traumatu (Švarc, 2003). Beznaděj tak může přijít i u osob, které se nachází v psychické krizi (Klimpl, 2009).

S beznadějí je možné pracovat i v rámci preventivních programů, jedním takovým je již zmiňovaný program „PREVenture“ (Dolejš, 2010a, 2010b; Šťastná, et al., 2012; Charvát, et al., 2011). V rámci preventivního programu je s adolescenty pracováno na rozpoznání dopadů negativního myšlení a přímo na rozpoznání samotných negativních myšlenek a jejich přehodnocení (Maierová, et al., 2012; Maierová, Charvát, Miovský & Šťastná, 2015; Šťastná, et al., 2012; Charvát, et al., 2011). Robinson a kolektiv (2016) se

zaměřili na intervenci pomocí internetu a 8 modulů, které jedinci absolvují. Moduly jsou zaměřeny na sebevražedné myšlenky, depresi a beznadějnost. Jednalo se o pilotní studii, které se zúčastnilo 21 studentů. U všech studentů došlo ke snížení ve všech zmíněných oblastech. Jednalo se však pouze o pilotní studii bez kontrolního vzorku.

2.6 Impulzivita

Impulzivita je v rámci naší práce brána jako součást osobnostních rysů a je jednou ze subškál „Škály představující riziko z hlediska užívání návykových látek (SURPS)“ (Dolejš, et al., 2012).

Impulzivitou nejčastěji rozumíme „*sklon osobnosti jednat náhle, nepromyšleně, bez úvahy o následcích*“ (Hartl & Hartlová, 2010, 217). Impulzivita je brána jako osobnostní faktor, který se vyznačuje tím, že člověk nejdříve jedná, než domýšlí důsledky svého jednání. Je možné impulzivitou ve zkratce chápat jako tendenci k jednání bez rozmyšlení (Dolejš & Skopal, 2016, Linhartová, & Kašpárek, 2017). Autorky metody SURPS Conrod, Woicik (2002; Woicik, Steward, Pihl, & Conrod, 2009) uvádějí, že impulzivní jedinci mají skony k velmi rychlému, roztržitému, hrubému až agresivnímu jednání. Jdou pouze za krátkodobými cíli a nezabývají se důsledky svého jednání, a to jak v krátkodobém, tak v dlouhodobém hledisku. Tito jedinci se často cítí být obětí tzv. „nefěr“ jednání.

Impulzivita se objevuje v mnoha teoretických konstruktech osobnosti, avšak na poli české literatury je s ní zacházeno velmi skromně. V rámci zahraničních teorií lze uvést například Eysencaka a Eysenckovou (1975). Tito autoři chápali impulzivitou jako sklony k rizikovosti, vyhledávání vzrušení, a také jako specifickou součást psychoticismu či jako složku extraverte v trojrozměrném modelu osobnosti. Cloninger ve svých modelech popisuje faktor tzv. vyhledávání nového, který je složen z vyhledávání vzrušení a preferování jednání na základě pocitů v danou chvíli, aniž by se jedinec pozastavil nad pravidly a omezeními (Cloninger, Przybeck & Svrakic, 1991; Cloninger, Svrakic & Przybeck, 1993). V pětifaktorovém modelu osobnosti je impulzivita jako nízký skóre v jedné ze subškál svědomitosti (Costa & McCrae, 1992). Linhartová a kol. (2017) uvádějí impulzivitou jako vícedimenzionální přístup, avšak popisují, že prozatím není nalezena shoda, jaké dimenze impulzivita obsahuje. Autoři (Linhartová a kol., 2017) také uvádějí, že určitou míru impulzivity mají všichni lidé, a to převážně ve vypjatých situacích, kterými mohou být například časová tíseň, stresující či emočně náročné situace. Dolejš a Skopal

(2016) zjistili, že impulzivita roste do 14. roku věku a poté velmi pozvolna opět klesá. Uvádějí také, že chlapci dosahují vyšší míry impulzivity než dívky. V porovnání studií provedených u českých adolescentů ve věku 11–15 let (Skopal, et al., 2014) a slovenských adolescentů (Čerešník & Gatial, 2014) bylo zjištěno, že čeští adolescenti jsou impulzivnější než slovenští. Ve slovenské studii bylo zjištěno, že mladší chlapci jsou impulzivnější než dívky, avšak u starších adolescentů je tomu naopak, tedy že dívky jsou impulzivnější než chlapci (Čerešník & Gatial, 2014).

Projevy impulzivity jsou velmi individuální a rozmanité, jedná se například o formu nekontrolovaných pohybů, různé hlasové projevy či o rizikové chování (Linhartová & Kašpárek, 2017). Dle Eysencka (1993 in Vazire & Funder, 2006) má impulzivita silný biologický základ. Bylo prokázáno, že impulzivita je dědičná, dále že je spojena s nízkou hladinou serotoninu a se specifickou aktivitou v prefrontální kůře (in Vazire & Funder, 2006). Arain a kolektiv (2013) uvádějí, že impulzivita může být premorbidním rizikovým činitelem, ale může se také objevit druhotně, a to zejména užíváním návykových látek, úrazem hlavy či neurodegenerativním onemocněním.

Vazire a Funder (2006) se zabývali popisem impulzivity pomocí ověřování u jedinců z pohledu rodičů a učitelů, a to pomocí kognitivních testů a také ověření v chování, kde se zaměřovali na netrpělivost a nepokoj. Woicik a kolektiv (2009) se zaměřili také na spojení impulzivity s afektivitou, a to tou negativní. Toto spojení zahrnuje podsložky impulzivity, kterými jsou 1) naléhavost, 2) dysfunkční impulzivita a 3) ukvapená impulzivita. Právě naléhavost je spojena se zbrklým jednáním v situacích, kdy je jedinec vystaven negativnímu afektu, což je důležité, jelikož nám to ukazuje roli emocí v maladaptivním chování jedince (Woicik, et al., 2009).

Širůčková (2009) uvádí, že impulzivita je dokonce jeden z nejčastěji zmiňovaných přímých faktorů rizikového chování. V mnoha případech je zmiňována souvislost impulzivity a návykového chování se zaměřením na více typů návykových látek (Dolejš & Skopal, 2016; Hamdan-Mansour, Mahmoud, Shibi & Arabiat, 2018; Loree, Lundahl & Ledgerwood, 2015) nebo v některých případech pouze v rámci užívání alkoholu (Sanchez-Roige, Stephens & Duka, 2016), či gamblingu (Leppink, Redden & Grant, 2016). Loree a kolektiv (2015) uvádějí impulzivitě jako jeden z hlavních prediktorů návykového chování. Výzkum prováděli na základě rešerše literatury zahrnující téma návykového chování. Do výzkumu zařadili výzkumné články z let 1997–2012 a na základě obsahové analýzy zjistili, že z 1828 dostupných článků jich 33 udávalo impulzivitě jako prediktor k léčbě návykového chování. Hamdan-Mansour a kolektiv (2018) zjišťovali vztah mezi

impulzivitou a užíváním návykových látek u 655 univerzitních studentů ve věku 18–25 let. Autoři pro svou práci využili „Persian Substance Use Questionnaire“ (Fardardi, 2005 in Hamdan-Mansour, et al., 2018) a „Barratt Impulsiveness Scale – 11“ (Patton, Stanford & Barratt, 1995 in Hamdan-Mansour, et al., 2018). Na základě použitých metod autoři našli signifikantní vztah mezi impulzivitou a užíváním návykových látek ($r = 0,11$, $p < 0,05$). Dalším z výzkumů, který uvedeme, je výzkum autorů Leppink a kol. (2016), kteří se zaměřili na impulzivitu a gambling. Tito autoři se zaměřili na jedince ($N = 154$) s diagnostikovaným Patologickým hráčstvím dle DSM – IV či DSM-V. K měření impulzivity využili tři dotazníky, jednalo se o „Barratt Impulsiveness Scale 11“, „Eysenck Impulsiveness Questionnaire“ a „Stop-Signal Task“. Autoři došli k zajímavému zjištění, kdy dospělí s diagnózou patologického hráčství neskórovali v dotaznících „Eysenck Impulsiveness Questionnaire“ a „Stop-Signal Task“ klinicky odlišně od normy. Klinicky významný rozdíl byl nalezen pouze v dotazníku „Barratt Impulsiveness Scale 11“. Nešpor a Csémy (2013) uvádějí, že se rizika u impulzivních jedinců zneužívajících alkohol potencují. Uvádějí také, že samotná impulzivita zhoršuje také léčbu, a to prostřednictvím porušování pravidel či zhoršenou komunikací. Nešpor a Csémy (2013) poukazují, že mírnění impulzivity má pozitivní vliv na prevenci sebevražedného chování u adolescentů.

Impulzivita je však spojována s řadou dalších obtíží, jako například syndromem hyperaktivity (Matoušek & Matoušková, 2011). Vazire a Funder (2006) spojují impulzivitu s narcistickým chováním, kdy impulzivita má dle nich za následek nedostatek sebekontroly a s tím spojené i „dělání se lepším“ (self-enhancement). Dalšími typy, které však mohou patřit také pod návykové chování, je nezdrženlivé nakupování (oniománie), návykové chování vůči internetu, poruchy příjmu potravy, násilné chování, sebevražedné tendence či neúmyslné úrazy či ohrožení se na životě (srov. Seitz, et al., 2012; Theobald & Farrington, 2012; Swahn, Bossarte & Sullivent, 2008; Coghlan & MacDonald, 2010). Byl proveden výzkum na vzorku adolescentů v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy, předpokladem zde bylo rizikové chování jedinců ve vzorku. Jednou ze sledovaných položek byla i impulzivita. Jedinci dosahovali ve faktoru impulzivity statisticky významně vyšších skóreů oproti normě ($M = 0,63$, $SD \pm 1,55$ ve standardních skórech) (Vavrysová, 2014).

Impulzivita je také součástí několika duševních poruch či poruch chování. Jednotlivé poruchy budeme popisovat z pohledu Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize ve zkratce MKN 10 (Slovák, Przczková, Daňková & Zvolský, 2017). Z poruch osobnosti se jedná o emočně nestabilní

poruchy osobnosti (F60.3) či jiné nutkavé a impulzivní poruchy (F63) a z oblasti poruch chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání se jedná o hyperkinetické poruchy (F90) (Vágnerová, 2008; Orel, et al., 2012; Praško, et al., 2011, Slovák, et al., 2017).

Emočně nestabilní porucha je popisována jako porucha osobnosti se sklonem ke zkratkovitému chování bez uvážení následků. Součástí je také nepředvídatelná nálada, emoční výbuchy a neschopnost tyto výbuchy ovládat. Časté jsou také konflikty s okolím. Emočně nestabilní poruchu osobnosti dělíme na dva typy, a to typ impulzivní, u kterého převažuje emoční nestabilita a neovládání popudů, a typ hraniční, pro který je charakteristická porucha představy o sobě samém, o cílech a osobních preferencích, stejně jako pocity prázdnoty, nestabilní mezilidské vztahy a sebezničující chování (Slovák, et al., 2017; Orel, et al., 2012; Praško, et al., 2011). Nutkavé a impulzivní poruchy mají impulzivitu již v názvu. Jedná se o skupinu, do které dále spadá patologické hráčství, patologické zakládání požárů, patologické kradení, trichotillomanie, jiné nutkavé a impulzivní poruchy a nutkavá porucha NS. Obecně je tato diagnostická kategorie charakterizována jako porucha chování, pro kterou je typické opakování činu, který však nemá racionální motivaci, není možné jej ovládat a působí poškozování jedince, ale i jeho okolí (Slovák, et al., 2017; Orel, et al., 2012; Praško, et al., 2011). Poslední zmíněnou psychickou poruchou spojenou s impulzivitou jsou hyperkinetické poruchy, kam spadají poruchy aktivity a pozornosti, hyperkinetická porucha chování, jiné hyperkinetické poruchy a hyperkinetická porucha NS. Tato porucha je charakterizována velmi brzkým nástupem, cca do 5 let věku dítěte. Dítě má nedostatečnou vytrvalost ve věcech, které vyžadují poznávací schopnosti. Mají tendenci tyto činnosti velmi rychle měnit, bez dokončení dané aktivity. Tyto děti jsou hyperkinetické, impulzivní, hlučné, neukázněné, mají vyšší tendenci k úrazům a velmi snadno se dostávají do konfliktu s autoritami, ale i s vrstevníky (Slovák, et al., 2017; Orel, et al., 2012; Praško, et al., 2011). Impulzivitu je však možné nalézt i v jiných kategoriích MKN 10, není zde však explicitně popsána. Jedná se například o již výše zmíněné poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, či neurotické poruchy aj.

Existují i postupy, které se zaměřují na práci s impulzivitou a její mírnění. Jedním z autorů, který se zaměřuje na mírnění impulzivity, je Nešpor (2013). Zmiňuje, že postupy pro zvládnutí impulzivity jsou v mnohém podobné jako postupy pro zvládnutí bažení a silných emocí. Postupy dělí dle typu impulzivity na 1) Impulzivita týkající se pozornosti; 2) Impulzivita týkající se motoriky a 3) Nedostatečné plánování. U prvního typu, tj.

impulzivitu týkající se pozornosti, doporučuje nácvik pozornosti, uvědomění si aktuálního stavu a vyvážený životní styl, ve kterém je potřeba dbát na základní potřeby, jejichž podcenění také oslabuje pozornost. Doporučuje také naučit se zvládat své emoce, vybírat pro pozornost pouze to důležité či rozšíření nebo odvedení pozornosti. K nácviku Nešpor (2013) navrhuje relaxační a meditační techniky, podpůrnou psychoterapii či změnu vztahového rámce. U druhého typu, impulzivitu zaměřené na motoriku, radí vyhýbat se situacím a prostředí, které k impulzivnímu jednání svádí, u adolescentů by se mělo jednat o přiměřený dohled ze strany rodičů. Dále také odložit své rozhodnutí, udělat opak toho, k čemu impulzivita nutí. Jako efektivní se jeví také opuštění prostředí, které podporuje impulzivní chování. U posledního typu impulzivitu, nedostatečného plánování, doporučuje opatřit si podstatné informace, dopřát si čas pro rozhodnutí, komunikovat s lidmi, kteří tématu rozumí, hledat a zkoumat alternativy a jejich důsledky, či pracovat s technikou semafor. Technika semafor pracuje na základě červené jako zastavení se, žlutá je prostor pro zvažování a zelená je prostorem pro uskutečnění vybrané možnosti a její zhodnocení (Nešpor, 2013).

Další možnost při práci s impulzivitou představuje preventivní program. Metoda SURPS je součástí preventivního programu „PREVenture“, který vytvořil tým pod vedením Conrod (Maierová, et al., 2012; Maierová, et al., 2015; Dolejš, 2010a, 2010b; Charvát, et al., 2012; Šťastná, et al., 2011). Metoda je zaměřena převážně na prevenci užívání návykových látek. Zaměřuje se na posílení protektivních faktorů a zvládnání čtyř osobnostních rysů, které mohou rozvoj rizikového chování podporovat. Těmito rysy jsou impulzivita, přecitlivělost, negativní myšlení a vyhledávání vzrušení. Preventivní program pracuje nejprve se screeningovým dotazníkem SURPS, s jehož pomocí jsou jedinci rozčleněni do skupin, ve kterých se následně pracuje na převládajících osobnostních rysech (Maierová, et al., 2012; Maierová, et al., 2015; Dolejš, 2010a, 2010b; Charvát, et al., 2012; Šťastná, et al., 2011).

2.7 Vyhledávání vzrušení

Vyhledávání vzrušení je dalším osobnostním rysem, který je součástí „Škály osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek – SURPS“. V předložené metodě je vyhledávání vzrušení, v originálním znění „sensation seeking“, popisováno jako tendence k nacházení zajímavých, vzrušujících a neobvyklých zážitků,

kteře nejsou společností běžně vyhledávány. Jedinci jsou popisováni jako velmi neklidní, roztěkáni, spontánní, s přebytkem energie, pohlcení aktuálním okamžikem a činností, které věnují svou pozornost, a nekontrolují své chování. Tito adolescenti mají i zvýšenou náklonnost k experimentování s návykovými látkami (Conrod & Woicik, 2002; Woicik, et al., 2009; Dolejš, 2010a, 2010b; Maierová, et al., 2012; Maierová, et al., 2015).

Dle slovníku APA (VandenBos, 2007, 836) je „sensation seeking“ vymezováno jako „*tendence k prozkoumání a zapojení se do vzrušujících aktivit jako způsobu zvýšení stimulace a vzrušení. Má převážně podobu účasti na vysoce stimulujících aktivitách, které obsahují prvek nebezpečí. Jedná se o aktivity jako parašutismus či automobilové závody*“ (volný překlad autorky práce). „Sensation seeking“ je dle slovníku APA (2018) uváděno jako synonymum „novelty seeking“, které je definováno jako „osobnostní rys charakterizovaný silným zájmem o nové zkušenosti. Je často spojen s rizikovým chováním.“ (volný překlad autorky práce). Zuckerman (1990) chápe vyhledávání vzrušení jako osobnostní rys, pro který je typické vyhledávání nových, různorodých a komplikovaných zážitků, při kterých je osoba ochotna riskovat. V českém překladu se můžeme setkat také s překladem „tendence k vyhledávání mimořádných prožitků“ (Kirchner, 2012).

Zuckerman formuloval hypotézu, že podkladem pro vyhledávání vzrušení je limbický systém a činnost neurotransmiterů. Vyhledávání vzrušení „*dává do souvislosti s hladinou katecholaminů noradrenalinu a dopaminu v oblastech odměny limbického systému: vysoká úroveň hledání vzruchu je spojena s nízkou hladinou dopaminu*“ (Blatný, et al., 2010, 37). Cloninger (1986, 1987 in Blatný, et al., 2010) rozlišil tři temperamentové dimenze: 1) Vyhýbání se poškození, 2) Vyhledávání nového a 3) Závislost na odměně. Osobu skórující vysoko v dimenzi Vyhledávání nového lze popsat jako zkoumající, impulzivní, výstřední a dráždivou. Naopak člověk dosahující nízkého skóru je popsatelný jako opatrný, rigidní, stoický či uměřený (Blatný, et al., 2010).

Harden, Mann, Steinberg, Tackett a Tucker-Drop (2018) uvádějí, že vyhledávání vzrušení roste od dětství do adolescence, Galvan a kolektiv (2007) toto období více specifikují, a to na pozdní dětství až střední adolescenci. Avšak autoři Evans-Polce, Schuler, Schulenberg a Patrick (2018) se zaměřili na jedince ve věku mladé dospělosti, tj. 18 až 30 let. Zjistili, že muži dosahují vyšších skóru v rysu vyhledávání vzrušení oproti ženám při celkovém užívání návykových látek, avšak v nadměrném pití a užívání marihuany ženy starší 20 let náhle přesahují ve vyhledávání vzrušení muže. U mužů tento rys zůstává konstantní, či dokonce s věkem klesá, u žen se souvislost užívání návykových

látek a vyhledávání vzrušení snižuje velmi pomalu, či naopak u některých žen stoupá. Harden a kolektiv (2018) zjistili rozdíly ve vyhledávání vzrušení u mužů a žen, kdy u mužů byla nalezena významná souvislost mezi vyhledáváním vzrušení a citlivostí k odměnám oproti ženám. Stejně tak byla u mužů nalezena pozitivní souvislost v hodnocení vlastní puberty a vyhledání vzrušení. Naopak u žen byla zjištěna negativní souvislost v hodnocení vlastní puberty a vyhledání vzrušení. Vyhledávání vzrušení může být také součástí poruch pozornosti s hyperaktivitou v dospělosti (ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder), jak uvádějí autoři Miovský, Čablová a Kalina (2013).

Zuckerman a Glicksohn (2016) popisují vztah Eysenckova modelu osobnosti, kam spadají extraverte, psychoticismus a neuroticismus a vyhledávání vzrušení a impulzivity. Při srovnávání byla nalezena souvislost mezi vyhledáváním vzrušení a psychoticismem a vyhledáváním vzrušení a extravertí. Korelace byla vyšší právě s psychoticismem. Článek se zaměřuje i na vztah vzrušení („arousal“) a vzrušivosti („arousability“) spolu s impulzivitou a vyhledáváním vzrušení, kdy vyhledávání vzrušení souvisí spíše se vzrušivostí a impulzivita se vzrušením (Zuckerman & Glicksohn, 2016).

Pojem vyhledávání vzrušení uvádí i Hřebíčková (2011), která se zabývala pětifaktorovým modelem osobnosti. Do výzkumu zahrnula 473 respondentů ve věku 14 až 60 let. Těmto respondentům předložila seznam 289 sloves k sebesouzení, z čehož následně odvodila dvou až pětifaktorová řešení. Právě druhý faktor je na jedné straně posuzován pomocí sloves vyjadřujících úzkost, obavy, nejistotu, submisivitu či negativní emoce a na straně druhé se jedná o slovesa související s vyhledáváním vzrušení, předváděním se apod.

Velké množství výzkumů ohledně vyhledávání vzrušení je spojeno právě s užíváním návykových látek. Výzkum v českých podmínkách v souvislosti s užíváním návykových látek provedl Dolejš (2010a), který se zaměřil na standardizaci metody SURPS v českém prostředí. Dolejš (2010a) zařadil do výzkumu 5 062 žáků základních škol a víceletých gymnázií. Průměrný věk jedinců byl 13,24 let. Jedinci v tomto výzkumném souboru dosáhli ve škále vyhledávání vzrušení $M = 16,3$ ($SD = \pm 3,3$). Dolejš a kolektiv (2014) srovnávají výsledky čtyř studií pomocí metody SURPS, kdy právě jednou ze studií je již zmíněná standardizační studie Dolejše (2010a). Zjistili, že všechny studie zaměřené na českou populaci se neliší. Odlišuje se pouze studie Woicik a kolektivu (2009, in Dolejš, et al., 2014).

Ze zahraničních výzkumů zmíníme například výzkum Charlesové a kolektivu (2016), kteří se věnovali impulzivité a vyhledávání vzrušení ve spojení s užíváním

návykových látek. Autoři do výzkumu zapojili celkově 386 participantů, které rozdělili do dvou skupin. První skupina sestávala z těch, kteří do střední adolescence užili některou návykovou látku (N = 117), a těch, kteří návykové látky do střední adolescence neužili (N = 269). Všechny tyto jedince již zkoumali v rané adolescenci a následně poté ve střední adolescenci. U těchto dvou skupin zjistili, že jedinci se zkušeností s návykovými látkami byli v rané adolescenci impulzivnější a více vyhledávali vzrušení. Zjistili také, že vyšší míra vyhledávání vzrušení souvisela s vyšším užíváním návykových látek ve střední adolescenci (Charles, et al., 2016). Z tohoto longitudinálního výzkumu autoři (Charles, Mathias, Acheson & Dougherty, 2017) vybrali 167 převážně hispánských jedinců s pozitivním užíváním návykových látek v rodinné historii a zaměřili se u nich na prožívání stresu a vyhledávání vzrušení. Vyšší míra vyhledávání vzrušení v dětství a vyšší míra stresu v období rané a střední adolescence odlišovaly uživatele návykových látek od jedinců, kteří měli zkušenost s návykovými látkami ve věku 15 let.

Další výzkum realizovaný autory Trujillo, Obanda a Truchjillo (2016) se zaměřil na rodinnou dynamiku a užívání marihuany a alkoholu s ohledem na negativní emoční symptomy a vyhledávání vzrušení. U vzorku 571 studentů ve věku 10 až 19 let zjistili, že největší vliv na užívání alkoholu a marihuany mají dle jejich předpokladu právě negativní emoční symptomy a dále vyhledávání vzrušení. Kdy význam těchto dvou proměnných je určován právě rodinnou dynamikou a její funkčností, tedy zda je v rodině dobře navázaná citová vazba, nebo zda je rodina v konfliktu. Dalším faktorem jsou aspekty užívání, kam spadá například věk prvního užití, frekvence užívání aj. Autorky Jensenová, Chassinová a Gonzálesová (2017) se zaměřily na vliv vyhledávání vzrušení a sociálního okolí a na počátek užívání návykových látek. Zjistily, že vyhledávání vzrušení má vliv na užívání návykových látek a potenciálně zvýhodněné sociální okolí podporuje vyhledávání vzrušení a s ním související užívání návykových látek.

Další výzkumy se věnují souvislosti mezi vyhledáváním vzrušení a rizikovými sporty nebo vyhledáváním vzrušení a řízením auta, či řidičům a vyhledáváním vzrušení za volantem. Rizikovým sportům a vyhledáváním vzrušení se věnoval výzkum Klinarové, Burnika a Kajtanové (2017), kteří srovnávali 76 slovinských sportovců provádějících rizikové aktivity, jako například parašutismus, potápění, sjezd na lyžích aj., a 51 rekreačních sportovců, kteří běhají, hrají basketbal, fotbal či dělají jiné méně rizikové sporty pouze jako svou zábavu. Autoři výzkumu však nenalezli rozdíly ve vyhledáváním vzrušení u těchto dvou skupin. Tématu vyhledávání vzrušení a rizikového řízení se věnuje například Šucha (2013), který uvádí prokázanou silnou korelaci mezi vysokým skóre ve

vyhledávání vzrušení a rychlou jízdou, nedodržováním dopravních předpisů, řízením pod vlivem alkoholu či počtem nehod řidičů. Delhomme, Chaurand a Paran (2012) se zaměřili na osobnostní rysy hněvu a vyhledávání vzrušení a jejich vliv na rychlost jízdy u mladých řidičů. Zjistili, že vyhledávání vzrušení je lepším prediktorem rychlosti než hněv.

Aktuálním tématem je také souvislost mezi vyhledáváním vzrušení a užíváním moderních technologií, kdy právě užívání moderních technologií může nahradit užívání návykových látek u adolescentů. První z výzkumů se věnuje vyhledávání vzrušení a závislosti na smartphonu (Wang, Lei, Wang, Nie, Chu & Jin, 2018). Autoři provedli výzkum u 655 adolescentů s průměrným věkem 16,8 let ($SD = \pm 0,74$). Výzkum ukázal, že vyhledávání vzrušení má pozitivní souvislost se závislostí na smartphonu. Zajímavým zjištěním také je, že vnímaná sociální opora u adolescentů zhoršuje pozitivní vztah mezi vyhledáváním vzrušení a závislostí na smartphonu, tedy čím více adolescenti vnímali sociální oporu, tím vyšších skóre dosahovali ve vyhledávání vzrušení a závislost na smartphonu byla silnější. U adolescentů, kteří vykazovali vysoké skóre deprese, nebyl zjištěn signifikantní vztah mezi vyhledáváním vzrušení a závislostí na smartphonu, a naopak, pokud se jednalo o jedince s nízkými skóre v depresi, byl vztah vyhledávání vzrušení a závislosti na smartphonu vysoce signifikantní (Wang, et al., 2018). Další z výzkumů (Janssen, Cox, Stoolmiller & Barnett, 2018) se zaměřil na sledování filmů adolescenty, které jsou americkou filmovou asociací hodnoceny písmenem R³. Tyto filmy spolu s vyhledáváním vzrušení mají podíl na užívání alkoholu. Avšak v případě kouření cigaret a marihuany byl prokázán vztah pouze při sledování filmů s hodnocením R, nikoliv s vyhledáváním vzrušení. Vyhledávání vzrušení je stále velmi aktuálním konceptem, a to jak s ohledem na rizikové aktivity, jako je například rychlá jízda v autě, nebezpečné sporty a jiné, tak v rámci užívání návykových látek, ale i závislosti na moderních technologiích. Na základě získaných informací o kladném vztahu vyhledávání vzrušení a rizikového chování byly vytvořeny preventivní metodiky. Takto byla vytvořena i indikovaná primární prevence zaměřená speciálně na vyhledávání vzrušení. Jedná se o metodu „PREVenture“, která pracuje s adolescenty, kteří dosahují zvýšených skóre ve faktoru vyhledávání vzrušení, ale i v impulzivité, negativním myšlení či přecitlivělosti. U vyhledávání vzrušení se zaměřuje na práci s nudou a potřebou stimulace. Pracuje pomocí edukace, zastavení a zamyšlení se nad důsledky svého chování (Maierová, et al., 2012; Maierová, et al., 2015; Dolejš, et al., 2011).

2.8 Přecitlivělost / Úzkostnost

Přecitlivělost (Anxiety Sensitivity) je stejně jako Negativní myšlení / Beznadějnost, Impulzivita a Vyhledávání vzrušení součástí „Škály osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek“ (SURPS) (Dolejš, 2010a, b; Conrod & Woicik, 2002). Slovník APA (VandenBos, 2007, 64) definuje přecitlivělost jako strach, že pocity spojené s úzkostí budou mít bolestivý dopad. Jedinec s vysokou mírou přecitlivělosti bude pravděpodobně jednat bojácně s velkými pocity úzkosti oproti jedincům, kteří dosahují nízkých skóre v přecitlivělosti. Například přecitlivělý jedinec bude považovat závrať za přicházející onemocnění či příchod mdlob, a naopak osoba skórující jako méně přecitlivělá bude tyto příznaky považovat pouze za nepříjemné. Přecitlivělost je také osobnostní rys, který je rizikovým faktorem pro vznik panických atak či panické poruchy osobnosti (VandenBos, 2007)⁴. Další z definic může být ta Reisse, Petersona, Gurského a McNallyho (1986), kteří přecitlivělost neboli „anxiety sensitivity“ definují jako určitý rozsah, ve kterém jedinec věří, že úzkost a pocity spojené s úzkostí mají negativní dopad na jeho zdraví a osobu. V příručce k metodě SURPS je uvedeno, že slovo „Anxiety“ je do českého jazyka možné přeložit jako úzkost či strach a slovo „Sensitivity“ je možné překládat jako citlivost, přeloženo doslovně jako citlivost k úzkosti (Dolejš, et al., 2012). Přecitlivělost lze také přeložit jako úzkostnost.

Na základě popisu Conrod a Woicik (2002) či Dolejše (2010a) lze říci, že jedinci ukazující se jako přecitlivělí mají sklony k nadužívání farmak či alkoholu, ale nemají blízko k užívání marihuany. Mají tendence spoléhat se na druhé, snaží se z pro ně obtížných situací co nejdříve uniknout, vyhnout se jim. Velmi rychle a hodně mluví, neboť se bojí, že o navázaný kontakt přijdou. Mají tendenci v některých situacích panikařit. Adolescenti s vysokou mírou přecitlivělosti vnímají svou budoucnost jako negativní a obávají se jí. Často se u těchto jedinců projevují také somatické obtíže, jako například bolesti hlavy, bolesti žaludku a žaludeční nevolnosti, bušení srdce a zvýšené napětí (Dolejš, et al., 2012). Celkově jsou fyziologické příznaky u jedinců se zvýšenou přecitlivělostí velmi časté a tito jedinci mají tendenci tyto příznaky zveličovat a vnímat ve větší intenzitě. Byla zjištěna také souvislost mezi vysokou přecitlivělostí a neuroticismem. Přidružují se tak i pocity viny, sklíčenost a přemrštěné reakce na běžný stres a s tím spojená vyšší náchylnost k depresi, panické poruše a fobiím (Stossel, 2015).

Další z autorů (Zavos, et al., 2012) uvádějí, že úzkostnost má také sociální, psychické i zdravotní důsledky. Další dělení je odvozeno od subškál „Indexu úzkostnosti“

(Reiss, et al., 1986). Tyto subškály jsou rozděleny na kognitivní citlivost, fyzickou citlivost a sociální citlivost (Reiss, et al., 1986). Dalším zjištěním je také to, že přecitlivělost neodlišuje pouze klinickou skupinu jedinců s úzkostnými poruchami od neklinické skupiny, ale že předpovídá úzkostnost v průběhu času, což zjistili daní autoři v rámci longitudinálního výzkumu (Zavos, et al., 2012). Allan, Capron, Lejuez, Rejnoldsová, MacPhersonová a Schmidt (2013) se zabývali výzkumem v oblasti vývojových trajektorií úzkostných symptomů a vlivem přecitlivělosti v brzké adolescenci. Jednalo se opět o longitudinální výzkum, který probíhal po dobu 3 let u 277 adolescentů ve věku 9–13 let, poslední z měření již probíhalo pouze s 229 jedinci. Bylo zjištěno, že se úzkost u dětí postupem věku zvyšuje. Dále také, že přecitlivělost je významným rizikovým faktorem pro rozvoj psychopatologie a je důležitým prediktorem členství dítěte ve školní třídě (Allan, et al., 2013).

Zvolensky a kolektiv (2018) zkoumali vliv úzkosti na traumatický prožitek a akulturační stres u mladých dospělých z latinské Ameriky ve věku 18 – 29 let, žijících ve Spojených státech. Celkově do výzkumu zařadili 1 377 jedinců, kteří mají alespoň jednu traumatickou zkušenost. Zjistili, že úzkostnost a její tři složky, kterými jsou fyzická, kognitivní a sociální, mají vliv na akulturační stres. Autoři (Zvolensky, et al., 2018) se také domnívají, že právě úzkostnost může být významným individuálním faktorem, který zvyšuje akulturační stres u jedinců, kteří byli vystaveni traumatu. Domnívají se tak na základě nalezení 10% unikátního rozptylu po zachycení statisticky významných faktorů, jako například věku, statusu sexuální menšiny, frekvence vystavení traumatu či symptomů posttraumatické stresové poruchy (PTSD). Autorský tým pod vedením Viany a kolektiv (2017) se zaměřil na jasnost emocí, přecitlivělost a posttraumatickou stresovou poruchu u adolescentů, kteří byli vystaveni traumatu. Zjistili významný vliv přecitlivělosti na příznaky spojené s PTSD, a také na emoční dysregulaci.

Další oblastí, která je kromě posttraumatické stresové poruchy s přecitlivělostí spojována, je oblast užívání návykových látek a obecně oblast závislostních chování. Jako první uvedeme systematický přehled článků, které se zabývají posttraumatickou stresovou poruchou nebo rizikovým užíváním návykových látek v souvislosti s přecitlivělostí. Autoři přehledového článku pod vedením Vujanovicové a kolektivu (2018) získali celkem 35 článků z let 1966 až do 2018. Rešerší a zkoumáním těchto článků autoři zjistili, že se studie často shodují v tom, že přecitlivělost souvisí s PTSD a je také spojována se symptomy souvisejícími s již zmíněnou PTSD. Přecitlivělost je využívána jako copingová strategie. Autoři (Vujanovic, et al., 2018) přehledové studie také uvádějí, že vliv

úzkostnosti se odlišuje u jednotlivých návykových látek, kdy například u kouření tabáku není vysoká míra úzkostnosti spojena s množstvím užití látky ani s mírou závislosti, ale již s kouřením samotným, naopak byla nalezena souvislost se zvýšenou úzkostností a mírou závislosti na kokainu.

Jedna ze studií je zaměřena na adolescenty a užívání alkoholu, tabáku a marihuany a jeho souvislost s přecitlivělostí a emočními symptomy (Pang, Guillot, Zvolensky, Bonn-Miller & Leventhal, 2017). Autoři práce sledovali skupinu adolescentů (N = 3 396) po dobu dvou let vždy v půlročních intervalech. Zaměřili se hlavně na jedince, kteří měli zkušenost s alkoholem, cigaretami a marihuanou. Zjistili, že přecitlivělost má vliv převážně na užívání marihuany, a to účinky jak pozitivní, tak negativní, přičemž se jednalo o nejvíce proměnlivou položku v čase. Další z výzkumů (Kearns, Villarreal, Cloutier, Baxley, Carey & Blumenthal, 2018) se zaměřil na přecitlivělost a užívání alkoholu ve smyslu četnosti užívání alkoholu a nárazové nadměrné pití u osmdesáti adolescentů. Z toho 85,0 % dospívajících pije alkohol a z toho 39,5 % přiznalo nárazové a nadměrné pití alkoholu. Výsledky ukazují souvislost mezi očekávanou kontrolou a přecitlivělostí, a to tak, že pokud byla očekávána nízká kontrola a vysoká přecitlivělost, zvyšovala se frekvence denního užívání alkoholu, ale ne nárazového a nadměrného pití. Stejně tak pokud byla kontrola úzkosti vysoká, přecitlivělost měla souvislost se snížením frekvence nárazového, nadměrného pití (Kearns, et al., 2018). Borgesová, Lejuez a Feltonová (2018) se také zaměřili na užívání alkoholu a přecitlivělost v adolescenci. Tito autoři zjistili, že samotná přecitlivělost není prediktorem k následujícímu užívání návykových látek, avšak v případě, že adolescenti očekávají pozitivní účinky alkoholu s ohledem na jejich přecitlivělost, jednalo se o významný prediktor užívání alkoholu v dospívání.

Další studie zaměřená na užívání návykových látek se věnuje mladistvým uživatelům tabáku a spánkové latenci. Autoři (Bilsky, Feldner, Knapp, Babson & Leen-Feldner, 2016) zjistili, že přecitlivělost souvisí s mírou užívání tabáku a latencí v oblasti počátku spánku. Dospívající, kteří více kouřili, chodili spát později a později také vstávali. Přecitlivělost pozitivně souvisela se zpožděním nástupu spánku. Tématu insomnie a somnolence se věnoval i autorský kolektiv Dixonové, Leeho, Gratze a Tulla (2018), kteří dávali tyto poruchy spánku do souvislosti s přecitlivělostí a užíváním návykových látek. Všichni účastníci výzkumu (N = 227) se léčili pro některou ze závislostí a současně 53,5 % z nich trpělo některou z forem poruch spánku. Autoři se zaměřili na jednotlivé části přecitlivělosti, kterými jsou kognitivní, fyzické a sociální obavy, a zjistili, že fyzická přecitlivělost je úzce spojena s nespavostí neboli insomnií a kognitivní citlivost je spojena

jak s insomnií, tak se somnolencí. Právě kognitivní přecitlivělost by mohla být významným mechanismem pro poruchy spánku u duálních diagnóz (Dixon, et al., 2018).

Poslední studií, kterou k tématu zmíníme, je studie zkoumající souvislost tolerance distresu, všímavosti a jejich vztah k depresi a přecitlivělosti u jedinců s problematickým užíváním chytrých telefonů neboli „smartphonů“ (Elhai, Levine, O'Brien & Armour, 2018). Autoři zjistili, že tolerance distresu a všímavost nepřímo souvisí s úrovněmi problémového užívání telefonu. Zjistili, že tolerance distresu zprostředkovává vztah mezi přecitlivělostí a úrovní problémového užívání „smartphonů“ a všímavost zprostředkovává vztah mezi přecitlivělostí a intenzitou problémového užívání chytrých telefonů (Elhai, et al., 2018).

Přecitlivělost je osobnostní rys, který je možné redukovat či s ním pracovat pomocí různých preventivních programů. V rámci indikované prevence „PREVenture“ (Dolejš, 2010a, 2010b; Maierová, et al., 2012; Endrödiiová, et al., 2012; Maierová, et al., 2011) jsou v oblasti přecitlivělosti používány preventivní sešity, kde je pracováno s adolescenty formou zaměření se na sebe, uvědomění si dopadu na své chování a uvědomění si „příznaků“ a nacházení způsobu, jak s těmito „příznaky“ pracovat jinak a jak je přehodnotit.

Další z preventivních návrhů představují i Zvolensky a kolektiv (2018), kteří uvádějí, že prevencí v oblasti přecitlivělosti je možná redukce akulturačního stresu, ale také zlepšení v oblasti zdraví a životní spokojenosti. Další autorský tým (Viana, et al., 2017) uvádí, že právě přecitlivělost může být slibným intervenčním cílem, a to převážně u dospívajících, u kterých se vyskytuje riziko posttraumatické stresové poruchy a kdy sami respondenti uvádějí slabší jasnost v emočním prožívání. Stejně tak autoři Kearns a kolektiv (2018) doporučují zaměřit preventivní programy na snižování přecitlivělosti, a tím i na snižování užívání alkoholu.

V této kapitole jsme popsali osobnost a osobnostní rysy adolescentů. Zaměřili jsme se na impulzivitu, vyhledávání vzrušení, negativní myšlení a přecitlivělost. Jde o osobnostní rysy, které následně budeme využívat i v rámci praktické části a výzkumu. V následující kapitole se budeme věnovat rizikovému chování.

3 Rizikové chování u adolescentů

Pojem rizikové chování vysvětluje Širůčková (2009, 7) jako „*pojem odkazující ke komplexní kategorii ustanovené v sociálních a medicínských vědních oborech ke klasifikaci takových aktivit, které přímo nebo nepřímo potenciálně vyústí v psychosociální nebo zdravotní poškození aktéra, jiných osob, majetku nebo prostředí v širším smyslu.*“. Rizikové chování je také zastřešujícím pojmem pro mnoho dalších vzájemně propojených pojmů, jedná se například o pojmy agresivní, asociální, antisociální, delikventní, kriminální, nepřizpůsobivé, návykové, problémové a jiné chování (Dolejš, 2010a, 2010b). V naší práci budeme využívat zmíněný zastřešující pojem rizikové chování. Rizikové chování je společností vnímáno jako nevhodné, ohrožující a nebezpečné, a to nejen pro riskující jedince, ale také pro společnost samotnou (Dolejš, 2010a). Dle Macka (2003) lze rizikové chování popsat jako aktivity, které se přímo či nepřímo podílejí na psychosociálním či zdravotním poškození jedince, jiných osob, majetku, ale také prostředí.

„*Kriminální chování je mezi mládeží rozšířené do té míry, že prakticky každý mladý člověk se již alespoň jednou deliktu dopustil*“ (Matoušek & Matoušková, 2011, 142). Avšak to neznamená, že jsou dospívající zlí nebo špatní, jde převážně o fázi hledání sebe sama (Vaníčková, 2007). O volný čas dětí se v posledních letech starají převážně média, a to jak televize, tak aktuálně mobilní telefony a internet, které vytváří dětem velmi dobře zpracované představy. Děti jsou poté v institučním a unifikovaném prostředí vystaveny různým tlakům na to, aby se v nich dokonale adaptovaly. V situacích, které vyžadují velkou míru konformity, se pak jakákoliv odchylka od normy může zdát jako velký problém (Matoušek & Matoušková, 2011). Mladí lidé přichází do světa, ve kterém jsou postaveni před množstvím mravních i právních pravidel, a do světa institucí, které se je snaží socializovat. U většiny mladých se to v zásadě daří, avšak někteří mladí volí jinou cestu, plnou konfliktů, zločinu a společenského nepřijetí (Večerka, Holas, Štěchová, Diblíková & Luptáková, 2011). Dryfoos (1996) uvádí, že dnešní dospívající vyrůstají ve velmi odlišném prostředí, které má tendenci být pro ně rizikovým, a často záleží na jejich genderu, rase, etniku, sociálním statusu, rodinném prostředí, komunitě, pracovních podmínkách a jiných proměnných.

Jak píše Smolík (2002, 2010), subkultury mládeže jsou s rizikovým chováním velmi často spojovány. Smolík (2010, 44) vychází také z definice rizika, které lze také definovat jako „*pravděpodobnost, že dojde ke škodlivé události, jež postihne buď jedince, nebo společnost*“, a uvádí dvě dělení. První dělení ukazuje, že jedinec patří k určité

subkultuře mládeže, což na něj může mít negativní dopad, a druhá rovina ukazuje na dopad subkultur mládeže na společnost ve formě deviantního chování. Právě subkulturní skupina uznává jiná pravidla než konformní skupina, a tak lze chování jedinců v subkultuře označit jako deviantní (Smolík, 2010). Deviantní chování lze definovat právě jako chování, které se odlišuje od standardního a očekávaného chování, které je předepsáno určitou sociální normou platnou ve společnosti (Hodovský & Dopita, 2002). Miovský a Zapletalová (2006) definují rizikové chování jako chování, které zahrnuje narušení vztahů k sobě samotnému, vrstevníkům, rodině, ale například i společnosti. Stejně tak míra rizika je v přímé souvislosti s věkem, sociální a profesní příslušností nebo také s přechodností či stálostí obtíží v chování dospívajícího. Má často instrumentální povahu. Autoři (Miovský & Zapletalová, 2006) také uvádějí, že rizikové chování lze podrobit vědeckému zkoumání a je možné jej ovlivnit pomocí preventivních či léčebných intervencí. Dle jejich dělení mezi rizikové chování spadají: látkové a nelátkové závislosti, šikana a násilí, záškoláctví, sexuální rizikové chování, zneužívání, delikvence, týrání, projevy rasismu, intolerance a xenofobie aj.

Stejně tak dělení rizikového chování má mnoho podob. Jako první je třeba uvést dělení Jessora (Jessor & Jessor, 1977 in Čerešník, 2016; in Miovský, et al., 2015; Jessor, Turbin & Costa, 1998), který na základě longitudinálních výzkumů formuloval dva koncepty, kterými jsou „Syndrom rizikového chování“ a „Syndrom problémového chování“. Nakonec však byly tyto dva symptomy spojeny dohromady pod názvem „Syndrom rizikového chování v dospívání“. Dalším dělením, které uvedeme, je rozdělení Čírtkové (2003), která dělí mladistvé jedince na chronické pachatele a mladistvé delikventy. Chronický pachatel se vyznačuje nápadně nezvladatelným chováním od útlého dětství. Neplatí na něj žádná výchovná opatření jako tresty či pochvaly. Mezi 6. a 12. rokem dochází k prvním kontaktům s místy oficiální kontroly, jako je OSPOD či policie. Kolem 12. roku přichází i první závažné násilné delikty, jako loupež či loupežné přepadení, a toto chování postupně graduje a trvá do dospělosti. U mladistvých delikventů dochází k prvnímu porušení norem později (kolem 11. až 13. roku), vývoj do té doby probíhal bez problémů, a dokonce fungovala i některá výchovná opatření. V pubertě se dospívající stává nezvladatelným, nerespektuje sociální ani právní normy a objevuje se příležitostná kriminalita, jako jsou drobné krádeže, avšak jedinec s přicházející dospělostí postupně opouští delikventní vzorce chování (Čírtková, 2003).

Například Širůčková (2010 in Miovský, et al., 2015) definuje jako formy rizikového chování:

- a) interpersonální agresivní chování (násilné chování, šikana, týrání, extremismus aj.);
- b) delikventní chování ve vztahu k hmotnému majetku (krádeže, vandalismus, sprejerství aj.);
- c) rizikové zdravotní návyky (konzumace alkoholu, kouření, užívání drog, stravovací návyky, ale i nadměrná či nedostatečná pohybová aktivita aj.);
- d) sexuální chování (předčasné zahájení pohlavního života, promiskuita aj.);
- e) rizikové chování ve vztahu ke společenským institucím (záškoláctví, neplnění školních povinností apod.);
- f) prepatologické hráčství;
- g) rizikové sportovní aktivity (adrenalinové a extrémní sporty).

Autorem dalšího dělení je Dolejš (2010a), který se inspiroval dělením u jiných autorů (srov. Dolejš, 2010a). Následující dělení budeme v práci využívat i nadále. Dolejš (2010a) dělí rizikové chování na sedm kategorií, jedná se o:

- a) užívání a zneužívání legálních a nelegálních látek;
- b) kriminalita;
- c) šikana, hostilita a agresivní chování;
- d) problémové sexuální aktivity;
- e) školní problémy a přestupky;
- f) extremistické, hazardní a sektářské aktivity;
- g) ostatní formy rizikového chování.

