

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Radka Zedníčková

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a sociologie

Rizikové faktory dospívání mladistvých ve výchovném ústavu

Bakalářská práce

Autor: Radka Zedníčková
Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: PhDr. Václav Bělík, Ph.D.

Zadání bakalářské práce

Autor: Radka Zedníčková

Studium: P121065

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální patologie a prevence

Název bakalářské práce: **Rizikové faktory dospívání mladistvých ve výchovném ústavu**

Název bakalářské práce AJ: Risk factors for delinquency in adolescence in the educational institute

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá problematikou rizikových faktorů dospívání mladistvých ve výchovném ústavu. V práci je zahrnuto rizikové chování, sociálně patologické jevy: záškoláctví, šikana, gamblerství, závislost na alkoholu. Cílem je shrnutí všech rizikových faktorů které mohou ovlivňovat dospívání ovlivněné prostředím výchovných ústavů. V závislosti na rozpracování výzkumných cílů je práce podložena především daty získanými dotazovacími technikami (dotazník, rozhovor)

Garantující pracoviště: Katedra sociální patologie a sociologie,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Václav Bělík, Ph.D.

Oponent: PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 28.2.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce PhDr. Václavu Bělíkovi, Ph.D. samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 27. dubna 2016

Radka Zedníčková

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Václavu Bělíkovi, Ph.D. za odborné vedení práce a cenné rady, které mi pomohly bakalářskou práci zkompletovat. Děkuji také respondentům, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření.

Anotace

ZEDNÍČKOVÁ, Radka. *Rizikové faktory dospívání mladistvých ve výchovném ústavu*. Hradec Králové, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, Katedra sociální patologie a sociologie.

Bakalářská práce se zabývá problematikou rizikových faktorů dospívání mladistvých ve výchovném ústavu. V teoretické části je nejdříve zmapována problematika ústavní a ochranné výchovy. Další kapitola se zabývá obdobím adolescence. Dále se práce věnuje tématu rizikového chování, konkrétně u adolescentů s ústavně výchovnou minulostí. Praktická část práce obsahuje kvantitativní výzkum a případovou studii. Kvantitativní výzkum srovnává adolescenty z běžné populace s dospívajícími s ústavně výchovnou minulostí. Kvantitativní část je provedena pomocí dotazníkového šetření. Případová studie staví na informacích získaných se zletilým adolescentem prostřednictvím rozhovoru. Cílem výzkumu je zjistit, zda rizikové chování je u adolescentů s ústavně výchovnou minulostí frekventovanější ve srovnání s adolescenty bez ústavně výchovných zkušeností.

Klíčová slova:

Ústavní a ochranná výchova, adolescence, rizikové chování, agresivita, šikana, záškoláctví.

Annotation

ZEDNÍČKOVÁ, Radka. *Risk factors for delinquency in adolescence in the educational institute*. Hradec Králové, 2016. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové, Faculty of Education, Department of Social Pathology and Sociology.

The bachelor thesis deals with risk factors of maturation adolescents in educational institution. In the theoretical part are identified issues in institutional and protective education at first. Another chapter deals with adolescence period. Then the thesis focuses on the topic of risk behavior, particularly among adolescents with constitutionally educational past. The practical part contains quantitative research and case study. Quantitative research compares adolescents from the general population of adolescents with constitutionally educational past. The quantitative part is carried out via questionnaire. The study case is based on information obtained from a conversation with an adult adolescent. The research aims to find out if high-risk adolescent behaviour with constitutionally educational past is more frequented in comparison with adolescents without constitutionally educational experience.

Key words:

Institutional education, protective education, adolescence, risk behavior, aggression, bullying, truancy

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod..... | 9 |
| 1 Ústavní a ochranná výchova | 10 |
| 1.1 Výchovná opatření | 11 |
| 1.2 Školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy | 12 |
| 2 Adolescence jako rizikové období | 16 |
| 2.1 Charakteristické rysy adolescence | 17 |
| 2.2 Procesy a změny vývoje osobnosti v adolescenci..... | 19 |
| 3 Rizikové chování | 20 |
| 3.1 Šikana jako projev agresivity | 22 |
| 3.2 Látkové závislosti a vztažné rizikové chování..... | 24 |
| 3.3 Nelátkové závislosti a impulzivní poruchy | 25 |
| 3.3.1 Patologické hráčství..... | 26 |
| 3.3.2 Patologické kradení a krádeže delikventního rázu..... | 28 |
| 3.4 Poruchy chování..... | 29 |
| 4 Výzkumné cíle a hypotézy..... | 33 |
| 5 Výzkumný soubor..... | 34 |
| 6 Metody získu a vyhodnocení dat | 35 |
| 6.1 Chenova škála závislosti na internetu | 35 |
| 6.2 Modifikovaný Fagerströmův test nikotinové závislosti pro adolescenty..... | 37 |
| 6.3 Vlastní dotazník | 40 |
| 6.4 Polostrukturované interview a případová studie | 44 |
| 6.5 Shrnutí výzkumu | 51 |
| 7 Závěr | 53 |
| 8 Literatura..... | 55 |

Úvod

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou rizikového chování mladistvých ve výchovných ústavech. Srovnávám rizikové faktory dětí v těchto ústavech a v normálních rodinách. Na úvod je důležité poukázat na vliv normálně fungující rodiny na zdravý vývoj dítěte. Citově vřelé a stálé prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, je jedním ze základních předpokladů jeho zdravého duševního vývoje. Prvním a hlavním předpokladem je, aby rodiče měli své děti rádi. Druhou podmínkou je vzájemná láska mezi dítětem a rodičem. Tyto podmínky jsou předpokladem k vytvoření společenství trvajícím po celý jejich život. Rodina by měla být přístavem jistoty, kam se budou děti rády vracet.

V současné době se můžeme často setkat také s výchovou dětí v rodinách se ztíženými podmínkami jako je např. rozvod rodičů, smrt jednoho rodiče, výskyt lehké mozkové dysfunkce u dítěte, nízké nadání dítěte či vážná nemoc dítěte. Pokud nemůžou rodiče zabezpečit výchovu dítěte, může soud nařídit výchovu ústavní. Ústavní výchova má ve srovnání s rodinnou výchovou velmi málo předpokladů pro navázání hlubších vztahů mezi vychovatelem a dítětem. Proto by soud měl nejprve zvážit možnost svěření dítěte do náhradní rodinné péče. Náhradní rodinná péče neboli osvojení je z hlediska postavení dítěte nejvhodnějším typem. Osvojitelé s osvojencem jsou ve stejném vztahu jako rodič s dítětem. Osvojitelé poskytují dětem lepší a stabilnější prostředí než ústavní výchova, vytváří pocit domova a identifikaci s rodinným prostředím. Přinášejí dítěti citové pouto, vazbu trvalého charakteru, uspokojení fyzických, psychických a sociálních potřeb dítěte, osvojení si určitých rolí a postojů.

Hlavním cílem praktické části je odpovědět na otázku, zda se u adolescentů s ústavně výchovnou minulostí objevuje rizikové chování častěji, než u dětí žijících v rodinách. Pro kvantitativní část jsem si stanovila tři hypotézy, které předpokládají, že rizikové chování je u adolescentů s ústavně výchovnou minulostí frekventovanější než u adolescentů bez ústavně výchovných zkušeností. K získání dat jsou použity tři nástroje: modifikovaný Fagerströmův test nikotinové závislosti pro adolescenty, Chenova škála závislosti na internetu a vlastní dotazník. Jednoznačný, kvalitativní ráz má pak návazná případová studie, jejímž účelem je ilustrovat diskutované jevy v rámci životního příběhu konkrétního adolescenta.

1 Ústavní a ochranná výchova

Ústavní a ochranná výchova jsou druhy institucionální výchovy v užším smyslu, neboť v širším smyslu je i rodina institucí¹. V případě ústavní a ochranné výchovy (dále ÚOV) se tedy jedná o formu výchovy mimo rodinu. V literatuře se lze setkat i se spojením ústavní péče. ÚOV je v hlavní kompetenci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT), ale v některých oblastech spadá pod Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Z hlediska moderní pedagogiky je pojem výchova kontroverzní, neboť v něm není jednoznačně zahrnuto vzdělávání. Průcha (2002, s. 58) užívá pojem edukace. Zde však nebudou terminologické rozdíly řešeny, v případě užití pojmu výchova je míněno jak vychovávání, tak vzdělávání.

Výše uvedené pojmy jsou zakotveny v legislativě. Stěžejním legislativním dokumentem v problematice ÚOV je zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. ÚOV byla dříve definována v zákonu o rodině č. 94/1963 Sb., který byl ke dni 1. 1. 2014 zrušen novým občanským zákoníkem, tj. zákonem č. 89/2012 Sb. Tento zákon obsahuje patřičné pasáže z rodinného práva.