Jednotlivých dělení rizikových aktivit je k dispozici více (např. Cvečková, et al., 2010; MŠMT, 2017). Jednotlivé kategorie se však často opakují a mění se pouze pozice nebo názvosloví. Jednotlivé kategorie si v práci blíže vymežíme.

3.1 Užívání a zneužívání legálních a nelegálních látek

Do předložené kategorie spadá užívání tabákových výrobků, alkoholu, ale i nelegálních drog, jako je marihuana, pervitin, halucinogenní houby, extáze, heroin, dále také kofeinu, léků a mnoha dalších. Jako droga je dle slovníku Hartla a Hartlové (2010) popisována látka, která je užívána a často i zneužívána k zážitkům spojeným se změnou nálady a vědomí, je využívána k povzbuzení, či tlumení somatopsychických funkcí a ovlivňuje biochemické pochody v mozku, případně v nervovém systému. Při opakovaném užívání je zvýšené riziko závislosti. Stejně tak Hartl a Hartlová (2010) uvádějí, že v České

republiky jsou často opomíjenými návykovými látkami právě tabákové výrobky, alkohol, ale i zmíněný kofein, jejichž užívání bývá bagatelizováno.

Drogy provází společnost od jejích počátků, nejprve byly užívány jako léčebné, tišící či rituální prostředky. Nyní bývají využívány spíše jako prostředky k zábavě, relaxaci, ale i experimentování. Dospívajícího mohou návykové látky ovlivnit dvěma směry, jeden z nich je pozitivní, kdy si adolescent uvědomí, že touto cestou nechce směřovat, a druhým směrem může být fakt uvědomění si změněného stavu vědomí (Dolejš, 2010a). Tento způsob je mezi mladistvými hojně rozšířen a alespoň jednu návykovou látku vyzkouší téměř každý. Je to z důvodu, že návykové látky umožňují cítit se dobře i těm, kteří se jinak cítit dobře neumí či nemohou, nebo očekávají, že jim drogy usnadní fyzický, psychický, sociální či duševní rozvoj, jež je často velmi náročný a pro adolescenta zmatečný (Arterburn & Burns, 2001). Nejvíce liberální jsou Češi k užívání alkoholu, a to i přesto, že podávání alkoholu dětem mladším 18 let je trestně postižitelné. Již v 80. letech 20. století udávala většina adolescentů svou první zkušenost s alkoholem ve věku 9 až 11 let (Taubner, 1989 in Macek, 2003).

Důležité je však zaměřit se na specifika užívání návykových látek u dospívajících a jejich diagnostiku. Například v 60–70 % případů se objevuje odvykací stav u adolescentů závislých na kanabinoidech a je tak potřeba postupovat nadměrně citlivě při diagnostice odvykacího stavu a hodnocení jeho závažnosti. Byla zjištěna i společná komorbidita užívání návykových látek a poruch chování a emocí. Rovněž platí, že čím dříve závislost vzniká, tím závažnější bývá prognóza závislosti. Adolescenti jsou také prvními konzumenty nových drog, které se objeví na černém trhu (Kabíček, et al., 2014).

Jednou ze studií, která se věnuje i užívání návykových látek u adolescentů, je studie HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children), která byla realizována v roce 2014⁵. Jedná se o mezinárodní studii, do které je zařazeno celkem 44 států a Česká republika srovnává své výsledky společně se Slovenskou republikou, Maďarskem, Polskem a Ukrajinou ve specializované publikaci (Madarasová Gecková, et al., 2016). Ve studii se čeští žáci a žákyně častěji přiznávají, že se opakovaně opili a mají častější zkušenost s užíváním tabáku i marihuany oproti průměru studie. Studie zjistila, že z 1760 otestovaných jedinců 13 % dívek a 13 % chlapců ve věku 15 let zařazených do studie užilo v celoživotní prevalenci marihuany (Madarasová Gecková, et al., 2016).

Další mezinárodní studií, která probíhá i na území České republiky, je Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), která v posledních letech zaznamenává klesající trend v oblasti užívání návykových látek. V roce 2015 proběhla

mezinárodní studie ESPAD a s ohledem na překvapivé výsledky byla v roce 2016 provedena validizační studie (Mravčík, 2017; ESPAD Group, 2016). Mezinárodní studie se zúčastnilo celkem 2 738 žáků ve věku 16 let a validizační studie se zúčastnilo 2 471 studentů ve věku 16 let. Bylo zjištěno, že celkem 29,9 % studentů v 1. studii a 27,0 % ve 2. studii má zkušenost s kouřením cigaret v posledních 30 dnech, z toho vždy přibližně 4 % jsou silní kuřáci. Alkohol v posledních 30 dnech a v nadměrných dávkách (více než 5 sklenic) přiznalo v 1. studii 41,9 % žáků a ve 2. studii se jednalo o 40,0 % žáků. Celoživotní prevalence užívání nelegálních látek je u konopných drog v 1. studii 36,8 % a ve 2. studii 32,0 %. Opačný trend, tedy zvýšení užívání, ve druhé studii oproti první nacházíme v užití extáze (1. studie 2,7 %, 2. studie 3,3 %), heroinu a jiných opiátů (1. studie 0,7 %, 2. studie 1,1 %), halucinogenních hub (1. studie 3,3 %, 2. studie 3,8 %) a těkavých látek (1. studie 5,7 %, 2. studie 6,8 %), jedná se však často o relativně zanedbatelný rozdíl (Mravčík, 2017; ESPAD Group, 2016). V porovnání české a slovenské skupiny žáků ve věku 11–15 let byla zjištěna vyšší míra výskytu pití alkoholu u českých adolescentů, a to o 9,79 % oproti slovenským studentům (Čerešník & Dolejš, 2015).

Další studie již budou zaměřeny specificky na českou populaci. První prezentovaná studie (Dolejš, et al., 2014) se zaměřila na žáky druhého stupně základních škol ve věku 11 až 15 let (N = 200). Bylo zjištěno, že ze sledované populace má 78 % jedinců zkušenost s alkoholem a 41 % má tyto zkušenosti v posledních 30 dnech. Zkušenost s kouřením tabákových výrobků má 31 % jedinců a 3 % uvádí, že vykouří alespoň 5 cigaret denně. Studie Skopala a kolektivu (2014) se zaměřila na 4 198 žáků ve věku 10 až 16 let, respektive 11 až 15 let, a jelikož dětí ve věku 10 a 16 let bylo jen několik, byla většina analýz výzkumu provedena bez těchto jedinců. Autoři výzkumu zjistili, že 31 % žáků ze sledované populace má zkušenost s alkoholem v posledních 30 dnech, zkušenost s marihuanou uvedlo 10,86 % respondentů a 3,04 % vykouří denně více než 5 cigaret. Autoři také srovnávali užívání návykových látek u žáků základních škol a studentů víceletých gymnázií a zjistili, že žáci základních škol jsou ve sledované populaci rizikovější (Skopal, et al., 2014). Výzkum Tomšíka, Dolejše, Čerešníka, Suché a Skopala (2017) se zaměřil pouze na studenty gymnázií. Autoři pracovali s dotazníkem „Výskyt rizikového chování u adolescentů“ (VRCHA), který obsahuje 3 subškály, my se zaměříme pouze na subškálu abúzus. Autoři nenašli rozdíly v subškále abúzus mezi jedinci ve věku 11 a 12 let, 12 a 13 let a poté ve věku 18 a 19 let. U ostatních věkových kategorií byly nalezeny statisticky významné rozdíly. Nalezli rozdíly v rámci pohlaví u 12, 14 a 16letých, kdy u 12letých dosahovali vyšších skóre chlapci a u 14 a 16letých dívky. Obecně tak lze

řící, že u adolescentů stoupá rizikové chování spolu s věkem a v poslední době se ukazují dívky jako rizikovější než chlapci (srov. Dolejš, et al., 2014; Skopal, et al., 2014).

3.2 Kriminalita

Kriminalitu lze stejně jako rizikové chování považovat za nadřazený pojem, pod který spadají vandalismus či delikvence. Jedná se o závažné jevy, které mohou ohrožovat či narušovat společnost a její hodnoty (Dolejš, 2010a). Koudelková (1995) uvádí, že pojem delikvence označuje spíše antisociální chování, které může, ale nemusí být spojeno s právními důsledky. Delikvencí se tak rozumí spíše mírnější porušení právních nebo morálních norem, a to hlavně dětmi nebo mladistvými. Kriminalitou rozumíme závažné přestupky nebo trestné činy převážně u jedinců starších 24 let (Koudelková, 1995). Fischer a Škoda (2009) popisují kriminalitu jako chování, které je v dané společnosti považováno za trestné. Takovéto chování je trestáno na základě trestního zákona. Naopak delikvenci pojímají jako širší oblast, která se týká nejen kriminality. Do delikventních činů patří přestupky a trestné činy spáchané dětmi do 15 let věku.

Pro kriminalitu mládeže jsou významné také teorie kriminálních subkultur a jsou zkoumány rovněž reakce společnosti na delikventní chování. Poznatky z kriminálních subkultur mládeže nás mohou inspirovat také v oblasti sociálně deviantních ideologií (Večerka, Holas, Štěchová, Diblíková & Neumann, 2004). Tito autoři také uvádějí, že „poruchová socializace“ nabývá 3 forem, jedná se o:

- a) defektní socializaci, kde působením negativních vlivů a zanedbáním těch pozitivních dochází k neadekvátnímu zvnitřnění sociálních a právních norem;
- b) deviantní socializaci, kdy dítě vyrůstá přímo v prostředí, kde se vyskytují deviantní vzory rodičů a jiných příbuzných, či dokonce nabádání a někdy až nucení k trestné činnosti;
- c) poruchovou socializaci smíšenou, jedná se o kombinaci obou předchozích (Večerka, et al., 2004).

Čírtková (Kabíček, et al., 2014) uvádí, že při posuzování delikvence je velmi důležité zaměřit se na její diferenciaci, neboli že stejný delikt může skrývat odlišné psychologické skutečnosti. Jde hlavně o osobnost pachatele, neboť právě osobnost nám může napovědět, zda se jedná o epizodický výpadek, nebo zda se jedná o vážně narušenou osobnost problémového jedince.

Koudelková (1995) popisuje, že u delikventních jedinců je možné pozorovat vyšší míru psychosomatických poruch, vysokou energetickou tenzi, impulzivitu zaměřenou na přítomnost či neurovegetativní labilitu. Výzkumně se na delikventní jedince zaměřila Stejskalová (2008), která srovnávala 20 delikventních a 20 nedelikventních jedinců pomocí metody HSPQ. Zjistila, že delikventní jedinci se odlišují od nedelikventních v osobnostním faktoru uzavřenost, dosahují nižší krystalické inteligence, jsou průbojnější, jsou individualisticky zdrženliví a úzkostně sebenejistí.

Výzkum u rizikových jedinců provedla také Vavrysová (2014), která srovnávala delikventní jedince s normou populace. Zjišťovala u nich také důvody umístění, kdy v 17 případech ze 46 dotazovaných se jednalo o některý druh krádeží a 28 z nich jednalo agresivně vůči spolužákům. Stejně jako Stejskalová (2008) se zaměřila i na osobnostní charakteristiky těchto jedinců a zjistila, že se odlišují ve faktorech uzavřenost, nízká krystalická inteligence, smělost a individualistická zdrženlivost. V rámci „Škály představující riziko z hlediska užívání návykových látek“ (SURPS) se jedinci z ústavních zařízení lišili ve faktorech negativní myšlení a impulzivita.

Dle statistik Policie ČR (2018) bylo v období od 1. 1. 2018 do 31. 7. 2018 spácháno nezletilými a mladistvými celkem 99 loupeží, 99 úmyslných ublížení na zdraví, 45 případů vydírání, 12 případů vloupání do obchodů, 18 vloupání do bytů, 72 vloupání do jiných objektů, 39 krádeží v bytech a 95 krádeží v jiných objektech, 43 krádeží dvoustopých vozidel, 100 případů výtržnictví, 100 případů sprejerství, 124 případů nedovolené výroby a držení psychotropních látek a jedů pro jiného. Jedná se pouze o výčet nejčastěji spáchaných trestných činů. Aktuálně se část kriminálního chování přesouvá do online prostředí, jde o kyberstalking, kyberšikanu či flaming⁶ (Kabíček, et al., 2014). V tabulce č. 3 jsou uvedeny souhrnné kategorie spáchaných trestných činů nezletilými a mladistvými. Zde jsou jako nezletilí uvedeny děti do 15 let věku a mladiství jsou jedinci od 15 do 18 let věku.

Tab. 3: Souhrnné kategorie spáchaných trestných činů

Trestné činy / skupina	spácháno nezletilými	spácháno mladistvými	spácháno dětmi*
vraždy	0	1	1
násilná kriminalita	130	189	304
mravnostní kriminalita	92	130	222
krádeže vloupáním	42	104	140
krádeže prosté	80	206	279
ostatní majetková kriminalita	32	37	67
majetková kriminalita	154	347	486
ostatní kriminalita	152	299	445
obecná kriminalita	528	965	1 457
zbývající kriminalita	28	28	53
hospodářská kriminalita	18	42	59
vojenské a protiústavní činy	0	0	0
CELKOVÁ KRIMINALITA	574	1 035	1 569

Zdroj: Police ČR (2018) *spácháno dětmi není prostým součtem spácháno nezletilými a mladistvými z důvodu, že některý čin mohli spáchat oba, a ten by tak byl započítán 2×.

3.3 Šikana, hostilita a agresivní chování

Šikanování je dle Koláře (2001) všudypřítomné a může být součástí celého našeho života. První náznaky šikanování se objevují již v rodině mezi sourozenci, pokračují ve školce, ve škole, při volnočasových aktivitách, v práci, v partnerství, ale i v nemocnicích, v sousedských vztazích nebo v domovech pro seniory. Děti ve školách si ubližují víc než dříve. Také rodiče chodí více do školy s informací o šikaně a s potřebou jejího řešení. Stejně tak i děti jsou v termínu šikany více orientované a mají tendenci pojmu šikana i využívat. Nazývají šikanou plnění domácích úkolů, školní povinnosti a jiné (Kabíček, et al., 2014). Je tak otázkou, co je a co není šikana. Šikana může být pojímána jako „opakované a záměrné psychické a fyzické ubližování (ponižování, týrání) zaměřené na

jedince či skupinu žáků, kteří se těmto útokům nemohou či nedokáží účinně bránit. Cílem takového chování je ponížení, ublížení či týrání“ (Kabiček, et al., 2014, 151). Kolář (2001, 27) uvádí, že šikanou se dá chápat případ, kdy „*Jeden nebo více žáků úmyslně, většinou opakovaně týrá a zotročuje spolužáka či spolužáky a používá k tomu agresi a manipulaci.*“. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky uvádí jako definici šikany: „*jakékoliv chování, jehož záměrem je ublížit jedinci, ohrozit nebo zastrašovat jiného žáka, případně skupinu žáků. Je to cílené a obvykle opakované užití násilí jedincem nebo skupinou vůči jedinci či skupině žáků, kteří se neumí nebo z nejrůznějších důvodů nemohou bránit. Zahrnuje jak fyzické útoky v podobě bití, vydírání, loupeží, poškozování věcí druhé osobě, tak i útoky slovní v podobě nadávek, pomluv, vyhrožování či ponižování. Může mít i formu sexuálního obtěžování až zneužívání. Šikana se projevuje i v nepřímé podobě jako nápadné přehlížení a ignorování žáka či žáků třídní nebo jinou skupinou spolužáků“* (MŠMT ČR, 2012).

Avšak jak píše Kolář (2001), samotná definice nemůže postihnout všechny typy a formy šikanování. Rozděluje je tak nejprve do několika oblastí, v jejichž rámci následně uvádí výčet jednotlivých činů. Jedná se o oblasti a) fyzické agrese a používání zbraní; b) slovní agrese a zastrašování zbraní; c) krádeže, ničení a manipulace s věcmi; d) násilné a manipulativní příkazy; e) zraňování izolací, oklikou a „uměleckými“ výtvary. I jednotlivé oblasti nám často připadají velmi vzdálené. V práci uvedeme pouze pár příkladů z každé oblasti. Jedná se například o lepení žvýkačky do vlasů či jejich stříhání, pomalování obličeje nebo krku propiskou či fixem, vtípkování na úkor oběti, její zesměšňování, vysmívání se neúspěchům, zabavování kapesného, lámání tužek, přivlastnění si věcí oběti, lití vody do bot, odevzdávání svačiny, ignorování oběti, básničky zesměšňující oběť aj. (Kolář, 2001).

Dolejš (2010a) definuje předloženou kategorii jako typ nepřátelského jednání, které bývá označováno jako hostilní, agresivní či násilné. Do této kategorie bývají řazeny všechny formy extrémní agrese vůči druhé osobě, vůči sobě nebo vůči věcem. Šikana tak může být popsána pouze jako jeden druh extrémně agresivního chování. Extrémně agresivní chování je chování, které má za následek prokazatelnou psychickou, fyzickou nebo materiální újmu (Miovský, et al., 2015). Nejhorší verze šikany jsou často realizovány na místech, kde jsou děti a mladiství nuceni žít společně. Jedná se tak často o výlety a společné aktivity, ale hlavně o internátní a ústavní zařízení (Kolář, 2001).

Pro agresory a aktéry šikany bylo určeno několik charakteristických znaků. Jedná se o dominanci a tendenci ovládat okolí, určitou tělesnou zdatnost a kladný vztah

k projevům agrese, sebestřednost a sobectví, absenci pocitů viny a lítosti, nedostatečnou sebereflexi (Cvečková, et al., 2010). Kolář (2001) dělí agresory šikany na tři typy, jedná se o:

1. Velmi hrubého, primitivního, impulzivního jedince s výraznými kázeňskými přestupky, s narušeným vztahem k autoritám, který šikanuje masivně, tvrdě a nelítostně. Šikanu využívá k zastrašení okolí a vyžaduje od okolí poslušnost. V rodině těchto adolescentů se často vyskytuje násilí a brutalita, jako by napodobovali či vraceli to, co se děje doma.
2. Druhý typ agresora bývá ve škole často dokonce oblíbencem učitelů. Je velmi slušný, kultivovaný, ale často sebestředný až narcistický, s projevy úzkosti a tenze. Tito jedinci mívají až sadistické tendence v sexuálním smyslu. Jejich šikana je velmi rafinovaná, cílená. Děje se často bez přítomnosti svědků. V rodinném prostředí je u nich typický až vojenský dril, velmi náročné a důsledné prostředí.
3. Poslední typ je spíše oblíbencem spolužáků, jedná se o tzv. srandistu, který je optimistický, má rád dobrodružství, je výmluvný, vlivný a oplývá značnou sebedůvěrou. Šikanuje pro pobavení sebe a dalších spolužáků. V šikanování se zaměřuje na „vtipné, humorné“ stránky. V rodině se neobjevují specifika.

Šikanou a agresivním chováním u dospívajících se zabývají mezinárodní studie, jako jsou HBSC (2017) či ESPAD (ESPAD Group, 2016). V rámci HBSC (Madarasová Gecková, et al., 2017) bylo zjištěno, že za poslední rok se do rvaček zapojilo 23 % třináctiletých chlapců a 6 % třináctiletých dívek. V rámci studie ESPAD (ESPAD Group, 2016) bylo zjištěno, že 7 % třináctiletých chlapců a 5 % třináctiletých dívek je obětí šikany ve škole. Uvedeme i několik výsledků dalších již spíše národních studií, které využívají dotazník „Výskyt rizikového chování u adolescentů“, který se ve svých škálách zabývá delikventním chováním a šikanou v roli oběti⁷. Jedná se například o studii Dolejše, Skopala a Suché (2014), kteří se zaměřili na adolescenty (N = 4 198) ve věku 11–15 let v základním stupni vzdělávání na základních školách a víceletých gymnáziích. Z jejich výsledků se dozvídáme, že 17,61 % adolescentů bylo za posledních 30 dní terčem hrubých a vulgárních urážek a 11,68 % adolescentů ublížil některý ze spolužáků. 14,96 % adolescentů poškodilo jen tak pro zábavu majetek někoho cizího.

Další výzkumnou studií je projekt Dolejše a Orla (2017), kteří se zaměřili pouze na adolescenty v Moravskoslezském a Zlínském kraji. Do své studie zapojili celkem 2 417

žáků ve věku 11 až 16 let, z toho 1 397 v Moravskoslezském kraji a 1 020 ve Zlínském kraji. Středem ubližování bylo ve Zlínském kraji 12,38 % dotazovaných a v Moravskoslezském kraji se jednalo o 13,68 %. Verbální agresi bylo vystaveno v obou krajích shodně 21 % adolescentů. Stejně tak jedna pětina dospívajících ze sledované skupiny má zkušenost s vandalismem a poškozováním věcí jen tak pro zábavu.

3.4 Problémové sexuální aktivity

Jako normální sexuální chování je definována vzájemně dohodnutá aktivita mezi dvěma jedinci, kteří jsou duševně i fyziologicky vyzrálí (Dolejš, 2010a). Jak již bylo zmíněno v kapitole zabývající se obdobím dospívání, vývoj sekundárních pohlavních znaků a celkově pohlavní zrání je součástí puberty a adolescence (Langmeier & Krejčířová, 2006). Freud (in Fürst, 1997) definuje po období latence fázi genitální. V této fázi se adolescent začíná orientovat na své vrstevníky, heterosexuální vztahy a své okolí. V průběhu psychosexuálního vývoje se mohou objevit rozličné formy rizikového chování, které mohou ovlivnit psychický vývoj i sociální život adolescentů. Časný nechráněný styk je jedním z problémů, kterému musí mladiství čelit (Dryfoos, 1996). Vaníčková (2007) uvádí prostituci dětí a mladistvých jako jednu z forem rizikového či sociálně patologického chování. Dětská prostituce bývá spojována s dalšími riziky, a to převážně s drogovou problematikou a agresivitou. Autorka také uvádí, že se jedná o dospívající, kteří jsou emocionálně traumatizováni a s následnou deprivací.

Dolejš (2010a) ve své práci shrnuje výčet důsledků v nových interpersonálních situacích. *„Adolescent se dostává do nových interpersonálních situací, které mohou vyústit:*

- a) sexuálním stykem před dovršením zákonné věkové hranice 15 let (Weiss & Zvěřina, 2001; Vacek, 2008);*
- b) sexuálním stykem mladistvých spojeným s nechtěným těhotenstvím nebo potratem (ÚZIS, 2008);*
- c) nezvládnutými vztahy a rozchody, které v tomto věku mohou vést k sebevražednému chování (Koutek, Kocourková, 2003) nebo přechodu k jiné rizikové aktivitě (například užívání legálních a nelegálních drog);*
- d) sexuálně orientovanými agresivními činy vůči vrstevníkům (Policie ČR, 2010);*
- e) prostitucí, komerčními sexuálními aktivitami (focením a filmováním pornografického materiálu), (Vaníčková, 2007; Urban & Dubský, 2008);*

f) *promiskuitním sexuálním chováním (Weiss & Zvěřina, 2001);*

g) *přenosem pohlavních chorob (HIV/AIDS) (ÚZIS, 2009)*“ (in Dolejš, 2010a, 59).

Autor dělení si je vědom toho, že daný seznam nemusí být konečný, a stejně tak, že na dané aktivity je třeba pohlížet s ohledem na situaci i daný kontext (Dolejš, 2010a).

Výzkumům rizikových sexuálních aktivit se věnuje právě studie HBSC (Madarasová Gecková, et al., 2017). Bylo zjištěno, že pohlavní styk mělo 23 % patnáctiletých chlapců a 24 % patnáctiletých dívek. Zemanová a Dolejš (2015) se zabývali jedinci v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež (N = 499), zjistili, že 27,34 % adolescentů ve věku 11–15 let mělo pohlavní styk. Ke značně nižším výsledkům dospěli Dolejš a kolektiv (2014), kteří zjistili, že z jejich výzkumného souboru (N = 4 198) adolescentů uvedlo pohlavní styk 5,55 % respondentů. Z toho bylo 7,13 % ze základních škol a 3,20 % z gymnázií. Dolejš a Orel (2017) v rámci šetření mezi dvěma kraji zjistili, že v Moravskoslezském kraji (N = 1 397) mělo 7,09 % jedinců pohlavní styk. Ve Zlínském kraji (N = 1 020) se jednalo o 5,70 % dospívajících. Policie ČR (2018) uvádí, že v první polovině roku 2018 mají dospívající na svědomí 116 pohlavních zneužívání ostatních, 13 případů šíření pornografie a 56 případů ostatních mravnostních činů. Avšak Weiss a Zvěřina (2009) uvádějí, že věk první soulože se nesnižuje a stále se pohybuje okolo 18 let věku.

3.5 Školní problémy a přestupky

Škola a školní docházka je pro české děti povinná od věku 6 let a dosažení školní zralosti. V prostředí školy děti tráví velkou většinu svého času. Škola a pedagogové mají velmi důležitou úlohu v životě dítěte, vytváří tlak na jejich chování, nutí je přizpůsobovat se určitým pravidlům, a tak je učí socializaci. Od počátku školní docházky děti navazují vztahy s vrstevníky, které mohou následně tvořit i určité subkultury (Matoušek & Matoušková, 2011; Dolejš, 2010a). Ani škola nemá jednoduchou úlohu, jsou na ni často kladeny velmi vysoké nároky. Škola má dle některých nejen kvalifikovat pro budoucí povolání, ale také vychovávat k občanské angažovanosti ve spolupráci s rodinou. Ale skloubit zájmy společnosti, rodiny a školy je téměř nadlidským úkolem. Dospívání je náročným obdobím a samotní adolescenti jsou připravováni na dospělost, a tak by neměli

být od dospělých oddělování. Škola by měla mít funkci jak ochrannou, tak veřejnou, aby do ní mohl vstupovat vnější svět (Matoušek & Matoušková, 2011).

V práci se však zaměříme převážně na záškoláctví. Záškolák je popisován jako adolescent, který nemá pro svou absenci legální důvody a dopouští se tak neomluvené absence bez souhlasu rodičů i bez vědomí pedagogů (Kyriacou, 2005). Ve škole je právě záškoláctví nejčastěji hlášeno (až v polovině případů) pracovníkům OSPOD. Jedná se už často pouze o konstatování dané situace, kdy se jedná o rozsáhlé záškoláctví. Pedagogičtí pracovníci ztrácí možnost přímého ovlivnění dané situace. V některých případech je samotné záškoláctví dítěte rodiči podporováno, neboť ti dodatečně absenci omlouvají. S absencí ve škole bývají spojovány i závadové party či nekontrolovatelné toulání (Štěchová & Večerka, 2014). Od tohoto se odvíjí také kategorie záškoláctví (Kyriacou, 2005):

- a) Právě záškoláctví, které spočívá v neomluvené docházce dítěte bez vědomí rodičů;
- b) Záškoláctví s vědomím rodičů, kdy dítě zůstane cca 1–2 dny doma, aby pomáhalo s domácností, či pečovalo o nemocného příslušníka rodiny;
- c) Záškoláctví s klamáním rodičů, kdy dítě „hraje“ nemoc, aby nemuselo jít do školy;
- d) Odmítání školy, kdy se žák bojí, že bude ve školním prostředí vystaven šikaně, nepříjemným pohledům či jiným duševním obtížím.

Islamová (2010) na základě svého výzkumu uvádí, že školní problémy vznikají krizí ve vývoji z adolescence do dospělosti. V daném období adolescenti školu odsouvají mimo svůj hlavní zájem. Utvářejí svou osobnost a potřebují se prosadit. Stejně tak Vágnerová (2001) uvádí, že každý pátý přestupek ve škole je právě záškoláctví.

Jednotlivé přestupky a aktivity proti pravidlům bývají velmi často potrestány. V rámci českého školství se jedná o důtky třídního učitele nebo ředitele a poté o snížení známky z chování. Dalšími takovými přestupky jsou falšování podpisu rodičů, praní se ve škole, poškozování majetku školy, příchod do školy pod vlivem alkoholu, marihuany či jiných návykových látek (srov. Blatný, et al., 2006; Blatný, Jelínek & Hrdlička, 2016; Dolejš, et al., 2014). Velké množství přečinů však následně spadá i do jiných kategorií rizikového chování, jako například šikana či kriminální chování, ale ve škole jsou potrestány již zmíněnými verbálními či písemnými sankcemi (důtky, snížený stupeň z chování). K napominání žáků a studentů a v souvislosti s jejich absencemi byl vydán i metodický pokyn Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR (MŠMT, 2002).

Z výzkumu Blatného a kolektivu (2006), který probíhá v rámci mezinárodního projektu The Social and Health Assessment (SAHA), bylo zjištěno, že antisociální chování

souvisí s mírou užívání návykových látek. Autoři výzkumu získali data od 4 980 žáků a studentů ve věku 12, 14 a 16 let. Zaměřili se i na některé typy školních obtíží. Jednalo se hlavně o záškoláctví, kdy za školou bylo celkově 6,7 % chlapců a 7,7 % dívek ze sledovaného souboru. Potrestáno důtkou nebo podobným způsobem bylo 6,1 % chlapců a 1,0 % dívek. Na školní tresty se zaměřili také Lepík, Dolejš, Miovský a Vacek (2010), kteří se ptali adolescentů (N = 2 256) v Karlovarském kraji ve věku 11 až 23 let. Autoři zjistili, že celoživotní prevalence třídní důtky u chlapců docházejících do 6.–9. tříd je 43,7 % a u dívek se jedná o 21 %, tedy o polovinu méně. Rozdíly v rámci ředitelských důtek a sníženého stupně z chování jsou u chlapců a dívek ještě větší, cca 3–5× častěji dostávají chlapci takovou formu trestu ve škole než jejich spolužačky.

Dolejš a kolektiv (2014) zjistili, že celkově 29,87 % (N = 4 198) adolescentů zařazených do výzkumu někdy v životě zfalšovalo podpis rodičů a 8,30 % uvádí, že bylo v životě za školou. V rámci Moravskoslezského kraje (N = 1 397) bylo za školou 10,03 % žáků a podpis zfalšovalo 31,16 %. Ve Zlínském kraji (N = 1 020) se jedná o 7,27 % v případě záškoláctví a 36,44 % u falšování podpisu rodičů (Dolejš & Orel, 2017).

3.6 Extremistické, hazardní a sektářské aktivity

Dle dělení Dolejše (2010a), kterým jsme se při rozdělení rizikových aktivit inspirovali, do této kategorie spadá patologické hráčství, extremismus a sektářství a adrenalinové a extrémní sportovní aktivity. Jak popisuje Dolejš (2010a), všechny tyto aktivity, ač jsou značně odlišné, mají několik společných charakteristik. Podobnost je v: *„a) určitá míra bažení po rizikových aktivitách, b) určitá míra aktivního přístupu, respektive vyhledávání aktivit v rámci daných forem, c) oslabená schopnost objektivně zhodnotit důsledky rizikových aktivit“* (Dolejš, 2010a, 69).

Jako první se zaměříme na kategorii patologického hráčství. Základní vymezení je vyznačeno v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN 10), kde spadá pod nutkavé a impulzivní poruchy (F63.0). Obecně jsou však impulzivní a nutkavé poruchy definovány jako porucha chování, která je charakterizována opakovanými činy. Tyto činy však nemají jasnou motivaci a nemohou být racionálně ovládnuty a působí spíše poškození vlastních zájmů i zájmů osob v okolí (Slovák, et al., 2017). Patologické hráčství je popsáno takto: *„Porucha spočívá v častých a opakovaných epizodách hráčství, které dominují v životě subjektu na újmu hodnot a závazků sociálních, vyplývajících ze zaměstnání, materiálních a*

rodinných.“ (Slovák, et al., 2017, 237). Aby mohla být stanovena diagnóza patologického hráčství, musí být splněno několik podmínek. 1) Během jednoho roku se musí vyskytnout dvě anebo více epizod hráčství; 2) Epizody nejsou přínosem, ale spíše přítěží, znamenají tíseň a narušují každodenní život jedince; 3) Jedinec pociťuje silné bažení ke hře a toto bažení nejde ovládnout; 4) Myšlenky klienta jsou plně zaujaty představami hraní (Nešpor, 2011).

V současné době se jedná již spíše o závislost na internetu, smartphonech, tabletech aj. Celkově do naší společnosti zasahují čím dál více moderní technologie a ovlivňují naši práci, studium, zábavu, sociální aktivity a v podstatě celý náš život. Užívání internetu dlouhodobě roste i díky informacím, které jsou na internet vkládány a jsou zde dostupné (McNicol, & Thorsteinsson, 2017; Šmahel, 2002). U adolescentů je prostřednictvím počítače, sociálních sítí a dnes i Instagramu utvářena i jejich identita (Šmahel, 2002). Šmahel (2002) se věnoval tématu identity v dospívání ve světě virtuálních technologií. Zaměřil se na skupinu dospívajících ve věku 12 až 25 let. Vybral si i skupinu jedinců, kteří využívají internet nadprůměrně z důvodu lepší rozpoznatelnosti jednotlivých jevů a situací, ke kterým na internetu dochází. Autor výzkumu zjišťuje, že internet dospívajícím pomáhá v oblasti hledání a experimentování s identitou, intimitou, pocitem začlenění se a odragování frustrace.

McNicol a Thorsteinsson (2017) se zaměřili na závislost na internetu u adolescentů i dospělých ve věku 16 až 71 let. Celkově se do výzkumu zapojilo 449 respondentů. Všichni respondenti byli následně rozděleni na jedince bez problémového užívání, problémové uživatele a závislé uživatele internetu. Ve skupině 16 až 19 let bylo v bezproblémové skupině 96 jedinců, 50 adolescentů mělo problémy s užíváním internetu a 12 dospívajících bylo na internetu závislých. Výrazné rozdíly oproti jiným věkovým skupinám jsou ještě ve skupině 20 až 30 let, kdy 86 jedinců je bez problémů v užívání, 43 uživatelů je problematických a 12 uživatelů je závislých.

Dalšími podkategoriemi jsou extremismus a sektářství, kdy ve slovníku cizích slov (Encyklopedický dům, 1996) je extremismus definován jako „krajně radikální, výstřední postoj“. Mezi extremistické skupiny řadíme pravicově, levicově, nacionalisticky nebo nábožensky orientované skupiny jedinců. Do této kategorie spadají veškeré projevy fašismu, antisemitismu, náboženského a kulturního fanatismu, rasismu a dalších (Vykopalová, 2001). Ve společnosti se jedná aktuálně o velmi diskutované téma s ohledem na tzv. migrační krizi a projevy českého národa vůči migraci.

Pojem sekta má velmi negativní konotaci a často je vnímán také jako nadávka. Pojem sekta a s ním spojené sektářství by se dal definovat jako radikální náboženská komunita, vedena silnou osobností (Říčan, 2007). Hartl a Hartlová (2010) ve svém slovníku určují tři významy pro slovo sekta, jako první je původní označení všech náboženství, druhým významem je odpojení se od hlavního proudu církve, kdy tyto odnože byly potírány exkomunikací a inkvizicí. Poslední význam je již současný, kdy od poloviny 20. století se jedná o skupinu, kterou spojuje víra a radikální názory. Dalšími znaky sekt jsou mocenská struktura, kde vůdce má absolutní autoritu, uzavřenost komunikace s okolním světem, nepřístupnost nezasvěceným, poslušnost členů, sankce členů aj. Často se jedná o únik z nezvladatelného světa do situace, kde člověk nemusí nic rozhodovat a rozhodují a organizují za něj jiní.

Na závěr podkapitoly o extremistické, hazardní a sektářské aktivitě si popíšeme hazardní aktivity a extrémní adrenalinové sporty. Dolejš (2010a, b) i Cvečková a kolektiv (2010) uvádějí, že je třeba rozlišovat hazardní (adrenalinové) aktivity a extrémní sporty, kdy v rámci hazardních aktivit již předem počítáme s možným zraněním či úmrtím. Extrémní sporty mají za cíl zážitek, dobrodružství a vzrušení, ale ne za každou cenu, vyšší riziko je zde pouze jako přidružený negativní důsledek některých extrémních sportů. Mezi extrémní sporty patří například skateboarding, freeride snowboarding, parkour a free running, rafting, paintball aj. Mezi hazardní aktivity se řadí závody na motorkách, nedodržování dopravních předpisů, jízda mezi vagóny metra, tramvaje, vlaku, přebíhání před auty s cílem s cílem přeběhnout co nejtěsněji, horolezectví bez jištění aj. Hazardní aktivity často končí tragicky nejen pro samotné aktéry, ale i pro lidi, kteří se ocitnou v jejich okolí (Dolejš, 2010a; Cvečková, et al., 2010).

3.7 Ostatní formy rizikového chování

Jedná se o kategorii, do které spadají všechny další aktivity i z jiných členění, konkrétně například graffiti, závislost na nakupování, pyromanie, patologické krádeže, ale i mentální anorexie a bulimie. V rámci práce jen okrajově popíšeme mentální anorexii a bulimii. Obě onemocnění jsou klasifikována v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN 10). Spadají pod kategorii Poruchy příjmu potravy (F50) (Slovák, et al., 2017). Mentální anorexie je charakterizována jako porucha, která je typická úmyslným zhubnutím, které pacient vyvolá a dále jej udržuje. První projevy se často objevují v dospívání, mnohem

častěji se onemocnění vyskytuje u žen, avšak nevyhýbá se ani mužům. Obtíže jsou spojeny s vtíravými myšlenkami, které se pojí se strachem ze ztloustnutí a ochablosti těla (Slovák, et al., 2017). Mentální bulimie je onemocnění související s přejídáním a následným zvracením či používáním laxativ. Psychologické rysy jsou u mentální bulimie stejné jako u mentální anorexie (Slovák, et al., 2017).

V roce 2016 bylo s poruchami příjmu potravy ambulantně léčeno 3 580 pacientů a v lůžkových zařízeních bylo hospitalizováno 419 osob. Z toho bylo 11 % pacientů ve věku 0–14 let, necelých 34 % ve věku 15–19 let a 56 % osob bylo starších 20 let. Stejně tak až 25 % hospitalizací proběhlo u dětí ve věku do 15 let, 22 % hospitalizací bylo u adolescentů ve věku 15 až 19 let a ve věku 20 až 29 let se také jednalo o téměř 25 % hospitalizací (Nechanská, 2017).

Rizikové aktivity se vyvíjejí, mění se jejich frekvence a objevují se nové. Náš text přináší pouze základní, avšak ne vyčerpávající informace o tomto fenoménu. Na tuto kapitolu navážeme tématem zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy a nízkoprahová zařízení pro děti a mládež. Umístění v těchto zařízeních bývá v podstatě až důsledkem rizikového chování, kde už běžné postihy, které může využít škola, nebo zákazy rodičů nejsou pro adolescenty takovým postihem, aby rizikové chování a aktivity ukončili.

4 Zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy a nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

V textu se zaměříme na ústavní a ochrannou výchovu, přičemž jednotlivé pojmy nejprve popíšeme obecně a poté se zaměříme detailněji na rozdíly typů výchovy a následně rozvedeme i jednotlivá zařízení, která funkci ochranné a ústavní výchovy vykonávají. V závěru kapitoly se budeme zabývat také nízkoprahovými zařízeními pro děti a mládež, která plní specifickou roli v prevenci rizikového chování a často předchází ústavní či ochranné výchově.

4.1 Ústavní a ochranná výchova

Ústavní a ochranné výchově se v české právní úpravě věnuje hned několik zákonů. Jedná se o zákon 359/1999 Sb., zabývající se sociálněprávní ochranou dětí, který je pro ústavní a ochrannou výchovu zásadní až po jejich uložení, a to z důvodu kontroly vhodného průběhu ústavní či ochranné výchovy. Poté zákon č. 218/2003 o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a soudnictví ve věcech mládeže, a díl je ústavní výchově věnován také v zákoně č. 89/2012 Sb. neboli v tzv. novém občanském zákoníku. Samotný výkon ústavní a ochranné výchovy je řízen i zákonem 109/2002 Sb. o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, který je následně upraven vyhláškou 438/2006 Sb., která se zabývá podrobnostmi výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních. Zmíněné zákony upravují podmínky odpovědnosti mládeže i dětí mladších 15 let za protiprávní jednání. Zákon hledá opatření, která přispějí ke zdržení se protiprávního jednání a napomohou k nápravě tohoto jednání mladistvého (zákon č. 218/2003 Sb.). Součástí zákonů jsou i možnosti uložení ústavní a ochranné výchovy (zákon č. 359/1999 Sb., zákon č. 89/2012 Sb.). Je potřeba také upozornit, že právě ústavní a ochranná výchova spadá pod několik ministerstev, jedná se o Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Ministerstvo spravedlnosti ČR a Ministerstvo zdravotnictví ČR (Andrys, 2017), což vede ke značným komplikacím.

V zákoně č. 218/2003 je vymezeno dělení na děti a mladistvé, kdy dětmi jsou myšleni jedinci, kteří v době spáchání trestného činu nedovršili 15 let věku, a mladistvými ti, kdo dovršili věku 15 let, ale nedovršili věku 18 let. Zákon také dělí jednotlivá opatření

na výchovná, ochranná a trestní opatření (zákon č. 218/2003 Sb.; Hulmáková, 2013). Jako výchovná opatření lze definovat dohled probačního úředníka, probační program, výchovné povinnosti, výchovná omezení a napomenutí s výstrahou. Výchovné opatření lze kombinovat i s dalšími dvěma druhy opatření a lze je uložit již v průběhu trestního řízení. Mladistvý musí s tímto opatřením souhlasit. Často potom dochází k tomu, že mladistvý souhlasí i v případě, že je nevinný, jen aby dosáhl rychlejšího a mírnějšího procesu (Hulmáková, 2013). K ochranným opatřením patří ochranné léčení, zabezpečovací detence, zabránění věci či jiné majetkové hodnoty a samotná ochranná výchova. Mezi trestná opatření řadíme obecně prospěšné práce, peněžité opatření, peněžité opatření s podmíněným odkladem výkonu, propadnutí věci nebo jiné majetkové hodnoty, zákaz činnosti, vyhoštění, domácí vězení, zákaz vstupu na sportovní, kulturní a jiné společenské akce, odnětí svobody podmíněně odložené na zkušební dobu, odnětí svobody podmíněně odložené na zkušební dobu s dohledem a odnětí svobody nepodmíněné (Hulmáková, 2013; zákon č. 218/2003 Sb.).

Děti mladší 15 let nejsou trestně odpovědné a opatření v jejich případě navrhuje státní zastupitelství. Soud však může zahájit řízení i bez tohoto návrhu. Na základě pedagogicko- psychologického vyšetření může soud uložit dětem opatření, kterými jsou výchovná povinnost, výchovné omezení, napomenutí s výstrahou, zařazení do terapeutické, psychologické či jiné skupiny ve středisku výchovné péče, dohled probačního úředníka, ochranná výchova, ochranné léčení. Ochranná výchova však může být uložena u dětí jen v případě, že dítě spáchalo čin, za který lze dle trestního zákoníku uložit výjimečný trest, a dítě v době spáchání činu dovršilo 12 let věku. U dětí je často nejprve nařízeno předběžné opatření a často až poté nařízena ústavní nebo uložena ochranná výchova (Hulmáková, 2013; Vavrysová, 2014).

Jen velmi obtížně lze srovnávat systém umístování dětí a mladistvých, jelikož tento systém je nejen v rámci celého světa, ale i samotné Evropy odlišný. Systém nejpodobnější tomu našemu lze nalézt v Rakousku a Německu, odlišnosti jsou však v některých oblastech zásadní. Jedná se například o dělení dětí a mladistvých, kdy například v Německu dělí jedince i na mladé dospělé od 18 do 21 let a trestní odpovědnost je zde od 14 let (Hulmáková, 2013). Zaměříme se tak na česká specifika a dělení, a to nejprve na ústavní a ochrannou výchovu a následně popíšeme rozdíl v jednotlivých zařízeních.

4.2 Ústavní výchova

Ústavní výchova je upravována jak zákonem č. 218/2003 Sb., tak i předpisem č. 89/2012 Sb. neboli novým občanským zákoníkem. Je nařizována soudem na základě zmíněných právních předpisů. Důvody ústavní výchovy jsou nejčastěji výchovné nebo sociální. Dle předpisu č. 89/2012 Sb. je ústavní výchova nařizována v případě, kdy rodiče nemohou ze závažných důvodů zajistit výchovu dítěte. Soud také může nařídit ústavní výchovu v případech, kdy výchova dítěte nebo jeho tělesný, rozumový či duševní stav, či řádný vývoj dítěte mohou být narušeny nebo vážně ohroženy, a to do takové míry, že to odporuje zájmu dítěte. Důvodem však nemohou být nedostatečné bytové či majetkové poměry pečující osoby. V případě, že tyto důvody jsou přechodné, může soud dítě svěřit do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, to však pouze na dobu 6 měsíců (Novotný, Ivičičová, Syrůčková & Vondráčková, 2014). Doba trvání je také upravena předpisem č. 89/2012 Sb., který udává, že délka trvání může být stanovena maximálně na 3 roky, je však možné ústavní výchovu opakovaně prodlužovat. Celková doba trvání ústavní výchovy bývá nejčastěji ukončena zletilostí jedince či může trvat až do věku 19 let (zákon č. 218/2003 Sb., Novotný, et al., 2014).

Mezi nejčastěji uváděné důvody nařízení ústavní výchovy ze strany rodičů patří zanedbávání povinností rodičů vůči dítěti, výchovná nezpůsobilost rodičů, asociální chování rodičů nebo osob, které jsou s dítětem v kontaktu (Slomek, 2010). Na straně adolescentů mezi nejčastější důvody spadá závadové chování, jako například protiprávní jednání, počínající závislost na drogách, útoky z domova, zahálčivý způsob života, nerespektování rodičů a jiných autorit aj. (Tesařová, 1997 in Matouše & Matoušková, 2011). Právě závadové chování bývá důvodem k nařízení ústavní výchovy nejčastěji, konkrétně v roce 2007 u 347 dětí ve věku 13–15 let a u mladistvých nad 15 let byla nařízena ústavní výchova pro závadové chování u 667 jedinců (Zeman, Diblíková, Kotulan & Vlach, 2009). Ústavní výchova je často nařízena u dětí se závažnou poruchou chování, které se však nedopustily delikventního chování (Hulmáková, 2013).

4.3 Ochranná výchova

Ochranná výchova je stejně jako ústavní výchova uložena na základě zákona č. 218/2003 Sb., avšak není upravována tzv. novým občanským zákoníkem (předpis č. 89/2012 Sb.). Je opatřením nejpřísnějším a souvisí s ní i větší množství povinností a pravidel pro jedince, kterým byla uložena (Zeman, et al., 2009). Ochranná výchova je nejčastěji uložena u dětí ve věku 12 až 15 let, a to v případě, že spáchají trestný čin, za který je udělován výjimečný trest, nebo mladistvým 15 až 18 let v případě, že lze předpokládat, že bude mít větší účinnost než odnětí svobody. Soud také uděluje ochrannou výchovu v případech, kdy již nepostačuje ústavní výchova. Jedná se o případy, kdy rodina nedostatečně pečuje o mladistvého, mladistvému chybí řádná výchova a daný problém není možné v rodině nijak vyřešit, dále také v případě silně zanedbané výchovy mladistvého, nebo v případě, že prostředí, ve kterém mladistvý žije, je nevhodné a nedává mu záruku řádné výchovy. Mladiství s uloženou ochrannou výchovou se často dopustili nějakého protiprávního jednání. (Hoferková, 2009; Zeman, et al., 2009).

Stejně jako v případě ústavní výchovy, ochranná výchova je uložena soudně a trvá nejdéle do dovršení plnoletosti mladistvého, případně může být prodloužena do 19 let. Je potřeba, aby soudy reagovaly rychle a adekvátně dle páchaní činů mladistvými (Zeman, et al., 2009). Důvody k prodloužení jsou různé, nejčastěji se však jedná o studijní povinnosti (Hulmáková, 2013, Tesařová, 1997 in Matoušek & Matoušková, 2011). „*Přeměna ochranné výchovy na ústavní může být provedena v případě, že převýchova mladistvého je natolik úspěšná, že můžeme očekávat, že se i bez omezení, která mu ochranná výchova přináší, bude chovat a pracovat řádným způsobem*“ (Hoferková, 2009, 7).

4.4 Jednotlivá zařízení vykonávající ústavní a ochrannou výchovu a nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

Jednotlivá zařízení se řídí zákonem 109/2002 Sb., který se věnuje samotnému výkonu ústavní a ochranné výchovy. Všechna zmíněná zařízení spadají pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. Avšak v některých oblastech podléhají také dalším ministerstvům, jako například Ministerstvu spravedlnosti ČR v případě soudního rozhodnutí o umístění dítěte, Ministerstvu práce a sociálních věcí v oblasti

dohledu nad dětmi v součinnosti s Orgánem sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) aj. (Andrys, 2017; Zákon 109/2002 Sb.).

4.4.1 Diagnostický ústav

Do diagnostického ústavu jsou přijímány děti s navrženým předběžným opatřením, ale i s nařízenou ústavní výchovou či uloženou ochrannou výchovou. Diagnostický ústav plní hned několik úkolů dle potřeb dítěte, jedná se o úkoly diagnostické, vzdělávací, terapeutické, výchovné a sociální, organizační a koordinační. Obecně jde o zajištění psychologického a pedagogického vyšetření, odpovídající úrovně vzdělání, nápravě poruch v sociálních vztazích a chování dítěte, zaměřuje se na osobnost dítěte a jeho rodinné vztahy, podílí se na umístění dítěte do dalších zařízení, jako například dětského domova, dětského domova se školou, výchovného ústavu. Poslední koordinační úkol diagnostického ústavu je směřován na koordinaci práce a sjednocení odborných postupů v ostatních zařízeních v rámci územního obvodu diagnostického ústavu. Do diagnostického ústavu se děti umísťují na dobu nepřesahující 8 týdnů. Diagnostický ústav rozděluje děti a mladistvé do tzv. výchovných skupin, které dle zákona 109/2002 Sb. mohou tvořit nejméně 4 a nejvíce 8 dětí. Děti ve skupinách však mohou být rozděleny dle pohlaví, nebo podle věku. Na základě komplexního vyšetření je dítě následně umístěno do ostatních zařízení. V případě, že dítě bylo umístěno bez komplexního vyšetření, na základě soudního rozhodnutí, je možné v případě potřeby nařídit diagnostický pobyt dítěte (zákon 109/2002 sb.).

4.4.2 Dětský domov

Dětský domov zajišťuje péči o děti dle jejich individuálních potřeb, jsou zde umísťovány děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování. Děti se vzdělávají ve školách mimo dětský domov. Dětský domov plní převážně výchovné, vzdělávací a sociální úkoly ve vztahu k dětem. Dětský domov rozděluje děti do rodinných skupin, kde jsou děti odlišného věku i pohlaví. Rodinnou skupinu tvoří nejméně 6 a nejvíce 8 dětí. Sourozenci jsou zařazováni do jedné rodinné skupiny, pouze ve výjimečných případech se sourozenci rozdělí. Dětský domov by měl mít nejméně 2 a nejvíce 6

takovýchto rodinných skupin. Jdou zde umístovány děti od 3 let věku do 18 let, do dětského domova mohou být umístěny i nezletilé matky s dětmi. Na základě žádosti lze poskytovat zaopatření i nezaopatřené zletilé osobě po ukončení výkonu ústavní nebo ochranné výchovy, která se soustavně připravuje na budoucí povolání, a to až do věku 26 let (zákon 109/2002 Sb.). Průměrně děti tráví v dětském domově 14 a půl roku (Hoferková, 2009).

4.4.3 Dětský domov se školou

Dětský domov se školou zajišťuje péči o děti s nařízenou ústavní výchovou, které mají závažné poruchy chování, nebo o děti s nařízenou ústavní výchovou, které po přechodnou či trvalou duševní poruchu vyžadují výchovně léčebnou péči. Následně o děti s uloženou ochrannou výchovou, nebo nezletilé matky s nařízenou ústavní či uloženou ochrannou výchovou a jejich děti, které nemohou být vzdělávány ve škole mimo zařízení. Dětský domov se školou plní funkci výchovnou, vzdělávací a sociální. V dětském domově se školou jsou děti umístovány stejně jako v dětských domovech do rodinných skupin, zde tvoří rodinnou skupinu nejméně 6 a nejvíce 8 dětí a v celém zařízení lze zřídit nejméně 2 a nejvíce 6 rodinných skupin, stejně jako je tomu v dětských domovech. Jsou zde umístovány nejčastěji děti od 6 let do ukončení povinné školní docházky. Pokud dítě nemůže z důvodu závažných poruch chování navštěvovat střední školu mimo zařízení nebo pokud neuzavře pracovněprávní vztah, je přeřazeno do výchovného ústavu (Zákon 109/2002 Sb.; Kurelová, Sekera & Kubíčková, 2008).

4.4.4 Výchovný ústav

Výchovný ústav, stejně jako dětský domov se školou, pečuje o děti se závažnými poruchami chování, které mají uloženu ústavní nebo ochrannou výchovu a jsou často starší 15 let, nebo také o nezletilé matky s dětmi a o děti vyžadující výchovně léčebnou péči, pro které se zde zřizují oddělené výchovné skupiny. Do výchovného ústavu mohou být umístěny i děti starší 12 let, které mají uloženu ochrannou výchovu a v jejich chování se projevují tak závažné poruchy, že nemohou být umístěny do dětského domova se školou. To lze provést ve výjimečných případech i u dětí s nařízenou ústavní výchovou. Ve

výchovném ústavu jsou, stejně jako v diagnostickém ústavu, tvořeny výchovné skupiny. Tvoří je nejméně 5 a nejvíce 8 jedinců. Celkově lze ve výchovném ústavu zřídit maximálně 6 výchovných skupin, kam jsou děti rozdělovány na základě jejich výchovných, vzdělávacích a zdravotních potřeb. Ve výchovném ústavu jsou mladiství připravováni pro výkon budoucího povolání, a to na základě zajištění školní docházky na základní škole, poté střední škole či učilišti, a případně i v oblasti vyššího vzdělávání. Výchovný ústav plní funkci výchovnou, vzdělávací a sociální. Výchovný ústav se řídí zákonem č. 109/2002 Sb. a je upravován vyhláškou č. 438/2006 Sb. která se zabývá podrobnostmi ve výkonu ústavní a ochranné výchovy (zákon 109/2002 Sb.; Kurelová, Sekera & Kubíčková, 2008).

4.4.5 Střediska výchovné péče

V zákoně 109/2002 Sb. je uvedeno pouze jako středisko. Středisko se věnuje dětem s rizikem poruch chování nebo s již rozvinutými projevy poruch chování a jedincům s negativními jevy v sociálním vývoji. Věnuje se také zletilým osobám, avšak jen do 26 let věku, které se soustavně připravují na budoucí povolání. Dále osobám, které jsou zodpovědné za výchovu, a pedagogickým pracovníkům prostřednictvím doporučení, a také dětem, u kterých rozhodl o zařazení do střediska nebo o výchovném opatření soud. Středisko poskytuje poradenské služby, a to jak klientům, tak pedagogickým zařízením a jiným orgánům, které se věnují práci s dítětem a rodinou. Dále nabízí terapeutické, diagnostické, vzdělávací, speciálně pedagogické, psychologické, výchovné, sociální a informační služby, které jsou určeny jak samotným klientům, jejich rodinám, tak i orgánům podílejícím se na fungování rodiny.

Středisko může své služby poskytovat také v několika formách. Jedná se o formu ambulantní, celodenní, internátní (ta však nejdéle po dobu 8 týdnů) a terénní. O služby střediska může požádat jak sám zletilý klient, tak zákonný zástupce dítěte nebo školní zařízení. Klienti zařazení do celodenní či internátní formy jsou rozděleni do výchovných skupin, ve středisku lze zřídit nejvíce 3 výchovné skupiny, kdy výchovná skupina může mít nejméně 6 a nejvíce 8 klientů (zákon 109/2002 Sb.).

4.4.6 Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (NZDM)

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež spadají do služeb sociální prevence, snaží se zabránit sociálnímu vyloučení a vzniku a šíření nežádoucích společenských jevů (Baštecká, 2009). Jedná se o jedinou sociální službu určenou přímo dospívajícím (Zemanová & Dolejš, 2015). Jsou ukotveny zákonem 108/2006 Sb. a také prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb., což je vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Jde o zařízení určená dětem a mladistvým ve věku 6 až 26 let, kteří jsou ohroženi nepříznivou sociální situací či důsledky svého chování, kterými ohrožují nejen sebe, ale potencionálně i své okolí (zákon č. 108/2006 Sb.). Služba je poskytována anonymně a zaměřuje se na výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutickou činností, pomoc při uplatňování práv a při obstarávání osobních záležitostí (zákon 108/2006 Sb.). Jsou vedeny buďto pouze ambulantní formou, nebo kombinací ambulantní a terénní práce (Zemanová & Dolejš, 2015).

Jedná se často o děti a mladistvé, kteří vykazují občasný výskyt sociálně deviantního chování, jako například záškoláctví, či dospívající, kteří experimentují s různými návykovými látkami nebo jsou již na těchto látkách závislí či považují krádeže za zpestření volného času (Klíma, 2004). Pro klienty NZDM je typické, že se nemohou nebo nechtějí zapojovat do standardních volnočasových aktivit, vyhýbají se standardním formám institucionalizované pomoci, tráví svůj volný čas neproduktivně a tráví jej mimo rodinu nebo sociální skupinu, mají životní styl, který pro ně představuje nebezpečí nebo je dostává velmi často do konfliktů, a tito klienti nemají jasnou zakázku nebo ji nechtějí či neumí definovat, tak jak to požadují jiné služby (Česká asociace streetwork, 2008). „*Posláním NZDM je usilovat o sociální začlenění a pozitivní změnu v životním způsobu dětí a mládeže, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci, poskytovat informace, odbornou pomoc, podporu, a předcházet tak jejich sociálnímu vyloučení*“ (Česká asociace streetwork, 2008, 3).

V této kapitole jsme se věnovali výchovným ústavům, dětským domovům se školou, ale také nízkoprahovým zařízením pro děti a mládež. Následující kapitola se zaměří podobným směrem, avšak naším zájmem je popsat a přiblížit danou problematiku i z hlediska výzkumného.

5 Výzkumy v oblasti ústavní a ochranné výchovy

Pro oblast ústavní a ochranné výchovy existuje i několik výzkumů zaměřujících se na děti a mladistvé přímo v daných zařízeních či výzkumů jedinců určených jako mladiství delikventi. Jak již bylo zmíněno, z důvodu odlišnosti systémů péče o dospívající s poruchami chování umístěné do ústavních zařízení není možné srovnávat dospívající v ústavní a ochranné výchově, ale zaměřujeme se právě na delikventní a nedelikventní skupiny.

Hned první uvedený výzkum je však odlišný, neboť se zabývá samotnými zařízeními v rámci České republiky, jejich kvalitou a oblastmi, které se v rámci zařízení daří, a které naopak méně. Šetření proběhlo v rámci České školní inspekce, která se zaměřila na zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy, konkrétně se jednalo o diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou, výchovné ústavy a střediska výchovné péče. Data byla získávána z 57 zařízení zřízených Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky a následně byly provedeny rozhovory a dotazníková šetření s 543 dětmi z daných zařízení. Bylo zjištěno, že se zařízením daří informovat děti, osoby odpovědné za výchovu, zaměstnance i odbornou veřejnost o poskytované péči, dobrá je také spolupráce s Orgánem sociálně-právní ochrany dětí a rodinou dítě. Dále se daří v individuálně poskytované péči, v zaměření na specifické vzdělávací potřeby dětí, v podporování zájmů dětí a děti vesměs oceňovaly i přístup dospělých, byly v zařízení spokojeny a oceňovaly ubytování i stravu. Naopak byly zjištěny nedostatky v profilaci zařízení a pozdním umístění, nedostatečném sledování klimatu mezi dětmi a rozvoji pozitivních vztahů a spolupráci, stejně jako ohledně nácviku sociálních, komunikačních a personálních dovedností. Nedostatky jsou nalezeny také v nedostatečném používání moderních a standardizovaných psychodiagnostických metod a s tím souvisejícím nedostatkem psychologů, etopedů a dalších specialistů zaměřených na práci s dětmi, ale také nedostatkem zaměstnanců na počet umístěných dětí. V daných zařízeních není využíváno primárně preventivních programů, které jsou důležitou součástí péče o jedince (Andrys, 2017).

Vavrysová (2014) provedla studii na vzorku 52 dospívajících ve věku 13 až 16 let umístěných do zařízení pro výkon ústavní či ochranné výchovy. Zjistila, že nejčastějšími důvody k umístění jedinců do zařízení bylo nerespektování autorit, záškoláctví, krádeže, agresivita vůči spolužákům, trávení času v závadové partě a toulky. U sledované skupiny dětí a adolescentů byly často tyto důvody propojeny a umístění jedince do zařízení

předcházelo více rizikových aktivit současně. Adolescenti v zařízeních mají také velmi častou zkušenost s užíváním návykových látek, jako například tabákových výrobků, marihuany, alkoholu, ale v 8 případech z 52 dospívajících i halucinogenních houb. Ve škále představující riziko z hlediska užívání návykových látek se adolescenti ze zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy odlišovali od normy v negativním myšlení a impulzivitě.

Pihet, Combremont, Suter & Stephan (2012) zahrnuli do svého výzkumu 80 chlapců, kteří vykazovali vysoce rizikové chování a byli přijati do středisek zabývajících se volnočasovými aktivitami mladistvých⁸ nebo do dvou specializovaných zařízení pro mladistvé delikventy. U chlapců ve věku 13 až 19 let byly zjišťovány informace o delikvenci, rizikovém chování, které souvisí s užíváním návykových látek, o kognitivním a emočním fungování, neverbální komunikaci, impulzivitě, alexithymii či konstruktivním myšlení. Výzkum byl proveden pomocí smíšeného designu. V neverbální inteligenci se jedinci ve 41 % nelišili od běžné populace, ve 31 % dosahovali vyšších skóre a ve 21 % skóre nižších. Byly prokázány rozdíly oproti normě v subškálách impulzivity, a to v naléhavosti a nedostatku vytrvalosti, avšak zásadní rozdíly byly nalezeny v testu zaměřeném na alexithymii, kde až 66 % dotazovaných dosahovalo hraničních či vyšších hodnot oproti normě, a to ve všech subškálách. V rámci konstruktivního myšlení dosahovali delikventní jedinci vyšších skóre v subškále destruktivního myšlení, a naopak výrazně nižších skóre v emočním a behaviorálním zvládnání. Užívání návykových látek mělo silně negativní účinek vzhledem k delikvenci, kdy 17 % dotazovaných dospívajících má z důvodu problémového užívání návykových látek počínající psychické, fyzické, ale i sociální obtíže a až 53 % z nich pociťuje negativní důsledky užívání návykových látek (Pihet, et al., 2012).

V rámci České republiky proběhl výzkum i v nízkoprahových centrech pro děti a mládež (NZDM) (Zemanová & Dolejš, 2015). Autoři zjistili, že 45 % dospívajících z NZDM užilo alkohol v posledních 30 dnech, 39 % vyzkoušelo někdy v životě marihuanu, 48 % kouřilo cigarety v posledních 30 dnech, 38 % kouří více než pět cigaret denně, 27 % již prožilo ve svém životě pohlavní styk. Dále zjistili, že 49 % zfalšovalo podpis rodičů, 27 % ukradlo peníze rodičům a stejné procento bylo někdy v životě za školou. Dalšími rizikovými aktivitami byly krádeže, kdy 35 % alespoň jednou v životě něco ukradlo, 34 % dospívajících uvedlo, že někdy v životě kradlo v obchodě, 31 % někdy poškodilo cizí majetek jen tak pro zábavu, 35 % mělo problémy s policií kvůli svému chování, 39 % si

někdy záměrně fyzicky ublížilo, 32 % bylo za posledních 30 dní obětí hrubých a vulgárních urážek od spolužáků (Zemanová & Dolejš, 2015).

Jedná se o závěrečnou kapitolu, kde se věnujeme výzkumům v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Na kapitolu navážeme vlastním výzkumným zjištěním.

6 Výzkumný problém

Ústavní výchova stále je, a dle našeho názoru navíc ještě dlouho bude jen těžko řešitelným problémem nejen v rámci České republiky, ale i celé Evropy. Důvodem, proč je uvedené téma natolik problematické, je vytržení dítěte z rodiny a jeho deprivace v ústavní výchově. Domníváme se, že téma je značně složitější, a to na základě výzkumů prof. Matějčka a prof. Langmeiera (1968), kteří se zabývali psychickou deprivací v dětství a zaměřili se také na ústavní výchovu. Mnohé obtíže, které si s sebou děti nesou, jsou způsobeny právě nevhodnou péčí v rodině (srov. Peterson, Quay & Tiffany, 1961; Vavrysová, 2014). Tato zjištění a poznatky nás motivovaly k prozkoumání psychologických fenoménů u tří různých skupin adolescentů. Jedná se o reprezentativní skupinu českých adolescentů, kteří dochází do základních škol a na víceletá gymnázia. Další je velmi riziková skupina dívek a chlapců z dětských domovů se školou a výchovných ústavů. U této skupiny byly před vstupem do zařízení prokázány poruchy chování a vyšší míra rizikových aktivit a jsou pod neustálým dohledem odborníků. Mezi nimi se nachází třetí skupina dospívajících, kteří jednak navštěvují běžné základní školy, ale rovněž se u nich vyskytuje vyšší míra rizikových aktivit a dochází do nízkoprahových klubů pro děti a mládež, kde se jim v době jejich pobytu věnují odborníci (Zemanová & Dolejš, 2015).

Právě rizikové chování je u adolescentů velkým problémem, který je třeba řešit již na úrovni primární prevence s možností začátku v raném dětství, takovým příkladem může být i metoda Second Step (Smékalová & Palová, 2016). Další odborníci v praxi, jako například psychologové, sociální pracovníci, adiktologové, psychoterapeuti, školní metodici prevence, pedagogové a mnoho dalších, se setkávají s rizikovým chováním u adolescentů ve svých praxích. Aby byla možná adekvátní práce a posouzení rizikového chování, je třeba mít k dispozici metody ke zjištění těchto jevů. Jednotlivým odborníkům slouží intervenčně a populárně naučné programy, za které mohou být považovány například peer programy nebo metodická doporučení a vyhlášky Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. Rozsáhlé využití mají také prevalenční studie a studie zaměřené na výskyt rizikového chování (ESPAD, HBSC aj.) a samotné diagnostické nástroje, zaměřené na výskyt rizikového chování (SURPS, VRCHA aj.) (Dolejš, 2010b).

Domníváme se, že je potřeba věnovat se všem skupinám adolescentů, a hlavně nezapomínat na individuální rozdíly u těchto adolescentů. Stejně tak je třeba brát v úvahu, že dospívání je velmi náročný proces, který každý prožívá či prožíval jinak, u každého se

projevuje nebo projevoval jinak a každého ovlivní jiným způsobem. Předpokládáme ale, že v rámci osobnostních rysů a charakteristik není nekonečné množství variant a že se i v těchto oblastech podobáme. Právě rizikovní adolescenti bývají často již v tomto věku odmítnuti společností jako někdo, u koho není možná náprava.

Naším cílem je popsat tyto rizikové skupiny adolescentů s ohledem na již realizované výzkumy, použité diagnostické nástroje a také samotné dospívající a jejich charakteristiky. Domníváme se, že v některých osobnostních charakteristikách se budou adolescenti z dětských domovů se školou, výchovných zařízení, ale i nízkoprahových zařízení pro děti a mládež odlišovat od normy. Stejně tak bude pro tyto skupiny specifické rizikové chování a jeho rozsah. Na tento náš předpoklad navážeme v cílech práce a také je zde více rozvedeme.

7 Cíle výzkumu

V této kapitole se zaměříme na cíle výzkumu a stanovíme jednotlivé hypotézy. Cíle výzkumu jsou zásadním bodem práce, jelikož ji směřují a udávají celkový postup při zpracování výsledků. Práce je tedy odpovědí na stanovený výzkumný problém a cíle. Na základě stanovených cílů byla vybrána testová baterie, ale také struktura výzkumného projektu. Cíle se také podílely na směřování celého výzkumného projektu.

Značná část naší studie se týká dospívajících, a to jak těch z běžné populace, tak adolescentů s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou nebo těch, kteří ve svém volném čase navštěvují nízkoprahová zařízení pro děti a mládež. Zaměřili jsme se u nich na několik vybraných osobnostních rysů a rizikové chování, které realizují. Věnujeme se popisu několika psychologických proměnných u adolescentů v dětských domovech se školou, výchovných ústavech a v nízkoprahových zařízeních, konkrétně popisu míry a výskytu depresivity, impulzivity, vyhledávání vzrušení, negativního myšlení, přecitlivělosti a rizikového chování u všech zmíněných skupin. Pokusíme se také zhodnotit prevalenci rizikových aktivit a jednotlivé skupiny mezi sebou srovnat.

Definované cíle práce tak zní:

1. cíl: Popsat výskyt námi zvolených osobnostních rysů u všech tří sledovaných skupin dospívajících.
2. cíl: Zjistit, jak se adolescenti z dětských domovů se školou a výchovných ústavů odlišují od normy populace.
3. cíl: Zjistit, jak a pokud vůbec se adolescenti z dětských domovů se školou a výchovných ústavů odlišují od klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež.
4. cíl: Popsat výskyt rizikových aktivit u jednotlivých skupin adolescentů.
5. cíl: Srovnat výskyt rizikových aktivit u jednotlivých skupin adolescentů.

Vytyčili jsme si několik cílů, ze kterých budeme vycházet při analyzování výsledků jednotlivých souborů dospívajících. V rámci práce se však mohou objevit i další, rozšiřující závěry vyplývající z výsledků projektu i studie.

7.1 Hypotézy

V práci si stanovíme pouze některé dílčí hypotézy. Z důvodu velkého množství psychodiagnostických nástrojů i různých výzkumných souborů není možné popsat všechny hypotézy. V práci však popíšeme i další zjištění, která budou náležitě okomentována. Do projektu bylo zapojeno velké množství institucí a přes 2,5 tisíce adolescentů z různých skupin i míst České republiky. Výběr souboru byl náhodný, a tak poskytuje prostor pro zobecnování výsledků na populaci českých adolescentů v základních školách, na gymnáziích, ale i na populaci dospívajících v dětských domovech se školou a výchovných ústavech. Na základě rešerše dostupné literatury jsme zvolili tyto ukázkové hypotézy:

H1 „Adolescenti z ústavní a ochranné výchovy budou dosahovat statisticky významně vyšších skóre ve faktoru depresivity v dotazníku SDDSS oproti populaci.“

H2 „Adolescenti z nízkoprahových center pro děti a mládež budou dosahovat statisticky významně vyšších skóre ve faktoru impulzivity ze škály SURPS oproti populaci.“

H3 „Adolescenti z ústavní a ochranné výchovy budou vykazovat vyšší prevalenční hodnoty v užívání alkoholu.“

H4 „Celkový skóre ve Škále depresivity bude u skupiny adolescentů z dětských domovů se školou a výchovných ústavů statisticky významně souviset se škálou negativního myšlení v metodě SURPS.“

Jedná se pouze o krátký výčet, nebo spíše ukázkou možných hypotéz formulovaných s ohledem na všechny testované skupiny i využití dotazníky. Obecně však hledáme odlišnosti adolescentů z výchovných ústavů a dětských domovů se školou oproti dospívajícím docházejícím do nízkoprahových center pro děti a mládež a obou těchto skupin oproti normě. S ohledem na specifitu adolescentů v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a adolescentů v NZDM není možné předem určit, jak budou dané vzorky vypadat a jaké skóre či rizikové chování budou vykazovat. V části výsledků jsou tak užity další testy a výpočty, avšak bez uvedení hypotéz.

Na tuto kapitolu navážeme popisem populace a výzkumných souborů. Výzkumné soubory rozdělíme dle typů zařízení, do kterých jedinci spadají, tedy na skupinu běžné

populace, tzn. základní školy a gymnázia (ZSG), dále na skupinu adolescentů z dětských domovů se školou a výchovných ústavů (DDSVU) a skupinu dospívajících docházejících do nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (NZDM).

8 Popis populace

V této kapitole se budeme věnovat popisu populace a následně popisu vzorku. Populaci je třeba rozdělit do tří skupin. Jako první popíšeme běžnou populaci, tedy žáky docházející do běžných základních škol a víceletých gymnázií. Druhý stupeň základní školy a víceletá gymnázia navštěvovalo ve školním roce 2016/2017, kdy probíhal i sběr dat, celkem 337 222 žáků, z toho 162 510 dívek (Statistická ročenka školství MŠMT, 2018). Přehled uvádíme v tabulce č. 4. Nejvíce žáků je ve Středočeském kraji (42 271) a poté v Moravskoslezském kraji (40 222). Naopak nejméně žáků je v Karlovarském kraji (9 220).

Tab. 4: Rozložení žáků 2. stupně v rámci jednotlivých krajů ČR

Kraj	Žáků 2. stupně	Z toho dívek
Hlavní město Praha	32840	15833
Středočeský kraj	42271	20373
Jihočeský kraj	20922	10021
Plzeňský kraj	18225	8844
Karlovarský kraj	9220	4357
Ústecký kraj	29144	14132
Liberecký kraj	15284	7389
Královehradecký kraj	18307	8768
Pardubický kraj	17103	8160
Kraj Vysočina	17181	8378
Jihomoravský kraj	36607	17641
Olomoucký kraj	20492	9897
Zlínský kraj	19404	9346
Moravskoslezský kraj	40222	19371
Celkem	337 222	162 510

Poznámka: Data získána ze Statistické ročenky školství MŠMT, 2018

Druhou skupinou, kterou popíšeme, je populace adolescentů umístěných do zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy se zaměřením na dětské domovy se školou a výchovné ústavy. Do dětských domovů se školou bylo umístěno celkem 730 adolescentů, z toho 181 dívek, a do výchovných ústavů bylo umístěno celkem 1 096 adolescentů a z toho 377 dívek. Na území České republiky se nachází celkem 55 zařízení tohoto druhu (Statistická ročenka školství MŠMT, 2018). Nejvíce adolescentů v dětských domovech se školou je ve Středočeském kraji, ve výchovných ústavech je nejvíce adolescentů v Ústeckém a poté v kraji Vysočina. Umístěných dívek je nejvíce v Kraji Vysočina.

Tab. 5: Rozložení adolescentů v dětských domovech se školou a výchovných ústavech v rámci jednotlivých krajů ČR

Kraj	DDŠ	VÚ	Z toho dívek
Hlavní město Praha	22	15	13
Středočeský kraj	136	68	33
Jihočeský kraj	12	36	36
Plzeňský kraj	62	93	21
Karlovarský kraj	8	8	0
Ústecký kraj	99	227	71
Liberecký kraj	55	0	11
Královehradecký kraj	78	74	18
Pardubický kraj	64	23	40
Kraj Vysočina	41	198	189
Jihomoravský kraj	13	146	70
Olomoucký kraj	47	56	35
Zlínský kraj	35	45	0
Moravskoslezský kraj	58	107	21
Celkem	730	1 096	558

Poznámka: DDŠ = dětský domov se školou, VÚ = výchovný ústav.

Zdroj: Data získána ze Statistické ročenky školství MŠMT, 2018

Poslední popisovanou skupinou jsou adolescenti, kteří dochází do nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. V České republice je v současnosti evidováno 254 registrovaných nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Každé zařízení je obvykle personálně zajištěno 2,5 úvazku (Štefková, & Tučková, 2011), kdy na jeden pracovní úvazek připadá přibližně 40 klientů (Zemanová, & Dolejš, 2015). To znamená, že odhadem využívá služby nízkoprahových zařízení asi 25 000 klientů. Byla oslovena všechna nízkoprahová zařízení, která jsou registrována u MPSV ČR.

Nyní popíšeme výběrový soubor, který jsme vybírali na základě výše popsaných populačních kritérií. Ne u všech skupin se nám však povedlo naplnit kritéria pro normu souboru. Jako normový soubor popisujeme pouze populaci adolescentů ze základních škol a víceletých gymnázií, která byla vybírána náhodně a v níž jsou zastoupeny všechny kraje.

8.1 Popis vzorku

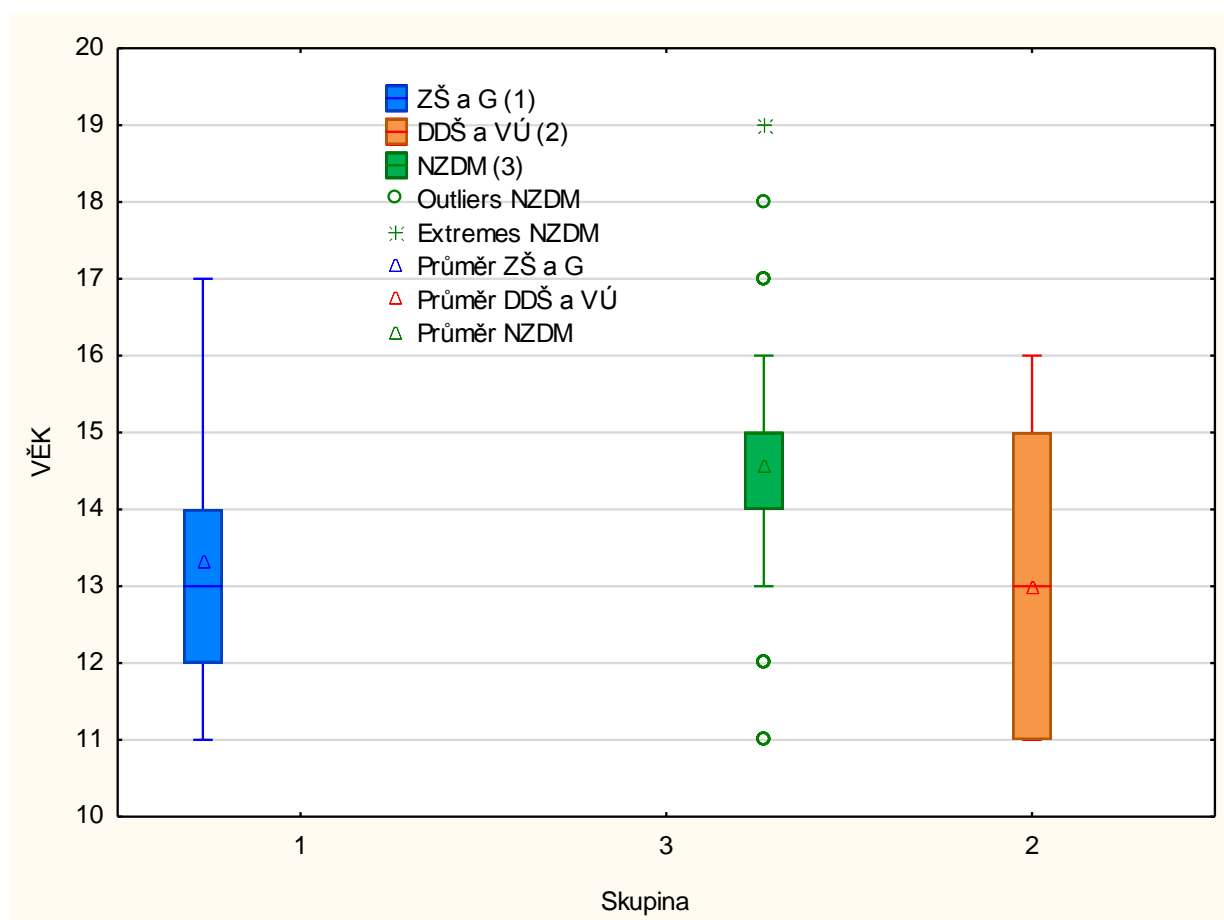
Do výzkumného projektu bylo zapojeno 2 744 českých adolescentů ve věku 11 až 19 let. Výzkumný soubor byl složen ze tří podskupin dle typu zařízení, kde byla data sbírána. První a nejpočetnější skupinu, označovanou jako „ZŠ a G“, tvoří adolescenti docházející na druhý stupeň základních škol a 8 a 6letá gymnázia (ekvivalent druhého stupně). Tuto skupinu tvořilo 2 437 adolescentů, přičemž chlapců bylo do výzkumu zapojeno 1 172 (48,09 % ze skupiny ZŠ a G), jejichž průměrný věk dosahoval 13,36 let (SD = ±1,21). Dívek v této skupině bylo 1 265, tvořily 51,01 % a jejich průměrný věk byl 13,26 let s SD = ±1,25 let. Skupinu ZŠ a G budeme v textu také nazývat jako normovou, protože byla vybrána náhodně ze všech relevantních školních zařízení. Druhou skupinu tvořili dívky a chlapci pobývající v dětských domovech se školou nebo ve výchovných ústavech (DDŠ a VÚ), přičemž výzkumu se zúčastnilo 246. Ve skupině bylo 189 chlapců (76,83 %) a 57 dívek (24,17 %). Tato skupina byla o více než rok starší, chlapci měli průměrný věk 14,51 let (SD = ±1,45) a dívky byly ještě o něco starší, neboť dosahovaly průměrného věku 14,74 let (SD = ±1,36). Poslední, nejméně početnou a nejmladší skupinou byli klienti nízkoprahových center pro děti a mládež (NZDM). Do výzkumu se zapojilo 61 adolescentů, z toho 33 chlapců a 28 dívek. Průměrný věk této skupiny byl 12,98 let, přičemž starší byli chlapci (13,06 let, SD = ±1,75) než dívky (12,89 let, SD = ±1,69) (Tab. 6 a Graf 1).

Tab. 6: Počet a věk adolescentů dle jednotlivých skupin

Skupina	N	M	Me	Mo	N Mo	Min.	Max.	V	SD	S	K
ZŠ a G	2437	13,31	13	14	663	11	17	1,515	1,231	-0,114	-0,873
DDŠ a VÚ	246	14,56	15	15	76	11	19	2,043	1,429	-0,115	0,518
NZDM	61	12,98	13	11	17	11	16	2,916	1,708	0,296	-1,340

Poznámka: N = počet, M = průměr, Me = medián, Mo = modus, N MO = počet u mediánu, Min. = minimum, Max. = maximum, V = rozptyl, SD = směrodatná odchylka; S (Skewness) = šikmost; K (Kurtosis) = špičatost.

Graf 1: Věk adolescentů v jednotlivých skupinách



Adolescenti z normového souboru (ZŠ a G) pocházejí ze všech krajů České republiky. Nepočtenější skupinami byli žáci a žákyně z Moravskoslezského kraje (12,36 %) a z Kraje Vysočina (10,43 %). Do 5 % z celého normového souboru jsou zastoupeni

adolescenti z hlavního města Prahy (2,38 %) a z Jihočeského kraje (3,33 %). Ve skupině DDŠ a VÚ nejsou zastoupeny všechny kraje, chybí hlavní město Praha, Liberecký, Ústecký a Moravskoslezský kraj. Nejvíce respondentů bylo v dětských domovech se školou či ve výchovných ústavech v Plzeňském (28,05 %), Jihomoravském (12,20 %) a Královéhradeckém kraji (10,98 %). U adolescentů ze třetí skupiny, ze skupiny NZDM, nebyl zjišťován uzemní celek, ze kterého pocházejí.

Tab. 7: Počet adolescentů dle jednotlivých krajů a skupin

Kraj	Skupina			
	ZŠ a G		DDŠ a VÚ	
	N	N v %	N	N v %
Hl. město Praha	58	2,38	0	0,00
Pardubický kraj	159	6,53	23	9,35
Kraj Vysočina	254	10,43	23	9,35
Jihomoravský kraj	158	6,49	30	12,20
Liberecký kraj	199	8,17	0	0,00
Středočeský kraj	186	7,64	15	6,10
Královéhradecký kraj	143	5,87	27	10,98
Olomoucký kraj	151	6,20	23	9,35
Karlovarský kraj	161	6,61	7	2,85
Ústecký kraj	201	8,25	0	0,00
Jihočeský kraj	81	3,33	12	4,88
Moravskoslezský kraj	301	12,36	0	0,00
Zlínský kraj	192	7,88	17	6,91
Plzeňský kraj	192	7,88	69	28,05

Poznámka: N = počet, N v % = procentuální zastoupení.

V normovém souboru českých adolescentů jsou nejpočetnější věkové kohorty 12letých až 15letých, kteří navštěvují 6. až 9. ročník na základních školách či primu až kvartu na víceletých gymnáziích. V této skupině byli dva jedinci ve věku 17 let a žádný ve věku 18 a 19 let. V druhé skupině, tedy ve skupině adolescentů z DDŠ a VÚ, jsou nejvíce obsazené skupiny 13 až 16 let. 17letých a víceletých je 14 respondentů. V poslední skupině se nenachází žádní jedinci starší 17 let a nejpočetnější skupinou jsou 11letí, kterých je 17 (Tabulce č. 8).

Tab. 8: Počet adolescentů dle jednotlivých věkových kategorií a skupin

Věk/skupin a	N ZŠ a G	N DDŠ a VÚ	N NZDM	N DDŠ a VÚ a NZDM
11 let	180	7	17	24
12 let	523	12	11	23
13 let	597	32	11	43
14 let	663	60	4	64
15 let	453	76	14	90
16 let	19	45	4	49
17 let	2	9	0	9
18 let	0	3	0	3
19 let	0	2	0	2

Poznámka: N = počet.

Z výsledků, které přinesla předchozí tabulka, lze vypožorovat, že věkové kohorty 17letých, 18letých a 19letých jsou zastoupeny velmi málo, nebo vůbec. Z tohoto důvodu a také z důvodu porovnatelnosti s normovou skupinou adolescentů (ŽŠ + G) bude v následující analýze operováno jen s věkovými kohortami 11letých až 16letých. Následující tabulka 9 informuje o počtu a procentuálním zastoupení v jednotlivých věkových kohortách a skupinách. Ve skupině ZŠ a G je celkem 2 435 adolescentů, ve skupině DDŠ a VÚ je 232 jedinců a ve třetí skupině, ve skupině klientů NZDM, je 61 respondentů. Vyřazených 16 respondentů z celého výzkumného souboru představuje jen 0,58 %, což by vůbec, či velmi málo ovlivnilo následující prezentované analýzy. Rovněž při některých analýzách bude počet adolescentů nižší, důvodem je nevyplněný dotazník či proměnná, která byla v testové baterii.

Tab. 9: Počet adolescentů

Skupina/věk	11 let		12 let		13 let		14 let		15 let		16 let	
	N	N v %	N	N v %	N	N v %	N	N v %	N	N v %	N	N v %
ZŠ a G	180	7	523	21	597	25	663	27	453	19	19	1
DDŠ a VÚ	17	28	11	18	11	18	4	7	14	23	4	7
NZDM	7	3	12	5	32	14	60	26	76	33	45	19
DDŠ a VÚ a NZDM	24	8	23	8	43	15	64	22	90	31	49	17

Poznámka: N = počet, N v % = procentuální zastoupení.

Na kapitolu popisu populace i výzkumných souborů navážeme kapitolou zaměřenou na jednotlivé psychodiagnostické nástroje a jejich faktory. Metody budeme řadit stejně, jak budou následně prezentovány také výsledky.

9 Metody použité ve výzkumu

Ve výzkumném projektu byla předložena rozsáhlá testová baterie, která obsahovala řadu psychometrických nástrojů. Část těchto nástrojů, jak již bylo uvedeno, měřila externalitu a internalitu z hlediska místa kontroly (Locus of Control). Druhou část tvořily metody zaměřené na vybrané osobnostní rysy (impulzivita, beznadějnost, přecitlivělost a vyhledávání vzrušení), rizikové chování a depresivitu. Osobnostní rysy byly měřeny Škálou osobnostních rysů představující riziko z hlediska užívání návykových látek, pro kterou je využívána zkratka SURPS (Woicik at el., 2009; Dolejš at el., 2012). Některé rizikové aktivity a typy rizikovosti byly zjišťovány dotazníkem, který je označován jako Výskyt rizikového chování u adolescentů a jeho zkratka je VRCHA (Dolejš & Skopal, 2016). Třetí a poslední metodou, která se zaměřila na aktuální míru depresivity u českých adolescentů, je Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá, pro kterou je užívaná zkratka SDDSS (Dolejš at el., 2018). V následujících odstavcích popíšeme jednotlivé metody, jejich obsah, položky, ale také jejich základní psychometrické parametry.

9.1 Škála depresivity Dolejše, Skopala a Suché (SDDSS)

Jde o nejmladší metodu, která byla zkonstruována pro měření aktuálního stavu deprese (jednodimenzionální škála) u českých adolescentů. Jedná se o metodu, která byla zkonstruována primárně pro českou populaci, prošla náročnou standardizací a byla testována v řadě celorepublikových výzkumů. Dolejš et al. (2018, 8) píšou, že *„pojmem depresivita rozumí psychický stav (ne rys osobnosti), ve kterém se projevují různé příznaky deprese, jedná se tedy o individuální charakteristiku, která ale nemusí dosahovat klinické významnosti. Základní projevy depresivity jsou patrné ve třech oblastech – v náladě, aktivitách a v množství energie.“*

Metoda obsahuje 20 výroků, na které respondent odpovídá výběrem jedné ze 4 odpovědí, od „rozhodně nesouhlasím“ přes „nesouhlasím“, „souhlasím“ až po „rozhodně souhlasím“. Metoda může být využita jak v klinické praxi, tak i v poradenské oblasti či ve školní psychologii. Administrace metody je snadná, vyplnění metody adolescentovi zabere do 15 minut. Škálu lze zadávat individuálně, či skupinově. Vyhodnocení metody rovněž není nijak obtížné, protože metoda neobsahuje žádnou reverzní položku a také protože je

jednodimenzionální. Administrátor dává za odpověď od 1 do 4 bodů, minimální počet bodů, který lze v metodě získat, je 20 a maximální počet je 80 bodů. Ve škále jsou například tato tvrzení: „Mám pocit, že se nemám na co těšit“ nebo „Už mě vůbec nic netěší“ (Dolejš et al., 2018).

Metoda byla využita v několika normalizačních souborech, které zahrnovaly stovky či tisíce českých adolescentů. Byla využita u dílčích skupin, například u adolescentů z diagnostických ústavů a dětských domovů nebo experimentálně u dospělé populace. Dolejš et al. (2018) uvádějí, že Cronbachovo alfa z Pearsonových korelací je 0,91 a koeficient reliability omega má hodnotu 0,94 (i ostatní studie uvádějí takto vysoké Cronbachovo alfa, porovnej Dolejš et al., 2018). Melecká (2016) využila metodu v longitudinální studii, kdy se během tří měření Cronbachovo alfa pohybovalo od 0,91 do 0,93. Faktorový náboj u jednotlivých položek osciloval od 0,47 do 0,82, což s velkou rezervou splňuje minimální kritéria použitelnosti (Dolejš et al., 2018). Metoda SDDSS měla kladný a velmi úzký vztah se Škálou úzkostnosti Dolejš a Skopala ($r = 0,80$) nebo s hostilitou ($r = 0,55$) či hněvem ($r = 0,32$) v dotazníku agresivity Busse a Perryho. V negativně silném vztahu je škála SDDSS se sebehodnocením, měřeným Rosenbergovou škálou sebehodnocení. Korelace dosahovala záporné hodnoty $-0,63$ (Suchá & Dolejš, 2016).

Za významně depresivní můžeme považovat ty adolescenty, kteří získají více bodů, než je průměr plus jedna směrodatná odchylka. Adolescenti s depresivním laděním či nějakým stupněm deprese vykazují mnoho příznaků. Často nemají dostatek energie, motivace, jsou podráždění, mají sníženou pracovní výkonost, mohou mít problémy s rozhodováním, mohou se u nich objevovat záchvaty pláče a dlouhotrvající smutek. Depresivní adolescenti jsou citliví na neúspěch a odmítnutí, mají větší starost o své zdraví a v některých případech se mohou objevovat myšlenky na smrt. Omezují své volnočasové aktivity a mohou se vyhýbat lidem a společenskému dění (Dolejš et al., 2018). Bližší informace o normových souborech, o psychometrických ukazatelích a celkově o metodě přináší testová příručka k této metodě (Dolejš et al., 2018).

9.2 Škála osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek (SURPS)

Posledním, třetím dotazníkem je Substance Use Risk Profile Scale (SURPS), který byl vytvořen jako jedna z částí preventivního programu PREVENURE (Woicik at el., 2009; Dolejš at el., 2012). Metoda byla převedena do českého prostředí, byly vytvořeny populační normy a byla vydána testová příručka. Český název metody je Škála osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek. Metoda měří čtyři základní charakteristiky: a) negativní myšlení / beznadějnost (Hopelessness), b) přecitlivělost (Anxiety Sensitivity), c) impulzivita (Impulsivity) a d) vyhledávání vzrušení (Sensation Seeking). Autorky uvádějí, že tyto faktory jsou úzce spojeny s problematickými vzorci chování, a to hlavně v oblasti užívání návykových látek (Woicik at el., 2009), a že je vhodné tyto jedince identifikovat a zapojit je do aktivit primární prevence tak, aby nedošlo k rozvoji rizikových aktivit a k poškození adolescenta z důvodu užívání návykových látek.

Metodu tvoří 4 faktory, které celkem sytí 23 položek. Zkoumaná osoba odpovídá výběrem ze čtyř nabídnutých odpovědí, a to na základě toho, do jaké míry s daným výrokiem souhlasí, či nesouhlasí. První faktorem je negativní myšlení (někdy označováno jako beznaděj), je tvořen 7 položkami (například „Jsem šťastný/á.“). Další faktor je označován jako přecitlivělost, sytí ho 5 položek (například „Když jsem hodně nervózní, dostávám strach.“). Třetí faktor je impulzivita, která obsahuje 5 položek (například „Často něco řeknu dřív, než si to rozmyslím.“). Poslední faktor sytí 6 tvrzení (například „Rád/a dělám věci, které mi trochu nahánějí hrůzu.“) a jedná se o faktor označovaný jako vyhledávání vzrušení. Za odpověď se dává od 1 do 4 bodů. Administrace není náročná a trvá do 15 minut. Vyhodnocení se provádí pomocí šablony a u faktoru negativního myšlení jsou některé otázky reverzní. Dotazník lze zadávat jak individuálně, tak skupinově a své uplatnění má v prevenci a v poradenství.