Nařízení ústavní výchovy je v kompetenci soudu, který dle zákona 89/2012 Sb. přistupuje k ústavní výchově následovně: „*Výchova dítěte nebo jeho tělesný, rozumový či duševní stav, anebo jeho řádný vývoj vážně ohroženy nebo narušeny do té míry, že je to v rozporu se zájmem dítěte, anebo jsou-li tu vážné důvody, pro které rodiče dítěte nemohou jeho výchovu zabezpečit.*“ Tento zákon zároveň uvádí, že nařízení ústavní výchovy by měla předcházet jiná opatření a soud by měl vždy zvažovat, zda není vhodnější dát přednost svěřením dítěte do péče fyzické osoby. Nedostatečné materiální poměry v rodině nemohou být samy o sobě důvodem k nařízení ústavní výchovy. Soud v pravidelných intervalech přezkoumává, zda trvají důvody pro nařízení ústavní výchovy.

Ochranná výchova je naproti tomu institutem z oblasti trestního práva a vymezuje ji zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník jako jeden z druhů ochranných opatření. Sou-

¹ Viz např. Matoušek (2003).

časně je zde uvedeno, že ochranná výchova je upravena zákonem o soudnictví ve věcech mládeže. Z povahy věci je jasné, že ochranná opatření jako důsledky trestných činů se především týkají zletilých osob. Matoušek, Koláčková a Kodymová (2005, s. 271) píše, že ochranná výchova je nařízena dětem nebo mladistvým ve věku 15-18 let, kteří spáchali jinak nepotrestatelný trestný čin.

1.1 Výchovní opatření

Výše byla diskutována dvě výchovní opatření. Mimoto existuje ještě tzv. předběžné opatření. Dle zákona č. 109/2002 Sb. soud výchovní opatření ukládá dětem zpravidla od 3 do 18 let, případně do 19. let či ukončení přípravy na budoucí povolání. Všechna tři výchovní opatření je možné shrnout do následujících bodů:

1. Předběžní opatření – zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, upravuje situaci, kdy se dítě ocitlo *„ve stavu nedostatku řádné péče bez ohledu na to, zda tu je či není osoba, která má právo o dítě pečovat, nebo je-li život dítěte, jeho normální vývoj nebo jiný důležitý zájem vážně ohrožen nebo byl-li narušen“*. Pak dle daného zákona soud nařídí přesun dítěte do vhodného prostředí, kam může spadat i pěstounská péče. V praxi se při rozhodování o předběžném opatření ukazuje jako důležitý i názor kompetentních osob sociálně právní ochrany dětí (tzv. OSPOD).
2. Ústavní výchova – ve srovnání s dřívějším stavem je významnou změnou např. možnost omezit dobu trvání ústavní výchovy na 3 roky. § 972 zákona 89/2012 Sb. však uvádí, že soud může tuto lhůtu v případě potřeby prodloužit. Jelikož ústavní výchova v podstatě supluje rodinu, klient typicky dnem dovršení svých 18. narozenin ústav opouští.
3. Ochranná výchova – dle zákona č. 218/2003 Sb. (zákon o soudnictví ve věcech mládeže) je účelem ochranné výchovy přispět k tomu, aby se dotyčný *„nadále páchání protiprávního činu zdržel a našel si společenské uplatnění odpovídající jeho schopnostem a rozumovému vývoji a podle svých sil a schopností přispěl k odčinění újmy vzniklé jeho protiprávním činem“*. Rovněž délka ochranné výchovy je vymezena nejdéle do 18. roku věku mladistvého. Jestliže je nemožné ochrannou výchovu bezodkladně vykonat, soud mladistvému nařídí dohled probačního úředníka do doby jejího zahájení. Ochrannou výchovu může soud pře-

měnit na výchovu ústavní, když „*převýchova mladistvého pokročila do té míry, že lze očekávat, že i bez omezení, kterým je podroben během výkonu ochranné výchovy, se bude řádně chovat a pracovat, avšak dosud nepominuly všechny okolnosti, pro něž byla ochranná výchova uložena.*“

Předběžné opatření jako poměrně specifické téma dále není probíráno. Je vhodné zdůraznit, že v současnosti je ve zmíněných případech upřednostňována náhradní rodinná péče na úkor ÚOV.

1.2 Školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy

Kromě činností výchovných jsou v rámci systému zařízení pro výkon ÚOV zajišťovány i nezbytné postupy intervenční či preventivní. Klientům diagnostických ústavů, dětských domovů a výchovných ústavů je poskytováno plné přímé zaopatření, které podle zákona č. 109/2002 Sb. zahrnuje stravování, ubytování a ošacení, učební potřeby a pomůcky, úhradu nezbytně nutných nákladů na vzdělávání, úhradu nákladů na zdravotní péči, léčiva a zdravotnické prostředky, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, kapesné, osobní dary a věcnou pomoc při odchodu zletilých, úhradu nákladu na dopravu do sídla školy, potřeby pro využití volného času a rekreaci, náklady na kulturní, uměleckou, sportovní a oddechovou činnosti, náklady na soutěžní akce, rekreace, náklady na dopravu k osobám odpovědným za výchovu.

Jánský před 10 lety popisoval výrazné rozdíly mezi jednotlivými zařízeními pro ÚOV. Zatímco některá zařízení již tehdy poskytovala individualizovanou péči a zajišťovala nejen materiální, ale i psychické potřeby dětí², v jiných přetrvávaly pozůstatky socialistického řešení problémů. Autor také upozorňoval na předsudky veřejnosti vůči výchovným ústavům. (Jánský, 2004, s. 95).

Matoušek a Kroftová (2003, s. 179) uvažovali profesionální rodiny jako jednu z alternativ ústavní péče. Dnes, po více než deseti letech, lze s ohledem na legislativní změny, které se dotkly např. finančního ohodnocení náhradních rodin, hovořit o výraznějších pokrocích v náhradní rodinné péči. Nicméně i tak jsou počty dětí a mladistvých v jednotlivých zařízeních poměrně vysoké.

² Viz např. Matějček, Dytrch (1997).

Tabulka 1 Děti a mládež dle pohlaví v zařízeních pro výkon ÚOV, školní rok 2013/2014

| Zařízení Zřizovatel | celkem | z toho dívky |
|------------------------|--------|--------------|
| Celkem | 6549 | 2673 |
| dětský domov | 4253 | 1989 |
| dětský domov se školou | 697 | 164 |
| výchovný ústav | 1146 | 318 |
| diagnostický ústav | 453 | 202 |

Zdroj: MŠMT (2014a).

Z tabulky 1 je patrné, že nejvíce dětí a mladistvých bylo v předminulém školním roce v dětských domovech a naopak nejméně v diagnostických ústavech, což je vzhledem k zaměření jednotlivých zařízení, které jsou popsány níže, vcelku pochopitelné.

Tabulka 2 Děti a mládež podle druhu postižení v zařízeních pro výkon ÚOV, školní rok 2013/2014

| Zřizovatel / Zařízení / Věk dětí a mládeže | Postižené děti celkem | v tom postižení | | | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------|----------|---------|-------------|---------|-------------|--------------------|------------------|----------|
| | | mentální | sluchové | zrakové | vadami řeči | tělesné | více vadami | | vývojové poruchy | autismus |
| | | | | | | | celkem | z toho hluchoslepí | | |
| Celkem | 3128 | 1232 | 29 | 111 | 191 | 18 | 212 | 6 | 503 | 35 |
| dětský domov | 1607 | 903 | 25 | 98 | 176 | 17 | 137 | 6 | 227 | 24 |
| dětský domov se školou | 507 | 125 | 0 | 0 | 3 | 0 | 47 | 0 | 128 | 5 |
| výchovný ústav | 744 | 156 | 2 | 5 | 7 | 0 | 27 | 0 | 119 | 5 |
| diagnostický ústav | 270 | 48 | 2 | 8 | 5 | 1 | 1 | 0 | 29 | 1 |

Zdroj: MŠMT (2014b).

Mentální postižení je převažujícím postižením u dětí a mladistvých v zařízeních pro výkon ÚOV. V tabulce ještě chybí kategorie „závažné poruchy chování“ a „extrémní poruchy chování“, přičemž v prvním případě jde o poměrně vysoké číslo – celkem 707 případů.

Tabulka 3 Pracovníci zajišťující chod zařízení pro výkon ÚOV dle pohlaví, školní rok 2013/2014

| Zařízení/Zřizovatel | Pracovníci (fyzické osoby) | |
|------------------------|----------------------------|-------------|
| | celkem | z toho ženy |
| Celkem | 4398 | 2866 |
| dětský domov | 2366 | 1935 |
| dětský domov se školou | 683 | 330 |
| výchovný ústav | 902 | 348 |
| diagnostický ústav | 447 | 253 |

Zdroj: MŠMT (2014c).

Sektor ÚOV zahrnoval ve školním roce 2013/2014 z celkového počtu 4398 pracovníků 65 % žen. V dětských domovech jednoznačně převažuje zastoupení žen, které tvořily necelých 82 % personálu. Naopak ve výchovných ústavech je možné zaznamenat, že většinu pracovníků zastupují muži (konkrétně necelých 62 %).

Tabulka 4 Počet zařízení pro výkon ÚOV a jejich lůžková kapacita

| Zřizovatel Zařízení | Počet zařízení | Lůžková kapacita |
|------------------------|-------------------|---------------------|
| Celkem | 219 | 7966 |
| dětský domov | 146 | 5056 |
| dětský domov se školou | 30 | 1067 |
| výchovný ústav | 29 | 1297 |
| diagnostický ústav | 14 | 546 |

Zdroj: MŠMT (2014d).

Nejvíce je v České republice dětských domovů, což je s ohledem na náplň jejich činnosti opět pochopitelné. Lůžková kapacita nebyla v předminulém školním roce naplněná, avšak zajímavější by bylo ji zkoumat např. s ohledem na lokalitu, výskyt kriminality v dané lokalitě apod. Diagnostické ústavy jsou ze zařízení, která zajišťují ÚOV, nejméně početná a jejich počet odpovídá počtu krajů v České republice. Řada jiných zajímavých a podrobných údajů je k dispozici na citovaném webu MŠMT.

Diagnostický ústav

Diagnostický ústav (dále DÚ) podle zákona č. 109/2002 Sb. plní různé úkoly diagnostické (vyšetření dítěte pomocí pedagogických a psychologických metod), vzdělávací (zajištění úrovně dosažených znalostí a dovedností dle specifických vzdělávacích potřeb dítěte), výchovné a sociální (např. zprostředkování nezbytných zdravotních vyšetření), organizační (např. spolupráce s OSPOD) a koordinační.

Zákon č. 109/2002 Sb. dále uvádí, že typicky délka pobytu v DÚ nepřesáhne 8 týdnů. Výstupem práce DÚ je komplexní diagnostická zpráva s patřičnými návrhy (tzv. program rozvoje osobnosti). DÚ umísťuje děti do dětských domovů nebo výchovných ústavů, nicméně na základě rozhodnutí soudu se může dítě dostat do těchto zařízení bez předchozího pobytu v DÚ. V DÚ jsou zřízeny minimálně 3 výchovné skupiny pro účely komplexního vyšetření. Ti, když ukončili povinnou školní docházku, v rámci DÚ navštěvují diagnostické třídy, které zajišťují přípravu na jejich budoucí povolání.

Dětský domov a dětský domov se školou

Zákon 109/2002 Sb. upravuje také ostatní zařízení zajišťující ÚOV. Dětský domov (dále DD) plní úkoly výchovné, vzdělávací a sociální směrem k dětem, které nemají závažné poruchy chování. Tyto děti jsou vzdělávány ve školách, které nejsou součástí DD. Do DD mohou být umístěny i nezletilé matky s dětmi. Z toho vyplývá, že dětský domov se školou (dále DDS) je určen pro děti s poruchami chování a dále zákon specifikuje, že může jít i o děti s přechodnou nebo trvalou duševní poruchou, uloženou ochrannou výchovou nebo nezletilé, kteří nemohou být vzděláváni ve škole, jež není součástí DDS. Zatímco do DD jsou umísťovány děti zpravidla od 3 let, do DDS jde o děti od 6 let, neboť toto je dle školského zákona typický věk nástupu do 1. třídy základní školy.

Podle Janského (2004, s. 94) tvoří velkou část dětí v DD nechtěné děti z rozpadlých rodin, popř. přímo z kojeneckých ústavů. V tomto případě DD plní funkci spíše náhradní péče.

Výchovný ústav

Do výchovného ústavu (dále VÚ) jsou dle zákona č. 109/2002 Sb. umísťováni nezletilí starší 15 let se závažnými poruchami chování, u nichž byla nařízena ÚOV. VÚ se zřizují odděleně pro děti s nařízenou ústavní výchovou, s uloženou ochrannou vý-

chovou, nezletilé matky a děti vyžadující výchovně léčebnou péči. Popřípadě je možné pro tyto kategorie osob zřídit oddělené výchovné skupiny. Dítě starší 12 let může být umístěno do VÚ, pokud má uloženou ochrannou výchovu a v jeho chování se projevují poruchy závažné do té míry, že nemůže být umístěno v DDS. V případě zvlášť závažných poruch chování může být do VÚ umístěno i dítě s nařízenou ústavní výchovou, které je starší 12 let.

Sed'ová (2014) aktuálně uvádí, že finanční nedostatek se současné institucionální péče netýká. Děti v uvedených zařízeních se podle jejich zjištění mají tak dobře, že si podobný životní standard po opuštění zařízení nejsou schopny udržet, což autorka dává do souvislosti s následnou trestnou činností, jíž se podle údajů Ministerstva vnitra dopustí až 56 % dětí. Článek dále cituje ředitele DD v Dolních Počernicích, který předkládá soukromou statistiku naznačující lepší adaptační schopnosti dívek – 40 % chlapců, kteří opustí tamní DD, se dobře začlení. V případě dívek je číslo o 20 procentních bodů vyšší.

2 Adolescence jako rizikové období

Původ slova adolescence je latinský, podle Rejzka (2001, s. 45) má kořeny v adescere s významem dorůstat, prospívat nebo vzdáleněji žít. Podle Macka (2003, s. 9) se v českém jazyce označení adolescenti volně zaměňuje s označením dospívající a dorost a také s širším označením mládež. V současné době se pojem adolescence zřejmě užívá častěji než dříve častěji užívaná slova puberta a pubescence, i když mezi těmito pojmy existují určité rozdíly. Např. Langmeier a Krejčířová (2006, s. 143) mezi nimi diferencují následovně:

1. Období pubescence – zhruba od 11 do 15 let:
 - a. Fáze prepuberty (neboli první pubertální fáze) – nastupuje prvními známkami pohlavního dospívání, jako jsou první sekundární pohlavní znaky a urychlení v růstové křivce. Končí nástupem menarche, respektive obdobným vývojem u chlapců, tj. první noční polucí. U většiny českých dívek trvá od 11 do 13 let, zatímco u chlapců je tato životní etapa asi o 1-2 roky zpožděná.
 - b. Fáze vlastní puberty (druhá pubertální fáze) – končí dosažením reprodukční schopností, tj. nástupem pravidelného ovulačního cyklu a schopností oplodnění. Přibližně lze hovořit o věkovém rozmezí 13-15 let.

2. Období adolescence – cca 15-22 let, kdy je dosahována plná reprodukční schopnost a dokončován tělesný růst. Souběžně nastávají změny ve společenském postavení jedince, neboť již studuje střední školu, objevují se u něj častěji sexuální vztahy a zásadně se mění sebepojetí. Běžně se tato věková skupina označuje jako mladiství či dorost.

Nelze opomenout ani široké vymezení adolescence, k němuž se přiklání např. Macek (2003, s. 9-10). Profesor brněnské univerzity adolescenci míní celé období mezi dětstvím a dospělostí, nicméně ji vnitřně rozčleňuje. Macek konkrétně rozlišuje časnou adolescenci (cca 11-13 let, tj. přibližně výše uvedená prepuberta), střední adolescenci (cca 14-16 let, zhruba puberta) a pozdní adolescenci (cca 17-20 let).

Prakticky se nelze setkat se ztotožňováním konce adolescence a dovršení zletilosti. Odborníci si vesměs uvědomují, že plnoletost nerovná se dospělost. Americký vývojový psycholog J. Arnett v roce 2000 přišel s konceptem vynořující se dospělosti jako obdobím mezi 18 a 29. rokem, kdy jsou lidé sice formálně dospělí, ale necítí se tak a nevykazují některé charakteristické rysy dospělosti, jako je např. stabilita povolání nebo stabilita partnerská. Arnett vynořující se dospělosti připisuje společenským proměnám. (Wiesnerová, 2013)

Hlavním tématem tohoto textu je období adolescence, které se ke konci v mnohém překrývá s vynořující se dospělostí a mladou dospělostí. Žádoucí je připomenout, že dospívající v ÚOV se mnohdy potýkají s různými druhy postižení a poruch. Dochází tedy ke kombinaci změn ontogenetických a psychopatologických nebo jinak abnormálních. Následující řádky se věnují vývojové problematice.

2.1 Charakteristické rysy adolescence

Vágnerová (2005, s. 326-435) se zabývá adolescencí z hlediska šesti vývojových oblastí:

1. Tělesná proměna a její význam – kromě výše uvedeného lze uvést kupříkladu růst subjektivního významu zevnějšku a pochybnosti o svém zjevu. Úprava ze-

vnějšku může sloužit jako prostředek k vyjádření identity. Společenský ideál krásy může na adolescenty vytvářet výrazný tlak³.