Průměrná hodnota pro skupinu českých adolescentů ve věku 11–15let je ve škále beznaděje 14,1 bodů, ve škále přecitlivělosti 11,8 bodů, ve škále impulzivity 13,1 bodu a ve škále vyhledávání vzrušení 16,3 bodů. Cronbachovo alfa pro negativní myšlení je 0,57 a všechny položky mají středně silný vztah s celkovým skórem tohoto faktoru (r je vyšší než 0,50). U přecitlivělosti byla hodnota alfy 0,64 a opět položky mají středně silný vztah s celkem (od $r = 0,58$). Faktor impulzivita má nejnižší hodnotu Cronbachova alfa, a to 0,41. Položky v tomto faktoru opět dobře sytí celkový skór. Poslední, čtvrtý faktor, vyhledávání vzrušení, má dobrou vnitřní konzistenci (Cronbach alfa = 0,66) a všech 6

položek má středně silný vztah s celkem (od $r = 0,46$). Skopal (2012) či Conrod & Woicik (2002) naměřili ještě vyšší hodnoty, například u beznaděje je alfa 0,60 (Skopal) a 0,76 (Conrod & Woicik) a u impulzivity dosáhla alfa hodnoty 0,59 (Skopal) a 0,68 (Conrod & Woicik). Negativní myšlení má středně silný vztah s citovou nestálostí ($r = 0,36$) a úzkostnou sebenejistotou ($r = 0,41$) v Osobnostním inventáři pro mládež (HSPQ) (Dolejš et al., 2012). Woicik at el. (2009) uvádí, že vyhledávání vzrušení v SURPS vysoce koreluje ($r = 0,72$) se Zuckermanovou škálou vyhledávání vzrušení (SSS) a podobný stav je u škály impulzivity, která úzce koreluje ($r = 0,62$) s Eysenkovým dotazníkem I-7. Vzájemné korelace mezi jednotlivými faktory SURPS jsou nízké, pohybují se v rozmezí od -0,20 do 0,27 (Dolejš at el., 2012). Charvát et al. (2017) zjistil, že adolescenti z ústavů a domovů mají výrazně vyšší skóre v impulzivitě SURPS (Cohen's $d = 0,55$) a v negativním myšlení SURPS (Cohen's $d = 0,65$), než je u normového souboru.

Pokud adolescent získá vyšší počet bodů v negativním myšlení, můžeme u něho pozorovat pasivitu, společenskou izolovanost, neklid, únavu a často se u něj objevují myšlenky typu: „nemám se rád“, „stejně mě nikdo nemá rád“, „vždy každého zklamou“. Přecitlivělost se projevuje napětím ve svalech či žaludečními nevolnostmi. Adolescent si například myslí, že vše dopadne špatně, a dělá si starosti o budoucnost. Můžeme u něj pozorovat vyhýbání se určitým situacím či únik z těchto situací. Impulzivní jedinci jsou spontánní, podezíraví, agresivní a nedomýšlejí důsledky svého chování. Často se u nich objevuje vztek, na ostatní jsou naštvaní a nemají ostatní příliš v oblibě. Na fyziologické úrovni se může objevit povrchní dýchání, zrychlený tep, zrudnutí v obličeji či zaťaté pěsti. Vyšší míra posledního faktoru, tedy vyhledávání vzrušení, se projevuje nadměrnou fyzickou aktivitou, energičností, pohlcením okamžikem, neposedností či roztěkaností. Jedinci se nudí, potřebují mít nějakou zábavu a vzrušení, také lze pozorovat vyšší míru pocení, zrychlený tep či neklid (Dolejš, 2010; Conrod et al., 2004a až d). Jako u předchozích dvou metod, čtenáři mohou najít bližší informace v testové příručce k této metodě (Dolejš at el., 2012).

9.3 Výskyt rizikového chování u adolescentů (VRCHA)

Dotazník **Výskyt rizikového chování u adolescentů (VRCHA)** se primárně soustředí na rizikové chování. Metoda poskytuje o adolescentovi dvě základní informace. První informace identifikuje aktivity, které adolescent již realizoval, či nerealizoval. Druhá

informace vypovídá o faktorech, které adolescent má a metoda je dokáže měřit, tedy o určitých typech rizikovosti. Máme adolescenty soustřeďující se více na delikventní a protispolečenské aktivity, ale jsou také adolescenti se závislostí, experimentující častěji s psychoaktivními látkami, kterým naopak krádeže, podvody a další nemusí nic říkat (Dolejš & Skopal, 2015; Dolejš & Orel, 2018).

Opět se jedná o krátký diagnostický nástroj obsahující 18 otázek, na které jedinec odpovídá výběrem z možností „Ano“ a „Ne“. Otázky se zaměřují na zkušenost s nějakou aktivitou, příkladem může být otázka „Vykouříš denně více než 5 cigaret?“ nebo „Ukradl/a jsi někdy něco v obchodě?“. Administrace zabere maximálně 15 minut. Metodu lze využít jak skupinově, tak i individuálně a oblasti použití jsou opět různé, pracovat s metodou mohou kliničtí, školní či poradenští psychologové, ale také výzkumníci. Při vyhodnocení dotazníku odborník získává celkový skóre a skóre za tři faktory. Metoda je složena z faktoru delikvence, abúzu a šikany. První faktor, delikvence, je sycen 7 položkami a měří zkušenosti s krádežemi, lhaním či falšováním a podvody. Druhý faktor je abúzus, který se v sedmi otázkách zaměřuje na zkušenosti, frekvenci užívání vybraných látek (alkohol, marihuana či tabák). Posledním faktorem je šikana z pohledu oběti, tuto položku tvoří 4 otázky, které se zaměřují na zkušenosti s fyzickou a verbální agresivitou. Celkově adolescent může získat maximálně 18 bodů. Pokud získá 0 bodů, je považován za nerizikového; do 3 bodů se jedná o běžnou rizikovost, zvýšená rizikovost je mezi 4 až 6 body a ti, kteří získají 7 a víc bodů, jsou vysoce riziková (Dolejš & Skopal, 2015).

Diagnostický nástroj byl využit již v řadě výzkumných projektů, a to jak českých (Dolejš et al., 2014; Dolejš & Orel, 2018; Laštůvková, 2015; Zemanová & Dolejš, 2015), tak i slovenských (Čerešník et al., 2016). Cronbachova alfa je nejvyšší u celkového skóru a ve výzkumech osciluje od 0,73 do 0,84. Při longituduálním šetření byly hodnoty alfy v rozmezí 0,75 až 0,78 (Melecká, 2016). Nejslabším faktorem co do hodnoty Cronbachova alfa je faktor šikana (od 0,40 do 0,56) (Dolejš & Orel, 2018). Korelace mezi celkovou rizikovostí a abúzem či delikvencí přesahuje ve většině výzkumu hodnotu 0,80. U faktoru je to okolo hodnoty 0,60. Dolejš a Orel (2018) poskytují informaci o tom, že s rizikovostí je ve velmi úzkém vztahu impulzivita, vzájemná korelace mezi Škálou impulzivity (Dolejš & Skopal, 2016) a celkovou rizikovostí se pohybuje od 0,48 do 0,53, jedná se tedy o středně silnou korelaci. Dolejš a Skopal (2015) zjistili, že faktory impulzivita a vyhledávání vzrušení ze SURPS jsou ve středně silném vztahu s celkovou rizikovostí. I další faktory, jako je hostilita, verbální a fyzická agresivita a hněv (měřeny Dotazníkem agresivity Busse a Perryho), jsou ve středně silném a kladném vztahu s celkovou

rizikovitostí (Dolejš & Skopal, 2015; Čerešník et al., 2016). Přívětivost (NEO-FFI), Rozvážnost (ŠORA) a Sebedůvěra (SPAS) negativně působí na výskyt různých rizikových aktivit (Dolejš et al., 2014). Charvát et al. (2017) zjistili, že celkový skóre měřený dotazníkem VRCHA velmi dobře rozlišuje mezi adolescenty z běžné populace a dospívajícími z výchovných ústavů a dětských domovů ($AUC = 0,941$).

Vavrysová (2014) zjistila, že adolescenti z dětských domovů a výchovných ústavů se často dostávají do této skupiny z důvodu záškoláctví, užívání návykových látek či delikventního chování spojeného s pácháním trestných činů. Autoři příručky Dolejš a Skopal (2015) doporučují u vysoce rizikových jedinců intenzivní odbornou intervenci, individuální poradenství, terapie a práci s celým rodinným systémem. Bližší informace přináší testová příručka, které obsahuje teoretické ukotvení, statisticko-matematické analýzy, jakož i informace o administraci, vyhodnocení či výsledcích, a v neposlední řadě obsahuje také populační normy.

V rámci kapitoly jsme popsali jednotlivé metody, které byly v našem výzkumném šetření použity. Další kapitola navazuje popisem samotného sběru dat, celé realizace výzkumu a také metod zpracování a analýzy dat.

10 Technicko-logistický průběh výzkumu

Zde prezentované informace a výsledky jsou jednou polovinou dat, které byly od adolescentů získány. Výzkumný projekt by se dal rozdělit do dvou samostatných studií dle cílů, otázek a hypotéz. Jde ale o jeden projekt vzhledem k technicko-logistickému průběhu. Jedna studie, která zde nebude detailněji popisována, ale je na ni v této práci několikrát odkazováno, je zaměřena na psychologický fenomén označovaný termínem Locus of Control. Část metod v testové baterii testovalo místo kontroly u českých adolescentů. Snahou této dílčí studie bylo popsat a porovnat adolescenty z různých skupin co do míry externality a internality vzhledem k místu kontroly. Dalšími dílčími cíli byl převod zahraničních metod do českého jazyka a standardizace české metody na měření místa kontroly a vytvoření populačních norem pro tento nástroj.

Druhá a zde detailněji rozebíraná výzkumná studie vycházela z potřeby popsat některé psychologické proměnné u adolescentů umístěných do dětských domovů se školou a výchovných ústavů a zjistit, do jaké míry jsou tito respondenti depresivní, impulzivní či rizikovní. Výzkumný tým se pokusil také zjistit prevalenci vybraných rizikových aktivit u této populace. Jedním z hlavních cílů bylo adolescenty z těchto zařízení porovnat se skupinou českých žáků a žákyň základních škol a gymnázií a v neposlední řadě je srovnat s klienty nízkoprahových center pro děti a mládež.

Celý projekt (tedy i obě studie) byl, co do své přípravy a realizace, velmi náročný a byl rozdělen do několika etap. Některé se překrývaly (sběr dat ve vybraných populacích a zpracování primárních dat), jiné na sebe navazovaly (příprava testovací baterie a podpůrných dokumentů a následný výběr škol a zařízení).

Pro samotné stanovení výzkumných cílů, otázek a hypotéz byla provedena rozsáhlá rešerše cizojazyčných odborných pramenů různého typu (odborné články, monografie, testové příručky, zákony a další). Tyto zdroje poskytly dostatek informací o sledované problematice a základní background pro přípravu podkladů a testové baterie a pro administraci podnětového materiálu, jakož i pro zpracování primárních dat a tvorbu výstupů.

V přípravné fázi (pro oba projekty stejná), která předcházela „ostrému testování“, proběhlo několik dílčích, ale vzájemně provázaných aktivit.

Proběhl také převod zahraničních psychodiagnostických metod do českého jazyka. Celkově se překládaly dvě metody. Jednalo se o Škálu interního a externího místa kontroly – 4 (IE-4) a Krátkou škálu pro posouzení orientace Locus of Control v průzkumech

populace (KMKB). Převod v jednoduchém popisu znamenal, že metody, jejich položky a další relevantní texty přeložilo více než 10 překladatelů do českého jazyka. Následně došlo k obsahové analýze překladů každé položky a vydefinování překladu do pilotního testování. Při pilotním testování byly získány zpětné vazby od respondentů a došlo k určení finální české verze daného diagnostického nástroje. Následně se finální verze převedly do původního jazyka a dva rodilí mluvčí porovnali obsahovou podobnost obou verzí (originálu a českého překladu). Obě metody jsou ale součástí druhé studie, která není v této práci prezentována.

Proběhla příprava relevantních dokumentů, kterými jsou oficiální žádosti jednotlivým institucím (školy, výchovné ústavy, dětské domovy se školou a nízkoprahová centra) obsahující základní nástin studie s jejími primárními cíli (příloha 1). Pro oslovování institucí bylo potřeba také vytvořit dokument popisující samotný proces sběru dat, obsah testové baterie, etické aspekty studie a další procesní náležitosti (příloha 2). Byl zpracován informovaný souhlas pro zákonné zástupce vybraných adolescentů. Výzkumný tým připravil pro všechny oslovené zástupce institucí a zákonné zástupce, potažmo i pro respondenty webové rozhraní, které poskytovalo ještě detailnější informace o projektu. Samotná realizace projektu si vyžádala další a další dokumenty, které vedly k hladkému průběhu sběru dat. Jednalo se o průvodní listiny využívané při skupinové a individuální administraci, dále o datové soubory pro převod dat a podobně.

Kompilace a příprava testové baterie byla jedna z hlavních a velmi důležitých aktivit. Finální testová baterie byla vytvořena na základě pilotního testování, do kterého se zapojilo několik desítek adolescentů. Nechyběli nejmladší adolescenti z vydefinovaného výzkumného souboru nebo adolescenti, u kterých se předpokládal problém s pochopením podnětového materiálu či při administraci. V pilotním souboru byli také starší adolescenti, kteří již poskytovali detailnější zpětnou vazbu. Pilotní testování, reakce a výpovědi adolescentů poskytli dostatek podnětů a zkušeností pro úpravu testové baterie do finální podoby (příloha 3). Finální testová baterie obsahovala úvodní list a tyto psychodiagnostické metody: a) Škála místa kontroly Zemanová a Dolejš (SMKZ) (nově zkonstruovaná a testovaná metoda); b) Škála interního a externího místa kontroly – 4 (IE-4) (proběhl překlad metody); c) Krátká škála pro posouzení orientace Locus of Control v průzkumech populace (KMKB) (proběhl překlad metody); d) Škála depresivity Dolejš, Skopal a Suchá (SDDSS); e) Výskyt rizikového chování u adolescentů (VRCHA); f) Škála osobnostních rysů představující riziko z hlediska užívání návykových látek (SURPS) a g)

Škála interního-externího místa kontroly (CNSIE). Metody SDDSS, VRCHA a SURPS jsou detailněji popsány v kapitole 9.

Jednou z dílčích aktivit byl výběr a komunikace se školami, ústavu, domovy či centry. Pro oslovení a první kontakt byl využit tento postup: vybraným školám a zařízením byl nejdříve zaslán tištěný dopis se žádostí o spolupráci spolu s dalšími dokumenty, následně cca 7 dní po odeslání dopisu byl zaslán e-mail na oficiální e-mailovou adresu školy či zařízení s žádostí o spolupráci. E-mail obsahoval i další relevantní informace. Několik dní po odeslání e-mailu byla škola či instituce oslovena telefonicky realizátory projektů. Došlo k opětovnému vysvětlení základních informací o projektu (průběh, účel atd.) a buď k navázání spolupráce a k domluvě na administraci, či odmítnutí ze strany školy nebo instituce. K odmítnutí docházelo často z důvodu přetížení daného zařízení dalšími aktivitami, u škol to byly často mimoškolní, ale i školní aktivity. U výchovných ústavů a dětských domovů se jednalo hlavně o různé typy inspekcí a kontrol. U nízkoprahových center byl důvodem nedostatek personálu či vysoké vytížení zaměstnanců.

Výběr škol a institucí a administrace testové baterie byla pro každou skupinu adolescentů, kteří jsou v této studii, trochu odlišná.

Adolescenti z první skupiny, tedy žáci a žákyně základních škol a víceletých gymnázií, byli vybráni na základě stratifikovaného náhodného výběru podle krajů České republiky. Počet oslovených základních škol a gymnázií v jednotlivých územních celcích byl určen poměrem všech škol daného typu v dané oblasti. Bylo také stanoveno, že z každého kraje musí být zastoupena minimálně jedna základní škola a jedno gymnázium. Ze seznamu škol v daném kraji byl generátorem náhodných čísel vybrán požadovaný počet škol. Administrace testové baterie probíhala face to face, přičemž podnětový materiál zadávali samotní realizátoři této studie. Dotazníky byly administrovány skupinově, a to během jedné vyučovací hodiny (45 minut). Testová baterie byla v pilotním testování takto odzkoušena, a to z toho důvodu, aby adolescenti měli dostatek času pro její vyplnění. Skupinu tvořila vždy náhodně vybraná třída z dané instituce v rámci 6. až 9. ročníku. Celkově se do projektu zapojilo 29 školských zařízení (základní či víceletá gymnázia). Během administrace výzkumník vedl a vyplnil průvodní listinu, která obsahovala informace o testování, ale například také zpětnou vazbu od adolescentů nebo informace o chování adolescentů během testování.

Druhou skupinu tvořili adolescenti z dětských domovů se školou a výchovných ústavů. Zde byl postup oslovování a administrace odlišný. Byl sestaven seznam všech relevantních institucí a následně došlo k totálnímu výběru, tedy k oslovení všech zařízení

ze seznamu. Pro spolupráci se rozhodlo 12 zařízení, některá zařízení odmítla z důvodu velkého množství práce a administrace. Jiná z důvodu právě probíhajících kontrol. Testovou baterii předkládal opět realizátor projektu. Administrace probíhala v malých skupinkách o maximálně 8 adolescentech. Administrace trvala vždy 45 minut, jako vyučovací hodina. Pro adolescenty jsme však upravili pořadí předkládaných metod, kdy závěrem hodiny adolescenti vyplňovali dotazníky, které jsme pro běžné základní školy využili jako spíše doplňkové. Součástí testování každé skupinky byla opět povinnost vyplnit administrátorem průvodní list o testování.

Třetí skupinu tvořili adolescenti z nízkoprahových center pro děti a mládež. Pro spolupráci byla vybrána 1/3 center, které jsou uvedeny v seznamu České asociace streetworkerů. Tato zařízení byla oslovována pomocí e-mailu. Zájem ze strany center nebyl výrazný a povedlo se zapojit do spolupráce jen málo z nich. Z tohoto důvodu byla oslovena i další zařízení, kterých je u Ministerstva práce a sociálních věcí ČR registrováno 254. Se zadáním testové baterie pomohl adolescentům zaměstnanec daného centra a samotná administrace probíhala online, kdy testová baterie byla realizátory převedena i do online podoby. Zaměstnanec byl jakýmsi průvodcem při práci klienta s online verzí. Zaměstnanci byli poučeni, proškoleni v tom, jak mají zadávat testovou baterii a co mají při administraci dělat, jak se chovat a co říkat. Samozřejmě klientům pomáhali ve chvílích, kdy si nebyli jisti významem otázek nebo měli s vyplněním jiné obtíže.

Současně s administrací testových baterií probíhal převod těchto primárních dat do datové matice, která musela být před samotným převodem vytvořena na základě obsahu jednotlivých metod (položky, sociodemografické informace) a pro účely výzkumu doplněna o další proměnné (územní celek, typ skupiny adolescentů, typ zařízení atd.). Po převodu všech testových baterií do datové matice proběhlo čištění dat a příprava dat pro finální analýzy. Z výzkumu byly vyřazeny testové baterie či některé metody u některých adolescentů, a to například z důvodu několika chybějících položek (dvě a více položek u metody či faktoru), nebo z důvodu prokazatelného chybného vyplnění metod (u více otázek jedné metody více odpovědí).

Použité metody jsme dále zpracovali v programu Microsoft Office Excel, kam byla přepsána data z jednotlivých metod. V tomto programu jsme data očistili a upravili do finální podoby tak, aby bylo možné provést analýzy v programu Statistica 12. Nejčastěji užívanými analýzami byly popisné statistiky, které jsme využili k výpočtům průměrů, směrodatných odchylek aj. Program Statistica jsme využili pro ověření normality dat, analýzu rozptylu či post hoc testů a t-testů.

Projekt zahrnuje ještě další dílčí aktivity, které nelze do detailů v této práci popsat. Z výše uvedeného lze vidět základní průběh projektu od samotné myšlenky až po výstup, kterým je tato práce. Do projektu byla zapojena řada institucí a přes 2,5 tisíce adolescentů z různých skupin. Výběr byl náhodný, nebo totální, a získaná data tedy poskytují prostor pro zobecňování výsledků na populaci českých adolescentů na základních školách a gymnáziích a populaci adolescentů z dětských domovů se školou a výchovných ústavů.

V této kapitole jsme se věnovali samotnému sběru dat a nástrahám, které nás při celém průběhu výzkumu potkaly. Shrnutí jsme také jednotlivé metody analýzy dat a jejich statistického zpracování. V následující kapitole se zaměříme na etické aspekty našeho výzkumu.

11 Etika

V této kapitole se budeme věnovat několika etickým specifickým u daných skupin adolescentů. V celé práci bylo postupováno dle etických pravidel stanovených Českomoravskou psychologickou společností (Etická komise ČMPS, 2017) a etickým kodexem Evropské federace psychologických asociací, kterým se řídí i Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. V tomto smyslu by se měly ubírat všechny výzkumné práce. Jde o obecné zásady etiky, které definuje etický metakodex (Meta-code of Ethics). Konkrétně se jedná o respekt vůči právům a důstojnosti člověka, kompetence ve smyslu poskytování pravdivých informací o záměrech a cílech, zodpovědnost ve smyslu mlčenlivosti a integrity v oblasti respektování dobrovolné účasti a možnosti ukončení spolupráce (EFPPA, 1995).

Kapitolu zahájíme výčtem etických postupů u skupiny dospívajících v základních školách a na víceletých gymnáziích. Jako první byli vždy osloveni ředitelé jednotlivých škol, kteří mohli vyjádřit svůj souhlas, či nesouhlas s provedením studie na jejich pracovišti. První kontakt probíhal pomocí dopisů a e-mailů, kde ředitelé obdrželi informace o samotné výzkumné studii, o průběhu a realizaci studie v jejich zařízení a informovaný souhlas pro rodiče. Ředitelé škol byli do týdne od odeslání dopisu kontaktováni telefonicky, aby nám sdělili svůj souhlas, či nesouhlas s provedením výzkumu. V případě souhlasu jsme ředitelům škol vysvětlili průběh výzkumu a požádali je o zajištění souhlasu rodičů jednotlivých žáků. V rámci komunikace s řediteli škol i s rodiči prostřednictvím informovaných souhlasů byl kladen důraz na anonymitu žáků.

Při samotné realizaci výzkumu ve školách byli žáci, kteří neměli souhlas rodičů, přesunuti na jednu vyučovací hodinu do vedlejší třídy, případně zůstávali ve třídě pod dohledem výzkumníka či učitele, avšak nebyli zapojeni do výzkumu. Ti žáci, kteří souhlas rodičů měli, byli ve své třídě po vysvětlení průběhu a účelu testování dotázáni, zda i oni s testováním souhlasí. Možnosti nesouhlasit s výzkumem však nikdo nevyužil. V případě, že by žáci nesouhlasili, bylo by postupováno stejně jako v případě žáků, kteří neměli souhlas rodičů, a do výzkumu by nebyli zařazeni. Adolescenti měli také možnost nepodat odpověď na otázky, které jim mohly být nepříjemné, případně na které nechtěli odpovídat. Anonymitu žáků jsme se snažili zajistit také pomocí speciálních kódů, které si vymýšleli sami žáci. Zadání kódu realizátory znělo nejčastěji jako dvě písmena ze jména některého z rodičů, dvě čísla a opět dvě písmena ze jména adolescenta či druhého rodiče, avšak žáci měli možnost vymyslet si vlastní unikátní kód. Žákům bylo za jejich účast poděkováno a

byla jim sdělena možnost odstoupení od výzkumu i v jeho dalším průběhu. Avšak za předpokladu, že budou znát svůj unikátní kód, jelikož bez něj není možné identifikovat dotazník takového žáka. Stejnou možnost měli rodiče i ředitelé jednotlivých škol, zde se však jednalo o odstoupení od výzkumu nebo žádost o storno celé třídy. Případně pokud žák rodičům sdělil svůj unikátní kód, v opačném případě opět nebylo možné jiným způsobem dotazník žáka identifikovat

Podobně probíhalo oslovení také u ředitelů jednotlivých dětských domovů se školou a výchovných ústavů. Stejně jako v případě základních škol a gymnázií byli osloveni nejprve prostřednictvím e-mailu a dopisů, ve kterých byli seznámeni s průběhem a účelem testování. Součástí studie byl také informovaný souhlas. Při telefonickém kontaktu byli ředitelé opět seznámeni s realizací výzkumu i se specifiky, které obnáší výzkum v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. S jednotlivými řediteli byly probírány možnosti výzkumu bez udělení souhlasu rodičů. Jelikož zajištění souhlasu u těchto dětí je často nereálné, byl řediteli podepsán generální souhlas, na základě kterého byl výzkum proveden. Ředitelům zařízení však byla zajištěna anonymita prostřednictvím neuvádění názvů zařízení a vyhodnocování výsledků všech zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy společně. Žákům byla rovněž nabídnuta možnost neúčasti ve výzkumu či odmítnutí účasti v průběhu jeho realizace. Této možnosti také nikdo nevyužil. Avšak pro případ, že by někdo nesouhlasil, byli vždy k dispozici učitelé zařízení, kteří by zajistili nad žáky dohled v jiné místnosti. Žáci také měli možnost v rámci dotazníku na některé z otázek nepodat odpověď. I zde bylo pro zajištění anonymity využito speciálních kódů, které si žáci tvořili sami. U adolescentů umístěných do zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy jsme volili odlišné pořadí zadávání metod, a to z důvodu snížení zátěže na adolescenty. Pouze omezené množství z těchto adolescentů bylo schopno dokončit celou testovou baterii v době 45 minut, tj. jedné vyučovací hodiny. Žáci byli také ujištěni, že jednotlivé dotazníky se nedostanou k zaměstnancům zařízení, z čehož měli obavy. Díky tomuto mohl být naplněn i cíl práce, tedy poznání osobnostních rysů u adolescentů v dětských domovech se školou a výchovných ústavech.

Další specifická situace nastala u nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Výzkum zde probíhal online, v rámci online dotazníku byli jednotliví účastníci výzkumu žádáni o souhlas s provedením výzkumu a byli upozorněni, že mohou kdykoliv v průběhu výzkumu z jeho realizace odstoupit nebo nepodat na danou otázku odpověď. Nízkoprahová zařízení fungují na základě anonymity, a tak by ani zaměstnanci těchto zařízení neměli znát jména adolescentů, kteří do zařízení docházejí. Není tak možné zde oslovit rodiče

těchto adolescentů k udělení jejich souhlasu. Z tohoto důvodu považujeme za dostačující souhlas samotných adolescentů s realizací výzkumu.

V této kapitole jsme se věnovali etickým principům prezentovaného výzkumu. Zaměřili jsme se převážně na udělování souhlasů, možnost kdykoliv odstoupit z výzkumu, ale hlavně na anonymitu jednotlivých probandů tak, aby je nebylo možné identifikovat. Cíle našeho projektu nevyžadovaly identifikaci jednotlivých respondentů, a tak bylo zachování anonymity naší prioritou.

Touto kapitolou jsme uzavřeli část, která se věnuje přípravě a samotné realizaci sběru dat. V následující kapitole se zaměříme na samotné výsledky výzkumu. Výsledky rozčleníme dle jednotlivých metod a v případě, že má daná metoda více škál, popíšeme postupně také jednotlivé škály.

12 Výsledky výzkumu

V rámci výzkumné kapitoly se pokusíme popsat získané výsledky. Zaměříme se převážně na srovnání normy (ZŠ a G) a adolescentů z výchovných ústavů a dětských domovů se školou (DDŠ a VÚ). Spíše okrajově se podíváme na srovnání normy, dospívajících z dětských domovů se školou a výchovných ústavů (DDŠ a VÚ) a respondentů z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (NZDM). Nejprve se zaměříme na analýzu jednotlivých metod a následně se budeme věnovat korelacím jednotlivých metod u všech tří skupin adolescentů. Výsledky budou zaměřeny také na stanovené cíle práce. Za důležité považujeme zmínit, že u každé metody se může lišit počet respondentů, a to z důvodu vyřazení některých dotazníků u určitých respondentů či nevyplnění určitého dotazníku respondentem. V rámci analýzy jsme pracovali s parametrickými metodami. Důvodem je velikost souboru adolescentů z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Tento soubor je větší než 45 případů a na základě centrální limitní věty se užitím parametrických metod dopustíme menšího zkreslení než v případě, že by byly použity neparametrické metody. Soubor složený ze žáků základních škol a gymnázií také nazýváme jako normový, a to z důvodu, že se jedná o reprezentativní výběr v rámci ČR, instituce byly vybrány náhodně a v rámci celé České republiky.

12.1 Analýza výsledků Škály depresivity Dolejše, Skopala, Suché

Jako první se budeme věnovat Škále depresivity Dolejše, Skopala a Suché (SDDSS). K ověření stanovených cílů použijeme srovnání všech tří skupin. Jako první popíšeme samotné výzkumné soubory. Do analýzy dotazníku SDDSS bylo zahrnuto celkem 2 406 žáků a studentů ze základních škol a gymnázií, z toho 1 152 chlapců (47,88 %) a 1 254 dívek (52,12 %). Tito adolescenti získali v průměru 36,86 bodů v dotazníku depresivity, což odpovídá normovému souboru (Dolejš, et al., 2018). Druhá nejpočetnější skupina je tvořena adolescenty z dětských domovů se školou a výchovných ústavů. Do této skupiny spadá 210 jedinců, z toho je 46 dívek (21,90 %). Ti získali průměrně 44,29 bodů ve škále depresivity, což je cca o necelých 8 hrubých bodů více oproti skupině dospívajících ze základních škol a gymnázií. Podobného průměrného skóru jako dospívající z DDŠ a VÚ dosáhli také jedinci z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež ($M = 44,74$). Adolescentů ve skupině NZDM bylo pouze 57 a z toho 25 dívek (43,86 %).

Jak lze vidět již v tabulce 10, norma žáků ze základních škol a víceletých gymnázií se odlišuje jak od adolescentů z výchovných ústavů a dětských domovů se školou, tak od adolescentů z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Nenacházíme ale rozdíl mezi adolescenty z dětských domovů se školou a výchovných ústavů a adolescentů z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Minimum, ale i maximum hrubých skóre bylo dosaženo pouze u normy. Tato skutečnost může být dána také vysokým počtem respondentů. Nejčastěji bylo u normy dosaženo skóre 40 bodů, u skupiny dětí z dětských domovů se školou a výchovných ústavů se jednalo o hodnotu 44 a u skupiny adolescentů z nízkoprahových zařízení není možné určit nejčastěji dosaženou hodnotu, jelikož těchto hodnot bylo více.

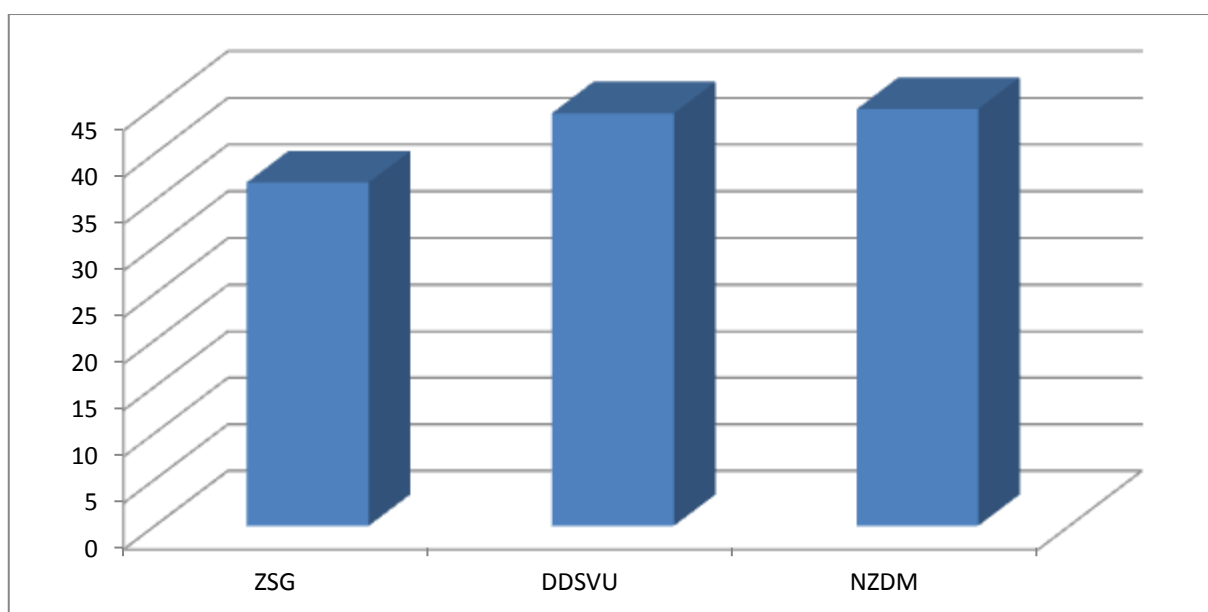
Tab. 10: Základní hodnoty v SDDSS dle jednotlivých skupin

Skupina	N	M	Me	Mo	N Mo	Min.	Max.	SD
ZSG	2 406	36,86	36	40	104	20	80	10,24
DDSV U	210	44,29	44	44	13	22	74	10,56
NZDM	57	44,74	45	Multipl e	6	20	78	10,24

Poznámka: N = četnost, M = průměr, Me = Medián, Mo = Modus, N Mo = četnost medusu, Min. = minimum, Max. = maximum, SD = směrodatná odchylka.

Dosažené průměrné výsledky jsou vyobrazeny také graficky. Každý sloup v grafu ukazuje dosažené průměrné skóre u jednotlivých skupin. Rozdíly mezi normou a dalšími dvěma soubory jsou výrazné a jedná se tak o jeden z ukazatelů, který poukazuje na to, že děti z DDŠ a VÚ a NZDM jsou depresivnější než norma.

Graf 2: Průměrné hodnoty v SDDSS dle jednotlivých skupin



Před provedením analýzy pomocí t-testů a analýzy rozptylu jsme nejprve zkontrolovali, zda se liší rozptyly jednotlivých skupin. Využili jsme Levenův test homogenity rozptylů a na jeho základě jsme zjistili, že se rozptyly jednotlivých skupin neliší, není mezi nimi signifikantní rozdíl, a je tedy možné s nimi i nadále počítat.

Tab. 11: Test homogenity rozptylů na hladině významnosti 0,05

	SS	df	MS	SS Error	df Error	MS Error	F	p
Celkový skór SDDSS	61,04	2	30,52	99606,4 6	2670	37,31	0,82	0,441

Poznámka: SS = Sum of Squares, df= stupně volnosti, MS = Mean Square, F = F-test, p = statistická významnost.

Jako další volíme analýzu rozptylu (ANOVU), na jejímž základě zjišťujeme, že se od sebe rozptyly liší na hladině významnosti 0,05. Na základě analýzy rozptylu odhalujeme statisticky významný rozdíl mezi skupinami. Nacházíme i velmi slabou klinickou významnost. Avšak k určení skupin nám pomohou post hoc testy.

Tab. 12: Analýza rozptylu na hladině významnosti 0,05

	SS	df	MS	F	p	Partialeta-squared	Non-centrality	Observedpower r(alpha=0,05)
Celkový SDDSS	13608,8	2	6804,4	64,58	0,00	0,046	129,16	1,00
Error	281320,3	2670	105,4					

Poznámka: SS = Sum of Squares, df= stupně volnosti, MS = Mean Square, F= F-test, p = statistická významnost, Partialeta-squared = klinická významnost.

Z post hoc testů jsme zvolili Bonferroniho test (tabulka 13), který nám pomůže předejít chybě I. typu. Na základě provedení tohoto testu zjišťujeme, že se odlišuje skupina adolescentů z dětských domovů se školou a výchovných ústavů oproti normě a také skupina adolescentů z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež oproti normovému souboru. Avšak neliší se soubor adolescentů z dětských domovů se školou a výchovných ústavů se souborem adolescentů z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Obě tyto skupiny dosahují významně vyšších skóre v dotazníku depresivity, a je tedy možné se domnívat, že jsou depresivnější než jedinci v běžné populaci.

Tab. 13: Bonferroniho post hoc test k zjištění rozdílů mezi skupinami v SDDSS

Skupiny	ZSG	NZDM	DDSVU
Průměr	36,86	44,74	44,29
ZSG		0,00	0,00
NZDM	0,00		1,00
DDSVU	0,00	1,00	

Pro ověření jsme volili také Studentův t-test (tabulka 14), abychom zjistili, zda se jednotlivé skupiny odlišují mezi sebou. Zjistili jsme tak, že se odlišuje skupina dospívajících z dětských domovů se školou od normy, na hladině významnosti 0,001. Mladiství z DDŠ a VÚ a dospívající z NZDM se nelišili v průměru ($p = 0,776$) a dosáhli tak velmi podobných hodnot. Naopak se odlišují jedinci z NZDM od normy. Lze tedy s jistotou říci, že adolescenti z DDŠ a VÚ dosahují ve „Škále depresivity Dolejše, Skopala

a Suché“ statisticky významně vyšších skóre a jsou tak depresivnější oproti běžné populaci.

Tab. 14: Srovnání průměrné hodnoty v SDDSS u ZSG a DDSVU

M ZSG	M	t-value	df	p	N ZSG	N	SD	SD
	DDSVU					DDSVU	ZSG	DDSVU
36,86	44,29	-10,06	2614	< 0,001	2406	210	10,24	10,56

Poznámka: N = počet, M = průměr, SD = směrodatná odchylka, t-value = Student t test, df = stupeň volnosti, p = statistická významnost.

Srovnání jsme provedli také na základě pohlaví. Z tabulky 15 zjišťujeme, že statisticky se významně liší chlapci i dívky z normového souboru ZŠ a G oproti chlapcům a dívkám ze souboru DDŠ a VÚ, a to na hladině významnosti 0,001. Stejně je tomu i v případě normového souboru, a to jak u chlapců, tak u dívek (ZŠ a G) ve srovnání s chlapci i dívkami ze souboru NZDM. Zde je také statistická významnost na hladině 0,001. Naopak chlapci ani dívky ve skupině DDŠ a VÚ a NZDM se neliší. Obecně lze popsat, že dívky dosahují vyšších skóre oproti chlapcům a je možné je popsat jako depresivnější. Nejnižší míru depresivity vykazují chlapci z běžné populace. Nejvyšší skóre naopak vykazují dívky z dětských domovů se školou a výchovných ústavů

Tab. 15: Základní hodnoty v SDDSS dle jednotlivých skupin a pohlaví

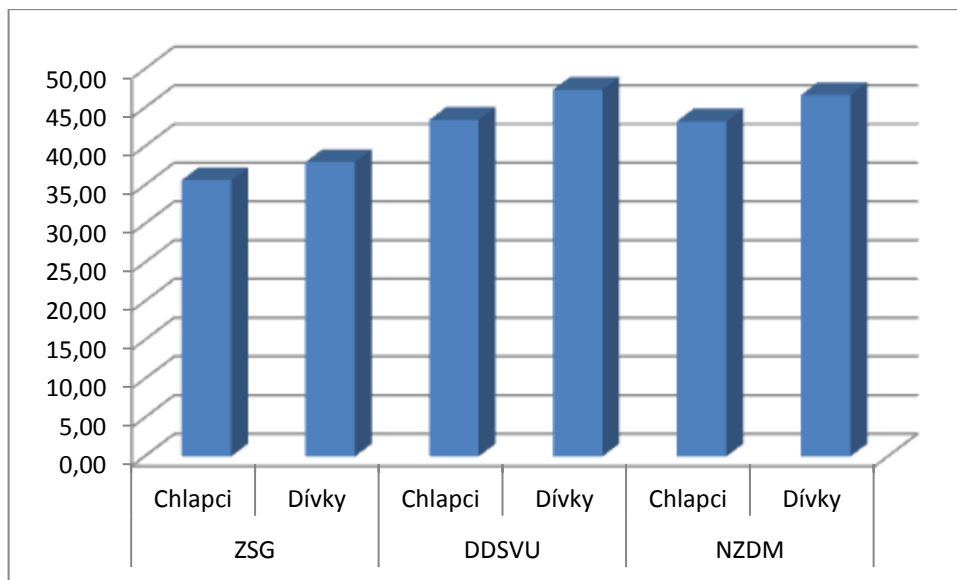
Skupina	Faktor	N	M	Me	Mo	N Mo	Min.	Max.	SD
ZSG	Chlapci	1152	35,66	36	40	55	20	80	10,05
	Dívky	1254	37,97	37	Multiple	57	20	76	10,29
DDSVU	Chlapci	164	43,44	43	44	11	23	74	10,27
	Dívky	46	47,33	46	45	5	22	68	11,14
NZDM	Chlapci	32	43,25	44	Multiple	3	20	60	10,17
	Dívky	25	46,64	45	47	5	29	78	10,21

Poznámka: N = četnost, M = průměr, Me = Medián, Mo = Modus, N Mo = četnost medusu, Min. = minimum, Max. = maximum, SD = směrodatná odchylka.

Detailněji lze výsledky pozorovat v grafu 3, který ukazuje rozdíly mezi jednotlivými skupinami, ale i pohlavími. V grafu 3 je možné pozorovat, že dívky jsou vždy

depresivnější oproti chlapcům. Viditelný je také markantní rozdíl u skupiny adolescentů z normového souboru a adolescentů z dětských domovů se školou.

Graf 3: Průměrné hodnoty v SDDSS dle jednotlivých skupin a pohlaví



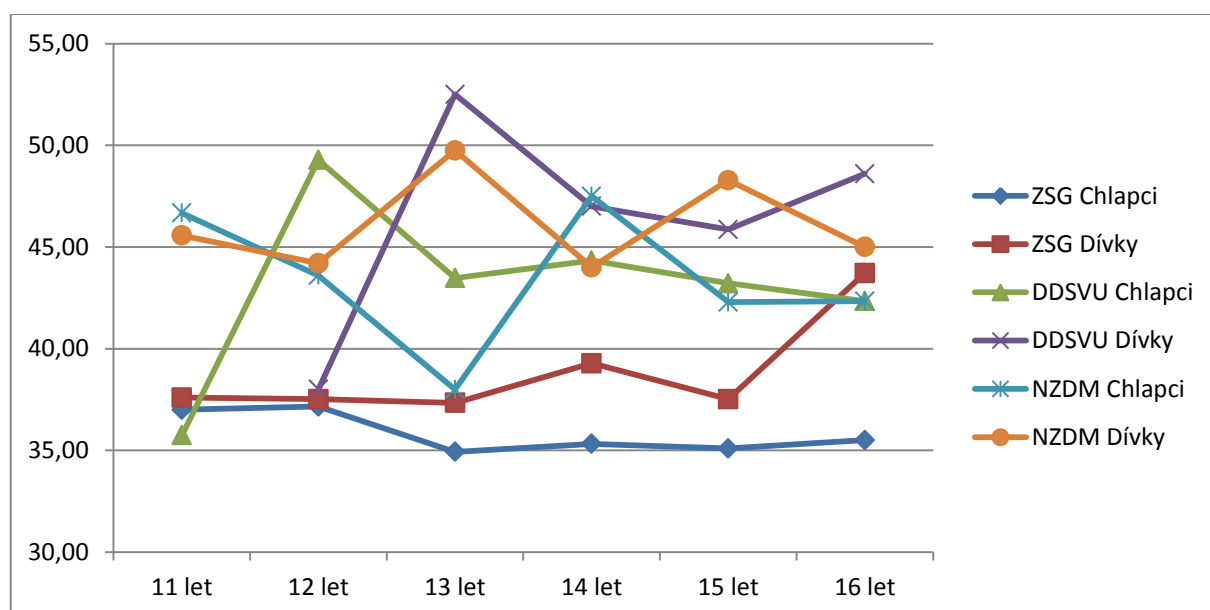
Na srovnání mezi pohlavími navážeme i srovnáním dle věku. V následující tabulce 16 a poté i grafu 4 ukážeme také odlišnost mezi jednotlivými skupinami, pohlavími, ale zejména odlišnosti na základě věku. Ve výzkumu nebyla žádná dívka ze skupiny DDŠ a VÚ ve věku 11 let, z tohoto důvodu není tato hodnota v tabulce ani grafu uvedena. Pokud se zaměříme na jednotlivé skupiny, zjistíme, že v normové skupině jsou nejméně depresivní 13letí chlapci, a naopak nejvíce depresivní jsou 12letí a velmi těsně za nimi jsou 11letí. V případě dívek ve stejné skupině jsou nejvíce depresivní 16leté, nejméně depresivní jsou 13leté, avšak 11, 12 a 15leté dívky se od nich odlišují pouze o desetiny bodu. Ve skupině dětských domovů se školou a výchovných ústavů jsou mezi chlapci nejvíce depresivní 12letí chlapci, a naopak nejméně depresivní jsou 11letí chlapci, rozdíl mezi nimi je 13,54 bodu. U dívek ve stejné skupině jsou nejvíce depresivní 13leté a nejméně 12leté. V poslední skupině nízkoprahových zařízení pro děti a mládež jsou nejvíce depresivní 14letí chlapci a nejméně 13letí. U dívek jsou nejvíce depresivní 13leté a nejméně 14leté.

Tab. 16: Průměrné hodnoty v SDDSS dle věku, pohlaví a skupin

Skupina Věk / pohlaví	ZSG		DDSVU		NZDM	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
11 let	37,00	37,59	35,75		46,67	45,57
12 let	37,15	37,52	49,29	38,00	43,60	44,20
13 let	34,92	37,34	43,47	52,50	38,00	49,75
14 let	35,32	39,28	44,33	47,00	47,50	44,00
15 let	35,09	37,52	43,22	45,86	42,29	48,29
16 let	35,50	43,71	42,34	48,60	42,33	45,00

Vývoj dle věku u jednotlivých skupin a pohlaví lze pozorovat také v grafu 4. Z grafu lze jednoduše vyčíst, že nejvíce depresivní jsou právě 13leté dívky z DDŠ a VÚ a nejméně depresivní jsou chlapci z normového souboru ZŠ a G ve věku 13 let. Nejstrmější nárůst depresivity pozorujeme u dívek z DDŠ a VÚ, které ve věku 12 let dosahují nízkých skóre, a naopak ve věku 13 let dosahují nejvyšších skóre v celé skupině. Rozdíl mezi těmito dvěma věkovými obdobími je 14,50 bodů. Nejmenší rozdíly můžeme pozorovat u dívek v normovém souboru, kde u 11letých a 12letých činí rozdíl pouze 0,07 bodu.

Graf 4: Vývoj depresivity u chlapců a dívek dle jednotlivých skupin a věku



Poznámka: Nebyla měřena žádná 11letá dívka z DDSVU.