2. Vývoj poznávacích procesů – z pohledu Piagetovy teorie⁴ se dospívající nachází ve stadiu formálních logických operací, které lze označit jako operace hypoteticko-deduktivní. Charakteristický je poznávací egocentrismus, tj. např. nadměrná kritičnost nebo podlehnutí klamu o výjimečnosti vlastních úvah. Také se objevuje radikalismus, jehož obvyklou formou jsou zkratkovité generalizace. Nedochozí ale k zásadním proměnám stylu myšlení.
3. Emoční vývoj – průměrní pubescenti reagují méně přiměřeně než lidé v období pozdní adolescence. Navenek se tato nepřiměřenost projevuje větší impulzivitou a nedostatkem sebeovládání. Zároveň se může objevit např. neochota projevovat city navenek a emoční egocentrismus podobný egocentristu kognitivnímu. S nepříjemnými pocity se adolescent poměrně často vyrovnává regresí na nižší vývojovou úroveň nebo únikem do fantazie.
4. Vývoj autoregulačních schopností – citová labilita a emoční výkyvy se mohou negativně promítat do schopnosti uplatnit vlastní vůli. Při řešení problémů se objevují adaptivní strategie, jako např. hledání sociální opory či spoléhání na sebe.
5. Socializace – normální pubescent odmítá podřízenou roli a polemizuje s názory dospělých. V rámci různých společenských skupin se dále specifikují role a status adolescentů. Jedním z úkolů dospívání je odpoutat se z vázanosti na rodinu, což se může nepřímo projevovat např. odmítáním nadměrného pečovatelsví ze strany rodičů. Potřeba přátelství bývá silná a objevují se i experimenty s partnerskými vztahy. Nicméně adolescentní rodičovství se obecně pokládá za předčasné.
6. Vývoj osobnosti a identity – často nejde o vytvoření vlastní identity, ale o převzetí modelu charakteristického pro danou sociální skupinu. Četní adolescenti shledávají dospělost neatraktivní, neboť je spojena s vyšší mírou zodpovědnosti. Potřeba oddálit dospělost se zrcadlí v tzv. adolescentním moratoriu. Důležitý je i

³ Viz např. Krch (2010).

⁴ Viz např. Piaget a Inhelder (2014).

rozvoj genderové identity, pro jejíž utváření je zásadní způsob vymezení mužské a ženské role.

Zakladatel výzkumu identity, E. Erikson, hovořil o konfuzi identity, jež pramení z různých intrapsychických konfliktů. Adolescenti se podle Eriksona potýkají s vlastní nepřípraveností na převzetí role dospělého, s obavami z odmítnutí při projevení sexuálních pudů nebo se cítí v rozpacích, když se mají oddat intimnímu vztahu. (Hall, Lindzey, 2002, s. 73-74) Neschopnost vyřešit tuto adolescentní krizi se u některých projeví výše citovaným odkladem řešení, tzv. moratoriem. Zatímco pro Eriksona bylo moratorium spíše krajním řešením, dnešní autoři v čele s Arnettem je pokládají za relativně normální stav.

2.2 Procesy a změny vývoje osobnosti v adolescenci

Významným životním mezníkem je volba povolání. S výjimkou dobrých žáků, kteří často pokračují gymnaziálním studiem, je dospívající končící povinnou školní docházkou nucen volit studijní obor určitého zaměření. Langmeier a Krejčířová (2006, s. 159-160) citují německy píšící autory a jejich diferenciaci tří typů volby povolání:

- A. Ve volbě povolání se přizpůsobuje rodičům nebo jiným významným dospělým, popřípadě se rozhoduje podle víceméně nahodilých vnějších skutečností. Jedná se o vesměs pasivní přístup.
- B. Dospívající z této kategorie mají určitá přání vzhledem k budoucímu povolání, avšak jejich představy bývají vágní a nepevné, určují spíše jen obecnou širokou orientaci. Samotná volba se pak častokrát uskuteční pod vlivem různě silného tlaku okolí. Jedná se o nejčastěji zastoupený typ, uvádí se cca 50 %.
- C. Typ řídící svou volbu podle osobního plánu založeného na vlastních cílech, často předem dlouze promyšlených. Tito jedinci bývají iniciativní, rozhodní a obvykle se vyznačují silnými seberealizačními tendencemi.

Pojetí adolescence jako období intrapsychických a interpersonálních konfliktů je zakořeněné i v pop-psychologii. Macek (2003, s. 13-27) tento koncept označuje slovním spojením „bouře a konflikt“. Další pojetí adolescence zdůrazňují nutnost splnění vývojových úkolů, proces učení, poznávání a přijímání nových rolí, konceptualizaci vlastního životního prostoru nebo utváření vlastního vývoje.

Optikou Eriksonovy teorie je adolescence přípravou na období konfliktu mezi intimitou a rizikem osamocení, které je charakteristické pro mladou dospělost. Langmeier a Krejčířová (2006, s. 154-155) popisují, jak obvykle probíhá rozšiřování vztahů:

1. Skupinová izosexuální fáze - v pubertě jedinci obvykle vytvářejí vztahy k osobám stejného pohlaví a i když takové vztahy vznikaly dříve, bývají nyní stabilnější. Různé role jednotlivců již bývají více diferencovány a od členů se očekává loajalita. Jedinci opačného pohlaví jsou obvykle odmítáni.
2. Individuální izosexuální fáze – užší emoční vztah naplňuje potřebu intimního párového přátelství. Přestože účast na skupinovém životě může přetrvávat dlouhou dobu, uvedená potřeba v individuálně odlišné fázi puberty vystupuje do popředí. Přátelství založená v dospívání mnohdy přetrvávají až do stáří.
3. Přejídná etapa – v pubertě se ohlašuje zájem o druhé pohlaví, i když zprvu bývá bázlivý a nejistý. Chlapci i dívky často zůstávají ve skupině a projevují zájem zprostředkovaně či v utajení.
4. Heterosexuální či homosexuální fáze polygamní – na přelomu pubescence a adolescence se začínají objevovat skutečné eroticky laděné vztahy. Pevládajícím prvkem v těchto vztazích je zvědavost a přání ujistit se o vlastní přitažlivosti či ceně.
5. Etapa zamilovanosti – za příznivých okolností se objevují autentické erotické vztahy s hlubším porozuměním a oddaností založenou na shodných či doplňujících se rysech osobnosti.

Se sexualitou se samozřejmě pojí i rizikové chování, zejména pak chování s rizikem nákazy sexuálně přenosnými chorobami. Toto a vztažná témata jsou náplní další kapitoly.

3 Rizikové chování

Výše bylo uvedeno, že adolescenti se vyznačují zvýšenou mírou impulzivity a nedostatkem sebeovládání. Tyto osobnostní charakteristiky samy o sobě své nositele disponují k rizikovému jednání. Hartl a Hartlová (2000, s. 511) uvádějí, že riziko znamená buď nebezpečí nebo je to „*volba situace nebo aktivity s vysokou mírou pravděpodobnosti neúspěchu nebo ztráty, ohrožující něco, co má pro člověka určitou hodnotu.*“

Důležité je rozlišovat samotné rizikové chování a bio-psycho-sociální faktory⁵, které se v jeho etiopatogenezi uplatňují. V odborné literatuře jsou také rozpracovány tzv. rizikové faktory, což jsou proměnné zvyšující pravděpodobnost určitého negativního jevu. Např. Matoušek a Pazlarová (2010, s. 138-144) píší o interakci následujících skupin rizikových faktorů:

1. Rizikové faktory na straně rodičů – patří sem např. zanedbávání nebo týrání. V sérii studií byly identifikovány typy matek, které mají sklon k zanedbávání svých dětí. Jsou to matky apatické, impulzivní, mentálně retardované, depresivní a psychotické. Obecně představují na straně dospělých riziko osobnostní anomálie, psychické nemoci, závislosti a traumatizace ve vlastním dětství.
2. Na straně dětí – biologické faktory (např. nedonošenost, nízká porodní hmotnost, obtížný temperament, chronická nemoc nebo častá nemocnost, snížená inteligence) a jiné faktory (např. nechtěné těhotenství, některá z forem nejisté vazby na rodiče, přerušování kontaktu s rodičem na delší dobu, nízké sebehodnocení).
3. Na straně rodiny – např. časté konflikty mezi jednotlivými členy domácnosti nebo mladá osamělá matka.
4. V širším prostředí – chudoba, nezaměstnanost rodičů či nedostupnost zdrojů sociální opory.

Protikladem rizikových faktorů jsou faktory ochranné, které riziko umenšují.⁶ Není překvapivé, že tyto jsou častokrát identifikovány v rodině a jejím fungování. S přihlédnutím k tomuto faktu a k rizikovým faktorům citovaným výše lze jednoznačně prohlásit, že děti a dospívající v ÚOV jsou vystaveny vyššímu riziku než obecná populace. Koneckonců zákonné důvody pro umístění do ÚOV se s tímto přímo prolínají.

Matoušek, Koláčková a Kodymová (2005, s. 267-269) píší o tzv. rizikové mládeži a zdůrazňují mimo jiné selhávání rodiny a dlouhodobý pobyt v ústavním zařízení. Mezi negativní důsledky ústavního pobytu autoři řadí zhoršení zdravotního stavu, dopad na úroveň vzdělání, kriminalitu a kvalitu partnerského života. Delikvenci pak Matoušek ve spolupráci s Kroftovou (2003) věnoval celou monografii.

⁵ K bio-psycho-sociálnímu paradigmatu viz např. Baštecká a Goldmann (2001).

⁶ Viz např. Sobotková (2012).

Fischer a Škoda (2009, s. 45-155) uvádějí následující výčet závažných sociálně-patologických jevů: agresivita a násilí, suicidální jednání, zneužívání psychoaktivních látek, návykové a impulzivní poruchy, sociálně-patologické jevy spojené s prostředím rodiny (např. zneužívání), kriminalita a delikvence.