V popisu depresivity se zaměříme také na položkovou analýzu. Z celkového počtu 20 otázek jsme vybrali dvě. První je zaměřena na sebepoškozující myšlenky a myšlenky na smrt či sebevraždu. Druhá se zaměřuje na pocity spojené s činností či situací, kdy mají adolescenti dojem, že vše, co udělají, je špatně a mají za tuto činnost být potrestáni. Zaměřujeme se pouze na kladné odpovědi v těchto položkách. Na první z nich (myšlenky na smrt či sebevraždu) volilo 21,05 % adolescentů docházejících do nízkoprahových zařízení pro děti a mládež souhlasnou odpověď, rozhodný souhlas volilo u této položky 12,28 % adolescentů, což je v převodu na samotné adolescenty 7 z 57 dotazovaných. Tito jedinci jsou tak velmi ohroženou skupinou v oblasti sebepoškozování i možného pokusu o sebevraždu. U dané otázky volí souhlasnou odpověď také 17,14 % adolescentů z DDŠ a VÚ. Rozhodný souhlas v dané položce zvolilo 5,71 % adolescentů z DDŠ a VÚ, což je v převodu 12 jedinců. V normovém souboru volilo kladnou odpověď na položku 9,65 %, rozhodný souhlas volilo 3,04 %, což je 73 adolescentů. Všichni adolescenti, kteří odpověděli na tuto položku „rozhodně souhlasím“, jsou více ohroženi sebepoškozováním či pokusem o sebevraždu.

Druhá položka je zaměřena na pocity adolescentů, že dělají vše v životě špatně a zaslouží si za to být potrestáni. Kladné odpovědi volili nejčastěji adolescenti z dětských domovů se školou a z výchovných ústavů. Kladně odpovědělo celkem 44,29 % z nich, kdy volbu „rozhodně souhlasím“ volilo 12,86 %, tedy 27 z 210 respondentů z DDŠ a VÚ. Kladnou odpověď volilo také 36,84 % adolescentů z NZDM a 27,68 % adolescentů z normového souboru. U normového souboru je viditelný výrazný pokles u jedinců, kteří volili odpověď „souhlasím“ (23,36 %), a těch, kteří volili odpověď „rozhodně souhlasím“ (4,32 %).

Tab. 17: Kladné odpovědi na dvě otázky z SDDSS dle skupin

Odpověď / otázka	Skupin a	V poslední době myslím na smrt či sebevraždu.	Očekávám, že budu potrestán/a.
Souhlasím	ZSG	6,61	23,36
	DDSV U	11,43	31,43
	NZDM	8,77	24,56
Rozhodně souhlasím	ZSG	3,04	4,32
	DDSV U	5,71	12,86
	NZDM	12,28	12,28

V této části jsme popsali výsledky ve „Škála depresivity Dolejše, Skopala a Suché“, kdy nejdepresivnější se jeví adolescenti ze skupiny dětských domovů se školou a výchovných ústavů. V další části se zaměříme na popis výsledků ve „Škále osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek“.

12.2 Analýza výsledků Škály osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek

Metodou, kterou popíšeme jako další, je „Škála osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek“ (SURPS). Škála se zaměřuje na čtyři osobnostní rysy. Nejprve popíšeme všechny rysy dohromady u všech námi sledovaných skupin a následně se zaměříme na každý rys zvlášť a popíšeme jej u naší skupiny.

Ve škále SURPS bylo možné vyhodnotit data od 2 353 respondentů ze skupiny základních škol a víceletých gymnázií, 217 dotazníků od adolescentů umístěných do dětských domovů se školou a výchovných ústavů a 57 dotazníků od klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Také připomínáme, že v metodě SURPS nabývá škála negativní myšlení hodnot od 7 do 28, impulzivita hodnot od 5 do 20, vyhledávání vzrušení od 6 do 24 a přecitlivělost hodnot od 5 do 20 bodů. Maximální skór znamená vysoký výskyt tohoto rysu u jedince, a naopak nízký skór značí, že se tento rys u jedince nevyskytuje. Při srovnání průměrů u jednotlivých škál i skupin zjišťujeme, že

nejnižších skóre dosahují jedinci ze základních škol a víceletých gymnázií. Jedinou výjimkou je škála vyhledávání vzrušení, ve které dosahují nižších skóre klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Ti naopak dosahují nejvyšších skóre ve škále přecitlivělost. Za zajímavé považujeme i naplnění minimálních a maximálních hodnot, kdy dospívající ze základních škol a víceletých gymnázií naplňují ve všech škálách minimální i maximální hodnoty. Skupina adolescentů z dětských domovů se školou a výchovných ústavů také naplňuje všechny maximální hodnoty, ty minimální nenaplňují pouze ve škále vyhledávání vzrušení, kde nejnižší skóre má hodnotu 8 bodů, to znamená, že respondenti v jedné či dvou odpovědích odpovídali středovou hodnotou, tj. odpovědí za 2 až 3 body. U klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež lze pozorovat, že dosahují minimálního i maximálního skóre pouze ve škále negativního myšlení. Všechny ostatní škály mají vyšší skóre, než je možné minimum, nebo skóre nižší, než je možné maximum.

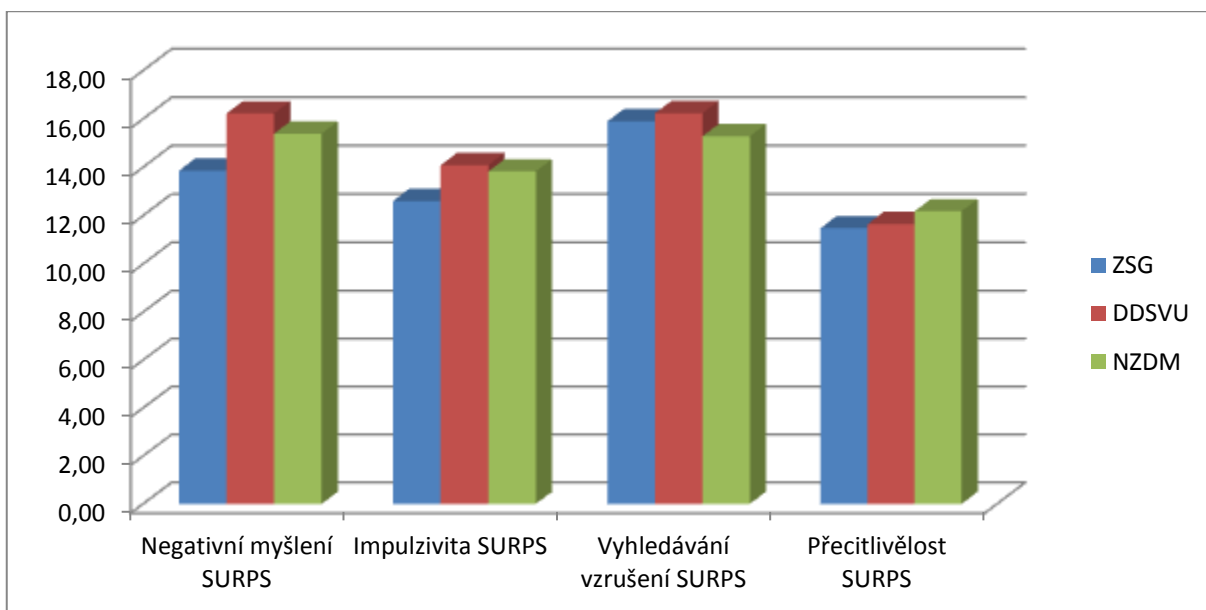
Tab. 18: Základní hodnoty ve faktorech dotazníku SRUPS dle jednotlivých skupin

Skupina	Faktor	N	M	Me	Mo	N Mo	Min.	Max.	SD
ZSG	Negativní myšlení SURPS	2353	13,85	14	14	361	7	28	3,80
	Impulzivita SURPS	2353	12,60	13	13	364	5	20	2,56
	Vyhledávání vzrušení SURPS	2353	15,89	16	15	267	6	24	3,56
	Přecitlivělost SURPS	2353	11,47	11	11	331	5	20	2,81
DDSVU	Negativní myšlení SURPS	217	16,22	16	16	29	7	28	3,78
	Impulzivita SURPS	217	14,08	14	13	36	5	20	2,75
	Vyhledávání vzrušení SURPS	217	16,23	16	15	29	8	24	3,18
	Přecitlivělost SURPS	217	11,64	12	Multiple	27	5	20	3,31
NZDM	Negativní myšlení SURPS	57	15,39	15	14	13	7	28	3,87
	Impulzivita SURPS	57	13,82	14	Multiple	8	8	19	2,83
	Vyhledávání vzrušení SURPS	57	15,28	15	15	11	9	23	2,86
	Přecitlivělost SURPS	57	12,18	12	12	11	6	18	2,77

Poznámka: N = četnost, M = průměr, Me = Medián, Mo = Modus, N Mo = četnost medusu, Min. = minimum, Max. = maximum, SD = směrodatná odchylka

Srovnání průměrných hodnot lze pozorovat i v grafu 5, který srovnává průměry jednotlivých skupin. Lze pozorovat, že žádná z průměrných hodnot nepřesahuje 17 bodů, nejvyšší skór je cca 16 bodů. Této průměrné hodnoty 16 bodů dosáhli adolescenti z DDŠ a VÚ ve škálách negativní myšlení a vyhledávání vzrušení. Zmíněným 16 bodům se blíží také vyhledávání vzrušení u jedinců ze ZŠ a G nebo negativní myšlení a vyhledávání vzrušení u klientů NZDM. Tato čísla jsou však stále nižší oproti adolescentům z DDŠ a VÚ.

Graf 5: Průměrné hodnoty ve faktorech SURPS dle jednotlivých skupin



V následujícím textu se zaměříme na jednotlivé škály a jejich popis u jednotlivých skupin z našeho výzkumného šetření. U každé ze škál se zaměříme také na dělení dle pohlaví a jejich popis.

12.2.1 Negativní myšlení

Jako první se zaměříme na škálu negativního myšlení. Již v kapitole 2.5 v teoretické části práce jsme popsali význam tohoto osobnostního rysu. Zde si však připomeneme význam vysokých a nízkých skórů v tomto rysu. Pokud jedinci dosahují vysokých skórů v tomto rysu, je možné u nich předpokládat spíše depresivní ladění, sníženou náladu, pocity beznaděje apod. U těchto jedinců je také pravděpodobné, že budou návykové látky užívat jako automedikaci ke zvládnání těchto stavů.

Při srovnání námi sledovaných skupin lze z tabulky 19 zjistit, že dívky dosahují vyšších skóre oproti chlapcům. Velmi malý rozdíl mezi pohlavími je pouze ve skupině adolescentů z dětských domovů se školou a výchovných ústavů. Pokud bychom se zaměřili i na hodnocení výsledku dle jednotlivých pásem v této metodě, zjistili bychom, že všechny námi sledované skupiny se nachází ve středním pásmu (11 až 17 u obou pohlaví), tedy střední rizikivosti v daném rysu. Na hranici horního pásma se nachází chlapci z DDS a VÚ a dívky z NZDM a DDS a VÚ. U dívek z DDS a VÚ je hrubý skóre 16 také nejčastější hodnotou, a to celkem v 9 případech ze 49. Je také zajímavé, že tyto dívky nedosahují minimálních ani maximálních možných hodnot v dané subškále.

Tab. 19: Základní hodnoty ve faktoru negativní myšlení dle jednotlivých skupin a pohlaví

Pohlaví	Skupina	N	M	Me	Mo	N Mo	Min.	Max.	SD
	ZSG	1126	13,49	14	14	175	7	28	3,77
Chlapci	NZDM	32	14,53	15	13	6	7	23	3,29
	DDSVU	168	16,20	16	14	23	7	28	3,79
	ZSG	1227	14,18	14	14	186	7	28	3,80
Dívky	NZDM	25	16,48	15	14	8	9	28	4,32
	DDSVU	49	16,27	16	16	9	8	25	3,78

Poznámka: N = četnost, M = průměr, Me = Medián, Mo = Modus, N Mo = četnost medusu, Min. = minimum, Max. = maximum, SD = směrodatná odchylka.

Jako další se zaměříme na analýzu rozptylu u negativního myšlení u všech tří skupin. Zjistili jsme malý, avšak statisticky významný rozdíl v porovnání rozptylů. Ukázalo se tak, že rozdělení skupin je statisticky významným faktorem pro určení negativního myšlení. Dané výsledky jsou sice slabě, ale i klinicky významné. Abychom mohli určit, které skupiny se odlišují, je třeba použít post hoc testy.

Tab. 20: Analýza rozptylu u tří sledovaných skupin a škály negativní myšlení

	SS	df	MS	F	p	Partialeta-squared
Skupiny	1210,94	2	605,47	41,917	p < 0,001	0,031
Chyba	37902,27	2624	14,44			

Poznámka: SS = Sum of Squares, df= stupně volnosti, MS = Mean Square, F = F-test, p = statistická významnost, Partialeta-squared = klinická významnost.

Na základě provedení post hoc testu, jehož výsledky jsou uvedeny v tabulce 21, zjišťujeme, že se slabě liší skupina adolescentů z NZDM oproti normovému souboru žáků ze základních škol a víceletých gymnázií. O něco významnější rozdíly nacházíme u skupiny adolescentů umístěných do dětských domovů se školou a výchovných ústavů oproti normovému souboru žáků základních škol a víceletých gymnázií. Obě skupiny (NZDM i DDŠ a VÚ) dosahují statisticky významně vyšších skóre ve škále negativního myšlení oproti normovému souboru dětí ze ZŠ a G. Skupina NZDM se však neliší oproti skupině DDŠ a VÚ.

Tab. 21: Bonferroniho post hoc test k zjištění rozdílů mezi skupinami ve škále negativní myšlení

Skupiny	ZSG	NZDM	DDSVU
Průměr	13,85	15,39	16,22
ZSG		0,01	0,00
NZDM	0,01		0,43
DDSVU	0,00	0,43	

Na základě provedených testů byly zjištěny statisticky významné rozdíly jednotlivých skupin ve škále negativní myšlení. Zaměříme se také na další škály, které popíšeme v následujících odstavcích.

12.2.2 Impulzivita

Další škála a zároveň i osobnostní rys, u kterého popíšeme získané výsledky, je impulzivita. Tato osobnostní charakteristika se vyznačuje nerozvážným chováním či okamžitou reakcí, která je provedena bez zábran a bez rozmyslu. Impulzivní jedinci nejsou schopni vyhodnotit důsledky svého chování či jeho rizikovost. V tabulce 22 nacházíme popis souboru i s dosaženými výsledky ve škále impulzivity. Všechny skupiny se nachází ve středním pásmu impulzivity, které je v rozsahu 11 až 15 hrubých bodů u obou pohlaví, tzn. že tito jedinci jsou průměrně riziková v oblasti impulzivity. Nejnižších skóre dosahují opět jedinci z běžných základních škol a gymnázií a nejrizikovější jsou chlapci umístění do dětských domovů se školou a výchovných ústavů. Dívky z běžných základních škol jsou méně impulzivní než chlapci ve stejné skupině. V případě NZDM jsou impulzivnější dívky oproti chlapcům. V případě dětských domovů se školou a výchovných ústavů jsou mírně impulzivnější opět chlapci.

Dívky z NZDM nejčastěji odpovídaly hodnotou 15 bodů, a to celkem v 5 případech. Stejně tak odpovídali i chlapci z DDS a VÚ, kteří však na tuto hodnotu odpovídali ve 28 případech. U chlapců u NZDM a dívek z DDS a VÚ není možné určit jednu nejčastěji volenou hodnotu, jelikož jsou tyto hodnoty vícečetné. Pokud se podíváme na dosažení minimálních a maximálních hodnot, zjistíme, že ve skupině základních škol a víceletých gymnázií dosáhli jak dívky, tak chlapci obou těchto hodnot. Stejně je tomu i u chlapců z DDS a VÚ. U chlapců z NZDM zjišťujeme, že nejnižší volenou hodnotou je hodnota 9 a maximální hodnotou je hrubý skóre 19. Dívky z NZDM také dosahují maximálně 19 hrubých bodů, oproti chlapcům je však jejich minimální hodnota 8 bodů. Dívky v dětských domovech se školou a výchovných ústavech dosahují maximální možné hodnoty 20 hrubých bodů, minimem je pro tuto podskupinu hodnota 8 hrubých bodů.

Tab. 22: Základní hodnoty ve faktoru impulzivita dle jednotlivých skupin a pohlaví

Pohlaví	Skupina	N	M	Me	Mo	N Mo	Min.	Max.	SD
Chlapci	ZSG	1126	12,65	13	13	184	5	20	2,55
	NZDM	32	13,69	14	Multiple	5	9	19	2,51
	DDSVU	168	14,11	14	15	28	5	20	2,81
Dívky	ZSG	1227	12,56	13	12	181	5	20	2,57
	NZDM	25	14,00	15	15	5	8	19	3,24
	DDSVU	49	14,00	14	Multiple	9	8	20	2,55

Poznámka: N = četnost, M = průměr, Me = Medián, Mo = Modus, N Mo = četnost medusu, Min. = minimum, Max. = maximum, SD = směrodatná odchylka.

Zaměříme se také na rozptyly ve škále impulzivity u námi testovaných skupin. Zjistili jsme statisticky významný rozdíl mezi skupinami. Ukázalo se tak, že rozdělení dle zařízení či institucí, do kterých adolescenti spadají, je statisticky významným faktorem pro určení impulzivity. Dosažené výsledky jsou nejen statisticky, ale také klinicky významné. Pro určení odlišnosti ve skupinách se zaměříme na post hoc testy, abychom zjistili, které skupiny se vzájemně odlišují.

Tab. 23: Analýza rozptylu u tří sledovaných skupin a škály impulzivity

	SS	df	MS	F	p	Partialeta-squared
Skupiny	502,47	2	251,23	37,61	0,000	0,028
Error	17528,22	2624	6,68			

Poznámka: SS = Sum of Squares, df = stupně volnosti, MS = Mean Square, F = F-test, p = statistická významnost, Partialeta-squared = klinická významnost.

Po provedení analýzy rozptylu a zjištění statistické významnosti jsme přešli k provedení post hoc testů. Volili jsme Bonferroniho test, abychom předešli chybě I. typu. Na základě provedeného testu jsme zjistili, že se slabě liší skupina adolescentů z NZDM oproti normovému souboru žáků ze ZŠ a G. O něco významnější rozdíly nacházíme u skupiny adolescentů umístěných do dětských domovů se školou a výchovných ústavů oproti normovému souboru žáků na základních školách a na víceletých gymnáziích. Obě

skupiny (NZDM i DDŠ a VÚ) dosahují statisticky významně vyšších skóre ve škále impulzivita oproti normovému souboru dětí ze ZŠ a G. Skupina NZDM se však neliší oproti skupině DDŠ a VÚ.

Tab. 24: Bonferroniho post hoc test k zjištění rozdílů mezi skupinami ve škále impulzivita

Skupiny	ZSG	NZDM	DDSVU
Průměr	12,60	13,82	14,08
ZSG		0,01	0,00
NZDM	0,01		1,00
DDSVU	0,00	1,00	

Na základě provedených testů a analýz jsme zjistili, že statisticky se významně liší adolescenti ve skupině NZDM a DDŠ VÚ oproti normovému souboru. Zjistili jsme také, že dívky a chlapci se mezi sebou ve skóre impulzivita liší pouze minimálně. V další části se zaměříme na výsledky ve škále vyhledávání vzrušení.

12.2.3 Vyhledávání vzrušení

Dalším osobnostním rysem, který spadá do „Škály osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek“, je vyhledávání vzrušení. Pouze pro připomenutí uvádíme, co znamená, pokud jedinec dosáhne vysokých hrubých bodů v dané škále. Tito jedinci vyhledávají aktivity, které jsou spojeny s rizikem. Mají tendenci experimentálně, ale často také excesivně užívat návykové látky. Nyní popíšeme na základě tabulky č. 25 respondenty z našeho výzkumu, a to na podle rozdělení do skupin, ale také dle pohlaví. Všechny testované skupiny dosahují středního pásma v oblasti vyhledávání vzrušení, tj. 13 až 20 bodů u chlapců a 12 až 19 u dívek. Na první pohled je patrné, že se v této škále odlišují chlapci od dívek, neboť dívky dosahují nižších průměrů. Ve skupině žáků z našeho normového souboru pozorujeme, že chlapci nejčastěji volili takové odpovědi, že dosáhli v průměru 17 hrubých bodů, což byla i nejčastější získaná hodnota v testu, a to ve 135 případech. U dívek z normového souboru se jednalo o hodnotu 15 hrubých bodů jako průměrnou hodnotu, ale také nejčastěji volenou, a to ve 156 případech. Chlapci ze skupiny NZDM dosahovali průměrné hodnoty 16 bodů, avšak nejčastěji získali skóre 15 hrubých bodů, a to v 8 případech ze 32. Dívky ve stejné skupině

dosahovaly průměrně 15 hrubých bodů, ale nejčastěji získaly 17 bodů (6 případů z 25). Poslední skupina chlapců z dětských domovů se školou a výchovných ústavů dosahuje průměrného hrubého skóru 16 bodů, avšak nejčastěji získanou hodnotou je 15 bodů ve 23 případech ze 168. U dívek ze stejné skupiny se jedná o v průměru 15 hrubých bodů a 16 bodů bylo získáno celkem v 8 případech, což je i nejčastěji získaná hodnota.

Co se týče dosahování minimálních a maximálních skóru, obou krajních hodnot dosahují pouze adolescenti v normovém souboru (chlapci i dívky). Chlapci z NZDM a dívky z DDS VÚ dosahují shodně rozmezí 10 bodů jako dosaženého minima a 23 bodů jako maximálního skóru. Nejnižších čísel v maximálním počtu bodů dosahují dívky ze skupiny NZDM, a to pouze 19 hrubých bodů.

Tab. 25: Základní hodnoty ve faktoru vyhledávání vzrušení dle jednotlivých skupin a pohlaví

Pohlaví	Skupina	N	M	Me	Mo	N Mo	Min.	Max.	SD
	ZSG	1126	16,40	17	17	135	6	24	3,51
Chlapci	NZDM	32	15,72	16	15	8	10	23	2,95
	DDSVU	168	16,52	16	15	23	8	24	3,12
	ZSG	1227	15,43	15	15	156	6	24	3,54
Dívky	NZDM	25	14,72	15	17	6	9	19	2,69
	DDSVU	49	15,22	15	16	8	10	23	3,20

Poznámka: N = četnost, M = průměr, Me = Medián, Mo = Modus, N Mo = četnost medusu, Min. = minimum, Max. = maximum; SD = směrodatná odchylka.

Dále se zaměříme na analýzu rozptylu u škály vyhledávání vzrušení a u testovaných skupin, kterou je možné nalézt v tabulce č. 26. Mezi testovanými skupinami v rámci škály vyhledávání vzrušení nenacházíme statisticky významný rozdíl. Z tohoto důvodu ani nepokračujeme pomocí post hoc testů.

Tab. 26: Analýza rozptylu u tří sledovaných skupin a škály vyhledávání vzrušení

	SS	df	MS	F	p	Partialeta-squared
Skupiny	44,80	2	22,40	1,812	0,164	0,001
Error	32438,09	2624	12,36			

Poznámka: SS = Sum of Squares, df= stupně volnosti, MS = Mean Square, F = F-test, p = statistická významnost, Partialeta-squared = klinická významnost.

Ve škále vyhledávání vzrušení nacházíme drobné rozdíly mezi pohlavími a jednotlivými skupinami, tyto rozdíly se však týkají spíše mediánu, modu či minimální a maximální dosažené hodnoty hrubých bodů. V rámci analýzy rozptylu nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly. Popíšeme si i poslední osobnostní rys, kterým je přecitlivělost.

12.2.4 Přecitlivělost

Posledním osobnostním rysem ze „Škály osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek“ je přecitlivělost. Stejně jako v předchozích případech ukážeme význam vysokých skóre ve škále přecitlivělost. Jedinci reagují na situace spíše úzkostně, bojácně. Tento osobnostní rys může být i prediktorem panické poruchy. Jedinci s vysokými skóre přecitlivělosti se více hlídají a sledují své tělesné příznaky. Na základě tabulky č. 27 popíšeme základní výsledky v dané škále u našeho výzkumného souboru. Průměrné skóre všech skupin dosahují středního pásma, které je u chlapců v rozmezí 8 až 14 bodů a u dívek 10 až 15 bodů. Ve škále pozorujeme rozdíly mezi chlapci a dívkami, kdy chlapci v normové skupině a ve skupině adolescentů z dětských domovů se školou a výchovných ústavů dosahují nižších skóre oproti dívkám z těchto skupin. Znamená to, že dívky v daných skupinách jsou přecitlivější, reagují spíše úzkostně a s obavami. Jediná skupina, ve které jsou tyto skóre opačné, je skupina klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. V této skupině dosahují vyšších skóre chlapci oproti dívkám. Obecně nejvyššího průměrného skóre dosahují dívky z DDŠ a VÚ. Ty také v dané škále skórují v průměru 13 hrubými body. Nejčastěji volená hodnota je u těchto dívek vícenásobná. Druhého nejvyššího průměrného skóre dosahují chlapci z NZDM, ti také volí jako průměrnou hodnotu 13 a mají vícenásobnou hodnotu modu.

Pokud se zaměříme na minimální a maximální dosažené hodnoty, uvidíme, že žáci základních škol a víceletých gymnázií spolu s chlapci z DDSŠ a VÚ dosáhli jako minimální, tak maximální hodnoty. Dívky z NZDM však skórovaly maximální hodnotou 16 hrubých bodů a minimem 6 bodů. Maximální hodnota je těsně za hranicí vysokého pásma ve škále přecitlivělosti. Chlapci z NZDM skórovali minimálně 7 body a maximálně 18 body, kdy 7 bodů je opět těsně pod hranicí středního pásma.

Tab. 27: Základní hodnoty ve faktoru přecitlivělost dle jednotlivých skupin a pohlaví

Pohlaví	Skupina	N	M	Me	Mo	N Mo	Min.	Max.	SD
Chlapci	ZSG	1126	10,84	11	10	185	5	20	2,88
	NZDM	32	12,63	13	Multiple	6	7	18	2,97
	DDSVU	168	11,14	11	11	23	5	20	3,27
Dívky	ZSG	1227	12,05	12	12	184	5	20	2,62
	NZDM	25	11,60	12	13	6	6	16	2,42
	DDSVU	49	13,35	13	Multiple	7	7	19	2,87

Poznámka: N = četnost, M = průměr, Me = Medián, Mo = Modus, N Mo = četnost medusu, Min. = minimum, Max. = maximum, SD = směrodatná odchylka.

U škály přecitlivělost jsme stejně jako v předchozích případech volili postup pomocí analýzy rozptylu, jejíž výsledky jsou zdokumentovány v tabulce 28. Avšak stejně jako ve škále vyhledávání vzrušení, ani zde nenacházíme statisticky významný rozdíl mezi rozptyly jednotlivých skupin. Z tohoto důvodu nepokračujeme v dalších analýzách ani pomocí post hoc testů.

Tab. 28: Analýza rozptylu u tří sledovaných skupin a škály přecitlivělost

	SS	df	MS	F	p	Partialeta-squared
Skupiny	32,23	2	16,11	1,978	0,139	0,002
Error	21376,52	2624	8,15			

Poznámka: SS = Sum of Squares, df= stupně volnosti, MS = Mean Square, F = F-test, p = statistická významnost, Partialeta-squared = klinická významnost.

Ve škále přecitlivělost nacházíme drobné rozdíly mezi pohlavími a jednotlivými skupinami, tyto rozdíly se však týkají spíše mediánu, modu či minimální a maximální dosažené hodnoty hrubých bodů. V rámci analýzy rozptylu nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly.

Tímto rysem jsme ukončili analýzu výsledků „Škály osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek“ a následně se budeme věnovat výsledkům dotazníku „Výskyt rizikového chování u adolescentů“, zde si popíšeme i samotné rizikové chování, kterého se jedinci v daných skupinách dopouští.

12.3 Analýza výsledků dotazníku Výskyt rizikového chování u adolescentů

Nyní si popíšeme výsledky metody Výskyt rizikového chování u adolescentů. Tato metoda nám umožňuje popsat i typy rizikového chování, které se u adolescentů vyskytuje. Zaměříme se jednak na celkové výsledky metody, které zahrnují celkový skóre metody, ale také na výsledky tří subškál a navážeme konkrétním rizikovým chováním neboli otázkami, které dotazník obsahuje.

Do analýzy dotazníku bylo zahrnuto 2 406 adolescentů z normového souboru, 216 dospívajících z dětských domovů se školou a výchovných ústavů a 58 klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež.

Při srovnání průměrů celkového skóre metody je zřejmé, že všechny průměry se značně liší (tabulka 29). Průměr celkového skóre dotazníku VRCHA je 2,41 u normy, 4,81 u klientů NZDM a 9,93 u adolescentů umístěných v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Pokud bychom si měli blíže popsat jednotlivé skupiny, u populace je mediánem hodnota 2, tzn. dvě kladné odpovědi v dotazníku, u 621 respondentů se nevyskytla v dotazníku žádná kladná odpověď. Adolescenti v běžné populaci nejčastěji dávají kladné odpovědi v subškále delikvence. Jako další popíšeme klienty nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Tito adolescenti udávali v průměru 4 kladné odpovědi, ale nejčastěji odpovídali v celkovém skóre dvěma kladnými odpověďmi, a to v 10 případech. I tito dospívající vykazují nejvyšší hodnoty v subškále delikvence. Jedinou oblastí, ve které klienti NZDM převyšují adolescenty z DDŠ a VÚ, je šikana (oběť), kde tito jedinci vykazují o 0,08 bodu vyšší průměrné hodnoty. Adolescenti s nařízenou ústavní výchovou a uloženou ochrannou výchovou vykazují ve většině oblastí zvýšené skóre

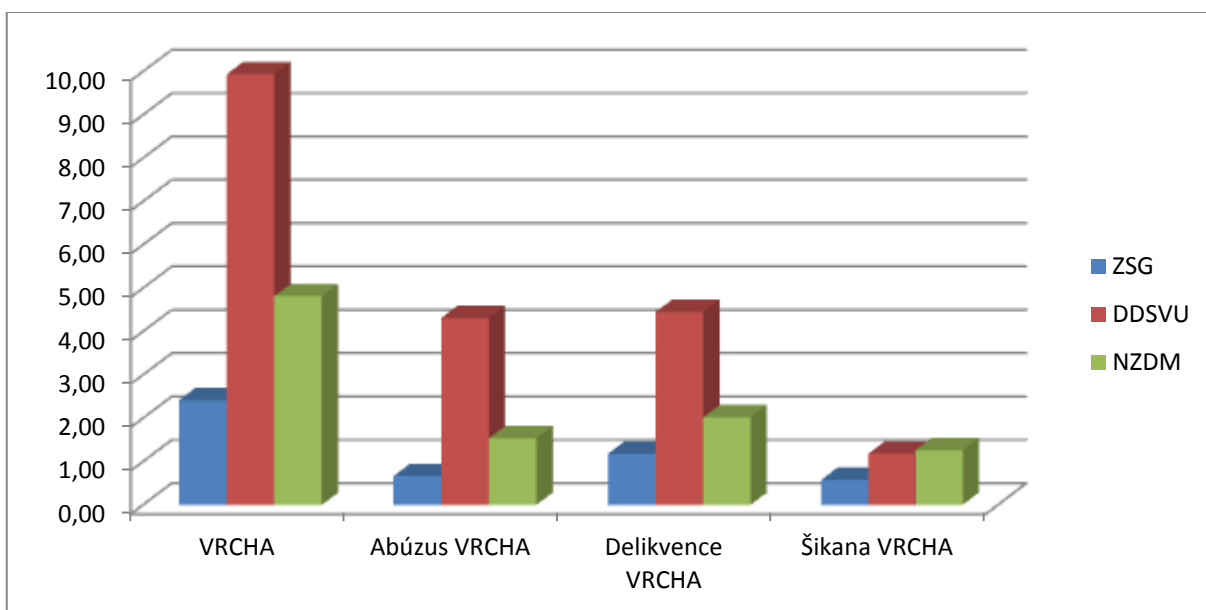
oproti skupině ze základních škol a gymnázií i oproti klientům z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Nejčastěji podávají kladné odpovědi v 11 otázkách, a to 28 respondentů. Adolescenti umístění do dětských domovů se školou a výchovných ústavů také vykazují nejvyšší skóry v delikvenci (M = 4,44), avšak velmi blízko je i průměrný skór v subškále abúzu (M = 4,31). Dané srovnání můžeme vidět i v grafu č. 6, který ukazuje rozdíly průměrů v celkové škále i subškálách mezi jednotlivými skupinami.

Tab. 29: Základní hodnoty v dotazníku VRCHA a v jeho faktorech dle jednotlivých skupin

Skupina	Faktor	N	M	Me	Mo	N Mo	Min.	Max.	SD
ZSG	VRCHA	2406	2,41	2	0	621	0	17	2,62
	Abúzus VRCHA	2406	0,66	0	0	1488	0	7	1,13
	Delikvence VRCHA	2406	1,18	1	0	989	0	7	1,39
	Šikana VRCHA	2406	0,57	0	0	1523	0	4	0,90
DDSVU	VRCHA	216	9,93	10	11	28	0	18	3,55
	Abúzus VRCHA	216	4,31	5	5	51	0	7	1,86
	Delikvence VRCHA	216	4,44	5	6	46	0	7	1,98
	Šikana VRCHA	216	1,18	1	1	81	0	4	1,04
NZDM	VRCHA	58	4,81	4	2	10	0	18	3,97
	Abúzus VRCHA	58	1,53	1	0	25	0	7	1,89
	Delikvence VRCHA	58	2,02	2	0	17	0	7	1,86
	Šikana VRCHA	58	1,26	1	1	24	0	4	1,21

Poznámka: N = četnost, M = průměr, Me = Medián, Mo = Modus, N Mo = četnost medusu, Min. = minimum, Max. = maximum, SD = směrodatná odchylka.

Graf 6: Průměrné hodnoty v dotazníku VRCHA a v jeho faktorech dle jednotlivých skupin



Nyní popíšeme prevalenci jednotlivých otázek z dotazníku pro výskyt rizikového chování. Srovnáváme normu, která byla vytvořena na základě standardizační studie realizované Dolejšem a kolektivem (2014), skupinu základních škol a gymnázií se skupinou dětských domovů se školou a výchovných ústavů a také s klienty nízkoprahových zařízení pro děti a mládež.

Obecně lze při srovnání normy a naší populace (ZŠ a G) konstatovat, že se snižuje užívání návykových látek a tím i skór subškály abúzu. Pro představu, 1 % naší populace tvoří 24 jedinců (ze skupiny ZŠ a G). Nejzásadnější rozdíly jsou v užívání marihuany, kdy rozdíl činí 2,38 %. Další rozdíly jsou patrné v otázce měsíční prevalence užívání tabáku, kde je rozdíl 2,53 %. Rozdíl nacházíme také u denního kouření cigaret. Snížení u skupiny základních škol a gymnázií oproti normě je o 0,55 %. Rozdíl je také u opilosti, kterou provází obtíže s mluvením, chůzí a zvracením, a to o 0,85 %. Naopak zvýšení nacházíme u většiny otázek, které se týkají delikventního chování. Například v případě falšování podpisu se jedná o zvýšení 3,88 %. Velmi významné navýšení o 4,16 % lze pozorovat u krádeží někdy něčeho někomu. A naopak ve škále šikana dochází v některých položkách ke zvýšení, a u jiných naopak ke snížení. Ke snížení dochází v položce „Už sis někdy během života záměrně fyzicky ublížil/a?“, kdy v původním normovém souboru odpovědělo na tuto položku kladně 25,16 % a v naší studii odpovědělo kladně 20,37 % respondentů, což znamená, že přibližně 490 jedinců z 2 406 v běžné populaci si záměrně ublížilo. Naopak mírné navýšení pozorujeme u položek zaměřených na verbální agresi a

ublížení ze strany spolužáků v posledních 30 dnech. Naopak snížení pozorujeme u ublížení na internetu v posledních 30 dnech.

Další srovnání může proběhnout mezi naší skupinou adolescentů ze základních škol a gymnázií a skupinou adolescentů z dětských domovů se školou a výchovných ústavů. U těchto dvou skupin jsou zásadní rozdíly ve všech položkách. Největší rozdíl nacházíme v položce kouření cigaret během posledních 30 dní, rozdíl činí 80,54 %. Při převodu na jedince jde u dětí z DDŠ a VÚ o 192 z nich a v případě běžných základních škol se jedná o 200 jedinců. Tento rozdíl je způsoben velikostí vzorku, který v případě DDŠ a VÚ odpovídá alespoň 10 % populace a v rámci celé populace odpovídá 1 %. Zásadní rozdíl nacházíme také v oblasti užívání marihuany a jejích derivátů, kouření 5 a více cigaret za den, celoživotní prevalenci pohlavního styku a problémům s policií.

Pokud bychom srovnali skupinu adolescentů z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež se zbylými dvěma skupinami z našeho výzkumu, zjistili bychom, že adolescenti z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež pili alkohol v posledních 30 dnech méně než obě zbylé skupiny adolescentů. V celoživotní prevalenci však častěji užívali marihuanu oproti běžné skupině, ale méně často než skupina mladistvých z DDŠ a VÚ. Ve zbylých otázkách týkajících se užívání návykových látek dosahují vždy vyšších skóre jedinci z DDŠ a VÚ a nižších skóre skupina adolescentů ze ZŠ a víceletých gymnázií. Znamená to tedy, že skupina z NZDM je vždy mezi DDŠ a VÚ a ZŠ a G. Podobně je tomu i u položek v subškále delikvence. Pouze nepatrné rozdíly nacházíme v položce „Ukradl/a jsi někdy něco někomu?“, na kterou v běžné populaci odpovědělo kladně 27,47 %, u skupiny NZDM se jednalo o 29,31 % a výrazné zvýšení nacházíme u skupin DDŠ a VÚ, která dosahuje 67,59 %. Podobný rozdíl mezi naší normovou skupinou a skupinou z NZDM nacházíme také u položky „Poškodil/a jsi někdy během života cizí majetek jen tak pro zábavu?“, kdy skupina ze ZŠ a G dosahuje 15,05 % a skupina z NZDM 18,97 %. I v této položce dosahuje skupina z DDŠ a VÚ výrazně vyšších hodnot, a to 51,39 %. Velmi zajímavá je v dosažených výsledcích poslední ze škál – šikana z pohledu oběti. Ve třech položkách ze čtyř, které do této škály spadají, dosahují adolescenti z NZDM vyšších hodnot, nejen oproti běžné populaci ze ZŠ a G, ale také proti adolescentům z DDŠ a VÚ. Tito adolescenti byli výrazně častěji terčem hrubých urážek od spolužáků, spolužáci jim také častěji ubližovali v posledních 30 dnech nebo se stávají ve vyšší míře obětmi zesměšňování a urážek na internetu.

Adolescenty v dětských domovech se školou lze tedy označit jako nejrizikovější. Mají nejvíce zkušeností v oblasti užívání návykových látek, ale i v oblasti delikventního

chování. Zvýšené riziko vykazují i v oblasti šikany. Největším rizikem je sebepoškození a poté vulgarity a nadávky mezi spolužáky. V zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy jsou jedinci limitováni v oblasti používání internetu. Omezení by se měla projevit i v měsíční prevalenci užívání návykových látek, avšak ti jedinci, kteří odchází ze zařízení na propustku či na víkendové pobyty v rodině, mají i přes omezení a kontroly v zařízení možnost užívat návykové látky (alkohol, tabák, marihuana). Druhou nejrizikovější skupinou jsou klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. U těchto jedinců nabývá nejvyšších hodnot škála šikana jako oběti. Zajímavé jsou i výsledky v oblasti měsíční prevalence pití alkoholu, kdy procentuální zastoupení je u klientů z NZDM nižší než v běžné populaci, ale je u nich častěji sdělováno nadměrné pití se ztrátou paměti, zvracením, obtížemi v chůzi i mluvě v období posledních 30 dní.

Pokud bychom popsalí pouze rizikové chování adolescentů v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy bez srovnání s jinou skupinou, platí, že, z 216 respondentů pilo v posledních 30 dnech alkoholický nápoj 113. 175 z nich někdy v životě kouřilo marihuanu nebo některé její deriváty. A 192 adolescentů z této skupiny kouřilo během posledních 30 dní cigarety a 162 vykouří více než 5 cigaret denně. V rámci celoživotní prevalence mělo 162 těchto adolescentů pohlavní styk. V rámci subškály delikvence mělo 172 adolescentů problémy s policií, 160 bylo během svého života za školou, 146 někdy někomu ukradlo, 137 kradlo v obchodě a 122 z nich ukradlo peníze rodičům nebo někomu jinému. V rámci subškály šikany se 124 adolescentů v rámci celoživotní prevalence sebepoškozovalo a 79 bylo středem hrubých urážek od spolužáků. Naopak jen 18 z nich uvádí, že bylo zesměšňováno na internetu a 34 adolescentům ublížil během posledních 30 dnů někdo ze spolužáků.

Tab. 30: Prevalence vybraných rizikových aktivit jednotlivých skupin

Položky dotazníku Výskyt rizikového chování u adolescentů	Norma	ZSG	DDSVU	NZDM
Pil/a jsi během posledních 30 dnů nějaký alkoholický nápoj?	31,19	31,21	52,31	24,14
Kouřil/a jsi nebo jinak užil/a někdy během svého života marihuanu („trávu“) nebo hašiš?	10,86	8,48	81,02	24,14
Kouřil/a jsi během posledních 30 dnů cigarety?	10,88	8,35	88,89	31,03
Měl/a jsi někdy během svého života pohlavní styk?	5,55	5,11	75,00	27,59
Vykouříš denně více než 5 cigaret?	3,04	2,49	73,15	17,24
Byl/a jsi někdy během posledních 30 dnů opilý/á tak, že jsi měl/a problémy s chůzí, s mluvením, zvracel/a jsi nebo sis nepamatoval/a, co se stalo?	3,93	3,08	24,07	12,07
Užil/a jsi někdy během života léky, aniž bys je potřeboval/a (zdravotní problémy) a aniž by o tom věděli rodiče?	8,95	7,32	36,11	17,24
Zfalšoval/a jsi někdy podpis rodičů?	29,87	33,75	51,85	44,83
Ukradl/a jsi někdy peníze rodičům nebo někomu jinému?	11,89	13,05	56,48	27,59
Byl/a jsi někdy během svého života „za školou“?	8,30	8,60	74,07	24,14
Ukradl/a jsi někdy něco někomu?	23,31	27,47	67,59	29,31
Poškodil/a jsi někdy během života cizí majetek jen tak pro zábavu?	14,96	15,05	51,39	18,97
Měl/a jsi někdy „opletačky“ s policií kvůli tomu, co jsi udělal/a?	7,36	8,27	79,63	29,82
Ukradl/a jsi někdy něco v obchodě?	10,71	11,55	63,43	27,59
Už sis někdy během života záměrně fyzicky ublížil/a?	25,16	20,37	57,41	39,66
Byl/a jsi někdy během posledních 30 dnů středem hrubých a vulgárních urážek od spolužáků?	17,61	18,74	36,57	41,38
Ublížil ti někdo nebo tě zesměšňoval v posledních 30 dnech na internetu (sociální sítě, nevhodná videa, blogy a jiné)?	7,12	6,32	8,33	18,96
Ublížil ti některý ze spolužáků během posledních 30 dnů?	11,68	12,01	15,74	25,87

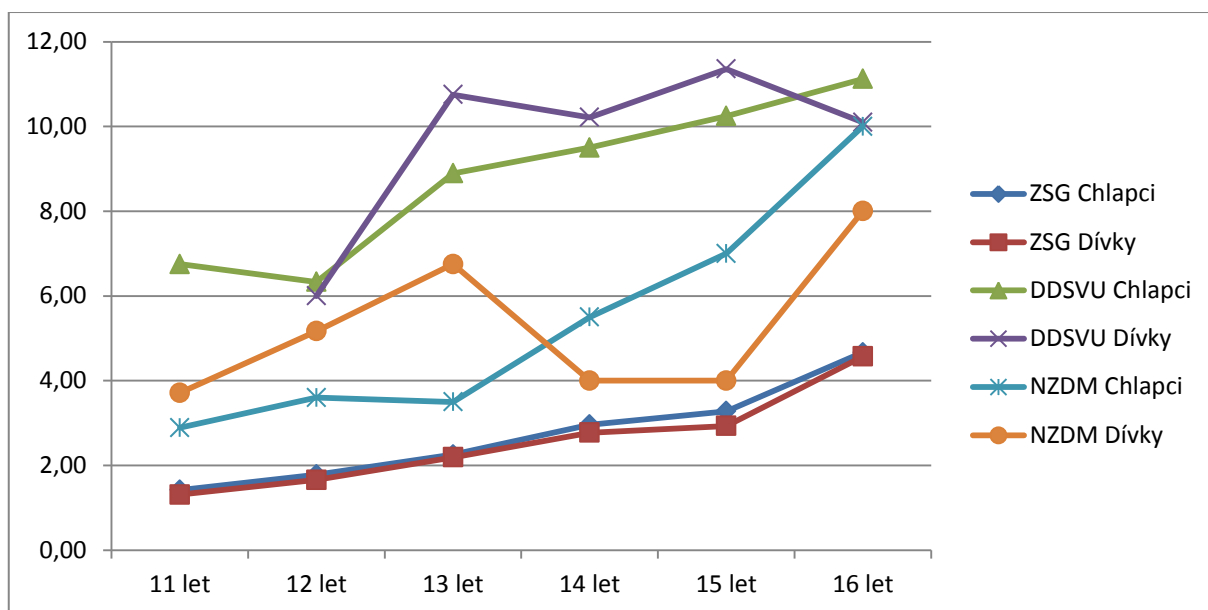
Poznámka: Norma = Skopal, Dolejš, Suchá a kol. (2014) – standardizační studie na populaci českých adolescentů ve věku 11–15 let.

Tab. 31: Průměrné hodnoty v celkovém skóru VRCHA dle věku, pohlaví a skupin

Skupina Věk / pohlaví	ZSG		DDSVU		NZDM	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
11 let	1,42	1,31	6,75		2,89	3,71
12 let	1,78	1,66	6,33	6,00	3,60	5,17
13 let	2,26	2,19	8,89	10,75	3,50	6,75
14 let	2,96	2,77	9,50	10,21	5,50	4,00
15 let	3,28	2,93	10,25	11,36	7,00	4,00
16 let	4,67	4,57	11,12	10,10	10,00	8,00

Jako další srovnáme námi testované skupiny dle věku a pohlaví, toto srovnání nám poskytuje tabulka 31. Metoda Výskyt rizikového chování u adolescentů je závislá na věku, tedy čím vyšší věk, tím více kladných odpovědí respondenti podávají. Nejrychlejší nárůst je u chlapců z NZDM a poté u chlapců z DDŠ a VÚ. Jediná skupina, kterou nebylo možné popsat, jsou dívky z DDŠ a VÚ ve věku 11 let, jelikož naší studie se tyto dívky neúčastnily. U chlapců i dívek ze základních škol a víceletých gymnázií narůstá množství odpovědí dle věku. Chlapci jsou v této skupině mírně rizikovější oproti dívkám. Ve skupině DDŠ a VÚ jsou rizikovější dívky ve věku 13 až 15 let. Chlapci jsou rizikovější ve věku 12 a v 16 let. Stejně tak u skupiny z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež jsou z počátku rizikovější dívky od 11 do 13 let, poté od 14 do 16 let se stávají rizikovějšími chlapci. Uvedená data jsou znázorněna v grafu 7. V grafu jsou zřejmé vzrůstající tendence rizikového chování u skupiny běžné populace, a to jak u chlapců, tak u dívek. Dále také vzrůstající tendence u chlapců z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež a u chlapců z dětských domovů se školou a výchovných ústavů. U dívek z NZDM má křivka vzrůstající tendenci do 13 let, poté klesá a vzrůstá opět v 16 letech. U dívek z DDŠ a VÚ značně roste rizikové chování mezi 12. a 13. rokem. Ve 14 letech dochází k mírnému snížení, v 15 letech opět k mírnému nárůstu a v 16 letech rizikové chování opět u dívek z DDŠ a VÚ klesá.

Graf 7: Vývoj rizikového chování u chlapců a dívek dle jednotlivých skupin a věku



Poznámka: Nebyla dotazována žádná 11letá dívka z DDSVU.

Tímto jsme popsali výsledky jednotlivých metod u všech tří námi sledovaných skupin. V další části se budeme věnovat srovnání jednotlivých metod mezi sebou a jejich souvislostem.

12.4 Korelační analýza faktorů

V poslední části výsledků popíšeme korelační analýzy jednotlivých metod a jejich faktorů u každé skupiny zvlášť. Jako první se zaměříme na využití metod u normové skupiny adolescentů ze základních škol a víceletých gymnázií. Pomocí Spearmanovy korelace jsme našli souvislost většiny metod či jejich faktorů, jak je možné pozorovat v tabulce č. 32. Všechny výsledky jsou významné na hladině významnosti 0,001. Množství statisticky významných korelací je dáno i velikostí testovaného vzorku. Popíšeme zde zásadní korelace jednotlivých metod. Jedná se například o korelaci škály depresivity a faktoru negativní myšlení ze škály SURPS. Obě tyto položky mají společné některé charakteristiky, kdy například negativní myšlení je často spojováno s problematikou deprese a depresivní symptomatiky. Obě provází pocity beznaděje, bezsmyslnosti aj. Dalšími výraznými korelacemi jsou korelace celkového skóru dotazníku VRCHA a jeho faktorů. Tyto korelace jsou na místě, jelikož celkový skór dotazníku VRCHA je právě

těmito faktory určován. Předpokládali jsme také souvislost faktorů z dotazníku SURPS a faktorů metody VRCHA, zejména pak souvislost faktoru impulzivita z metody SURPS s dotazníkem VRCHA a jeho faktorem abúzus. V normovém souboru se prokázala souvislost faktorů metody SURPS, a to negativního myšlení, impulzivity a vyhledávání vzrušení, spolu s celkovým skórem dotazníku VRCHA, ale i všemi jeho faktory. Ve faktoru přecitlivělost z metody SURPS se podařilo prokázat souvislost pouze s faktorem šikana z metody VRCHA.

Tab. 32: Korelace jednotlivých metod a jejich faktorů u skupiny adolescentů ze ZSG

Číslo faktoru	Faktory	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	SDDSS	1,00	0,34	0,20	0,17	0,43	0,62	0,34	0,03	0,34
2	VRCHA	0,34	1,00	0,68	0,83	0,63	0,27	0,35	0,32	0,04
3	Abúzus VRCHA	0,20	0,68	1,00	0,41	0,29	0,17	0,25	0,31	-0,02
4	Delikvence VRCHA	0,17	0,83	0,41	1,00	0,28	0,15	0,27	0,27	-0,01
5	Šikana VRCHA	0,43	0,63	0,29	0,28	1,00	0,31	0,25	0,14	0,11
6	Negativní myšlení SURPS	0,62	0,27	0,17	0,15	0,31	1,00	0,24	-0,06	0,19
7	Impulzivita SURPS	0,34	0,35	0,25	0,27	0,25	0,24	1,00	0,28	0,18
8	Vyhledávání vzrušení SURPS	0,03	0,32	0,31	0,27	0,14	-0,06	0,28	1,00	-0,14
9	Přecitlivělost SURPS	0,34	0,04	-0,02	-0,01	0,11	0,19	0,18	-0,14	1,00

Poznámka: Červeně označené korelace jsou statisticky významné na hladině $p < 0,001$.

U skupiny adolescentů umístěných do dětských domovů se školou a výchovných ústavů nacházíme těchto korelací o něco méně, než tomu bylo v normovém souboru. Silné

korelace jsou nalezeny v rámci metody VRCHA, kde nacházíme souvislost mezi celkovým skórem metody a jednotlivými faktory. Celkový skór metody úzce souvisí s faktorem delikvence a abúzus. U těchto dvou faktorů byl rovněž prokázán vzájemný vztah. Další souvislosti nacházíme mezi faktorem šikana z dotazníku VRCHA a celkovým skóre dotazníku depresivity. Další souvislost je nalezena i mezi celkovým skóre dotazníku depresivity a faktory negativní myšlení a impulzivita z dotazníku SURPS. Korelace mezi dotazníkem depresivity a faktorem impulzivita z dotazníku SURPS je pro náš výzkum velmi zajímavá a nečekaná, jelikož v případě popisu obou rysů nacházíme spíše odlišnosti, nikoli souvislosti.

Tab. 33: Korelace jednotlivých metod a jejich faktorů u skupiny adolescentů z DDSVU

Číslo faktoru	Faktory	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	SDDSS	1,00	0,18	0,03	0,09	0,33	0,23	0,23	0,08	0,24
2	VRCHA	0,18	1,00	0,77	0,84	0,35	0,16	0,12	0,19	0,01
3	Abúzus VRCHA	0,03	0,77	1,00	0,45	0,03	0,11	0,07	0,09	-0,04
4	Delikvence VRCHA	0,09	0,84	0,45	1,00	0,09	0,15	0,13	0,19	-0,04
5	Šikana VRCHA	0,33	0,35	0,03	0,09	1,00	0,04	0,03	0,12	0,16
6	Negativní myšlení SURPS	0,23	0,16	0,11	0,15	0,04	1,00	0,10	-0,06	-0,18
7	Impulzivita SURPS	0,23	0,12	0,07	0,13	0,03	0,10	1,00	0,18	0,16
8	Vyhledávání vzrušení SURPS	0,08	0,19	0,09	0,19	0,12	-0,06	0,18	1,00	0,04
9	Přecitlivělost SURPS	0,24	0,01	-0,04	-0,04	0,16	-0,18	0,16	0,04	1,00

Poznámka: Červeně označené korelace jsou statisticky významné na hladině $p < 0,001$.

U posledního zkoumaného souboru adolescentů z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež bylo nalezeno pouze několik málo korelací mezi jednotlivými metodami či faktory. Souvisejícími faktory jsou ty z dotazníku VRCHA, kdy opět nacházíme souvislost mezi celkovým skóre dotazníku a jeho faktorů. Souvislost nacházíme také mezi faktory abúzus a delikvence. Pro nás překvapivá je korelace zjištěná mezi dotazníkem depresivity a faktorem impulzivity z dotazníku SURPS, stejně jako v předchozím případě u skupiny adolescentů z DDŠ a VÚ.

Tab. 34: Korelace jednotlivých metod a jejich faktorů u skupiny adolescentů z NZDM

Číslo faktoru	Faktory	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	SDDSS	1,00	0,37	0,23	0,21	0,38	0,35	0,53	-0,18	0,06
2	VRCHA	0,37	1,00	0,79	0,80	0,60	0,31	0,26	0,03	-0,13
3	Abúzus VRCHA	0,23	0,79	1,00	0,46	0,35	0,13	0,17	0,06	-0,11
4	Delikvence VRCHA	0,21	0,80	0,46	1,00	0,23	0,34	0,27	0,07	-0,02
5	Šikana VRCHA	0,38	0,60	0,35	0,23	1,00	0,19	0,27	-0,09	-0,09
6	Negativní myšlení SURPS	0,35	0,31	0,13	0,34	0,19	1,00	0,14	-0,27	-0,17
7	Impulzivita SURPS	0,53	0,26	0,17	0,27	0,27	0,14	1,00	0,03	0,08
8	Vyhledávání vzrušení SURPS	-0,18	0,03	0,06	0,07	-0,09	-0,27	0,03	1,00	-0,06
9	Přecitlivělost SURPS	0,06	-0,13	-0,11	-0,02	-0,09	-0,17	0,08	-0,06	1,00

Poznámka: Červeně označené korelace jsou statisticky významné na hladině $p < 0,001$.

Jako poslední popíšeme vztah věku a jednotlivých metod a jejich faktorů u jednotlivých skupin zapojených do výzkumu. Nejvíce souvislostí s věkem nacházíme u

normové skupiny adolescentů ze základních škol a víceletých gymnázií. Nejvíce korelací s věkem lze vidět u dotazníku VRCHA, jeho celkového skóru a poté u skóreů abúzus a delikvence. Tato souvislost znamená, že čím vyšší je věk respondentů, tím vyšší je i skóre v dané metodě či faktoru. Takto je to i v metodě SURPS u faktorů negativní myšlení a vyhledávání vzrušení. V případě adolescentů z dětských domovů se školou nacházíme vztah s věkem pouze v celkovém skóru dotazníku VRCHA a v jeho faktoru abúzus. Znamená to také, že faktor delikvence není v případě adolescentů z DDŠ a VÚ závislý na věku a že se tito jedinci věnují delikventním aktivitám stejně ve věku 11 či 12 let jako ve věku 15 či 16 let. U adolescentů z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež nenacházíme žádnou souvislost mezi věkem a jednotlivými metodami či faktory.

Tab. 35: Korelace mezi věkem a faktory u sledovaných skupin

Faktor / skupina	ZSG	DDSVU	NZDM
SDDSS	-0,01	-0,02	-0,07
VRCHA	0,25	0,24	0,32
Abúzus VRCHA	0,29	0,28	0,32
Delikvence VRCHA	0,20	0,16	0,25
Šikana VRCHA	0,03	0,02	0,09
Negativní myšlení SURPS	0,08	0,09	-0,03
Impulzivita SURPS	0,04	-0,09	-0,04
Vyhledávání vzrušení SURPS	0,12	-0,11	-0,01
Přecitlivělost SURPS	-0,02	0,00	-0,33

Poznámka: Červeně označené korelace jsou statisticky významné na hladině $p < 0,001$.

V této kapitole jsme prezentovali výsledky jednotlivých psychodiagnostických metod u námi zkoumaných skupin adolescentů (ZŠ a G, DDŠ VÚ, NZDM). V rámci části výsledků jsme se snažili o popis osobnostních rysů i rizikových faktorů, ve kterých se jedinci liší. Zjišťujeme, že se odlišují jedinci ze skupiny dětských domovů se školou a výchovných ústavů od normy, stejně tak se liší skupina adolescentů z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež od normy. Avšak nacházíme jen minimum výsledků, kde se liší adolescenti z DDŠ a VÚ od adolescentů ze skupiny NZDM. Možnosti interpretace jednotlivých výsledků, celkové shrnutí výsledků i naše domněnky směrem k jednotlivým výsledkům popíšeme v diskuzi a závěrech práce.

12.5 Zhodnocení cílů práce

Na úvod praktické části práce jsme si stanovili pět výzkumných cílů a k nim čtyři ukázkové hypotézy. První cíl zněl „Popsat výskyt námi zvolených osobnostních rysů u všech tří sledovaných skupin dospívajících“. Definovaný cíl jsme naplnili popisem jednotlivých psychodiagnostických metod u námi zvolených skupin adolescentů. Zjistili jsme, že adolescenti z dětských domovů se školou a výchovných ústavů se odlišují od normy ve škále depresivita, negativní myšlení a impulzivita a dosahují statisticky významně vyšších skóre v rizikovém chování. Tím jsme naplnili i druhý cíl, který se zaměřil na rozdíly mezi těmito dvěma soubory. Třetí z cílů se zaměřil na rozdíl mezi adolescenty z dětských domovů se školou, výchovných ústavů a klienty nízkoprahových zařízení. Zjistili jsme, že tyto dvě skupiny se od sebe liší ve vyhledávání vzrušení, kdy v tomto faktoru dosahují vyšších skóre adolescenti z dětských domovů se školou. Adolescenti se liší ještě ve faktoru přecitlivělost, zde však dosahují vyšších skóre klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Tyto výsledky jsou určeny na základě průměrných hodnot.

Poslední dva cíle se zaměřily na popis a srovnání výskytu rizikového chování. Zjistili jsme, že nejrizikovější jsou adolescenti v dětských domovech se školou a výchovných ústavech. Naopak nejméně riziková jsou adolescenti na základních školách a víceletých gymnáziích. Dospívající docházející do nízkoprahových zařízení se v celkových skórech nacházejí mezi těmito skupinami.

Zaměříme se také na stanovené hypotézy a jejich přijetí, či zamítnutí. První ukázková hypotéza se věnuje škále depresivita a skupině adolescentů z ústavních zařízení v porovnání s normovým souborem.

H1 „Adolescenti z ústavní a ochranné výchovy budou dosahovat statisticky významně vyšších skóre ve faktoru depresivity v dotazníku SDDSS oproti populaci.“

První hypotézu **přijímáme** na hladině významnosti 0,05. Nacházíme statisticky významný rozdíl mezi adolescenty z dětských domovů se školou a výchovných ústavů oproti normovému souboru.

H2 „Adolescenti z nízkoprahových center pro děti a mládež budou dosahovat statisticky významně vyšších skóre ve faktoru impulzivity ze škály SURPS oproti populaci.“

Druhou hypotézu **přijímáme** na hladině významnosti 0,05. Nacházíme statisticky významný rozdíl mezi adolescenty z nízkoprahových zařízení a populací.

H3 „Adolescenti z ústavní a ochranné výchovy budou vykazovat vyšší prevalenční hodnoty v užívání alkoholu.“

Třetí hypotézu také **přijímáme**. Na základě srovnání jednotlivých skupin jsme zjistili, že 52,31 % adolescentů z dětských domovů se školou a výchovných ústavů užilo v posledních 30 dnech alkoholický nápoj, oproti 31,21 % adolescentů z normového souboru.

H4 „Celkový skóre ve Škále depresivity bude u skupiny adolescentů z dětských domovů se školou a výchovných ústavů statisticky významně souviset se škálou negativního myšlení v metodě SURPS.“

Poslední hypotézu také **přijímáme** na hladině významnosti 0,001. Škála depresivity má souvislost s faktorem negativní myšlení u skupiny adolescentů z dětských domovů se školou a výchovných ústavů, ale také u normového souboru. Souvislost nenacházíme v případě nízkoprahových zařízení pro děti a mládež.

Zhodnocením jednotlivých cílů a hypotéz uzavíráme část výsledků a přecházíme k diskuzi výsledků i celé práce. Diskuzi budeme strukturovat dle členění práce, tzn. že diskuze bude zahájena zhodnocením teoretické části práce. Následuje zhodnocení realizace výzkumného šetření a poté diskuze výsledků s naznačením přínosů práce a dalšího možného směřování.

13 Diskuze

V této části práce detailně rozebereme celý výzkumný projekt a teoretické ukotvení práce. Naši pozornost zaměříme na pozitiva a přínosy práce, ale také na možné chyby, nedostatky a další postřehy související s prací i samotným tématem. Námi dosažené výsledky srovnáme s jinými provedenými studii a jejich závěry a vysvětlíme spojení teoretických kapitol s praktickou částí.

Aby čtenáři získali ucelený vhled do sledované problematiky, teoretickou část jsme rozčlenili do pěti hlavních kapitol, kterými jsou Období dospívání, Osobnost adolescenta, Rizikové chování adolescentů a důležitou součástí teorie jsou rovněž pasáže Zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy a nízkoprahová zařízení pro děti a mládež a Výzkumy v daných oblastech. V první kapitole se věnujeme samotnému vymezení období dospívání a následně ji rozčleňujeme do několika podkapitol, jako například biologický vývoj, kognitivní vývoj, sociální vývoj aj. Druhá kapitola by mohla spadat pod první kapitolu Období dospívání, volíme však jejich rozdělení, a to i z důvodu rozsahu kapitol. Druhá kapitola zaměřující se na osobnost nejprve ukotvuje pojem osobnosti a její rozdělení z různých pohledů a z hlediska možností jejího rozvoje v dospívání. Další část se této kapitoly se již zaměřuje na depresivitu a rysy osobnosti, jako je přecitlivělost a impulzivita. Na kapitolu o osobnosti navazujeme pasáží o rizikovém chování, přičemž se držíme rozdělení dle Dolejše (2010a). Ten dělí rizikové chování na užívání a zneužívání legálních a nelegálních látek; kriminalitu; šikanu, hostilitu a agresivní chování; problémové sexuální aktivity; školní problémy a přestupky; extrémní, hazardní a sektářské aktivity a ostatní formy rizikového chování. Věnujeme se popisu těchto rizikových aktivit i výzkumům v dané oblasti. Na rizikové aktivity navazujeme popisem zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy, nejprve definujeme samotnou ústavní a ochrannou výchovu a následně popisujeme samotná zařízení. Poslední kapitolu zaměřujeme na výzkumy v oblasti ústavní a ochranné výchovy.

Uvědomujeme si spíše obecné zaměření jednotlivých teoretických kapitol, které může pro některé čtenáře být známým či nadměrně prezentovaným v rámci jiných publikací a monografií. Dané zaměření a strukturu kapitol jsme volili z důvodu přehlednosti a ucelení tématu. Za jedinečnou považujeme kapitolu zaměřenou na ústavní a ochrannou výchovu a jednotlivá zařízení. Domníváme se, že mnoho odborníků se v dané problematice orientuje pouze obecně, bez detailnějšího zaměření. Naše kapitola přináší

přehledný souhrn o ústavní a ochranné výchově. Systém péče o adolescenty s poruchami chování je odlišný ve většině zemí Evropy a světa. V rámci České republiky se tento systém řídí zákonem č. 218/2003 Sb. o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a soudnictví ve věcech mládeže, který nabyl platnosti 1. 1. 2004. Zmíněný zákon upravuje podmínky odpovědnosti mládeže za protiprávní jednání v trestním zákoníku a za protiprávní jednání u dětí mladších 15 let. Zákon 218/2004 Sb. člení dospívající na děti mladší 15 let a mladistvé, kteří v době spáchání činu dovršili 15 let, ale nepřekročili hranici 18 let. Fungování systému v České republice by se dalo stručně shrnout následovně: v případě, že nejsou rodiče schopni zajistit péči o děti, jsou tyto děti umístěny do dětského domova. V případě, že děti mají výchovné problémy nebo pro přechodnou či trvalou duševní poruchu, vyžadují léčebně výchovnou péči a jsou ve věku 6 až 15 let, bývají umístěny do dětského domova se školou (Hoferková, 2009). Do výchovného ústavu jsou častěji umisťováni jedinci starší 15 let, kteří mají závažné poruchy chování, případně jedinci starší 12 let, kteří mají uloženu ochrannou výchovu a jejich chování vykazuje tak závažné poruchy chování, že nemohou být umístěni v dětském domově se školou.

Komplikací v této oblasti je, že tato zařízení spadají celkově pod čtyři ministerstva, jedná se o Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ministerstvo vnitra ČR. Druhou obtíž pro tato zařízení je i aktuální rušení ústavní péče a její nahrazování náhradní rodinnou péčí. Jedná se o jistý proces deinstitutionalizace, který spočívá ve zrušení zařízení kolektivní péče a jejich náhradě profesionální pěstounskou péčí. Současný systém má svá pozitiva i negativa. Dle našeho názoru však celková deinstitutionalizace není možná a celková nejednotnost ve správní oblasti mnohdy vede pouze k navýšení administrativní zátěže. Domníváme se také, že celkovému systému by prospělo spíše zajištění dostatku personálu a jeho vhodné finanční ohodnocení tak, aby byla zajištěna vhodná péče i dostatek osob, a tedy i adekvátní zázemí pro adolescenty, a to nejen materiální, ale i sociální a rodinné.

Za velmi přínosnou považujeme kapitolu Osobnost adolescentů, ve které se věnujeme jednak celkovému popisu a rozvoji osobnosti, ale detailněji také čtyřem osobnostním rysům, především depresivitě / depresi. Depresivitu nezahrnujeme mezi osobnostní rysy, a to z důvodu, že v rámci použité metody (SDDSS) je sice označována jako depresivita, ale jedná se spíše o depresi.

V předchozích odstavcích jsme se zabývali teoretickým ukotvením zkoumaných fenoménů a nyní se budeme věnovat praktické části, zaměříme se na průběh, realizaci a hlavně výsledky, které výsledný projekt přinesl. Již v počátku výzkumu jsme narazili na

množství překážek a komplikací, a to například při volbě způsobu realizace výzkumu nebo při výběru výzkumného souboru. V oblasti realizace výzkumu jsme se věnovali způsobu sběru dat, v rámci populace jsme volili sběr dat pomocí metody tužka-papír, stejně tomu bylo i v rámci skupiny adolescentů z dětských domovů se školou a výchovných ústavů, avšak v případě skupiny z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež jsme volili sběr dat pomocí online dotazníku. K tomuto kroku jsme přistoupili z důvodu snazší dostupnosti dotazníku pro tuto skupinu, kdy samotná zařízení často fungují anonymně a není vždy pravidlem, že se do zařízení klienti dostávají každý den. Jednalo by se tak o nadměrnou zátěž pro zaměstnance zařízení a také možnou ztrátu anonymity, kterou jsme adolescentům zaručili. Další obtíží, se kterou jsme se museli vypořádat, je skutečnost, že adolescenti docházející do nízkoprahových zařízení pro děti a mládež v mnoha případech navštěvují běžné základní školy, mohou se tak nacházet jak v normové skupině, tak ve skupině z nízkoprahových zařízení. Nízkoprahová zařízení však tyto jedince určitým způsobem zachycují v běžné populaci a věnují se právě primární a často i sekundární prevenci, či až terciální prevenci. Jedná se tak o skupinu, která se od běžné populace odlišuje, a to zvýšenou rizikovostí a potřebou cílených preventivních služeb.

Další možné zkreslení dat mohlo nastat při oslovování škol i zařízení, a to z důvodu určitého množství zamítavých odpovědí na žádost o spolupráci. Je tak možná určitá odlišnost. Určité riziko shledáváme v situacích, kdy sběr dat probíhal pouze na pracovištích, která byla ochotnější ke spolupráci. Jelikož k odmítnutí spolupráce také mohlo častěji docházet na problémových pracovištích či v institucích, které mají ve svých třídách rizikovější adolescenty. Ochota ke spolupráci pouze některých škol může poukazovat na celkové přetížení těchto institucí, případně naopak na nadšení jiných k výzkumným studiím či informacím o žácích. Stejně tak adolescenti v oslovených institucích, kteří se rozhodli na výzkumu neparticipovat, mohou být odlišní od výběrového souboru. Mohou tedy být více či méně rizikovní, impulzivní atd. Předpokládáme, že i jednotliví ředitelé škol ovlivňují zaměstnance a i samotné adolescenty přístupem, vztahem, ale i dalšími aspekty. Jedná se však pouze o naši domněnku.

Ke zkreslení mohlo dojít také výběrem zařízení a adolescentů v těchto zařízeních. Chlapci a dívky z dětských domovů se školou a výchovných ústavů jsou oproti normovému souboru starší a nachází se zde nižší procentuální zastoupení dívek. Nižší počet dívek však odpovídá populaci adolescentů z dětských domovů se školou a výchovných ústavů, a je tak možné zobecňovat výsledky na celou tuto skupinu adolescentů.

Snažili jsme se, aby adolescenti měli pro vyplnění vždy stejné podmínky. Výzkum byl prováděn v rámci výuky, kdy jsme se zaměřili vždy jen na jednu třídu, v níž po jednu vyučovací hodinu probíhala administrace testu. Žáci dostali testovou baterii, kterou během dané vyučovací hodiny vyplňovali. Skupina adolescentů z dětských domovů se školou dostávala instrukce k vyplnění metod v jiném pořadí, a to z důvodu časových a osobních (rychleji se unaví, neudrží dlouhodoběji pozornost atd.). V rámci celého výzkumu jsme zachovávali anonymitu adolescentů a administrace probíhala dle etických pravidel a etického kodexu. U jednotlivých metod jsme postupovali dle standardních instrukcí k metodě. Administrace metod může být fází, kde lze udělat nejvíce chyb. Tyto chyby jsme se pokusili eliminovat pomocí standardizovaného připraveného postupu.

Pro samotnou administraci jsme měli stanovený postup, kterého jsme se při zadávání metod drželi. V rámci postupu jsme adolescentům vysvětlili účel výzkumu a informovali jsme se, zda i adolescenti samotní chtějí na výzkumu participovat. Také jsme se ujistili, že rozumí instrukcím, a poskytli jsme prostor pro dotazy. V rámci celé administrace jsme se snažili adolescenty motivovat k vyplnění i pečlivosti. Další fází práce, kdy mohlo dojít ke zkreslení, je přepis dat. V rámci přepisu jsme pracovali s rozsáhnou datovou maticí. Jednotlivé přepisy byly kontrolovány tak, aby se eliminovaly chyby, náhodně jsme vybírali testové baterie, které jsme kontrolovali s datovou maticí.

Pro výsledné analýzy jsme pracovali pouze s adolescenty ve věku 11 až 16 let, a to z důvodu věkového přiblížení jednotlivých skupin. Bylo totiž zjištěno, že například dotazník „Výskyt rizikového chování u adolescentů“ je závislý na věku a čím starší adolescenti jsou, tím vyšších hrubých skóre dosahují. Tomuto jsme se snažili v naší práci předejít a z analýz tak bylo vyřazeno několik jedinců, kteří nesplňovali kritérium věku, jednalo se například o 17, 18 a 19leté.

V další části kapitoly Diskuze se budeme věnovat popisu samotných výsledků a jejich srovnání s již provedenými a prezentovanými výzkumnými studiemi. I v rámci diskuze budeme postupovat dle řazení, které jsme volili ve výsledkové části. Nejprve se však zaměříme na volbu statistických metod t-testy a analýzu rozptylu, které jsme používali. K volbě t-testů nás vedl vzorek vyšší než 45 případů, a tak jsme na základě centrální limitní věty volili parametrické metody. Předpokládáme tak menší zkreslení než při užití neparametrických metod. Největší zkreslení dat předpokládáme u dotazníku „Výskyt rizikového chování u adolescentů“, který se v mnoha případech dotazuje na činy a skutečnosti, kterými se někteří jedinci rádi chlubí a jiní se za ně stydí, nebo se bojí je z důvodu postihu přiznat. Na určité zkreslení usuzujeme již z průběhu sběru dat, kdy

reakce některých jedinců byly spíše vychloubačné před celou skupinou a občas se ve třídě ozvala i korekce tohoto chování ze strany spolužáků, kteří naopak toto chování shazovali slovy „No tak to se nemáš čím chlubit“. Nejčastěji jsme toto chování zaznamenali u skupiny adolescentů z dětských domovů se školou a výchovných ústavů, avšak tato zkresení předpokládáme u všech výzkumných skupin.

Z výzkumných témat se nejprve zaměříme na depresivitu. Jako první se soustředíme na pojmový aparát. V rámci práce nazýváme tento stav jako depresivitu, i když se pod tímto pojmem skrývá rys. Důvodem toho je volba metody Škála depresivity Dolejše, Skopala, Suché (SDDSS) (Dolejš, et al., 2018), která se zaměřuje na duševní stav označovaný jako deprese. Z tohoto důvodu volíme v rámci teoretické části oba pojmy, tedy depresi i depresivitu, a v rámci části výsledků již hovoříme o depresivitě, a to právě z důvodu volby dané metody.

V rámci našeho výzkumu jsme zjistili, že adolescenti v našem normovém souboru získali v průměru 36,86 bodů. Pokud tento výsledek srovnáme s normovým souborem metody (Dolejš, et al., 2018), zjišťujeme, že adolescenti ze základních škol ve věku 11 až 15 let dosahují průměrné hodnoty 38,29 bodů. Naš normový soubor se tak odlišuje od normového souboru metody. Odlišují se také dívky a chlapci mezi sebou, kdy dívky dosahují vyšších skóre, a to v průměru cca o 2 body. Dolejš a kolektiv (2018) také identifikují dívky jako jedince s vyšší mírou deprese. K rozdílům mezi dívkami a chlapci dospěli také autoři Arayo a kolektiv (2013), kteří zjistili, že chlapci dosahují nižších skóre než dívky. A tento trend potvrzuje studie i Landkamra (2016). Pokud se zaměříme na skupiny chlapců a dívek z dětských domovů se školou a výchovných ústavů a nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, zjistíme, že obě tyto skupiny vykazují v našem výzkumu výrazně vyšší hodnoty, a to až v průměru o 8 hrubých bodů. Štěpo (1998), který se zaměřil na běžnou populaci a adolescenty s psychiatrickou diagnózou, zjistil, že právě děti, u kterých bylo diagnostikováno psychiatrické onemocnění, skórovaly cca o 10 hrubých bodů výše v Sebeuposuzovací škále depresivity u dětí (CDI) oproti běžné populaci. Zemanová a Dolejš (2015) se zaměřili na klienty nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, zkoumali u nich životní spokojenost a zjistili, že tito jedinci jsou statisticky významně méně spokojeni ve svém životě oproti běžné populaci. Toto je možné srovnat i s našimi výsledky, kdy právě adolescenti docházející do nízkoprahových zařízení vykazují nejvyšší průměrné hodnoty ve škále depresivity, která také do určité míry souvisí s nespokojeností. Podobně jako v depresivitě, i zde byly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi chlapci a dívkami, kdy dívky byly méně spokojené oproti chlapcům.

Dále se zaměříme na „Škálu osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek“ (SURPS). V našem výzkumu nejvýše skórují adolescenti z dětských domovů se školou a výchovných ústavů, kromě škály přecitlivělosti, ve které nejvyšší průměrný skór získali adolescenti docházející do nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Pokud bychom srovnali výsledky naší studie a normové studie provedené Dolejšem (2010b), zjistíme, že naše normová skupina skórovala s normovou skupinou Dolejše (2010b) téměř identicky ve všech faktorech. Vavrysová (2014) ve svém výzkumu zjistila, že adolescenti z dětských domovů se školou a výchovných ústavů se liší oproti normovému souboru ve škálách negativní myšlení ($M = 0,77$, $SD = \pm 1,37$) a impulzivita ($M = 0,63$, $SD = \pm 1,55$)⁹. Ke stejným výsledkům jsme došli také v této studii. Bylo zjištěno, že jedinci v prezentovaném výzkumu se liší na hladině významnosti 0,001. V rámci negativního myšlení / beznaděje byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi klinickou a neklinickou skupinou adolescentů, kdy nejvyšších skóru v tomto faktoru dosahovali jedinci s diagnostikovanou poruchou nálady, s úzkostně-depresivní poruchou a fobickými či úzkostnými poruchami (Szabó et al., 2016). Impulzivita je také spojována s řadou psychických obtíží, jako jsou hyperaktivita, nedostatek sebekontroly, různé formy návykového chování, poruchy příjmu potravy, sebevražedné tendence, násilné chování aj. (Matoušek & Matoušková, 2011; Vazire & Funder, 2006; Seitz et al., 2012; Theobald & Farrington, 2012; Swahn, Bossarte & Sullivent, 2008; Coghlan & MacDonald, 2010).

V rámci všech subškál dotazníku SURPS srovnáváme také dívky a chlapce. Genderový rozdíl byl zjištěn u faktoru negativní myšlení, a to pouze ve skupině nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, kde dívky (16,48 bodů) dosahují vyšších skóru oproti chlapcům (14,53 bodů). Toto zjištění potvrzuje i studie provedená ve Francii (Ali et al., 2016). V dalších výzkumných studiích (Lester, 2015; McGee et al., 2001) bylo prokázáno, že není možné u škály negativního myšlení jednoznačně určit rozdíl mezi pohlavími. Při srovnání impulzivity mezi pohlavími zjišťujeme, že rozdíl v průměru je u skupin adolescentů z naší studie zanedbatelný. Avšak autoři Dolejš a Skopal (2016), Skopal a kolektiv (2014) a Čerešník a Gatial (2014) zjistili, že chlapci jsou impulzivnější než dívky s tím, že impulzivita roste do cca 14. roku věku a poté pozvolna klesá. Autoři Čerešník a Gatial (2014) popisují, že u starších adolescentů je tomu naopak a dívky se stávají impulzivnějšími oproti chlapcům. Další rozdíl nacházíme ve faktoru vyhledávání vzrušení, a to u všech skupin, kdy dívky dosahují nižších průměrných skóru oproti chlapcům. Evans-Polce a kolektiv (2018) prokázali rozdíly mezi vyhledáváním vzrušení u mužů a žen a zjistili, že muži dosahují vyšších skóru oproti ženám. Ve faktorupřecitlivělost

nacházíme rozdíl mezi pohlavími také u všech skupin. Ve skupině ze základních škol a víceletých gymnázií dosahují dívky (12,05 bodů) výrazně vyšších skóreů oproti chlapcům (10,84 bodů), a to téměř o jednu směrodatnou odchylku. Stejný rozdíl ve faktoru přecitlivělost nacházíme i mezi chlapci (11,14 bodů) a dívkami (13,35 bodů) z dětských domovů se školou a výchovných ústavů. To potvrzuje i výzkum Dolejše (2010b). Avšak u skupiny z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež je tomu naopak a zde dosahují vyšších skóreů chlapci (12,63 bodů) oproti dívkám (11,60 bodů).

Poslední diagnostický nástroj, kterému se budeme věnovat, je „Výskyt rizikového chování u adolescentů“. V této metodě nacházíme značné rozdíly mezi normovou skupinou našeho výzkumu a skupinou adolescentů z dětských domovů se školou a výchovných ústavů. U adolescentů z dětských domovů se školou a výchovných ústavů je v mnoha případech prokázána zvýšená míra rizikového chování, jako je užívání návykových látek, rizikové sexuální aktivity, ale i kriminalita či trestná činnost. Nyní vybereme několik položek, které srovnáme v rámci našich výzkumných skupin spolu s normovou skupinou metody VRCHA (Skopal, et al., 2014) a adolescenty z nízkoprahových zařízení z výzkumu Zemanové a Dolejše (2015). Na položku týkající se užívání alkoholu v posledních 30 dnech odpovědělo z normového souboru metody 31,19 % adolescentů souhlasně, z naší studie se jednalo také o 31,21 % adolescentů ze ZŠ a G, 52,31 % adolescentů z DDŠ a VÚ a 24,14 % klientů z NZDM. Ve výzkumu Zemanové a Dolejše (2015) se jednalo o 44,60 % dospívajících. Během posledních 30 dnů kouřilo cigarety 10,88 % adolescentů z normového souboru Skopala a kolektivu (2014), 8,35 % adolescentů z našeho normového souboru, 88,89 % adolescentů z DDŠ a VÚ a 31,03 % adolescentů z NZDM. Opět skupina adolescentů z NZDM (Zemanová & Dolejš, 2015) dosáhla 47,48 %. Z položek, které se zaměřují na delikventní chování, vybíráme například falšování podpisu rodičů, kde adolescenti z normového souboru metody odpovídali souhlasně ve 29,87 %, norma naší studie dosáhla na 33,75 %, adolescenti z DDŠ a VÚ odpovídali kladně v 51,85 % a klienti NZDM z naší studie ve 44,83 % a ve výzkumu Zemanové a Dolejše (2015) kladnou odpověď poskytlo 48,56 %. Do subškály šikana v metodě VRCHA patří také otázka ohledně hrubých a vulgárních urážek. V této položce volilo odpověď „ano“ 17,61 % respondentů v normové skupině Skopala a kolektivu (2014), 18,74 % adolescentů v našem normovém souboru, 36,57 % adolescentů z DDŠ a VÚ, 41,38 % adolescentů z NZDM v našem výzkumu a 32,01 % klientů NZDM ze skupiny Zemanové a Dolejše (2015). Ve srovnání jednotlivých položek jsme identifikovali významné rozdíly, které poukazují na zvýšené rizikové chování a tím i potřebu odborné pomoci u adolescentů z DDŠ a VÚ.

V případě srovnání údajů obou skupin adolescentů z NZDM zjistíme, že adolescenti z nízkoprahových zařízení, kteří byli zapojeni do námi realizované studie, dosahují v mnoha položkách nižších prevalenčních hodnot, což může být způsobeno tím, že Zemanová a Dolejš (2015) získali data od starších adolescentů ($M = 14,63$, $SD = \pm 2,11$) oproti naší skupině adolescentů z NZDM ($M = 13,06$, $SD = \pm 1,75$).

Již v rámci sběru dat jsme se setkali s dívkami, které byly ve 14 letech těhotné a mnoho adolescentů sdělovalo své zkušenosti s návykovými látkami. Vavrysová (2014) zjistila, že nejčastějšími důvody k umístění jedinců do zařízení bylo nerespektování autorit, záškoláctví, krádeže, agresivita vůči spolužákům, trávení času v závadové partě a toulky.

V poslední výsledkové části se zabýváme srovnáním jednotlivých metod a jejich faktorů u každé skupiny adolescentů zvlášť. I testové příručky identifikují podobné kladné či záporné vztahy mezi proměnnými. Nejvíce významných korelací jsme našli u skupiny adolescentů ze základních škol a víceletých gymnázií, kdy vztah mezi škálou depresivity a negativním myšlením v metodě SURPS je příkladem středně silné korelace u této skupiny ze ZŠ a G. V tomto případě usuzujeme, že množství statisticky významných korelací je dáno velikostí této skupiny, která čítá 2 406 adolescentů. Nižší množství statisticky významných a středně silných korelací nacházíme u zbylých dvou skupin. Předpokládáme, že je to způsobeno velikostí souboru, a také tím, že jsou zvýšené skóry v depresivitě, impulzivitě, negativním myšlení, rizikovém chování aj., kdy i v rámci těchto navýšení nebyla prokázána statisticky významná souvislost, jelikož došlo ke zvýšení ve všech faktorech a škálách. Na výše uvedené usuzujeme z důvodu, že dívky z dětských domovů se školou dosahují nejvyšších skóre ve většině měřených oblastí. Tyto dívky jsou více depresivní, dosahují nejvyšších skóre ve faktoru negativní myšlení, impulzivita, přecitlivělost, ale i v rámci celkového skóre rizikového chování. Naopak nejnižších skóre dosahují chlapci z normové skupiny, jedná se o faktory negativní myšlení, impulzivita a přecitlivělost, a také dosahují nejnižších skóre ve škále depresivity.

Rizikové chování je v adolescenci běžné, jedná se o testování hranic a experimentování i za účelem vymezení se vůči rodičům. Z vlastní zkušenosti však usuzujeme na důležitost rodiny v celém procesu dospívání, kdy se domníváme, že jedinec se ocitne v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy ve chvílích, kdy rodina selže. Osobně jsme se mnohdy setkali se situacemi, kdy rodiče své děti nutili ke krádežím či užívání návykových látek bylo v rodině zcela běžné.

V úseku věnovaném výsledkům jsme zhodnotili námi stanovené cíle a základní stanovené hypotézy. Popsali jsme míru výskytu osobnostních rysů u sledovaných skupin,

zhodnotili jsme rozdíly mezi jednotlivými skupinami, ale i mezi dívkami a chlapci. Identifikovali jsme výskyt jednotlivých rizikových aktivit a srovnali jsme jednotlivé skupiny v této oblasti. Získané poznatky je možné využít v psychodiagnostickém procesu v odborné péči či v poradenství. Výsledky mohou být také podkladem při rozhodování o umístění adolescenta do středisek výchovné péče a při zhodnocení jejich osobnostní výbavy v souvislosti s rodinným a sociálním zázemím. Předložená zjištění mohou sloužit jako podklad pro tvorbu preventivních programů ve školách, výchovných ústavech a v dětských domovech (prevence založená na vědeckých důkazech neboli evidence-based). Výsledky lze využít také v individuální odborné péči, a to hlavně v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež nebo v dětských domovech se školou a výchovných ústavech. V prvním uvedeném případě, tedy u základních škol a víceletých gymnázií, se jedná nejčastěji o primární prevenci, a ve zbývajících dvou o prevenci sekundární, či až terciální. Doporučujeme nezaměřovat se u adolescentů pouze na jejich rizikové chování, ale také na osobnostní nastavení, rysy a na určité predispozice, které mohou mít a v mnoha případech i mají za důsledek právě rizikové chování. Na základě osobnostních charakteristik je tak možné identifikovat potenciálně rizikové jedince již na prvním stupni základních škol a nastavit pro ně odpovídající preventivní programy. Jedná se o jednu z mála aktuálních studií, která se zaměřuje na adolescenty z dětských domovů se školou a výchovných ústavů, a tím poskytuje vhled do této problematiky.

14 Závěr

V práci jsme se zabývali souvislostí osobnostních charakteristik a rizikového chování u tří skupin adolescentů, kterými jsou dospívající ze základních škol a víceletých gymnázií, jedinci umístění do dětských domovů se školou a výchovných ústavů a poslední skupinou jsou klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. V teoretické části jsme se věnovali pojmovému vymezení zjišťovaných osobnostních rysů a depresivity a také vymezení adolescence a jejích specifík či samotným zařízením pro výkon ústavní a ochranné výchovy, jejich definování a vysvětlení odlišností v jednotlivých zařízeních.

Definovali jsme několik cílů práce a k nim stanovili ukázkové hypotézy. Cílů jsme si stanovili celkem 5, týkají se popisu osobnostních rysů a depresivity dle psychodiagnostických metod užitých ve výzkumu a srovnání všech tří skupin, které jsme do výzkumného šetření zařadili. Další z cílů se zaměřují na popis výskytu rizikového chování v jednotlivých skupinách a porovnání těchto skupin. Na tyto cíle jsme se snažili v práci i celém výzkumu nalézt odpovědi.

Jako první jsme se zaměřili na popis osobnostních rysů a depresivity u jednotlivých skupin. Popis jsme strukturovali dle jednotlivých metod. Jako první jsme se věnovali „Škále depresivity Dolejše, Skopala a Suché“, kde skupina ze základních škol a víceletých gymnázií (36,86 bodů) dosahovala podobných skóre jako normový soubor na základě příručky k dané metodě, v níž autoři uvádějí, že soubor dospívajících ve věku 11 až 15 let ze základních škol dosahuje průměrně 38,29 bodů, u gymnazistů ve víceletých gymnáziích je tento průměr 35,15 bodů (Dolejš et al., 2018). V průměru se tak u obou těchto skupin jedná v průměru o 36,72 bodů. Adolescenti z dětských domovů se školou a výchovných ústavů dosahují ve skóre depresivity vyšších skóre (44,29 bodů) a jsou tak depresivnější než jedinci v populaci. Podobně je tomu i u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, ti dosahují ještě vyšších průměrných skóre než adolescenti z dětských domovů se školou a výchovných ústavů, avšak jen o 0,45 bodu, dosahují tedy 44,74 bodů. Ve škále depresivity jsme také provedli analýzy pomocí analýzy rozptylu a t-testů. Na základě těchto analýz jsme zjistili statisticky významné rozdíly mezi adolescenty z dětských domovů se školou, výchovných ústavů a normovým souborem a také mezi klienty nízkoprahových zařízení a danou normu. Při porovnání pohlaví jsme zjistili, že dívky jsou ve všech skupinách depresivnější než chlapci. Z dívek jsou nejvíce depresivní ty z dětských domovů se školou a výchovných ústavů, pokud bychom se zaměřili i na věk,

jedná se o 13leté dívky z DDŠ a VÚ. Mezi chlapci jsou nejvíce depresivní chlapci z DDŠ a VÚ ve věku 13 let.

V případě další metody, kterou je „Škála osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek“, se zaměříme na všechny čtyři osobnostní rysy (negativní myšlení, impulzivitu, vyhledávání vzrušení a přecitlivělost), které škála obsahuje. Při srovnání průměrů u jednotlivých škál i skupin zjišťujeme, že nejnižších skóre dosahují jedinci ze základních škol a víceletých gymnázií (ZŠ a G). Jedinou výjimkou je škála vyhledávání vzrušení, ve které dosahují nižších skóre klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (NZDM, 15,28 bodů). Ti naopak dosahují nejvyšších skóre ve škále přecitlivělost (12,18 bodů). Ve škálách negativní myšlení (16,22 bodů), impulzivita (14,08 bodů) a vyhledávání vzrušení (16,23 bodů) dosahují nejvyšších hodnot adolescenti z dětských domovů se školou a výchovných ústavů (DDŠ a VÚ). U negativního myšlení a impulzivity byly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi skupinami, kdy adolescenti z DDŠ a VÚ a dospívající z NZDM se statisticky významně liší od normového souboru. Byly provedeny také analýzy srovnávající pohlaví v jednotlivých osobnostních rysech. Na základě těchto srovnání uvádíme pro každý osobnostní rys skupinu, která dosahuje nejvyšších hodnot. V rámci negativního myšlení se jako nejrizikovější z pohledu dané charakteristiky jeví dívky z NZDM (16,48 bodů) a velmi těsně jsou za nimi dívky (16,27 bodů) i chlapci (16,20 bodů) z DDŠ a VÚ. Ve faktoru impulzivita dosahují nejvyšších hodnot chlapci (14,11 bodů) z DDŠ a VÚ, kdy dívky (14,00 bodů) ze stejného zařízení jsou velmi těsně za chlapci stejně jako dívky (14,00 bodů) z NZDM. Škála vyhledávání vzrušení je obecně vyšší u chlapců a nejvyššího bodového ohodnocení dosahují chlapci (16,52 bodů) z DDŠ a VÚ a v rámci posledního faktoru přecitlivělosti skórovaly nejvýše dívky (13,35 bodů) z DDŠ a VÚ.

Poslední z dotazníků, „Výskyt rizikového chování u adolescentů“, se věnuje právě rizikovému chování z pohledů tří subškál, kterými jsou abúzus, delikvence a šikana z pohledu oběti. V celkovém skóre dosahuje průměru 2,41 bodů norma, 4,81 bodů klienti NZDM a 9,93 bodů adolescenti umístění v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Jedinou oblastí, kde klienti NZDM převyšují adolescenty z DDŠ a VÚ, je šikana (oběť), kde tito jedinci vykazují o 0,08 bodu vyšší průměrné hodnoty. Adolescenti umístění do dětských domovů se školou a výchovných ústavů vykazují nejvyšší skóre v delikvenci (M = 4,44) a velmi blízko je i průměrný skór v subškále abúzu (M = 4,31). Další srovnání probíhá na položkové úrovni v prevalenci jednotlivých typů chování, kdy mezi normovou skupinou z naší výzkumné studie a adolescenty z DDŠ a VÚ nacházíme

nejvyšší rozdíl v položce kouření cigaret během posledních 30 dní, rozdíl činí 80,54 %. Zásadní rozdíl nacházíme také v oblasti užívání marihuany a jejích derivátů, kouření 5 a více cigaret za den, celoživotní prevalenci pohlavního styku a problémů s policií. Při srovnání klientů NZDM se zbylými dvěma skupinami zjišťujeme, že adolescenti z NZDM pili alkohol v posledních 30 dnech méně než obě zbylé skupiny adolescentů. V celoživotní prevalenci však častěji užili marihuanu oproti běžné skupině, ale méně často než skupina mladistvých z DDŠ a VÚ. Ve zbylých otázkách týkajících se užívání návykových látek dosahují vždy vyšších skóre jedinci z DDŠ a VÚ a nižších skóre skupina adolescentů ze ZŠ a G. Podobně je tomu i v položkách subškály delikvence. Jistou výjimku tvoří poslední subškála šikana (oběť), ve které dosahují adolescenti z NZDM ve třech položkách ze čtyř, které do této škály spadají, vyšších hodnot nejen oproti běžné populaci ze ZŠ a G, ale také oproti adolescentům z DDŠ a VÚ. Tito adolescenti byli výrazně častěji terčem hrubých urážek od spolužáků, spolužáci jim také častěji ubližovali v posledních 30 dnech nebo se stávají ve vyšší míře obětí zesměšňování a urážek na internetu.