Někdy je evidentně obtížné rozlišit mezi sociálně-patologickými jevy či rizikovým chováním a rizikovými faktory jako takovými. Zároveň se zde objevuje téma psychiatrických poruch, které je samo o sobě nesmírně široké. Např. Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol. (2008, s. 285) píší o návykových rizicích a v dané kapitole se zabývají také samotnými nosologickými jednotkami. Čili někteří autoři mezi koncepty rizikových poruch a rizik volně zaměňují, případně je analyzují v rámci jedné kapitoly.

Dalším problémem je skutečnost, že určité poruchy zvyšují pravděpodobnost určitého rizikového chování⁷, různé poruchy se často vyskytují společně (tzv. komorbidně) nebo přecházejí jedna v druhou⁸. Nelze si tedy dělat nároky na zevrubné uchopení problematiky a současně je vzhledem k omezenému rozsahu textu nutné některá témata opomenout.

3.1 Šikana jako projev agresivity

Hartl a Hartlová (2000, s. 23-24) pokládají agresivitu za útočnost, která může být reakcí na osobní ohrožení, projevem trvalejšího osobnostního rysu nebo symptomem duševní poruchy. Sociální patologie, tak jak píší Fischer a Škoda (2009, s. 46) se zaměřuje především na ty formy agresivity, které představují hrubé porušení sociálních norem. Existuje totiž i přiměřená míra agresivity, např. v sebeobraně nebo při prosazování oprávněného požadavku.

Agresivita a agrese jsou odlišné pojmy s tím, že druhý představuje útočný akt. Běžně je diferencováno mezi různými druhy agrese. Např. Výrost, Slaměník a kol. (2008, s. 269) kromě verbální, fyzické, přímé a nepřímé agrese píší o druzích agrese z hlediska povahy a kontextů příčin. V tomto ohledu se liší afektivní (hostilní, zlostná, impulzivní nebo expresivní) agrese, která má obvykle reaktivně zlostný charakter, od agrese instrumentální, jejíž určující vlastností je účelovost. Instrumentální agrese je pře-

⁷ Např. v případě poruchy pozornosti a aktivity (z USA známé jako ADHD) je jedním z jádrových příznaků impulzivita, která implikuje nerozvážené, rizikové jednání. Nebo např. u deprese lze očekávat vyšší riziko sebevražedného jednání.

⁸ Např. porucha pozornosti a aktivity, sekundárně porucha chování a následně v dospělosti porucha osobnosti.

devším vedlejším produktem dosahování jiných cílů. Nicméně lidské chování není absolutní kategorií, proto Hewstone, Stroebe a kol. (2006, s. 387) upozorňují, že totéž chování může být v závislosti na sociálních normách a atribucích posouzeno jako agresivní i neagresivní.

Různorodost agresivních projevů se odráží v širokém spektru teorií, které se snaží identifikovat jejich příčiny. Výrost, Slaměník a kol. (2008, s. 270-273) uvádějí šest hlavních teoretických přístupů k agresi:

1. Agrese jako instinkt – biologické příčiny agrese identifikoval mezi prvními známý etolog K. Lorenz, jehož vysvětlení agrese pomocí instinktů je příkladem využití tzv. hydraulického modelu, původně rozpracovaného psychoanalytikem S. Freudem.
2. Frustrace a agrese – J. Dollard, N. Miller a jejich spolupracovníci přišli s tvrzením, že agrese je vždy důsledkem frustrace. Konkrétní podoba agresivního chování se nepovažovala za důležitou, akceptovala se i varianta nepřímé agrese. Hypotetickou vnitřní hnací silou, kterou frustrace aktivizuje, je podle této teorie pud. Po četných diskuzích byla hypotéza reformulována.
3. Kognitivní neoasociační teorie – L. Berkowitz poukázal na souvislosti mezi averzivními událostmi a negativním afektem. Nepříjemná situace vyvolává negativní afekt, který podněcuje různé myšlenky vzpomínky, motorické a fyziologické procesy. Tendence bojovat se spojí s rudimentárními pocity zlosti, tendence utéci pak se strachem.
4. Sociální učení – A. Bandura ve své teorii sociálního učení dokázal, že významným zdroje utváření repertoáru chování je učení se od dospělých. Děti si od dospělých osvojují většinu chování prostřednictvím pozorování a imitace. Zásadní roli při učení sehrávají důsledky pozorovaného chování. Když je pozorovaná osoba za agresi potrestána, klesá pravděpodobnost učení se pozorovanému chování a naopak.
5. Teorie transferu excitace – D. Zilman při vysvětlování agrese pracuje s fyziologickým nabuzením neboli aktivací, která klesá velmi pomalu. Může se proto stát, že nabuzení vycházející z aktivizující události, která bude oddělená od druhé krátkým časovým intervalem, se do druhé situace přenese, čímž vznik-

ne svého druhu zkreslení. Jestliže druhá událost podněcuje zlost, potom přenesená aktivace může tuto zlost zintenzivnit.

6. Integrativní teorie – málokterý odborník je dnes redukcionistický ve smyslu, že by hovořil jen o jedné skupině příčin agrese. Vznikají proto integrativní pohledy, které efektivně kombinují různá vysvětlení.

Systematické agresivní chování typicky splňuje diagnostická kritéria pro poruchu chování. Významnou formou agrese je šikana. Přední český odborník na šikanu, M. Kolář, se domnívá, že šikanování, tj. zneužívání slabšího mocnějším, je všudypřítomné. Kromě škol nebo zájmových skupin se s šikanou lze setkat v zaměstnání, partnerských vztazích, nemocnicích nebo domovech důchodců. (Kolář, 2001, s. 17) Pro češtinu je příznačné, že označení různých forem šikany přejímá z angličtiny.

Hewstone, Stroebe a kol. (2006, s. 378) uvádějí hypotézu o sociálním nepřízpůsobení, podle níž je šikana důsledkem obecně přijímaného sociálního klimatu vrstevnické skupiny a individuálních postojů a chování. Specifický styl chování je pak v závislosti na typu skupin norem odmítán a dochází k šikaně, nebo je přijat.

Z uvedeného vyplývá, že na školách všeho typu je naprosto klíčové pracovat s diagnostikou sociálního klimatu. V České republice jsou k dispozici např. Braunovy dotazníky (B-3, B-4) nebo Hrabalův sociometricko-ratingový dotazník (SO-RA-D)

3.2 Látkové závislosti a vztažné rizikové chování

Návykové látky mají u dětí a dospívajících specifická rizika, např. existuje vyšší riziko těžkých otrav, rychleji vznikají závislosti, může docházet k zaostávání v psychosociálním vývoji, vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky a častěji se pojí s dalšími komplikacemi, jako je selhávání v životních rolích nebo trestná činnost. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 285) Je všeobecně známo, že mezi českými adolescenty je značně populární užívání marihuany a z ní odvozených produktů. Užívání psychoaktivních látek může mít četné negativní důsledky, přičemž mezi nejzávažnější patří závislost. Nicméně ne každá psychoaktivní látka má potenciál vyvolat závislost.

Mezinárodní klasifikace nemocí v 10. revizi (MKN-10) zahrnuje pod kódy F10-F18 vyvolané užíváním alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ nebo hypnotik, kokainu, jiných stimulancií (včetně kofeinu), halucinogenů, tabáku a organických rozpouště-

del. Kód F19 je potom vyhrazen pro poruchy vyvolané užíváním několika látek a užíváním jiných psychoaktivních látek. (Smolík, 2002, s. 7) Čili MKN-10 reflektuje hlavní kategorie psychoaktivních látek a současně i nejužívanější legální i nelegální drogy.

Vágnerová (2004, s. 548-549) vypočítává následující důsledky užívání drog:

- Akutní intoxikace – jde o přechodnou změnu fyziologických i psychických funkcí, která může nabývat charakteru poruchy.
- Zneužívání (abúzus) – tělesné nebo psychické změny vznikající obvykle v důsledku dlouhodobého užívání dané látky. Z medicínského hlediska je abúzus sebepoškozujícím chováním.
- Závislost – rozlišuje se somatická a psychická závislost. Míra závislosti se vztahuje k pravděpodobnosti jejího zneužívání. Medicínsky jde o onemocnění. Syndrom závislosti se projevuje určitými příznaky, které trvají alespoň 12 měsíců.

Nejběžněji užívanou nelegální stimulační drogou v Evropě zůstává kokain, třebaže většina jeho uživatelů se nachází v malém počtu západních zemí. Užívání amfetaminů je v Evropě stále celkově nižší než užívání kokainu. Dostupnost a užívání amfetaminu ale vzbuzuje větší obavy. Metamfetamin v Evropě není populární s výjimkou České republiky, Slovenska a rozšiřuje se do některých zemí (např. Německa). Dalším problémem jsou nové psychoaktivní látky, např. v roce 2013 bylo prostřednictvím systému včasného varování poprvé nahlášeno 81 nových drog. (EMCDDA, 2014)

Kromě zdravotních a sociálních rizik je nutné zohledňovat i ekonomické aspekty užívání drog. Kalina a kol. (2003, s. 68) uvádějí, že nelegální drogy patří mezi komodity, jejichž cena v přepočtu za gram je vyšší než cena gramu čistého zlata. Většina problémových uživatelů nemůže financovat svůj návyk legálními způsoby, a proto se dopouštějí jednak obchodováním s drogami a především majetkové trestné činnosti.