Závěrem našeho výzkumu jsme se zabývali korelačními studii jednotlivých psychodiagnostických metod a jejich faktorů či škál u každé skupiny zvlášť. Nejvíce souvislostí nacházíme u normového souboru, což je dáno i velikostí vzorku. Všechny korelace jsou významné na hladině 0,001. U normové skupiny jsme našli korelaci škály depresivity a faktoru negativní myšlení ze škály SURPS. Další významná souvislost je nalezena mezi celkovým skórem dotazníku VRCHA a jednotlivými faktory této metody. Prokázala se také souvislost faktorů metody SURPS, a to negativního myšlení, impulzivity a vyhledávání vzrušení spolu s celkovým skórem dotazníku VRCHA, ale i všemi jeho faktory. U skupiny adolescentů z DDŠ a VÚ bylo nalezeno již značně nižší množství korelací. Stejně jako u normového souboru, i zde nacházíme souvislost mezi celkovým skórem metody VRCHA a jednotlivými faktory. Další vztah nacházíme mezi faktorem šikana z dotazníku VRCHA a celkovým skóre dotazníku depresivity. Nacházíme souvislost také mezi celkovým skóre dotazníku depresivity a faktory negativní myšlení a impulzivity z dotazníku SURPS. U poslední skupiny adolescentů z NZDM je již nalezených vztahů minimum. I zde se prokázala souvislost celkového skóre dotazníku VRCHA a jeho faktorů. Dalším zjištěným vztahem je ten mezi dotazníkem depresivity a faktorem impulzivity z dotazníku SURPS.

Ve fázi závěrů jsme popsali jednotlivé skupiny adolescentů i výsledky v jednotlivých metodách. U psychodiagnostických metod jsme se zaměřili také na jejich vzájemné souvislosti. Prezentovali jsme rovněž rizikové chování u těchto adolescentů a

rozdíly u jednotlivých skupin. Celkové zhodnocení naznačuje vyšší rizikovost u adolescentů z DDŠ a VÚ a také zvýšení některých osobnostních charakteristik u této skupiny. Naopak nejméně riziková se jeví skupina ZŠ a G.

Souhrn

První kapitola této práce je zaměřena na období dospívání. Věnujeme se vymezení daného pojmu i samotného období, které Vágnerová (1997) popisuje jako jedno z nejdynamičtějších období vůbec, které se podílí na celkové proměně jedince i jeho života. Na základě tohoto popisu se věnujeme dalším subtématům rozvoje adolescenta a dostáváme se tak k tématům, jako je biologický, kognitivní, emoční a sociální vývoj dospívajícího jedince, přičemž žádný z těchto aspektů není možné vynechat a je potřeba, aby se adolescent rozvíjel ve všech těchto oblastech.

Druhá kapitola plynule navazuje na téma období dospívání a jeho vývoje, kdy jednou z oblastí, která není v první kapitole popsána, je právě osobnost adolescenta. „*Vývoj osobnosti znamená komplexní a celoživotní přeměnu člověka z biologického v jedinečné lidské bytí*“ (Cakirpaloglu, 2012, 52). Ve druhé kapitole se zaměřujeme jednak na celkový popis osobnosti, ale také na ovlivnění osobnosti rodinou, školním a sociálním prostředím. Rozlišujeme rizikové a protektivní faktory, přičemž mezi ty rizikové patří například impulzivita, úzkostnost, deprese, depresivita, vyhledávání vzrušení, obtíže v sociálních dovednostech, agresivita, hostilita, nízké sebevědomí a sebehodnocení aj. (NIDA, 2003; Martanová et al., 2007; Dolejš et al., 2014; Miovský, et al., 2015). Pokračujeme ve vymezení depresivity a osobnostních rysů, které jsme pro práci zvolili na základě vybraných metod výzkumu. Věnujeme se tak již zmíněné depresivitě a z osobnostních rysů negativnímu myšlení, impulzivitě, vyhledávání vzrušení a přecitlivělosti, u všech se nejprve zaměřujeme na samotné vymezení a následně uvádíme i výzkumná šetření, která využívala stejné diagnostické portfolio (např. Štěpo, 1998; Lester, 2015; Dolejš & Skopal, 2016; Miovský, et al., 2013; Viany, 2017).

Třetí kapitola je věnována rizikovému chování u adolescentů. Rizikové chování lze popsat jako aktivity, které se přímo či nepřímo podílejí na psychosociálním či zdravotním poškození jedince, jiných osob, majetku, ale také prostředí (Macek, 2003). „*Kriminální chování je mezi mládeží rozšířené do té míry, že prakticky každý mladý člověk se již alespoň jednou deliktu dopustil*“ (Matoušek & Matoušková, 2011, 142). Existuje také mnoho členění rizikového chování, jedno z nich uvádí Širůčková (2010, in Miovský et al., 2015). My se však v rámci práce držíme dělení Dolejše (2010a), který rozděluje rizikové chování do 7 kategorií. Jsou jimi: užívání a zneužívání legálních a nelegálních látek; kriminalita; šikana, hostilita a agresivní chování; problémové sexuální aktivity; školní problémy a přestupky; extremistické, hazardní a sektářské aktivity; ostatní formy

rizikového chování. U každé z kategorií se zaměřujeme jednak na její popis a vymezení, které aktivity pod tuto kategorii spadají, ale také na výzkumy, které byly v předložené oblasti realizovány.

Čtvrtá kapitola se zaměřuje na ústavní a ochrannou výchovu a definuje také nízkoprahová zařízení pro děti a mládež. Primární pojmy, kterými se zabýváme, jsou ústavní a ochranná výchova. U nařízené ústavní výchovy jsou příčiny převážně výchovné a sociální, což znamená, že se adolescent dopustil protiprávního jednání, začíná být závislý na návykových látkách, utíká z domova a potuluje se, nerespektuje rodiče či zákonné zástupce apod. Uložení ochranné výchovy je provedeno v případě, že se mladistvý dopustí protiprávního jednání, za které je udělován výjimečný trest, nebo za předpokladu, že bude mít větší nebo lepší účinky než odnětí svobody (Hoferková, 2009). V rámci českého právního systému vykonávají ústavní a ochrannou výchovu diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou, výchovné ústavy a do této kategorie spadají i střediska výchovné péče. Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež spadají do služeb sociální prevence a jejich úkolem je snažit se zabránit sociálnímu vyloučení a vzniku a šíření nežádoucích společenských jevů (Baštecká, 2009). Jedná se o jedinou sociální službu určenou přímo dospívajícím (Zemanová & Dolejš, 2015).

Poslední teoreticky zaměřená kapitola se věnuje výzkumům v oblasti ústavní a ochranné výchovy, případně jedincům, kteří jsou rizikováni či delikventní a bylo možné u nich toto riziko prokázat. V kapitole je uvedeno několik českých, ale i zahraničních výzkumů, které pracují s delikventními jedinci a srovnávají je s populací.

Ve výzkumné části práce se zabýváme aplikací psychodiagnostických metod u tří výběrových souborů dle typu zařízení, kde byla data sbírána. Do výzkumného projektu bylo zapojeno 2 744 českých adolescentů ve věku 11 až 19 let. První a nejpočetnější skupinu, označovanou jako „ZŠ a G“, tvoří adolescenti docházející na druhý stupeň základních škol a 8 a 6letá gymnázia. Tuto skupinu tvořilo 2 437 adolescentů, přičemž chlapců bylo zapojeno 1 172 (48,09 %) a jejich průměrný věk činil 13,36 let ($SD = \pm 1,21$). Dívek v této skupině bylo 1 265, tvořily tedy 51,01 % a jejich průměrný věk byl 13,26 let s $SD = \pm 1,25$ let. Skupinu ZŠ a G nazýváme v textu také jako normovou. Druhou skupinu tvořili dívky a chlapci pobývajících v dětských domovech se školou nebo ve výchovných ústavech (DDŠ a VÚ) a jejich zastoupení ve výzkumu činilo 246. Ve skupině bylo 189 chlapců (76,83 %) a 57 dívek (24,17 %). Tato skupina byla o více než rok starší, chlapci měli průměrný věk 14,51 let ($SD = \pm 1,45$) a dívky byly ještě o něco starší a dosahovaly průměrného věku 14,74 let ($SD = \pm 1,36$). Poslední skupinou byli klienti nízkoprahových

center pro děti a mládež (NZDM). Do výzkumu se zapojilo 61 adolescentů, z toho 33 chlapců a 28 dívek. Průměrný věk této skupiny byl 12,98 let, přičemž starší byli chlapci (13,06 let, SD = ±1,75) než dívky (12,89 let, SD = ±1,69). Počty respondentů u výsledků jednotlivých psychodiagnostických metod se mohou lišit, důvodem je nevyplnění celého dotazníků či některých jeho částí nebo položek. V analýzách pracujeme s jedinci ve věku 11 až 16 let, a to z důvodu nízké frekvence výskytu 17, 18 a 19letých.

Pracujeme pomocí tří psychodiagnostických metod. Jsou jimi „Škála depresivity Dolejše, Skopala a Suché“ (SDDSS), „Škála osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek“ (SURPS) a „Výskyt rizikového chování u adolescentů“ (VRCHA). Ve všech těchto metodách jsme porovnávali všechny tři skupiny. V rámci analýzy dotazníku SDDSS bylo zahrnuto celkem 2 406 žáků a studentů ze ZŠ a G, z toho 1 152 chlapců (47,88 %) a 1 254 dívek (52,12 %). Tito adolescenti získali v průměru 36,86 bodů. Druhá nejpočetnější skupina je tvořena adolescenty z DDŠ a VÚ. Do této skupiny spadá 210 jedinců, z toho je 46 dívek (21,90 %). Tito jedinci získali průměrně 44,29 bodů ve škále depresivity, což je cca o necelých 8 hrubých bodů více oproti skupině dospívajících ze základních škol a gymnázií. Podobného průměrného skóru jako dospívající z DDŠ a VÚ dosáhli také jedinci z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (M = 44,74). Adolescentů ve skupině NZDM bylo pouze 57 a z toho 25 dívek (43,86 %). Na základě provedení analýzy rozptylu a post hoc testů zjišťujeme, že se odlišuje skupina adolescentů z DDŠ a VÚ oproti normě a také skupina adolescentů z NZDM oproti normovému souboru. Avšak nijak se neliší soubor adolescentů z DDŠ a VÚ od souboru adolescentů z NZDM. V rámci metody SDDSS nacházíme také odlišnosti v rámci pohlaví, kdy dívky vykazují vyšší skóry v dotazníku depresivity.

Ve škále SURPS bylo možné vyhodnotit data od 2 353 respondentů ze skupiny ZŠ a G, 217 dotazníků od adolescentů umístěných do DDŠ a VÚ a 57 dotazníků od klientů NZDM. Zjišťujeme, že statisticky významně se liší adolescenti z DDŠ, VÚ a adolescenti z NZDM oproti dospívajícím ze ZŠ a G ve faktorech negativní myšlení a impulzivita. Ve zbylých dvou faktorech (vyhledávání vzrušení, přecitlivělost) nebyla prokázána statistická významnost. V rámci faktorů nacházíme rozdíly mezi pohlavími, jako například ve faktoru přecitlivělost, kde dívky dosahují vyšších hodnot oproti chlapcům. Dále například ve faktoru vyhledávání vzrušení, kde naopak chlapci dosahují vyšších skóre oproti dívkám.

Poslední metodou, kterou se zabýváme, je dotazník VRCHA. Do analýzy dotazníku bylo zahrnuto 2 406 adolescentů ze ZŠ a G, 216 dospívajících z DDŠ a VÚ a 58 klientů z NZDM. Při srovnání průměrů celkového skóru metody je zřejmé, že všechny průměry se

značně liší. Průměr celkového skóru dotazníku VRCHA je 2,41 u normy, 4,81 u klientů NZDM a 9,93 u adolescentů z DDŠ a VÚ. V rámci této metody provádíme také položkovou analýzu a zaměřujeme se tak na prevalenční hodnoty. V normové skupině ZŠ a G adolescenti nejčastěji falšují podpis rodičů (33,75 %), mají zkušenost s užitím alkoholu v posledních 30 dnech (31,21 %) nebo někdy něco někomu ukradli (27,47). U klientů NZDM jsou těmito třemi nejčastějšími aktivitami falšování podpisu rodičů (44,83 %), kouření cigaret v posledních 30 dnech (31,03 %) a tito adolescenti jsou také vystavováni hrubým a vulgárním urážkám od spolužáků (41,38 %). Poslední skupina adolescentů umístěných do DDŠ a VÚ uvádí nejčastěji kouření v posledních 30 dnech (88,89 %), celoživotní prevalenci kouření marihuany (81,02 %) a problémy s policií (79,63 %).

V rámci výzkumu byla provedena také korelační analýza jednotlivých metod i jejich faktorů u každé výzkumné skupiny zvlášť. U skupiny ZŠ a G bylo zjištěno nejvíce statisticky významných souvislostí na hladině významnosti 0,001. Nejsilnější korelace byly nalezeny mezi celkovým skóre metody VRCHA a jejích škál abúzu a delikvence. Tato korelace byla nalezena i u zbylých dvou soborů (DDŠ a VÚ, NZDM).

Výsledky nám poskytují přehled v oblasti osobnostních charakteristik a rizikového chování u tří sledovaných skupin, které se od sebe vzájemně liší svou funkcí i účelem nabízených služeb. Na základě námi dosažených výsledků je možné vytvořit nové preventivní programy či zaměřit stávající programy na oblast institucionální výchovy a péče. Získaná data budou sloužit i jako podklad pro normy k psychodiagnostickým nástrojům, jako například Škála depresivity Dolejše, Skopala a Suché (Dolejš, et al., 2018). Data, která studie přinesla, jsou velmi rozsáhlá a umožňují mnoho analýz, které přináší zajímavé informace a podhalují některé psychologické fenomény u adolescentů (Dolejš & Orel, 2017).

Poznámkový aparát

1 V dané době Československá

2 Volný překlad autorky práce

3 Neboli R-rated filmy. Jedná se o filmy hodnocené Americkou filmovou asociací. Hodnocení R znamená, že je film přístupný od 17 let pouze v doprovodu dospělé osoby. Ve filmu se může objevit hrubý jazyk, dále také násilné scény, nahota spojená se sexualitou, či scény obsahující užívání návykových látek (Wikipedia, 2018).

4 Vlastní překlad autorky práce

5 Poslední sběr dat studie HBSC byl realizován v období březen až červen 2018, výsledky však v době dokončení této práce nebyly k dispozici.

6 Poškození dobrého jména cestou nepravdivých informací.

7 Třetí škálou je abúzus návykových látek.

8 V rámci České republiky bychom mohli definovat tato zařízení jako Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež.

9 Vavrysová (2014) ve své práci pracuje pomocí z-skórů.

Seznam zdrojů a použité literatury

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372. Doi: 10.1037/0033-295X.96.2.358.
- Ali, A., Carré, A., Hassler, c., Spilka, S., Vanier, A., Barry, C., & Berthoz, S. (2016). Risk factors for substances use and misuse among young people in France: What can we learn from the Substance Use Risk Profile Scale? *Drug and Alcohol Dependence*, 163, 84 – 91.
- Allan, N. P., Capron, D. W., Lejuez, C. W., Reynolds, E. K., MacPherson, L. & Schmidt, N. B. (2013). Developmental Trajectories of Anxiety Symptoms in Early Adolescence: The Influence of Anxiety Sensitivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 589 – 600.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Ambrózová, A., Labáth, V., Smik, J., Štúrová, J. (2001). *Riziková mládež – Možnosti potenciálních zmien*. Praha: Slon.
- American Psychological Association (nedat.). *Depression*. Získáno 28. srpna 2017 z American Psychological Association website: <http://www.apa.org/topics/depression/>.
- Andrys, O. (2017). Shrnutí hlavních zjištění ke kvalitě institucionální výchovy. *Školní poradenství v praxi*, 4 (4), 8 – 10.
- Angold, A., Erkanli, A., Silberg, J., Eaves, L., & Costello, E. J. (2002). Depression scale scores in 8-17-year olds: Effects of age and gender. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(8), 1052-1063.
- APA (2018). APA Dictionary of Psychology. Získáno dne 23. června 2018 z <https://dictionary.apa.org/novelty-seeking>.
- Arain, M., Haque, M., Johal, L., Mathur, P., Nel, W., Rais, A., Sandhu, R., & Sharma S. (2013). Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 449–461.

Araya, R., Montero-Marin, J., Barroilhet, S., Fritsch, R. & Montgomery, A.(2013). Detecting depression among adolescents in Santiago, Chile: sex differences. *BMC Psychiatry*, 13:122. doi: 10.1186/1471-244X-13-122.

Arnett, J. J. (2000). Emerging Adulthood. A Theory of Development From the Late Teens Through the Twenties. *American Psychological Association* 55 (5), 469-480 DOI: 10.1037//0003-066X.55.5.469

Arterburn, S., & Burns, J. (2001). *Drogy klepou na dveře. Výchova, prevence, léčba*. Brno: Nová naděje.

Baines, L., Jones, A., & Christiansen, P. (2017). Hopelessness and alcohol use: The mediating role of drinking motives and outcome expectancies. *Addictive Behaviors Reports* 4; 65–69.

Balcar, K. (1986). *Osobnostní dotazník pro mládež HSPQ* (II. Přepřacované vydání). Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.

Balcar, K. (1992). *Osobnostní dotazník pro mládež*. Příručka. Bratislava: Psychodiagnostika, s. r. o.

Baštecká, B. (Ed.) (2009). *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál.

Benítez Barraza, M., Sánchez Montero, E. & Serrano Ramírez, M. (2015). Indicadores clínicos de personalidad en la adolescencia. *Psicología desde el caribe* 32 (2), 235 – 253.

Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I., & Cuevas, C. (2011). Child depression in the school context. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 29, 198-207.

Bilsky, S. A., Feldner, M. T., Knapp, A. A., Babson, K. A. & Leen-Feldner, E. W. (2016). The interaction between anxiety sensitivity and cigarette smoking level in relation to sleep onset latency among adolescent cigarette smokers. *Journal of Adolescence* 51 (6) 123-132 doi:10.1016/j.adolescence.2016.06.006.

Blatný, M., Jelínek, M., & Hrdlička, M. (2016). Typologie antisociálního chování ve střední adolescenci a její vztah k užívání návykových látek. *Česká a slovenská psychiatrie*, 112(3), 107-113.

- Blatný, M., Hrdlička, M., Sobotková, V., Jelínek, M., Květon, P., & Vobořil, D. (2006). Prevalence antisociálního chování v obecné populaci českých adolescentů z městských oblastí. *Československá psychologie*, 50(4), 297-310.
- Blatný, M., Hřebíčková, M., Millová, K., Plháková, A., Říčan, P., ... & Stuchlíková, I. (2010). *Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Boduszek, D., & Dhingra, K. (2016). Construct Validity of the Beck Hopelessness Scale (BHS) Among University Students: A Multitrait–Multimethod Approach. *Psychological Assessment* 28 (10) 1325 – 1330. DOI:10.1037/pas0000245.
- Bolland, J. M. (2003). Hopelessness and risk behaviour among adolescents living in high-poverty inner-city neighbourhoods. *Journal of Adolescence* 26;145–158.
- Borges, A. M., Lejuez, C. W., & Felton, J. W. (2018). Positive alcohol use expectancies moderate the association between anxiety sensitivity and alcohol use across adolescence. *Drug and Alcohol Dependence* 187 (11) 179–184. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.02.029.
- Bouček, J. a kolektiv. (2006). *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
- Bowlby, J. (1982). *Attachement and loss*. Získáno 3. března 2018 z <https://www.abebe.org.br/files/John-Bowlby-Attachment-Second-Edition-Attachment-and-Loss-Series-Vol-1-1983.pdf>.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books. Získáno 3. března 2018 z [https://www.increase-project.eu/images/DOWNLOADS/IO2/EN/CURR_M4-A13_Bowlby_\(EN-only\)_20170920_EN_final.pdf](https://www.increase-project.eu/images/DOWNLOADS/IO2/EN/CURR_M4-A13_Bowlby_(EN-only)_20170920_EN_final.pdf).
- Bowlby, J. (2010). *Vazba. Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Bowlby, J. (2012). *Odloučení. Kritické období raného vztahu mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Brisch, K. H. (2011a). *Bezpečná vztahová väzba. Attachment v tehotenstve a prvých rokoch života*. Trenčín: Vydavateľstvo F.

- Brisch, K. H. (2011b). *Porucha vztahové vazby. Od teorie k terapii*. Praha: Portál.
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Cattell, R. B., Cattell, M. D. & Johns, E. (1984). *High School Personality Questionnaire*. Institute for Personality and Ability Testing, Incorporated.
- Carr-Gregg, M. (2012). *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Portál, s.r.o.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., & Svrakic, D. M. (1991). The Tridimensional Personality Questionnaire: US normative data. *Psychological Reports*, 69, 1047–1057.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975–990.
- Coghlan, M., & MacDonald, S. (2010). The role of substance use and psychosocial characteristics in explaining unintentional injuries. *Accident Analysis Prevention* 42(2), 476–479.
- Conrod, P. J., Comeau, M. N., Stewart, S. H. (2004a). *Learning to Deal with Sensation Seeking*. Canada: Javin Creative Inc.
- Conrod, P. J., Comeau, M. N., Stewart, S. H. (2004b). *Learning to Deal with Impulsivity*. Canada: Javin Creative Inc.
- Conrod, P. J., Comeau, M. N., Stewart, S. H. (2004c). *Learning to Deal with Anxiety Sensitivity*. Canada: Javin Creative Inc.
- Conrod, P. J., Comeau, M. N., Stewart, S. H. (2004d). *Learning to Deal with Hopelessness*. Canada: Javin Creative Inc.
- Conrod, P. J., Woicik, P (2002). Validation of a four-factor model of personality risk for substance abuse and examination of a brief instrument for assessing personality risk. *Addiction Biology*, 7, 329-346.
- Costa, P. T, Jr., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4, 5-13.

Csémy, L., Hrachovinová, T., Čáp, P. & Starostová, O. (2014). *Agresivní chování dospívajících: Prevalence a analýza vlivu faktorů z oblasti rodiny, vrstevnických vztahů a školy*. *Československá psychologie*, 58,242-253.

Cvečková, M., Ambrožová, K., Coufalová, L., Frišová, P., Hanušová, J., Kalíšková, M., & Kostner, R. (2010). *Rizikové chování dětí a mladistvých, příčiny, následky, prevence, Úraz není náhoda*. Získáno 6. března 2012 z http://www.urazneninahoda.cz/dokumenty/unn_brozura_rizikove_chovani.pdf.

Čačka, O. (2000). *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Brno: Nakladatelství Doplněk.

Čáp, J. (1996). *Rozvíjení osobnosti a způsob výchovy*. Praha: ISV-nakladatelství.

Čerešník, M. (2016). *Hraničná zóna. Rizikové správanie v dospievaní*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre.

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 dospievajúcich na Slovensku a v Českej republike. In: *PhD existence 2015: sborník příspěvků z česko-slovenské psychologické konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Čerešník, M., Dolejš, M. & Skopal, O. (2016). *Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS) Príručka pre prax*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Čerešník, M., Dolejš, M., & Skopal, O. (2017). *Škála úzkostnosti Dolejš a Skopal (SUDS) Príručka pre prax – Slovenská verzia*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Čerešník, M., & Gatiaľ, V. (2014). *Rizikové správanie a vybrané osobnostné premenné dospievajúcich v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre.

Česká asociace streetwork (2008). *Pojmosloví Nizkoprahových zařízení pro děti a mládež (NZDM)*. Získáno 4.srpna 2018 z http://archiv.streetwork.cz/images/download/Pojmoslovi_text.pdf.

Čírtková, L. (2003). *Dva pohledy na delikvenci dětí a mladistvých, Kriminalistika, časopis pro kriminalistickou teorii a praxi*. Praha: Policie ČR, Ředitelství služby kriminální policie, 36(4), s. 241 – 250.

Delhomme, P., Chaurand, N., & Paran, F. (2012). Personality predictors of speeding in young drivers: Anger vs. sensation seeking. *Transportation Research Part F* 15 654–666.

Dilmaç, B. (2017). The relationship between adolescents' levels of hopelessness and cyberbullying: The role of values. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 17 (4), 1119–1133. doi:10.12738/estp.2017.4.0610.

Dixon, L. J., Lee, A. A., Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2018). Anxiety sensitivity and sleep disturbance: Investigating associations among patients with co-occurring anxiety and substance use disorders. *Journal of Anxiety Disorders* 53 (1) 9–15. doi: 10.1016/j.janxdis.2017.10.009.

Dolejš, M. (2010a). *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Dolejš, M. (2010b). *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů. Převod „SURPS“ a tvorba populačních norem pro „SURPS“ a „HSPQ“*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Dolejš, M., Endrödiová, L., Charvát, M., Maierová, E., & Šťastná, L. (2011). (Eds.). *Preventure – Seeing Oneself – Jak se naučit zvládat touhu po vyhledávání vzrušujících zážitků*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze & TOGGA. ISBN: 978-80-87258-86-6.

Dolejš, M., Miovský, M., & Řehan, V. (2012). *Testová příručka ke škále osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek (SURPS – SUBSTANCE USE RISK PROFILE SCALE)*. Praha: Klinika adiktologie, 1: lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.

Dolejš, M., & Orel, M. (2017). *Rizikové chování u adolescentů a impulzivita jako prediktor tohoto chování*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci Získáno dne 24. dubna 2018 z <http://psych.upol.cz/wp-content/uploads/2018/02/Dolej%C5%A1-Orel.pdf>.

- Dolejš, M., & Skopal, O. (2016). *Škála impulzivity Dolejš a Skopal (SIDS). Příručka pro praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J., Cakirpaloglu, P. & Vavrysová, L. (2014). *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J. & Vavrysová, L. (2016). *Agresivita u českých adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., Suchá, J., Charvát, M., & Skopal, O. (2018). *Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS)*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Dryfoos, J. G. (1996). Adolescents at Risk: Shaping Programs to Fit the Need. *The Journal of Negro Education*, 65(1), Získáno 12. března 2012, z JSTOR database. <http://www.jstor.org/stable/2967364?seq=1>.
- Dunovský, J. (1999). *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Efendić-Spahić, T. (2013). Quality of family interactions and adolescents' personality traits. *Human: Journal for Interdisciplinary Studies* 3(1), 6-12.
- Elhai, J. D., Levine, J. C., O'Brien, K. D., & Armour, C. (2018). Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior* 84, 477-484. Doi:10.1016/j.chb.2018.03.026.
- Encyklopedický dům, kolektiv autorů (1996). *Slovník cizích slov*. Praha: Encyklopedický dům, s. r. o.
- Endrödiiová, L., Charvát, M., Maierová, E., Šťastná, L., Dolejš, M. (2012). (Eds.). *Preventure – Seeing Oneself. Jak se naučit zvládat přecitlivělost. Příručka pro lektory programu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF a VFN, TOGGA.
- Erikson, E. H. (2002). *Dětství a společnost*. Praha: Vydavatelství Argo.
- ESPAD Group (2016). *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, Publications Office of the European Union,

Luxembourg. Získáno dne 12.srpna2018 z
http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf.

Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder and Stoughton.

Etická komise ČMPS (2017). *Etický kodex psychologické profese*. Získáno dne 26.srpna 2018 z <https://cmps.ecn.cz/EK/Eticky-kodex-psychologicke-profese-12-2017.pdf>.

Evans-Polce, R. J., Schuler, M. S., Schulenberg, J. E. & Patrick, M. E. (2018). Gender- and age-varying associations of sensation seeking and substance use across young adulthood. *Addictive Behaviors* 84 (1) 271–277. DOI: 10.1016/j.addbeh.2018.05.003.

Evropská federace asociací profesionálních psychologů – EFPPA (1995). *Evropský metakodex etiky a Carta Ethica*. Získáno dne 26.srpna 2018 z <http://psych.upol.cz/wp-content/uploads/2013/08/kefpa951.pdf>.

Fegert, J., M., Schepker, R., Keller, F., Ludolph, A. G., Plener, P. L., Williamson, A. E., Volmer-Berthele, N., Weninger, L. E., Kapusta, N. D., & Hart-Kerkhoffs, L. (2009). *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents. A review of the theory and evidence base of indicated prevention*. Získáno 31. ledna 2014 z <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention> DOI 10.2810/50435.

Fischer, S. & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lennox-Giráldez' S. & Muñiz, J. (2013). Maladaptive personality traits in adolescence: Psychometric properties of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+. *International Journal of Clinical and Health Psychology* (2013) 13, 207-215.

Frick, W. B. (Eds.) (1995). *Personality. Selected readings in theory*. Illinois: F.E. Peacock Publishers, INC.

Friedenberg, E.Z. (1967). *Dospělost bez dospívání*. Praha: Mladá fronta.

Fürst, M. (1997). *Psychologie, včetně vývojové psychologie a teorie výchovy*. Olomouc: Votobia.

- Galvan, A., Hare, T., Voss, H., Glover, G. & Casey, B. J. (2007). Risk-taking and the adolescent brain: who is at risk? *Developmental science*, 10(2), F8–F14.
- Gerrard, J. (2015). Hopelessness in the analysis. *British Journal of Psychotherapy*. 31(3), 348-359. Doi: 10.1111/bjg.12163
- Hall, C. S., & Lindzey, G. (1999). *Psychologie osobnosti*. Bratislava: Media Trade, spol. s. r. o.
- Hamdan-Mansour, A. M., Mahmoud, K. F., Al Shibi, A. N., & Arabiat, D. H. (2018). Impulsivity and Sensation-Seeking Personality Traits as Predictors of Substance Use Among University Students. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 56(1), 57-63.
- Harden, K. P., Mann, F. D., Steinberg, L., Tackett, J. L., & Tucker-Drop, E. M. (2018). Developmental Differences in Reward Sensitivity and Sensation Seeking in Adolescence: Testing Sex-Specific Associations With Gonadal Hormones and Pubertal Development. *Journal of Personality and Social Psychology* 115 (1), 161 – 178.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, s. r. o.
- Hartup, W.W. & Stevens, N. (1999). Friendships and adaptation across the life span. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 76–79. Získáno 22.března 2018 z <https://www.ffri.hr/~ibrdar/komunikacija/seminari/Hartup,%201999%20-%20Friendships%20and%20adaptation%20across%20life%20span.pdf>.
- Heaven, P. C. L., Ciarrochi, J., Leeson, P. & Barkus. E. (2013). Agreeableness, conscientiousness, and psychoticism: Distinctive influences of three personality dimensions in adolescence. *British Journal of Psychology*, 104, 481–494. DOI:10.1111/bjop.12002.
- Heidbrink, H.; (1997). *Psychologie morálního vývoje*. Praha: Portál, s. r. o.
- Hodovský, I. & Dopita, M. (eds.) (2002). *Etika a sociální deviace*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc.
- Hoferková, S. (2009). *Trestní odpovědnost mládeže, ústavní a ochranná výchova*, Projekt FRVŠ č. 648/2009/G5, získáno 29. března 2012 z http://ulohy-nrp.webz.cz/Ochranna_a_ustavni_vychova_text.pdf.

- Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál 3. Vydání.
- Hřebíčková, M. (2004). *NEO osobnostní inventář (podle NEO-PI-R P. T. Costy a R. R. McCrae)*. Praha: Testcentrum.
- Hřebíčková, M. (2011). *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti: Přístupy, diagnostika, uplatnění*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Hřebíčková, M. & Urbánek, T. (2001) *NEO pětifaktorový osobnostní inventář (podle NEO Five-Factor Inventory P. T. Costy a R. R. McCrae)*. Praha: Testcentrum.
- Hudson, A., Wekerle, Ch., & Stewart, S. H. (2014). Associations between personality and drinking motives in adolescents involved in the child welfare system. *Personality and Individual Differences* 81; 84–89.
- Hughes, D. A. (2017). *Budování citového pouta: Jak probouzet lásku v hluboce traumatizovaných dětech*. Praha: Institut fyziologické socializace.
- Hulmáková, J. (2013). *Trestání delikventní mládeže*. Praha: C. H. Beck.
- Charles, N. E., Mathias, Ch. W., Acheson, A., & Dougherty, D. M. (2017). Preadolescent sensation seeking and early adolescent stress relate to at-risk adolescents' substance use by age 15. *Addictive Behaviors* 69 (1) 1–7. doi: 10.1016/j.addbeh.2017.01.005.
- Charles, N. E., Ryan, S.R., Bray, B. C., Mathias, Ch. M., Acheson, A. & Dougherty, D. M. (2016). Altered developmental trajectories for impulsivity and sensation seeking among adolescent substance users. *Addictive Behaviors* 60(1) 235–241.
- Charvát, M., Maierová, E., Šťastná, L., Dolejš, M., & Endrödiiová, L. (2011). (Eds.). *Preventure – Seeing Oneself – Jak se naučit zvládat negativní myšlení*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze & TOGGA. ISBN: 978-80-87258-84-2.
- Charvát, M., Maierová, E., Šťastná, L., Endrödiiová, L., Dolejš, M. (2012). (Eds.). *Preventure – Seeing Oneself. Jak se naučit zvládat impulzivitu. Příručka pro lektory programu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF a VFN, TOGGA.

- Charvát, M., Vavrysová, L., & Dolejš, M. (2017). *Validation of substance use risk profile scale via comparative study of high-risk adolescents in juvenile corrective institutions in Czechia*. EUSPR, Austria.
- Islamova, Z. B. (2010). Adolescent's Self-Assertion in the Process of Upbringing and Instruction. *Russian Education and Society*, 52(8), 70 – 77.
- Janssen, T., Cox, M. J., Stoolmiller, M., & Barnett, N. P. (2018). The Role of Sensation Seeking and R-rated Movie Watching in Early Substance Use Initiation. *Journal of Youth Adolescence* 47 (2), 991–1006. doi: 10.1007/s10964-017-0742-0.
- Jensen, M., Chassin, L., & Gonzales, N. A. (2017). Neighborhood Moderation of Sensation Seeking Effects on Adolescent Substance Use Initiation. *Journal of Youth Adolescence* 46(1), 1953–1967. DOI 10.1007/s10964-017-0647-y.
- Jessor, R., Turbin, M. S., & Costa, F. M. (1998). Protective Factors in Adolescent Health Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(75), 788 – 800. doi: 0022-3514/98/S3.00.
- Kabíček, P., Csémy, L., Hamanová, J., et al. (2014). *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton.
- Kashani J. H., Rosenberg, T. K., & Reid, J.C. (1989) *Developmental perspectives in child and adolescent depressive symptoms in a community sample*. *American Journal of Psychiatry*. 146: 871–875. doi:10.1037/0022-006X.57.4.496.
- Kearns, N. T., Villarreal, D., Cloutier, R. M., Baxley, C., Carey, C., & Blumenthal, H. (2018). Perceived control of anxiety as a moderator in the relationship between anxiety sensitivity and problematic alcohol use among adolescents. *Journal of Adolescence* 63 (8) 41–50.
- Kern, H., Mehlová, Ch., Nolz, H., Peter, M. & Winterspergerová, R. (1999). *Přehled psychologie*. Praha: Portál, s. r. o.
- Kirchner, J. (2012). *Tendence k vyhledávání mimořádných prožitků*. *Československá psychologie* 56 (1) 73 – 84.

- Klíma, P. (2004). Pedagogika mimo zdi institucí. In R. Jedlička, P. Klíma, J. Kořa, J. Němec, & J. Pilař (Eds.). *Děti a mládež v obtížných životních situacích*, 355–401. Praha: Themis.
- Klimpl, P. (2009). Krizové intervence: ohlédnutí po dvaceti letech. *Psychiatrie pro praxi* 10 (5), 234 – 238.
- Klinar, P., Burnik. S., & Kajtan, T. (2017). Personality and sensation seeking in high-risk sports. *Acta Gymnica*, 47 (1), 41–48; doi: 10.5507/ag.2017.005.
- Kohoutek, R. (1986). *Osobnost a její utváření*. Brno: Pedagogicko – psychologická poradna města Brna.
- Kolář, M. (2001). *Bolest šikanování. Cesta k zastavení epidemie šikanování ve školách*. Praha: Portál, s.r.o.
- Koudelková, A. (1995). *Psychologické otázky delikvence*. Praha: Victoria Publishing, a. s.
- Kovacs, M., Freinberg, T. L., Crouse-Novak, M. A., Paulauskas, S. L., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood. I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41(3), 229-237. DOI: 10.1001/archpsyc.1984.01790140019002.
- Křivohlavý, J. (2012). *Optimismu, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Křivohlavý, J. (2013). *Jak zvládat depresi 3., aktualizované a rozšířené vydání*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Kurelová M., Sekera, O., & Kubíčková, H. (2008). *Komunitní systém v resocializačních zařízeních pro adolescenty II. Proces reedukace a resocializace očima dětí a analýza profesních činností vychovatelů a učitelů ve výchovných ústavech*. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity Ostrava.
- Kyriacou, Ch. (2005). *Řešení výchovných problémů ve škole: Jak řešit osobní obtíže žáků*. Praha: Portál, s.r.o.
- Lachar, D. (1990). Objective assessment of child and adolescent personality: The personality inventory for children (PIC). In: Reynolds, C. R., Kamphaus, R. W., *Handbook*

of psychological & educational assessment of children personality, behavior, & context. (325–339). New York: The Guilford Press.

Landkamr, F. (2016). *Depresivita ve střední adolescenci.* (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita Brno.

Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie.* Praha: Vydavatelství Grada Publishing, a.s.

Langmeier, J. & Matějček, Z. (1968). *Psychická deprivace v dětství.* Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

Langmeier, J., Matějček, Z., (2011). *Psychická deprivace v dětství.* 3. vydání. Praha: Karolinum.

Laštůvková, K. (2015). *Vztah mezi Locus of Control, rizikovým chováním a vybranými osobnostními charakteristikami žáků 8. a 9. tříd v Moravskoslezském kraji.* (Nepublikovaná diplomová práce) Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Lečbých, M. & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály experiences in close relationships (ECR). Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *E-psychologie.* 6(3) 1-11.

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.

Leppink, E. W., Redden, S. A., & Grant, J. E. (2016). Impulsivity and Gambling: A Complex Clinical Association Across Three Measures. *The American Journal on Addictions,* 25: 138–144 DOI: 10.1111/ajad.12341.

Lester, D. (2015). Hopelessness in adolescents. *Journal of Affective Disorders* 173(8) 221–225. doi:10.1016/j.jad.2014.10.048.

Linhartová, P., & Kašpárek, T. (2017). *Současné modely, testy a metodologické aspekty měření impulzivity v psychologii a psychiatrii.* *Československá psychologie* 2017; 61 (1), 29 – 42.

- Linhartová, P., Širůček, J., Barteček, R., Theiner, P., Jeřábková, B., Rudišínová, D., Kašpárek, T. (2017). *České verze sebezpozovacích modelů impulzivity Barrattovy škály a škály UPPS-P a jejich psychometrické charakteristiky*. Česká a Slovenská Psychiatrie 2017; 113(4): 149–157.
- Löffler, C., Wagner, B. & Wolfersdofr, M. (2014). *Muži nepláčou? : Deprese u mužů – jak ji rozpoznat a léčit*. Praha: Portál, s.r.o.
- Loree, A. M., Lundahl, L., H., & Ledgerwood, D. M. (2015). Impulsivity as a predictor of treatment outcome in substance use disorders: Review and synthesis. *Drug and Alcohol Review*. 34, 119 – 134 DOI: 10.1111/dar.12132.
- Lynch, A., Glod, C. A., & Fitzgerald, F. (2001). Psychopharmacologic treatment of adolescent depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(1), 41-47. DOI: 10.1053/apnu.2001.20580.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál, s.r.o.
- Macek, P. (2014). *Adolescence*. 2. vydání Praha: Portál, s.r.o.
- Madarasová Gecková, A., Dankulincová, Z., Sigmundová, D. & Kalman, M. (2016). *Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě výzkumu studie Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) realizované v roce 2014*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Maierová, E., Charvát, M., Miovský, M., Šťastná, L. (2015). Preventure: Adaptation and Pilot Implementation of Targeted Brief Intervention in the Czech Setting- Process Evaluation Study [Evaluace procesu české adaptace programu cílené krátké intervence PreVenture a jeho pilotní implementace pro žáky základních škol]. *Adiktologie*, 15(1), 12-32.
- Maierová, E., Šťastná, L., Dolejš, M., Endrödiová, L., & Charvát, M. (2011). (Eds.). *Preventure – Seeing Oneself – Jak se naučit zvládat přecitlivělost*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze & TOGGA. ISBN: 978-80-87258-85-9.
- Maierová, E., Šťastná, L., Charvát, M., & Dolejš, M. (2012). Preventure metoda indikované primární prevence užívání návykových látek a jiného rizikového chování. In

- Širůčková, M., Miovský, M., Skácelová, L., Gabrhelík, R. et al. *Příklady dobré praxe programů školské prevence rizikového chování*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga. 103–114.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In Brazelton, T. B. & Yogman, M. W. (Eds). *Affective development in infancy*. 95 - 124. Westport, CT, US: Ablex Publishing.
- Malá, E. (2008). Deprese in Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál 3. Vydání.
- Mallett, C. H., Stoddard-Dare, P. & Workman-Crewnshaw, L. (2011). Special Education Disabilities and Juvenile Delinquency: A Unique Challenge for School Social Work. *School Social Work Journal*, 36(1), 26 – 40.
- Malmberg, M., Overbeek, G., Monshouwer, K., Lammers, J., Vollebergh, W. A. M. & Engels, R.C.M.E. (2009). Substance use risk profiles and associations with early substance use in adolescence. *Journal of Behavioral Medicine* 33, 474 – 485.
- Martanová, V., Skácelová, L., Slavíková, I., Braun, R., Valentová, K., Heider, D. et al. (2007). *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK a VFN v Praze.
- Masten, A.S. & Coatsworth, J.D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205–220. Získáno z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9491748>.
- Matějček, Z. (1986). *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum.
- Matoušek, O., & Matoušková, A. (2011). *Mládež a delikvence* (3. vyd.). Praha: Portál s. r. o.
- McGee, R., Williams, S., & Nada-Raja, S. (2001). Low Self-Esteem and Hopelessness in Childhood and Suicidal Ideation in Early Adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 29 (4), 281 – 291.
- McNicol, M. L., & Thorsteinsson, E. B. (2017). Internet Addiction, Psychological Distress, and Coping Responses Among Adolescents and Adults. *CyberPsychology, Behavior & Social Networking*. 20(5), 296 – 304.

Melecká, V. (2016). *Osobnostní rysy a rizikové chování u studentů vybraného gymnázia a jejich vzájemné souvislosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Miech, R., Essex, M. J. & Goldsmith, H. H. (2001). Socioeconomic Status and the Adjustment to School: The Role of Self-Regulation During Early Childhood. *Sociology of Education* 2001, 74, 102 – 120.

Mills, K. L. (2016). Possible Effects of Internet Use on Cognitive Development in Adolescence. *Media and Communication*. 4(3), 4-12 Doi:10.17645/mac.v4i3.516.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (MŠMT) (2017). *Metodické dokumenty (doporučení a pokyny)*. Získáno dne 7.7.2018 z <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny>.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) (2002). *Metodický pokyn k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví*. Získáno dne 18.srpna.2018 z <http://www.msmt.cz/file/37923>.

Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy ČR (MŠMT ČR). (2012). *Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení*. Získáno 23. března 2012 z <http://www.msmt.cz/file/20272>.

Miovský, M. (Eds.) (2015). *Prevence rizikového chování ve školství*. 2. Vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.

Miovský, M., Čablová, L. & Kalina, K. (2013). *Vliv ADHD na vybrané psychické funkce a na životní dovednosti u klientů léčících se ze závislosti v terapeutických komunitách*. 13 (2), 130 – 143.

Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., Novák, P., Barták, P.,, Veselá, M. (2015). *Prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.

Miovský, M., & Zapletalová, J. (2006) Primární prevence rizikového chování na rozcestí: specializace versus integrace. In *Primární prevence rizikového chování: specializace versus integrace*. Tišnov: SCAN.

Mravčík, V. (Eds.) (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Munsey, C. (2006). Emerging adults: The in-between age A new book makes the case for a phase of development between adolescence and adulthood. *American psychological association*. 36(6). <http://www.apa.org/monitor/jun06/emerging.aspx>.

Murray, J., & Farrington, D., P. (2010). Risk Factors for Conduct Disorder and Delinquency: Key Findings From Longitudinal Studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(10), 633 – 642. Získáno 4. září 2013 z <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=6bbe1a1f-f053-4a2c-ab45-8d258213acc%40sessionmgr4004&vid=3&hid=4105>

Murray, A. J., Obsuth, I., Eisner, M. & Ribeaud, D. (2016). Shaping aggressive personality in adolescence: Exploring cross-lagged relations between aggressive thoughts, aggressive behaviour and self-control. *Personality and Individual Differences* 97 1–7.

Nakonečný, M. (1995). *Psychologie osobnosti*. Praha: Akademia, nakladatelství Akademie věd České republiky.

Nechanská, B. (2017). *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2010–2016*. Akutální informace /stavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, získáno dne 18.srpna.2018 z https://www.uzis.cz/system/files/ai_2017_06_poruchy_prijmu_potravy_2010az2016.pdf.

Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, s. r. o.

Nešpor K. (2013). *Sebeovládání*. Praha: Portál.

Nešpor, K., & Csémy, L. (2013). *Impulzivní chování a jeho léčba*. Staženo 9. června. 2018 z <http://www.drnespor.eu/>.

NIDA (2003). *Preventing drug use among children and adolescents. A researchbased guide for parents, educators, and community leaders*. (2nd ed.). Maryland, Bethesda: National Institute on Drug Abuse.

Novotný, P., Ivičičová, J., Syrůčková, I., & Vondráčková, P. (2014). *Nový občanský zákoník. Rodinné právo*. Praha: Grada Publishing, a.s.

- Orel, M., Facová, V., Heřman, M., Kaláb, M., Koranda, P., & Šimonek, J. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing, s.r.o.
- Orel, M., Obereignerů, R. & Mentel, A. (2016). Vybrané aspekty seepojetí dětí a adolescentů. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Oxford dictionary (2018). Teenager. Získáno 24.ledna 2018 z <https://www.oxforddictionaries.com/>.
- Pang, R. D., Guillot, C. R., Zvolensky, M. J., Bonn-Miller, M. O., & Leventhal, A. M. (2017). Associations of anxiety sensitivity and emotional symptoms with the subjective effects of alcohol, cigarettes, and cannabis in adolescents. *Addictive Behaviors* 73 (5) 192–198. doi: 10.1016/j.addbeh.2017.05.016.
- Peterson, D. R., Quay, H. C., & Tiffany, T. L. (1961). *Personality factors related to juvenile delinquency, Child development*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Piaget, J. (1970). *Psychologie inteligence*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Piaget, J., & Inhelderová, B. (1997). *Psychologie dítěte*. Praha: Portál, s. r. o.
- Pidrman, V. (2006). *Deprese u žen*. In Andersen, M. (Ed.) (2006). *Deprese z různých úhlů pohledu*. Praha: Galén.
- Pihet, S., Combremont, M., Suter, M., & Stephan, P. (2012). Cognitive and Emotional Deficits Associated with Minor and Serious Delinquency in High-Risk Adolescents. *Psychiatry, Psychology and Law*, 19(3), 427–438.
- Policie ČR (2018). *Statistické přehledy kriminality za rok 2018*. Získáno dne 12.srpna 2018 z <http://www.policie.cz/clanek/statisticke-prehledy-kriminality-za-rok-2018.aspx>.
- Praško, J., Buliková, B. & Sigmundová, Z., (2009). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén.
- Praško, J. a kol. (2011). *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Preiss, M., Vrána, K. & Kuchařovi, J. (2010). Depresivita a úzkost v průběhu života v návaznosti na pojetí Václava Příhody. *Československá psychiatrie*, 54(4), 357-365

- Příhoda, V. (1963). *Ontogeneze lidské psychiky, Vývoj člověka do patnácti let*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Příhoda, V. (1967). *Ontogeneze lidské psychiky II. Vývoj člověka do patnácti let*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Raboch, J., Cesková, E., Beran, J. & Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- Raboch, J., Pavlovský, P. & Janotová, D. (2006). *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Praha: Triton
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1–8. Doi:10.1016/0005-7967(86)90143-9.
- Rice, F. P., & Dolgin, K. G. (2005). *The adolescent: Development, relationships and culture* (11th ed.). Auckland, New Zealand: Pearson Education New Zealand. Získáno 18.srpna 2018 z <http://psycnet.apa.org/record/2004-19887-000>.
- Robinson, J., Hetrick, S., Cox, G., Bendall, S., Pan Yuen, H., Yung, A., & Pirkis, J. (2016). Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school students: results from a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*; 10: 28–35; doi:10.1111/eip.12137.
- Rola, J. (2007). *Depressiveness in adolescents from different environments: city and village, during their education in junior secondary school (gymnasium; a three-year school for pupils aged 13-15)*. *Archives Of Psychiatry & Psychotherapy*, 9(1/2), 27-33.
- Rubin, K.H., Bukowski, W. & Parker, J.G. (1998). Peer interactions, relationships, and groups. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5th edn, pp. 619–700). New York, Wiley.
- Říčan, P. (2007). *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál, s.r.o.
- Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti: Obor v pohybu*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Říčan, P., Krejčířová, D., Balcar, K., Dittrichová, J., Koucourková, J., Nešpor, K., ... Weiss, P. (2009). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, a.s. 4. Vydání.

- Sanchez-Roige, S., Stephens, D. N., & Duka, T. (2016). Heightened Impulsivity: Associated with Family History of Alcohol Misuse, and a Consequence of Alcohol Intake. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40 (10), 2208 – 2217.
- Seitl, M. & Charvát, M. (2018). Attachment styles: A motivational framework of personality dispositions in selection and counseling. *Človek a spoločnosť*, 21 (1), s. 12-28.
- Seitz, J., Kahraman-Lanzerath, B., Legenbauer, T., Sarrar, L., Herpertz, S., Salbach-Andrae, H., Konrad, K., Herpertz-Swahn, M. H., Ali, B., Bossarte, R. M., Van Dulmen, M., Crosby, A., Jones, A. C., & Schinka, K. C. (2012). Self-harm and suicide attempts among high-risk, urban youth in the U.S.: shared and unique risk and protective factors. *Int J Environ Res Public Health*, 2012, 9(1), 178–191.
- Skopal (2012). *Vztah osobnostních charakteristik adolescentů s různými formami rizikového chování*. (Nepublikovaná diplomová práce) Olomouc: Univerzita Palackého.
- Skopal, O., Dolejš, M., Suchá, J. (2014). *Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Skalková, J. (1996). Problémy mládeže v kontextu postmoderního pojetí. In Semrád, J. (Eds.). *Mládež a sociálně negativní jevy*. Praha: Policejní akademie České republiky.
- Slomek, Z. (2010). *Etopedie*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského.
- Slovák, D., Przewczková, P., Daňková, Š., & Zvolský, M. (2017). *Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Získáno dne 14. června 2018 z <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>.
- Smékalová, E., & Palová, K. (2016). *Sociálně-emocionální učení na českých školách a preventivní program Druhý krok*. *Adiktologie*, 16(3), 246–254.
- Smolík, J. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.
- Smolík, J. (2010). *Subkultury mládeže uvedení do problematiky*. Praha: vydavatelství Grada Publishing, a.s.
- Statistická ročenka školství MŠMT (2018). *Statistická ročenka školství 2016/2017 – výkonové ukazatele*. Získáno dne 4. června 2018 z <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>.

- Stejskalová, J. (2008). *Psychosémantické aspekty osobnosti mladistvých delikventů*. Brno: Masarykova univerzita.
- Sternberg, R. J. (2002). *Kognitivní psychologie*. Praha: Portál, s.r.o.
- Stossel, S. (2015). *Můj život s úzkostí. Strach, děs, naděje a hledání vnitřního klidu*. Praha: Dybbuk.
- Suchá, J., & Dolejš, M. (2016). *Agresivita, depresivita, sebehodnocení a impulzivita u českých adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Světová zdravotnická organizace (2017). *Deprese, hovořme o ní*. Získáno dne 23. 3. 2018 z <http://www.who.cz/index.php/13-dny-who-a-osn/128-svetovy-den-zdravi-2017-deprese-hovorme-o-ni>.
- Swahn, M. H., Bossarte, R. M., & Sullivent, E. E. (2008). Age of alcohol use initiation, suicidal behavior, and peer and dating violence victimization and perpetration among high-risk, seventh-grade adolescents. *Pediatrics*, *121*(2), 297–305.
- Szabó, M., Mészáros, V., Sallay, J., Ajtay, G., Boross, V., Udvardy-Mészáros, A., Vizin, G., & Perczel-Forintos, D. (2016). The Beck Hopelessness Scale. Specific Factors of Method Effects? *European Journal of Psychological Assessment*, *32*(2):111–118; DOI: 10.1027/1015-5759/a000240.
- Širůčková, M. (2009). *Psychosociální souvislost rizikového chování v adolescenci: role vrstevnických a rodinných vztahů*. Brno: Masarykova univerzita.
- Šmahel, D. (2002). Dospívající v prostředí internetu: Reální a virtuální identita. In Plaňava, I., & Pilát, M. (Eds.). (2002). *Děti, mládež a rodiny v období transformace*. Brno: Fakulta sociálních studií Masarykova univerzity v Brně.
- Štefková, I., & Tučková, K. (2011). *Pracovníci v nízkoprahových sociálních službách – dokážeme lidi zaujmout, zaškolit a udržet si je?* Prezentováno na konferenci České asociace streetwork Nízkoprahové programy 2011.
- Štěchová, M., & Večerka, K. (2014). *Systémový přístup k prevenci kriminality mládeže*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

Štěpo, K. (1998). *Klinické využití sebesposuzovací škály depresivity CDI u dětí.* (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze.

Šťastná, L., Dolejš, M., Endrödiová, L., Charvát, M., & Maierová, E. (2011). (Eds.). *Preventure – Seeing Oneself – Jak se naučit zvládat impulzivitu.* Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze & TOGGA. ISBN: 978-80-87258-83-5.

Šťastná, L., Endrödiová, L., Charvát, M., Maierová, E., Dolejš, M. (2012). (Eds.). *Preventure – Seeing Oneself. Jak se naučit zvládat negativní myšlení. Příručka pro lektory programu.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF a VFN, TOGGA.

Šucha, M. (2013). Sensation seeking v psychologické diagnostice řidičů. *Psychologie pro praxi*, 68 (3-4), 71 – 78.

Švarc, J. (2003). Principy krizové intervence. *Psychiatrie pro praxi* 6, 277 – 279.

Tardy, V. (1964). *Psychologie osobnosti.* Praha: Universita Karlova v Praze.

Tavakolizadeh, J., & Ghochani, N. J. (2017). Effect of humour on reduction of hopelessness and increase of social adjustment in mothers of children with intellectual disability. *World family medicine/middle east journal of family medicine*. 16 (3), 74 – 78.

Theobald, D., & Farrington, D. P. (2012). Child and adolescent predictors of male intimate partner violence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2012, 53(12), 1242–1249.

Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie. Proměny lidské psychiky od početí po smrt.* Praha: Portál, s.r.o.

Tomšík, R., Dolejš, M., Čerešník, M., Suchá, J., Skopal, O. (2017). *Rizikové správanie študentov gymnázií Českej republiky (Reprezentatívny výskum metódou VRCHA).* *Adiktologie*, 17(1), 309 – 317.

Treiner, P. (2007). Poruchy chování u dětí a dospívajících. *Psychiatrie pro praxi*, 2, 85-87. Získáno 4. ledna 2014 z <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2007/02/09.pdf>.

Trujillo, Á., Obanda D., & Truchjillo, C. A. (2016). Family dynamics and alcohol and marijuana use among adolescents: The mediating role of negative emotional symptoms

and sensation seeking. *Addictive Behaviors* 62 (3) 99–107.
DOI: 10.1016/j.addbeh.2016.06.020.

Vágnerová, M. (1997). *Vývojová psychologie 1*. Praha: Univerzita Karlova Vydavatelství Karolinum.

Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie, Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, s. r.o.

Vágnerová, M. (2001). *Kognitivní a sociální psychologie žáka základní školy*. Praha: Karolinum.

Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, s.r.o.

VandenBos, G. R., (Ed.) (2007). *APA Dictionary of Psychology*. Washington: American Psychological Association.

Vaničková, E. (2007). *Dětská prostituce*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s.

Vavrysová, L. (2014). *Diagnostika osobnosti a struktura anamnestického rozhovoru u adolescentů v ochranné a ústavní výchově*. (Nepublikovaná diplomová práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Vavrysová, L. & Charvát, M. (2016). Osobnostní rysy adolescentů v ústavní výchově dle dotazníku HSPQ ve srovnání s normou populace. *Adiktologie*, 16(4), 282-291.

Vazire, S., & Funder, D. C. (2006). Impulsivity and the self-defeating behavior of narcissists. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 154–165.

Večerka, K., Holas, J., & Štěchová, M. (2000). *Problémové děti ve školských výchovných zařízeních*. Praha: KNOK POLYGRAFIE, spol. s.r.o.

Večerka, K., Holas, J., Štěchová, M., Diblíková, S., & Luptáková, M. (2011). *Ohrožená mládež mezi prevencí a represí*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

Večerka, K., Holas, J., Štěchová, M., Diblíková, S., & Neumann, J. (2004). *Mladiství pachatelé na prahu tisíciletí*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

Viana, A. G., Hanna, A. E., Woodward, E. C., Raines, E. M., Paulus, D. J., ..., & Zvolensky, M. J. (2017). Emotional Clarity, Anxiety Sensitivity, and PTSD Symptoms

Among Trauma-Exposed Inpatient Adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*. 49; 146 – 154.

Vujanovic, A. A., Farris, S. G., Bartlett, B. A., Lyons, R. C., Haller, M., ..., Norman, S. B. (2018). Anxiety sensitivity in the association between posttraumatic stress and substance use disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 62 (6) 37–55.

Vyhláška č. 505/2006 Sb. *Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. Získáno z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505> dne 4.srpna 2018.

Vyhláška 438/2006 Sb. *Vyhláška, kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních* Získáno 4. srpna 2018 z <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=438&r=2006>.

Vykopalová, H. (2001). *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Wang, R.-H., Hsu, H.-Y., Lin, S.-H., Cheng, C.-P. & Lee, S.-L. (2010). Risk behaviours among early adolescents: risk and protective factors. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 313–323.

Wang, P., Lei, L., Wang, X., Nie, J., Chu, X., & Jin, S. (2018). The exacerbating role of perceived social support and the “buffering” role of depression in the relation between sensation seeking and adolescent smartphone addiction. *Personality and Individual Differences* 130 (1) 129–134. DOI: 10.1016/j.paid.2018.04.009.

Waszczuk, M. A., Coulson, A. E., Gregory, A. M. & Eley, T. C. (2016). A longitudinal twin and sibling study of the hopelessness theory of depression in adolescence and young adulthood. *Psychological Medicine*, 46, 1935-1949. doi: 10.1017/S0033291716000489.

Webster's Third new international dictionary (1993). USA: Cöhemann.

Weiss, P., & Zvěřina, J. (2009). Sexuální chování české populace. *Urologie pro praxi* 10(3), 160 – 163, Získáno dne 17.srpna.2018 z <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/03/02.pdf>.

Wikipedia (2018). Filmový rating MPAA. In Wikipedia. Získáno 24. června 2018 z https://cs.wikipedia.org/wiki/Filmov%C3%BD_rating_MPAA#R.

Woicik, P. A., Steward, S. H., Pihl, R. O., & Conrod, P. J. (2009). The substance use risk profile scale: A scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles. *Addictive Behaviors*, 34(12), 1042–1054, United Kingdom.

Yalom, I.D. (2003). *Chvála psychoterapie*. Praha: Portál, s.r.o.

Zákon č. 89/2012 Sb. *Nový občanský zákoník – Díl 4 – Ústavní výchova*. Získáno 1. srpna 2018 z <https://www.podnikatel.cz/zakony/novy-obcansky-zakonik/f4582031/>.

Zákon 109/2002 Sb. *O výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů*. Získáno 1. 8. 2018 z <http://www.msmt.cz/file/38848/>.

Zákon č. 359/1999 Sb. *Sociálně právní ochrana dětí*. Získáno 1. srpna 2018 z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359>.

Zákon č. 218/2003 Sb. *Zákon o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže)* získáno 1. srpna 2018 z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-218>.

Zavos, H. M. S., Wong, C. C. Y., Barclay, N. L., Keers, R., ... & Eley, T. C. (2012). Anxiety sensitivity in adolescence and young adulthood: The role of stressful life events, 5HTTLPR and their interaction. *Depression & Anxiety* 29; 400 – 408.

Zeman, P., Diblíková, S., Kotulan, P., & Vlach, J. (2009). *Praxe v oblasti rozhodování o nařízení ústavní výchovy a uložení ochranné výchovy*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

Zemanová, V. & Dolejš, M. (2015). *Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahového zařízení pro děti a mládež*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Zuckerman, M. (1990). The psychophysiology of sensation seeking. *Journal of Personality*, 58, 313-345.

Zuckerman, M., & Glicksohn, J. (2016). Hans Eysenck's personality model and the constructs of sensation seeking and impulsivity. *Personality and Individual Differences* 103 (1) 48–52.

Zvolensky, M. J., Jardin, C., Rogers, A. H., Bakhshaie, J., Mayorga, N. A., Viana, A. G., Walker, R. L., Cardoso, J. B., & Garey, L. (2018). Anxiety Sensitivity and Acculturative Stress Among Trauma Exposed Latinx Young Adults. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. DOI: 10.1037/cdp0000208.

ABSTRAKT DISERTAČNÍ PRÁCE

Název práce: Vztah rizikových aktivit, depresivity a vybraných osobnostních rysů u českých adolescentů

Autor práce: Mgr. Lucie Vavrysová

Školitel: doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.

Počet stran a znaků: 183, 378 275

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 276

Abstrakt:

V rámci této práce se věnujeme vztahu rizikových aktivit, depresivity, impulzivity a dalších osobnostních rysů u adolescentů. Teoretická část práce vychází z odborných statí o období dospívání, popisu jednotlivých osobnostních rysů, rizikovém chování, ale i popisu jednotlivých zařízení, jako jsou dětské domovy se školou, výchovné ústavy i nízkoprahová zařízení pro děti a mládež. Cílem práce je srovnání skupin adolescentů ze zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy a nízkoprahových zařízení pro děti a mládež s normou českých adolescentů v použitých psychodiagnostických metodách, kterými jsou Škála představující riziko z hlediska užívání návykových látek (SURPS), Výskyt rizikových aktivit (VRCHA) a Škála depresivity Dolejše, Skopala a Suché (SDDSS). Díky těmto metodám jsme se mohli zaměřit jednak na osobnostní rysy adolescentů, ale také na jejich rizikové chování. Do výzkumu bylo zapojeno celkem 2 744 adolescentů, z toho bylo 2 437 žáků základních škol a gymnázií, 246 adolescentů umístěných do zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy a 61 adolescentů docházejících do nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. V rámci výsledků jsme našli několik statisticky významných rozdílů. Rozdíly od normy jsme našli například v depresivitě, negativním myšlení a impulzivitě, kdy se adolescenti z dětských domovů se školou a výchovných ústavů odlišují od normy populace. Od normy se odlišují i jedinci docházející do nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, výsledky u této skupiny však z důvodu její velikosti nelze generalizovat na celou populaci. Jedinci ze zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy i z nízkoprahových zařízení vykazují více rizikových aktivit oproti normě. Výsledky i jednotlivá srovnání lze využít v další práci a pro nastavení preventivních programů jak u jedinců z nízkoprahových zařízení, tak u adolescentů ze zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy.

Klíčová slova: adolescence, rizikové chování, depresivita, impulzivita, ústavní a ochranná výchova, osobnostní rysy

ABSTRACT OF THESIS

Title: The relationship of risk activities, depression and selected personality traits of Czech adolescents

Author: Mgr. Lucie Vavrysová

Supervisor: doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, Csc.

Number of pages and characters: 183, 378 275

Number of appendices: 4

Number of references: 276

Abstract:

The present thesis deals with the relationship of risky activities, depressiveness, impulsiveness, and other personality traits at adolescents. Its theoretical part includes expert articles on adolescence and risky behaviour, a description of the individual personality traits, and a description of the individual facilities, such as children's homes with a school, education institutions, as well as low-threshold facilities for children and youth. The aim of the thesis is to compare groups of adolescents from institutional and protective education facilities and low-threshold facilities with the standard of Czech adolescents, using the following psychodiagnostic methods: the Substance Use Risk Profile Scale (SURPS), the Occurrence of Risky Behaviour (VRCHA), and the Scale of Depression Dolejš, Skopal and Suchá (SDDSS). These methods enable focus on adolescents' personality traits as well as their risky behaviour. The research involved 2,744 adolescents: 2,437 pupils of primary schools and secondary grammar schools, 246 adolescents placed in institutional and protective education facilities, and 61 adolescents attending low-threshold facilities for children and youth. The research provided several statistically significant differences. Deviations from the standard were observed regarding depressiveness, negative thinking, and impulsiveness, where adolescents from children's homes with a school and from education institutions differ from the population standard. A deviation from the standard also occurred with individuals attending low-threshold facilities for children and youth; results for this group cannot, however, be generalized for the entire population due to the size of the sample group. Individuals from institutional and protective education facilities and from low-threshold facilities show a greater amount of risky activities compared to the standard. The results and the individual comparisons may serve as a basis for further work and for the design of preventive programmes for individuals from low-threshold facilities as well as for adolescents from institutional and preventive education facilities.

Key words: adolescence, risky behaviour, depressiveness, impulsiveness, institutional and protective education, personality traits

Seznam tabulek

- Tab. 1: Rodičovské postoje a jejich vliv na utváření osobnosti
- Tab. 2: Zjištěné faktory osobnostního dotazníku pro mládež u tří různých skupin delikventní mládeže
- Tab. 3: Souhrnné kategorie spáchaných trestných činů
- Tab. 4: Rozložení žáků 2. stupně v rámci jednotlivých krajů ČR
- Tab. 5: Rozložení adolescentů v dětských domovech se školou a výchovných ústavech
- Tab. 6: Počet a věk adolescentů dle jednotlivých skupin
- Tab. 7: Počet adolescentů dle jednotlivých krajů a skupin
- Tab. 8: Počet adolescentů dle jednotlivých věkových kategorií a skupin
- Tab. 9: Počet adolescentů
- Tab. 10: Základní hodnoty v SDDSS dle jednotlivých skupin
- Tab. 11: Test homogenity rozptylů na hladině významnosti 0,05
- Tab. 12: Analýza rozptylu na hladině významnosti 0,05
- Tab. 13: Bonferroniho post hoc test k zjištění rozdílů mezi skupinami v SDDSS
- Tab. 14: Srovnání průměrné hodnoty v SDDSS u ZSG a DDSVU
- Tab. 15: Základní hodnoty v SDDSS dle jednotlivých skupin a pohlaví
- Tab. 16: Průměrné hodnoty v SDDSS dle věku, pohlaví a skupin
- Tab. 17: Kladné odpovědi na dvě otázky z SDDSS dle skupin
- Tab. 18: Základní hodnoty ve faktorech dotazníku SRUPS dle jednotlivých skupin
- Tab. 19: Základní hodnoty ve faktoru negativní myšlení dle jednotlivých skupin a pohlaví
- Tab. 20: Analýza rozptylu u tří sledovaných skupin a škály negativní myšlení
- Tab. 21: Bonferroniho post hoc test k zjištění rozdílů mezi skupinami ve škále negativní
- Tab. 22: Základní hodnoty ve faktoru impulzivita dle jednotlivých skupin a pohlaví
- Tab. 23: Analýza rozptylu u tří sledovaných skupin a škály impulzivity
- Tab. 24: Bonferroniho post hoc test k zjištění rozdílů mezi skupinami ve škále impulzivita
- Tab. 25: Základní hodnoty ve faktoru vyhledávání vzrušení dle jednotlivých skupin a pohlaví
- Tab. 26: Analýza rozptylu u tří sledovaných skupin a škály vyhledávání vzrušení
- Tab. 27: Základní hodnoty ve faktoru přecitlivělost dle jednotlivých skupin a pohlaví
- Tab. 28: Analýza rozptylu u tří sledovaných skupin a škály přecitlivělost
- Tab. 29: Základní hodnoty v dotazníku VRCHA a v jeho faktorech dle jednotlivých skupin
- Tab. 30: Prevalence vybraných rizikových aktivit jednotlivých skupin

Tab. 31: Průměrné hodnoty v celkovém skóru VRCHA dle věku, pohlaví a skupin

Tab. 32: Korelace jednotlivých metod a jejich faktorů u skupiny adolescentů ze ZSG

Tab. 33: Korelace jednotlivých metod a jejich faktorů u skupiny adolescentů z DDSVU

Tab. 34: Korelace jednotlivých metod a jejich faktorů u skupiny adolescentů z NZDM

Tab. 35: Korelace mezi věkem a faktory u sledovaných skupin

Seznam grafů

Graf 1: Věk adolescentů v jednotlivých skupinách

Graf 2: Průměrné hodnoty v SDDSS dle jednotlivých skupin

Graf 3: Průměrné hodnoty v SDDSS dle jednotlivých skupin a pohlaví

Graf 4: Vývoj depresivity u chlapců a dívek dle jednotlivých skupin a věku

Graf 5: Průměrné hodnoty ve faktorech SURPS dle jednotlivých skupin

Graf 6: Průměrné hodnoty v dotazníku VRCHA a v jeho faktorech dle jednotlivých skupin

Graf 7: Vývoj rizikového chování u chlapců a dívek dle jednotlivých skupin a věku

Seznam příloh

Příloha 1: Oficiální žádosti jednotlivým institucím (školy, výchovné ústavy, dětské domovy se školou a nízkoprahová centra).

Příloha 2: Dokument popisující samotný proces sběru dat, obsah testové baterie, etické aspekty studie a další procesní náležitosti.

Příloha 3: Informovaný souhlas pro rodiče (školy, dětské domovy se školou a výchovné ústavy)

Příloha 4: Finální podoba testové baterie.

Příloha 1

V Olomouci dne 10. 11. 2016

Věc: Žádost o spolupráci na výzkumné studii

Vážená paní ředitelko, pane řediteli,

obracíme se na Vás s žádostí o spolupráci při realizaci výzkumné studie, do které byla vybraná Vaše základní škola. Výzkumný projekt je zaměřen na některé osobnostní charakteristiky dospívajících ve věku 11 až 15 let. Cílem této studie je analýza a standardizace několika psychodiagnostických nástrojů zaměřených na osobnostní charakteristiky adolescentů. Projekt je realizován Katedrou psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Odborným garantem je PhDr. Martin Dolejš, Ph.D., členi realizačního týmu Mgr. et Mgr. Vanda Zemanová a Mgr. Lucie Vavrysová.

Chtěli bychom Vás touto cestou požádat o spolupráci na výzkumném projektu. Veškerá výzkumná činnost bude realizována pouze s informovaným souhlasem zákonných zástupců (ti mají právo účast ve výzkumu odmítnout). Výzkum je po celou dobu **anonymní**. Dbáme na maximální úroveň ochrany všech poskytnutých dat. Do kontaktu s žáky se dostane pouze kvalifikovaný a proškolený personál. S daty bude nakládáno v souladu s příslušnými zákonnými a etickými normami. Stejně tak budou chráněny i veškeré informace o Vaší škole a z výsledku studie nebude možné zjistit, z kterých škol jaká data pocházejí. Bližší informace poskytuje příloha 1 tohoto dopisu.

Pro podrobnější domluvu případné spolupráce budete dále kontaktováni telefonicky během několika dní. Pokud byste měl/a jakékoli další dotazy, obraťte se prosím přímo na realizační tým zastoupený Vandou Zemanovou (telefon: +420 777 050 294, e-mail: vanda.zemanova01@upol.cz).

Děkujeme a těšíme se na případnou spolupráci.

Za výzkumný tým

PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.
Mgr. et Mgr. Vanda Zemanová
Mgr. Lucie Vavrysová

Katedra psychologie
FF Univerzita Palackého
Křížkovského 10, 771 80 Olomouc
www.psych.upol.cz

Přílohy:

- Příloha 1: Informace pro ředitele škol k výzkumné studii: „Diagnostika místa kontroly (locus of control) a jeho využití při práci s adolescenty ve věku 11 – 15 let (běžná populace, klienti NZDM)“



V Olomouci dne 28. 3. 2017

Věc: Žádost o spolupráci na výzkumné studii

Vážená paní ředitelko, pane řediteli,

obracíme se na Vás s žádostí o spolupráci při realizaci výzkumné studie, do které bylo vybrané Vaše gymnázium. Výzkumný projekt je zaměřen na některé osobnostní charakteristiky dospívajících ve věku 11 až 15 let. Cílem této studie je analýza a standardizace několika psychodiagnostických nástrojů zaměřených na osobnostní charakteristiky adolescentů. Projekt je realizován katedrou psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Odborným garantem je PhDr. Martin Dolejš, Ph.D., členové realizačního týmu Mgr. et Mgr. Vanda Zemanová a Mgr. Lucie Vavrysová.

Chtěli bychom Vás touto cestou požádat o spolupráci na výzkumném projektu. Veškerá výzkumná činnost bude realizována pouze s informovaným souhlasem zákonných zástupců (ti mají právo účast ve výzkumu odmítnout). Výzkum je po celou dobu **anonymní**. Dbáme na maximální úroveň ochrany všech poskytnutých dat. Do kontaktu se studenty se dostane pouze kvalifikovaný a proškolený personál. S daty bude nakládáno v souladu s příslušnými zákonnými a etickými normami. Stejně tak budou chráněny i veškeré informace o Vašem gymnáziu a z výsledku studie nebude možné zjistit, z kterých škol jaká data pocházejí. Bližší informace poskytuje příloha 1 tohoto dopisu.

Pro podrobnější domluvu případné spolupráce budete dále kontaktováni telefonicky během několika dní. Pokud byste měl/a jakékoli další dotazy, obraťte se prosím přímo na realizační tým zastoupený Lucií Vavrysovou (telefon: +420 606 xxx xxx, e-mail: lucie.vavrysova@upol.cz).

Děkujeme a těšíme se na případnou spolupráci.

Za výzkumný tým

PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.
Mgr. et Mgr. Vanda Zemanová
Mgr. Lucie Vavrysová

Katedra psychologie
FF Univerzita Palackého
Křížkovského 10, 771 80 Olomouc
www.psych.upol.cz

Přílohy:

- Příloha 1: Informace pro ředitele škol k výzkumné studii: „Diagnostika místa kontroly (locus of control) a jeho využití při práci s adolescenty ve věku 11 – 15 let (běžná populace, klienti NZDM)“



V Olomouci dne 28. 3. 2017

Věc: Žádost o spolupráci na výzkumné studii

Vážená paní ředitelko, pane řediteli,

obracíme se na Vás s žádostí o spolupráci při realizaci výzkumné studie, do které bylo vybráno Vaše zařízení. Výzkumný projekt je zaměřen na některé osobnostní charakteristiky dospívajících ve věku 11 až 16 let. Cílem této studie je analýza a standardizace několika psychodiagnostických nástrojů zaměřených na osobnostní charakteristiky adolescentů a na vztah rizikových aktivit a depresivity. Projekt je realizován Katedrou psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Odborným garantem je PhDr. Martin Dolejš, Ph.D., členi realizačního týmu Mgr. et Mgr. Vanda Zemanová a Mgr. Lucie Vavrysová.

Chtěli bychom Vás touto cestou požádat o spolupráci na výzkumném projektu. Veškerá výzkumná činnost bude realizována pouze s informovaným souhlasem zákonných zástupců (ti mají právo účast ve výzkumu odmítnout) či generálním souhlasem. Tento postup bude domluven při telefonickém kontaktu. Výzkum je po celou dobu **anonymní**. Dbáme na maximální úroveň ochrany všech poskytnutých dat. Do kontaktu s dětmi se dostane pouze kvalifikovaný a proškolený personál. S daty bude nakládáno v souladu s příslušnými zákonnými a etickými normami. Stejně tak budou chráněny i veškeré informace o Vašem zařízení a z výsledku studie nebude možné zjistit, z kterých zařízení jaká data pocházejí. Bližší informace poskytuje příloha 1 tohoto dopisu.

Pro podrobnější domluvu případné spolupráce budete dále kontaktováni telefonicky během několika dní. Pokud byste měl/a jakékoli další dotazy, obraťte se prosím přímo na realizační tým zastoupený Mgr. Lucií Vavrysovou (telefon: +420 606 xxx xxx, e-mail: lucie.vavrysova@upol.cz).

Děkujeme a těšíme se na případnou spolupráci.

Za výzkumný tým

PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.
Mgr. et Mgr. Vanda Zemanová
Mgr. Lucie Vavrysová

Katedra psychologie
FF Univerzita Palackého
Křížkovského 10, 771 80 Olomouc
www.psych.upol.cz

Přílohy:

- Příloha 1: Informace pro ředitele zařízení k výzkumné studii: „Vztah rizikových aktivit a depresivity u adolescentů“





Dobrý den,

obracím se na Vás s žádostí o spolupráci při realizaci celorepublikové výzkumné studie s názvem: **Diagnostika místa kontroly (locus of control) a jeho využití při práci s adolescenty ve věku 11 – 15 let (běžná populace, klienti NZDM).**

Výzkumný projekt je zaměřen na některé osobnostní charakteristiky dospívajících ve věku 11 až 15 let. Výsledkem celé výzkumné studie bude vznik psychodiagnostického nástroje, který poskytne možnost získat v krátkém čase informaci o tom, zda má daný adolescent spíše externí či spíše interní místo kontroly, resp. místo řízení (locus of control). Díky realizovanému výzkumu tak vznikne **screeningový nástroj využitelný psychology, sociálními pracovníky, sociálními i speciálními pedagogy**. Prostřednictvím výzkumu také vzniknou populační normy pro dospívající ve věku 11 až 15 let, který poskytnou uživateli budoucího psychodiagnostického nástroje jednoduchý a rychlý přehled toho, jak si adolescent vede v tomto rysu vzhledem k populaci vrstevníků. Projekt je **realizován katedrou psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci**, odborným garantem je PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.. Výzkum zároveň probíhá **pod záštitou České asociace streetwork** (podrobnější informace k výzkumu naleznete v příloze tohoto emailu či na webu Katedry psychologie FF UPOL - [zde](#)). **Výsledky studie a všechny vzniklé materiály s ní související (články, celý text výzkumné studie apod.) budou postupně zveřejňovány na webu České asociace streetwork.**

Naším cílem je získat vyplněné dotazníky od Vašich klientů nízkoprahového zařízení pro děti a mládež ve věku 11 až 15 let. Sběr dat probíhá prostřednictvím online dotazování [na tomto odkaze](#) (pozn.: uvědomujeme si, že je dotazníková baterie obsáhlejší, nicméně pro získání relevantních dat je to nutností).

Druhá část testování probíhá mezi dospívajícími z běžné populace (resp. žáky a studenty ZŠ a gymnázií ve věku 11 - 15 let) metodou "tužka-papír". Získaná data od obou uvedených cílových skupin pak budou následně porovnávána a dále analyzována.

Touto cestou bychom Vás chtěli požádat o spolupráci na výzkumném projektu. Celé testování je zcela anonymní a odpovídá všem etickým standardům psychologického testování formou dotazníků na dané populaci. Data budou chráněna proti zneužití.

Pro podrobnější domluvu či jakékoliv dotazy mě můžete kontaktovat prostřednictvím telefonu (+420 777 xxx xxx) nebo emailu (vanda.zemanova@gmail.com).

Děkujeme a těšíme se na případnou spolupráci.

Za výzkumný tým

Vanda Zemanová

Výzkum je realizován pod záštitou [Katedry psychologie FF UPOL](#) a [České asociace streetwork](#).



Příloha 2

Příloha 1: Informace pro ředitele škol k výzkumné studii: „Diagnostika místa kontroly (locus of control) a jeho využití při práci s adolescenty ve věku 11 – 15 let (běžná populace, klienti NZDM)“

Vážená paní ředitelko, vážený pane řediteli,

dovolte nám, abychom Vás seznámili s procedurální stránkou naší případné spolupráce na studii, která je zaměřená na analýzu a standardizaci několika dotazníkových metod (bližší informace o dotaznících viz níže). Vaše škola byla vybrána pro testování náhodným výběrem ze seznamu všech základních škol v ČR.

Naším cílem je získat vyplněné dotazníky od Vašich žáků ve věku 11 až 15 let. Sběr dat bude probíhat prostřednictvím skupinové administrace, která bude probíhat osobně v jednotlivých třídách Vaší školy. Znamená to, že bychom soubor dotazníků administrovali žákům šestých až devátých ročníků. Výběr konkrétních tříd bychom nechali na telefonické domluvě s Vámi. Administrace testové baterie trvá jednu vyučovací hodinu (45 minut). Při administraci dotazníků bychom Vám chtěli komplikovat výuku co nejméně, a proto škole vyjdeme maximálně vstříc při domlouvání, ve kterých vyučovacích hodinách budeme moci testovat. Nicméně preferujeme dopolední vyučovací hodiny, kdy jsou žáci relativně méně unaveni. Před administrací budou žáci seznámeni se záměrem studie a etickými pravidly. Během administrace dotazníků není přítomnost vyučujícího nezbytně nutná. Z našeho pohledu je žádoucí spíše absence pedagoga, neboť jeho/její přítomnost může na žáky během práce na dotaznících působit rušivým dojmem. Celé testování je zcela **anonymní** a odpovídá všem etickým standardům psychologického testování formou dotazníků na dané populaci. Data budou chráněna proti zneužití.

Druhá část testování bude probíhat mezi rizikovou mládeží, resp. mezi dospívajícími ve věku 11 až 15 let z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (NZDM) prostřednictvím online dotazování. Získaná data od obou uvedených cílových skupin pak budou následně porovnávána a dále analyzována.

Předpokládaný počet vyplněných testových baterií z face to face administrování je cca 2 500 a odhadovaný počet testových baterií z online dotazování je přibližně 500 pro celé území České republiky.

Výsledkem celé výzkumné studie pak bude vznik psychodiagnostického nástroje, který poskytne možnost získat v krátkém čase informaci o tom, zda má daný adolescent spíše externí či spíše interní místo kontroly, resp. místo řízení (locus of control). Díky realizovanému výzkumu tak vznikne screeningový nástroj využitelný jak v testové části klinického vyšetření (psychologové) či v edukačním procesu (školní psychologové), tak v poradenství (psychologové, speciální pedagogové, sociální pracovníci).

Místo řízení (locus of control) je koncept, který vychází z rámce sociální teorie učení dle Juliana Rottera. Postihuje subjektivní pocit kontroly jedince nad důsledky jeho chování. Dle Rottera se na koncích kontinua nachází internalita a externalita.





Osoby s interním místem řízení věří, že se jejich život vyvíjí zejména v závislosti na jejich schopnostech, činnosti a úsilí, a že svůj život mají pevně ve svých rukou. Jsou přesvědčení, že jsou události podmíněny jejich vlastním chováním nebo jejich relativně stálým charakteristikám. Tzv. internalisté bývají zdravější, spokojenější a lépe zvládají zátěžové situace.

Jedinci s externím místem řízení vnímají posílení, které následuje po jeho chování jako nezávislé na jejich vlastních činech. Odměnu a trest tedy přičítají vnějším okolnostem, které nemohou ovlivnit – např. náhodě, moci jiných lidí, štěstí nebo osudu. Tito lidé pak často používají pasivní strategie zvládání zátěže, objevují se u nich pocity bezradnosti, vzdávání se. Rovněž se u nich objevuje častěji problémové chování a je u nich větší riziko sebevražedného jednání.

Místo řízení tedy ovlivňuje plánování a zahájení chování zaměřeného na cíl jak v běžných, tak v obtížných životních situacích, má také souvislost s psychickou odolností a má zmírňující účinek na stres u dospívajících,

Informace o místě řízení u adolescentů jsou důležité při realizaci preventivních programů, kdy znalost osobnostního nastavení jednotlivých adolescentů zvyšuje efektivitu takovýchto programů. Prostřednictvím výzkumu rovněž vzniknou populační normy pro dospívající ve věku 11-15 let, které poskytnou uživateli budoucího psychodiagnostického nástroje jednoduchý a rychlý přehled toho, jak si adolescent vede v tomto rysu vzhledem k populaci vrstevníků.

Testovou baterii bude celkem tvořit 7 dotazníků v tomto pořadí:

1) Škála místa kontroly Zemanová a Dolejš – SMKZD (Zemanová, Dolejš)

Tento nástroj je určen ke zkoumání a určení místa řízení (externí/interní) u adolescentů, resp. mapuje jejich subjektivní přesvědčení o jejich možnostech ovládnutí zdrojů posílení. Dotazník vychází z teorie sociálního učení dle Rottera. Obsahuje 45 položek a jeho administrace trvá přibližně 10 minut.

Příklad položek v metodě:

- *Mám často smůlu.*
- *Pokud chci v něčem uspět, musím tvrdě pracovat.*

2) Škála interního a externího místa kontroly – IE-4 (Kovalevová, 2012)

Dotazník obsahuje 10 tvrzení, respondenti zde vyjadřují míru souhlasu či nesouhlasu s tvrzeními. Metoda mapuje umístění místa kontroly. Dotazník je určen také pro dospělou populaci. Vzhledem k počtu položek je jeho administrace velmi rychlá.

Příklad položek v metodě:

- *Svůj život mám ve svých rukou.*
- *Náhoda určuje, co se stane v mém životě.*

3) Krátká škála pro posouzení orientace locus of control v průzkumech populace (Jakoby & Jacob)

Škála vychází z Rotterovy teorie učení. Byla používána pro studie, které realizoval Německý institut pro výzkum mládeže. Škála obsahuje 6 výroků, respondenti zde vyjadřují míru souhlasu či nesouhlasu s výroky. Její administrace velmi rychlá.





Příklad položek v metodě:

- *Když narazím na problém nebo překážku, obvykle najdu cestu a způsob, jak je překonat.*
- *Často mám pocit, že mám malý vliv na to, co se mi děje.*

4) Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá – SDDSS (Dolejš, Skopal, Suchá)

Nástroj informuje o míře depresivity u adolescentů. Dolejš, Skopal a Suchá vytvořili metodu v roce 2013. Zaměřuje se na oblast vztahu k sobě a k ostatním lidem (jako je např. sebekritika, pesimismus, pocity viny nebo podrážděnost). Škálu tvoří 20 položek, jejichž vyplnění trvá cca 5–10 minut.

Příklad položek v metodě:

- *Jsem stále smutný/á a nemohu se z toho dostat.*
- *Jsem sám/sama sebou znechucen/a.*

5) Výskyt rizikového chování u adolescentů - VRCHA (Dolejš, Skopal)

Tento orientační screeningový dotazník je zaměřen na nejčastější formy rizikového chování u adolescentů – jako je užívání alkoholu, tabákových výrobků, marihuany; šikana, kyberšikana, porušování školních pravidel, agresivita, kriminalita. Obsahuje 18 položek. Celkový čas potřebný k administraci je cca 5 min.

Příklad položek v metodě:

- *Kouřil/a jsi během posledních 30 dnů cigarety?*
- *Byl/a jsi někdy během svého života „za školou“?*

6) Škála osobnostních rysů představující riziko z hlediska užívání návykových látek – SURPS (Dolejš, Miovský, Řehan podle Conrod a Woicik)

Screeningová metoda SURPS měří čtyři základní osobnostní charakteristiky (úzkostnost, skleslost, vyhledávání zážitků a impulzivitu), které mohou sloužit jako prediktory rizikového chování u adolescentů. Dotazník obsahuje 23 otázek.

Příklad položek v metodě:

- *Mám pocit, že nejsme úspěšný/á.*
- *Rád/a dělám věci, které mi trochu nahánějí hrůzu.*

7) Škála interního-externího místa kontroly CNSIE (Nowicki, Strickland)

Dotazník je zaměřen na zjištění lokalizace místa kontroly vycházející z Rotterovy koncepce. Dotazník obsahuje 40 položek s dichotomickou volbou odpovědi (ano-ne). Metoda je určena pro respondenty od 9 do 18 let. Administrace trvá 10-15 minut.

Příklad položek v metodě:

- *Existují podle tebe děti, které mají od narození ve všem víc štěstí?*
- *Věříš tomu, že většinou můžeš ovlivnit, co se stane zítra, tím, co uděláš už dnes?*

V oblasti adolescence a osobnostních charakteristik jsme publikovali tyto statě:

ZEMANOVÁ, V., DOLEJŠ, M. Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 151 s. IBN 978-80-244-4492-5.

Online <http://psych.upol.cz/wp-content/uploads/2015/04/02Dolejs-Zemanova-Zivotni-spokojenost.pdf>





ZEMANOVÁ, V., DOLEJŠ, M. Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež aneb jak se liší od „normálních“ adolescentů? In PhD existence: československá psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. s. 280 – 297. ISBN 978-80-244-4694-3

Online

http://www.contexo.cz/files/other/filemanager/Files/PHD%20V/phdexistence_web.pdf

DOLEJŠ, M. Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 189 s. ISBN 978-80-244-2642-6.

Online: http://www.ff.upol.cz/fileadmin/user_upload/FF-

[katedry/psychologie/Sborniky_a_monografie/dolejs/Dolejs Martin -
Efektivni vcasna diagnostika.pdf](http://www.ff.upol.cz/fileadmin/user_upload/FF-katedry/psychologie/Sborniky_a_monografie/dolejs/Dolejs_Martin_-_Efektivni_vcasna_diagnostika.pdf)

DOLEJŠ, M., SKOPAL, O., SUCHÁ, J., VAVRYSOVÁ, L., ČAKIRPALOGLU, P. Protektivní a rizikové osobností rysy u adolescentů. Olomouc: Univerzita Palackého, 2014. 153 s. ISBN 978-80-244-4181-8.

Online <http://psych.upol.cz/wp-content/uploads/2014/10/Protektivn%C3%AD-a-rizikov%C3%A9-osobnost%C3%AD-rysy-u-adolescent%C5%AF-Dolej%C5%A1-Skopal-Sucha-a-kol..pdf>

SKOPAL, O., DOLEJŠ, M., SUCHÁ, J. Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň. Olomouc: Univerzita Palackého, 2014. 73 s. ISBN 978-80-244-4223-5.

Online <http://psych.upol.cz/wp-content/uploads/2015/01/Vybran%C3%A9-osobnostn%C3%AD-rysy-a-rizikov%C3%A9-formy-chov%C3%A1n%C5%AD-u-%C4%8Desk%C3%BDch-%C5%BE%C3%A1k%C5%AF-a-%C5%BE%C3%A1ky%C5%88.pdf>

V průběhu několika dnů Vás budeme kontaktovat telefonicky, abychom dohodli konkrétní podmínky případné spolupráce a datum návštěvy. Stejně tak rádi zodpovíme případné další dotazy a nejasnosti týkající se administrace a dalších náležitostí testování.

Děkujeme.

S pozdravem

PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Mgr. et Mgr. Vanda Zemanová

Mgr. Lucie Vavrysová

Katedra psychologie
FF Univerzita Palackého
Křížkovského 10
771 80 Olomouc
www.psych.upol.cz





Příloha 3

SOUHLAS ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ

Souhlasím s tím, aby se můj syn/dcera zúčastnil/a dotazníkového šetření v rámci výzkumného projektu s názvem „Vztah rizikových aktivit a osobnostních vlastností u žáků a studentů“, realizovaného Katedrou psychologie Filozofické fakulty UP. Vedoucím výzkumného projektu je Mgr. Lucie Vavrysová, garantem výzkumu je PhDr. Martin Dolejš, PhD. Cílem této studie je vznik psychologických dotazníků a testů, které se zaměřují na různé osobnostní vlastnosti žáků a studentů (např. depresivita, úzkostnost, impulzivita). Veškerá získaná data jsou anonymní a bude s nimi nakládáno v souladu se zákonnými normami a etickým kodexem psychologů. Do kontaktu s žáky a studenty se dostane pouze kvalifikovaný a proškolený personál.

Veškeré informace o projektu naleznete na webových stránkách:

www.psych.upol.cz ⇒ Výzkum ⇒ Vybrané studentské projekty ⇒ Vztah rizikových aktivit a depresivity u adolescentů

(<http://psych.upol.cz/vyzkum/vybrane-studentske-projekty>)

V případě dotazů neváhejte kontaktovat realizátory projektu:

Mgr. Lucie Vavrysová
E-mail:
lucie.vavrysova@upol.cz
Telefon: +420 585 xxx xxx

PhDr. Martin Dolejš, PhD.
E-mail:
martin.dolejs@upol.cz
Telefon: +420 585 xxx xxx

Mgr. et Mgr. Vanda Zemanová
E-
mail:vanda.zemanova01@upol.cz
Telefon: +420 777 xxx xxx

V.....dne.....

Podpis zákonného zástupce





Příloha 4

V elektronické verzi práce tuto přílohu neuvádíme z důvodu ochrany autorských práv.