3.3 Nelátkové závislosti a impulzivní poruchy

MKN-10 do této skupiny pod kódy F63.0-F63.3 řadí patologické hráčství, patologické zakládání požárů (pyromanii), patologické kradení (kleptomanií) a vyškubávání vlasů (trichilomanií). Kód F63.8 je vyhrazen pro návykové a impulzivní poruchy, jako např. kompulzivní nakupování (oniomanií) nebo kompulzivní tuláctví (dromomanií). (Smolík, 2002, s. 391) Zřejmě nejtypičtějším představitelem těchto poruch jsou různé

druhy patologického hráčství. Všeobecně známé je nutkové hraní výherních automatů. V posledních letech lze hovořit o narůstajícím zastoupení on-line hazardu, kam patří např. různé druhy kurzového sázení, karetní hry nebo stolní hry. Češi podle Novinek a ČTK (2014) v roce 2013 vydali na různé druhy hazardu a sázek 124 miliard, přičemž největší část z této sumy připadla na interaktivní videoloterijní terminály.

Pro všechny tzv. nelákové závislosti⁹ a impulzivní poruchy jsou typické tři základní znaky:

- Silná touha po určitém druhu prožitku (tzv. bažení, anglicky craving).
- Potíže v sebeovládání – projevují se neschopností odolat impulzu nebo nutkání k určité aktivitě, přestože postižená osoba ví, že dané jednání je nežádoucí a bude mít negativní důsledky.
- Nutkání k této aktivitě – je doprovázené postupným narůstáním napětí a pocity úzkosti, kterých se nelze zbavit či je snížit. Toto je jednání je v daný moment spojené s pocitem uspokojení nebo uvolnění a po něm zpravidla následují nepříjemné pocity, které ovšem nevedou k zabránění opakování této činnosti. (Smolík, 2002, s. 391-392)

Níže budou rozepsány vcelku frekventované impulzivní poruchy, patologické hráčství a patologické kradení. U problémových adolescentů se lze s jinými poruchami z okruhu impulzivních poruch, jako je např. závislost na práci, pravděpodobně setkat méně často.

3.3.1 Patologické hráčství

Patologické hráčství má podobně jako jiné druhy závislostního nebo impulzivního chování typický průběh. Postižené osoby také vykazují určité typické znaky, které popisuje Vágnerová (2004, s. 579):

- Prožívání – nutkání ke hře je asociováno s vnitřním napětím a dysforickým emočním laděním. Při hře dochází k redukci tenze, hráč obvykle pocítuje vzrušení a uspokojení. Mnohdy platí, že čím větší riziko ztráty (nebo analogicky čím větší je

⁹ Nelákové proto, že do těla není vpravována žádná látka, která by vyvolávala závislost. Jde o přilnutí k činnostem, které jsou většinou za určitých sociálních okolností považovány za normální.

možná výhra), tím větší vzrušení prožívá. Po hře často nastupují výčitky svědomí. S odstupem času mohou převládnout pocity beznaděje a deprese.

- Změny v uvažování a hodnocení – gambler bývá zaujat úvahami o hře a představami o jejích dalších možných variantách, které by vedly k jisté výhře apod. Rizikové jsou fantazie o dostupnosti velké výhry. Může převážit iracionální hodnocení pravděpodobnosti výhry a obranný mechanismus popření směrem k nereálnosti takových představ. Náhled na takovou nebezpečnou situaci bývá jen částečný nebo dočasný. Neadekvátní bývá i sebehodnocení v tom smyslu, že hráčské přesvědčení o vlastní schopnosti ukončit hraní neodpovídá skutečnosti.
- Změny v oblasti motivace a hodnotového systému – v osobnosti mnohých z těch, u nichž se závislost na výhře stala dominantním motivem, dominuje potřeba rychlého zbohatnutí bez výraznějšího vynaložení vlastního úsilí. Peníze jsou častokrát hodnoceny jen jako prostředek k uspokojení jiných potřeb (např. potřeby sociální prestiže) nebo jako prostředek posílení pocitu jistoty nebo jako náhražka vlastních kompetencí.
- Typické znaky chování – podobně jako v případě užívání psychoaktivních látek se může objevit růst tolerance. Dochází k narušení schopnosti seberegulace, kdy společensky nepřijatelné chování, které je iniciováno zvýšenou potřebou finančních prostředků, např. krádeže, by za jiných okolností vyvolalo pocity viny. Hráč pro ospravedlnění takového jednání vytváří různé obranné mechanismy. Např. racionalizace je zdánlivě rozumným zdůvodněním rozhodnutí pokračovat v této obecně odsuzované aktivitě.

Diagnostická kritéria pro patologické hráčství jsou v MKN-10 jednodušší, než jak je tomu v poslední revizi Diagnostického a statistického manuálu (DSM-5). Smolík (2002, s. 392) uvádí, že patologické hráčství představuje „*časté, opakované epizody hráčství, které dominují v životě jedince a vedou k poškození sociálních, pracovních, materiálních a rodinných hodnot a k zadlužení.*“ Tentýž autor cituje následující diagnostická kritéria pro F63.0:

1. V období minimálně jednoho roku se vyskytnou dvě nebo více epizod hráčství.
2. Tyto epizody nevedou u jedince k žádnému zisku, ale pokračují navzdory osobní nepohodě a narušení fungování v běžném životě.

3. Jedinec referuje o obtížně kontrolovatelném intenzivním puzení k hraní a sděluje, že není schopen zastavit hráčství vlastní vůlí.
4. Zaujetí myšlenkami na hru nebo fantaziemi o okolnostech spojených s touto činností.

Z hlediska epidemiologického jde, jak již bylo naznačeno výše, o závažný problém. Podle Svobody a kol. (2012, s. 256) se patologické hráčství týká 2-3 % lidí ve Spojených státech Amerických. Ústav zdravotnických informací a statistiky zmiňuje, že v roce 2012 bylo léčeno v ambulantních zdravotnických zařízeních 1415 patologických hráčů. V psychiatrických odděleních lůžkových zařízení bylo s touto diagnózou hospitalizováno celkem 527 osob. (ÚZIS, 2014) České údaje lze považovat za pověstnou špičku ledovce, neboť velké množství osob odbornou zdravotnickou péčí vůbec nevyhledá.

Přestože stát i jednotlivé obce se snaží regulovat dostupnost i množství heren, masivní penetrace internetového připojení vede k substituci jedné aktivity druhou. Všechné klauzule o zodpovědném hraní, které se nacházejí na více méně zapomenutých místech sázkových portálů, působí spíše ironicky. Avšak vzhledem k tomu, že firmy poskytující hazardní služby na internetu sledují primárně zisk, nejde o nic překvapivého.

Navíc je potřeba reflektovat, že pro určitý okruh osob představuje hazard formu zábavy, relaxace nebo prostředek k uspokojení jiných normálních potřeb, jako je potřeba sociálního kontaktu. Smolík (2002, s. 394) píše o tzv. sociálním hráčství, které je potřeba uvažovat v rámci diferenciací diagnostiky. Sociální hráč hraje obvykle s přáteli při návštěvách nebo ve společenských hernách a přestanou hrát v okamžiku, kdy utratí předem vymezený bank. Sociální hráči neodcházejí za hraním od rodin a svých přátel a nepůjčují si kvůli hraní peníze.

3.3.2 Patologické kradení a krádeže delikventního rázu

Kleptomanie je podle Vágnerové (2004, s. 595) „*nutkání ke krádežím věcí, jež často nemají žádnou hodnotu a člověk, který je vezme, je vůbec nepotřebuje (mnohdy je potom zahodí nebo odloží)*“. Je tedy nutné diferencovat mezi typickou kleptomanií a poruchovým chováním ve smyslu delikvence, kdy jedinci kradou za konkrétním účelem, jako je např. obstarání drogy. Takové delikventní krádeže nespádají mezi impulzivní a návykové poruchy. Krádeže mohou být samozřejmě i projevem jiné psychiatrické poruchy.

Diagnostická kritéria MKN-10 pro patologické kradení jsou následující:

1. Dvě a více krádeží, při kterých jedinec krade bez jakéhokoliv zřetelného motivu osobního zisku nebo pro zisk jiné osoby.
2. Jedinec popisuje intenzivní puzení ke krádeži s pocitem napětí před aktem a uvolnění po něm.

Všechny návykové a impulzivní poruchy se obvykle léčí farmakologicky, prostřednictvím psychoterapie, a když je to možné i v rámci práce s rodinou (Vágnerová, 2004, s. 587) Z hlediska psychopatologie jsou opakované krádeže u dětí a adolescentů často hodnoceny v rámci kategorie poruchy chování (F91). Odlišit pravou kleptomanií od poruchy chování může být poměrně snadné, avšak odhalit etiologii „nekleptomanických“ krádeží může být práce nesmírně náročná.

3.4 Poruchy chování

Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol. (2008, s. 315-317) uvádějí, že mezi dětmi školního věku má 5-20 % dětí určité poruchy chování, přičemž poměr chlapců k dívkám je udáván široce 4-12:1. Nejtypičtějším poruchami jsou agrese k lidem a zvířatům, destrukce majetku a vlastnictví, nepoctivost nebo krádeže a vážné násilné porušování pravidel.

Příznaky nosologické jednotky F91 jsou značně různorodé, velice častou součástí bývá zvýšená agresivita. Nejvyšší procento výskytu je udáváno u adolescentních chlapců, kteří mají současně poruchu pozornosti a aktivity. (Raboch, Zvolský a kol., 2001, s. 372) V případě kombinace poruchy pozornosti a aktivity s poruchou chování jde o diagnózu hyperkinetická porucha chování.

Diagnostická kritéria MKN-10 pro poruchy chování jsou následující:

A) Opakující se stabilní vzorce chování, ve kterých dochází k porušování sociálních norem a práv druhých. Během uplynulého roku musí být přítomny alespoň tři symptomy, přičemž minimálně jeden by měl být přítomen v posledním roce.

Agrese k lidem a zvířatům

- 1) Často druhé šikanuje, vyhrožuje jim nebo je zastrašuje.
- 2) Často iniciuje rvačky.

- 3) Předměty, které mohou těžce zranit druhé (např. cihly, nože) používá jako zbraň.
- 4) Vykazuje fyzickou agresi a hrubost k lidem.
- 5) Vykazuje fyzickou agresi a hrubost ke zvířatům.
- 6) Krade způsobem, při němž dochází ke střetu s obětí (např. loupežná přepadení nebo vydírání).
- 7) Vynucuje si sexuální aktivitu.

Destrukce majetku a vlastnictví

- 8) Zakládá ohně se záměrem poškození.
- 9) Destruuje majetek druhých.
- 10) Vloupává se aut, domů a jiných objektů.
- 11) Často nemluví pravdu, aby získal prospěch nebo výhody nebo aby se vyhnul povinnostem či závazkům.
- 12) Krade bez konfrontace s lidmi (např. v samoobsluze nebo padělá peníze).

Vážné násilné porušování pravidel

- 13) Před dovršením třinácti let opakovaně zůstává navzdory zákazům vychovatelů celé noci venku.
- 14) Utíká z domova, ačkoliv bydlí s rodinou nebo jejími zástupci (nejméně dvakrát) nebo se nevrací po dlouhou dobu.
- 15) Časté záškoláctví před dovršením třinácti let.

B) Poruchy chování významně negativně ovlivňují školní a pracovní fungování.

C) Je-li jedinec plnoletý, tak nejsou splněna kritéria pro stanovení diagnózy disociální porucha osobnosti. (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2008, s. 316-317)

Typickým znakem poruch chování je generalizované maladaptivní chování a narušení autoregulace osobnosti. (Vágnerová, 2004, s. 522) Poruchy osobnosti představují samostatnou diagnostickou jednotku a je možné o nich hovořit teprve u dospělých jedinců. S ohledem na výše popsany trend „odsouvání“ dospělosti a hledání vlastní identity může být více než kdy dříve diskutabilní, kdy se člověk stává dospělým. Zjednodušeně lze říci, že u poruch chování se předpokládá lepší prognóza než u poruch osobnosti.

Poruchy chování mají pestrou etiopatogenezi. Říčan, Krejčířová a kol. (2006, s. 241-242) rozlišují psychologicky a rodinně podmíněné poruchy chování s tím, že první kategorie je hypoteticky dána následujícími faktory:

1. Náhradní uspokojení – porucha chování je často vyjádřením potřeb, které dítě adaptivním způsobem ve svém prostředí vyjádřit nemůže, velmi často jde především o potřebu pozornosti a uznání. Takové děti se v rodině nebo mezi vrstevníky často cítí odmítány. Nejčastějším projevem bývají substituční krádeže nebo sexuální přestupky. Za ukradené peníze nebo statky si může „kupovat“ přátelství vrstevníků. Destruktivní činy mohou vzbudit alespoň nějaký zájem okolí. Smysl náhradního uspokojení bývá nevědomý a také pro okolí bývá motivace mnohdy nesrozumitelná.
2. Emoční deprivace – disociální chování zde nemá přímý vztah k specifickým averzivním, traumatickým událostem ani k emočním poruchám, ale hlavně k dlouhodobému citovému zanedbávání dítěte v rodině či v ústavní péči. Dopouštějí se ho také častěji děti s poruchou pozornosti a aktivity nebo děti s poruchami učení, pokud jsou společností odmítány. Současně bývá přítomná i značná impulzivita a obtíže s navazováním hlubších citových vztahů. Pro výchovné prostředí bývá kromě emočního zanedbávání charakteristický nedostatek důslednosti a disciplíny.
3. Disharmonický vývoj osobnosti – těmto dětem chybí schopnost navazovat vřelé vztahy k druhým, nepocítují lásku ani pocity viny. Zároveň bývají impulzivní se silnými agresivními tendencemi. Jejich činy jsou obvykle zaměřeny na okamžité vlastní uspokojení, nikoliv proti konkrétním osobám. Většinou nejsou schopny učit se ze zkušenosti, chybí jim vnitřní zábrany. Asociální činy mohou být i plánovány, chybí obvyklá „neurotická“ úzkost. Disharmonický vývoj je mnohdy spolupodmíněn citovou deprivací v útlém věku a jeho terapie není prognosticky příliš nadějná.
4. Volání o pomoc – jedná se o externalizační typ poruchy adaptace. K rozvoji dochází v akutní tíživé situaci, dítě bývá navíc většinou i silně úzkostné či depresivní. Vnější pozorovatel někdy vyvodí dojem záměrnosti, dítě se totiž chová, jako by vědělo, že mu dané chování umožní z konfliktní situace uniknout. Vcel-

ku často se tento typ poruch projevuje jen v některém specifickém prostředí, např. v rodině při vystupňovaných konfliktech dítěte s novým přítelem matky.

5. Jiná závažná psychická porucha – např. schizofrenie nebo deprese.

Rodinně podmíněné poruchy chování Říčan, Krejčířová a kol. (2006, s. 242) rozdělují do dvou skupin:

1. Nedostatečné zvnitřnění morálních norem – jestliže rodiče nemají internalizované sociální normy a např. dávají otevřeně najevo své uspokojení z podařených daňových úniků, sami skrytě stimulují dítě k překračování sociálních norem. Někdy dochází i k implicitnímu povzbuzování k páchání přestupků tím, že (zprvu bezdůvodně) opakovaně zdůrazňují zákazy (např. „Nesmíš pít, krást, prát se.“) nebo dítě podezřívají a obviňují (např. kdykoliv má dítě něco nového, je vysloveno podezření, že si to obstaralo nedovoleným způsobem). V těchto rodinách bývá výchova celkově nedůsledná a dítě často není trestáno za přestupek jako takový, ale spíše za okolnosti s ním spojené (např. „Proč jsi opisoval tak nešikovně?“).
2. Obětní beránek – porucha chování u jednoho dítěte může udržovat rodinnou rovnováhu a lze ji použít k vysvětlení všech problémů v rodině bez nutnosti řešit chronické skryté konflikty a bez ohrožení seobepojetí všech ostatních členů rodiny.

Miovský, Skácelová, Zapletalová, Novák a kol. (2010, s. 24-25) popisují devět oblastí rizikového chování, které v současné školní prevenci představují hlavní tematické oblasti. Termín rizikové chování nahrazuje dřívější pojem sociálně-patologické jevy. Nejužší pojetí zahrnuje následující typy rizikového chování: záškoláctví, šikanu a extrémní projevy agrese, extrémně rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, rasismus a xenofobii, negativní působení sekt, sexuální rizikové chování, závislostní chování, okruh poruch problémů spojených se syndromem týraného a zanedbávaného dítěte, spektrum poruch příjmu potravy.

Je patrné, že na tomto místě byla z důvodu omezeného prostoru věnována pozornost pouze dvěma až třem oblastem z celkových devíti. To nicméně nemá negativní dopad na praktickou část. Faktem navíc zůstává, že zde neprobrané rizikové chování se častokrát odehrává na pozadí poruch výše diskutovaných a jednotlivé druhy rizikového

chování mohou sdílet podmiňující faktory. Následující kapitola se zabývá výzkumnému šetření.

4 Výzkumné cíle a hypotézy

Primárním cílem výzkumu je odpovědět na otázku, zda se u adolescentů s ústavně výchovnou minulostí objevuje rizikové chování častěji, než jak tomu je u dospívající z většinové populace. Sekundárně, v rámci kvalitativní části, výzkum usiluje o názorný příklad rizikového chování na konkrétním životním osudu a v širších souvislostech.

Pro kvantitativní část byly stanoveny následující hypotézy.

H1: Adolescenti s ústavně výchovnou minulostí jsou ve srovnání s adolescenty bez ústavně výchovné minulosti častěji závislí na internetu.

Důvodem zvolení hypotézy je fakt, že adolescenti v ÚOV nemají ve srovnání s adolescenty vychovávaných v klasických rodinách takové možnosti k využití volného času z důvodu omezených finančních prostředků na tyto aktivity.

H2: Adolescenti s ústavně výchovnou minulostí jsou ve srovnání s adolescenty bez ústavně výchovné minulosti častěji závislí na nikotinu.

Hypotéza H2 vyplývá částečně z hypotézy H1, kdy adolescenti z ÚOV nemají takové kvalitní možnosti využití volného času ve srovnání s většinou svých vrstevníků a zároveň patří k nižší sociální vrstvě, která má obecně vyšší sklony k závislosti na návykových látkách.

H3: Adolescenti s ústavně výchovnou minulostí mají v anamnéze více krádeží než adolescenti bez ústavně výchovných zkušeností.

Hypotéza H3 byla zvolena na základě předpokladu, že adolescenti s ÚOV mají pravděpodobně vyšší sklony ke krádežím z toho důvodu, že je pro ně obtížnější začlenit se do společnosti a uspokojit svoje sociální potřeby. Zároveň se někteří snaží sociálně vyrovnat většinové společnosti nebo i vyšším vrstvám.

ÚOV ve většině případů předpokládá okruh problémů spojených se syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. S ohledem na výše zmíněné oblasti rizikového chování je výzkumný zájem zúžen, dále budou zkoumány rizikové faktory, jako jsou kázeňská opatření z důvodu agresivity, šikana, výherní automaty, kanabinoidy, alkohol, záškoláctví a sexuální zkušenosti. Rovněž je nutno předeslat, že jednotlivé ob-

lasti rizikového chování nejsou prozkoumány detailně, např. z oblasti drog je pozornost věnována dvěma legálním a jedné nelegální droze.

5 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor pro kvantitativní část byl získán metodou záměrného (účelového) výběru. Záměrný výběr patří mezi tzv. nepravděpodobnostní metody výběru, podle Miovského (2006, s. 132-133) jde zřejmě o nejrozšířenější metodu výběru v rámci kvantitativního přístupu. Podstatou prostého záměrného výběru je výběr potenciálních účastníků bez uplatnění dalších specifických metod či strategií.

Celkem se na kvantitativní části výzkumu podílelo 88 účastníků, přičemž všichni byli osloveni, nominováni a zařazeni do výzkumu s využitím sociální sítě Facebook. Jednalo se o internetem zprostředkovanou účast, žádný z jedinců se nezúčastnil osobně.

Výzkumný soubor byl rozdělen na dvě skupiny, osoby s ústavně výchovnou minulostí a adolescenty, kteří nikdy nepobývali v žádném ústavním zařízení. Poměr obou skupin byl zvolen 1:1 s tím, že velikost skupiny bez ústavně výchovné minulosti byla přizpůsobena hůře dostupné podskupině se zkušenostmi z ústavních zařízení.

Tabulka 5 Popisná statistika výzkumného souboru

| Skupina | N ¹⁰ | Průměr | Sm. odch. ¹¹ | Rozptyl | Max. ¹² | Min. ¹³ | Medián | Modus |
|--------------------|-----------------|--------------|-------------------------|-------------|--------------------|--------------------|-------------|-----------|
| Neústavní | 44 | 17,66 | 1,46 | 2,14 | 20 | 15 | 18 | 18 |
| Ústavní | 44 | 17,20 | 1,65 | 2,72 | 20 | 15 | 17 | 18 |
| Celý soubor | 88 | 17,43 | 1,57 | 2,46 | 20 | 15 | 17,5 | 18 |

Tabulka 6 Rozložení výzkumného souboru dle pohlaví účastníků

| Skupina | N | Chlapci | Dívky |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| Neústavní | 44 | 35 | 9 |
| Ústavní | 44 | 39 | 5 |
| Celý soubor | 88 | 74 | 14 |

¹⁰ Počet.

¹¹ Směrodatná odchylka.

¹² Maximum.

¹³ Minimum.

Kritéria pro zařazení do výzkumu byla následující: adolescentní věk (tj. 15-20 let¹⁴), pro polovinu výzkumného souboru zkušenost s ústavní výchovou (pro druhou polovinu výzkumného souboru toto kritérium neplatilo) a ochota účastnit se na výzkumu. Bohužel se nepodařilo získat tolik účastníků ženského pohlaví, aby bylo možné provést mezipohlavní srovnání.

Participant pro kvalitativní část byl vybrán ze skupiny Ústavní, tj. ze skupiny účastníků se zkušenostmi s ústavní výchovou. Šlo o důvěryhodnou dívku s dobrými vyjadřovacími schopnostmi, která vůči výzkumu projevila důvěru a jejíž příběh se současně ukázal být zajímavým.

6 Metody zisku a vyhodnocení dat

Níže je popsána Chenova škála závislosti na internetu, modifikovaný Fagerströmův test nikotinové závislosti pro adolescenty, dotazník vlastní výroby a polostrukturované interview. Jelikož Chenova škála závislosti na internetu není volně dostupná ke stažení, její vyhodnocení bylo ponecháno na online rozhraní. Ostatní kvantitativní data byla zaznamenána a vyhodnocena pomocí Microsoft Excel 2013. Tento software posloužil i pro vizualizaci dat.

6.1 Chenova škála závislosti na internetu

Škálu závislosti na internetu CIAS (The Chen Internet Addiction Scale) vyvinul v roce 2003 Sue-Huei Chen se svými spolupracovníky. Škála obsahuje celkem 26 položek s tím, že každá položka se hodnotí na čtyřbodové stupnici (od „nikdy“ po „téměř vždy“). Škála postihuje syndrom kompulzivního konání, narušenou kontrolu nad vlastním chováním, abstinční příznaky, míru tolerance, problémy v interpersonálních vztazích a zdravotní problémy. Účelem škály je zhodnotit závažnost závislosti na internetu během posledního půl roku. Na základě výsledků je možné např. plánovat poradenský proces, případně další odbornou pomoc. (Klinika adiktologie, 2012)

Překlad CIAS zajistila v roce 2003 Vondráčková, nástroj má v anglické verzi dobrou validitu a reliabilitu. Skóre se pohybuje v rozmezí 26-84 bodů, přičemž vyšší

¹⁴ Jelikož rozmezí 15-22 let zasahuje v některých vývojových periodizacích do období mladé dospělosti, byla horní hranice rozpětí zkrácena o 2 roky.

skór znamená závažnější příznaky závislosti na internetu. Administrace škály nezabere více než 10 minut. (Pavlovská, 2012)

Obrázek 3 Ukázka položek CIAS

* Více než jednou se mi stalo, že jsem kvůli internetu spal/a méně než čtyři hodiny.
 nikdy téměř nikdy často téměř vždy

* Surfování na internetu se negativně projevuje na mém tělesném zdraví
 nikdy téměř nikdy často téměř vždy

* Přestože se užívání internetu negativně odrazilo na mých vztazích s jinými lidmi, množství času, které na internetu trávím, se nezměnilo.
 nikdy téměř nikdy často téměř vždy

* Když jsem nějakou dobu bez internetu, mám pocit, že mi něco chybí.
 nikdy téměř nikdy často téměř vždy

* Kvůli internetu trávím méně času s rodinou.
 nikdy téměř nikdy často téměř vždy

Zdroj: Klinika adiktologie (2012).

Obrázek 4 Příklad vyhodnocení CIAS v Online adiktologické poradně

Vyhodnocení Zavřít [x]

Chenova škála závislosti na internetu

Výsledek:

Vaše užívání internetu splňuje kritéria závislosti na internetu.

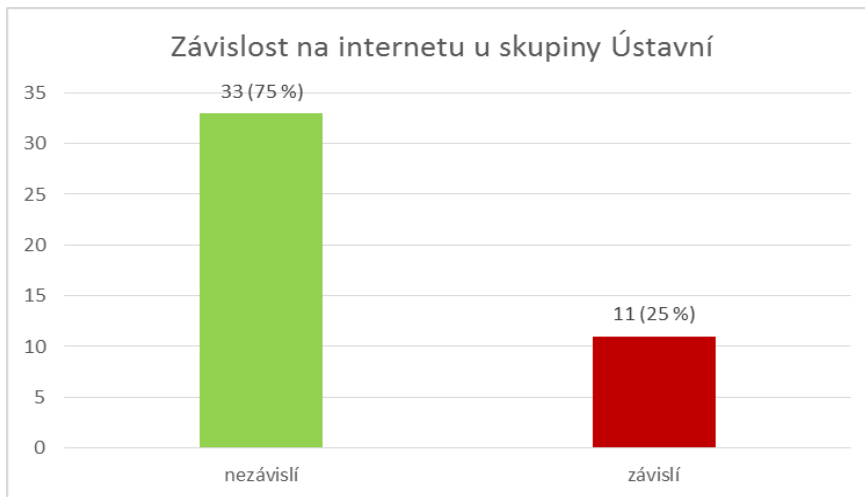
Vaše skóre získané v testu je poměrně vysoké, a je pravděpodobné, že splňujete diagnostická kritéria pro závislost na internetu. Doporučujeme věnovat této skutečnosti zvýšenou pozornost a doporučujeme vstoupit do online svépomocného programu, v jehož rámci můžete zkusit omezit vaše nadměrné užívání internetu. Pro vstup do tohoto programu se nejdříve musíte zaregistrovat.

Zdroj: Klinika adiktologie (2012).

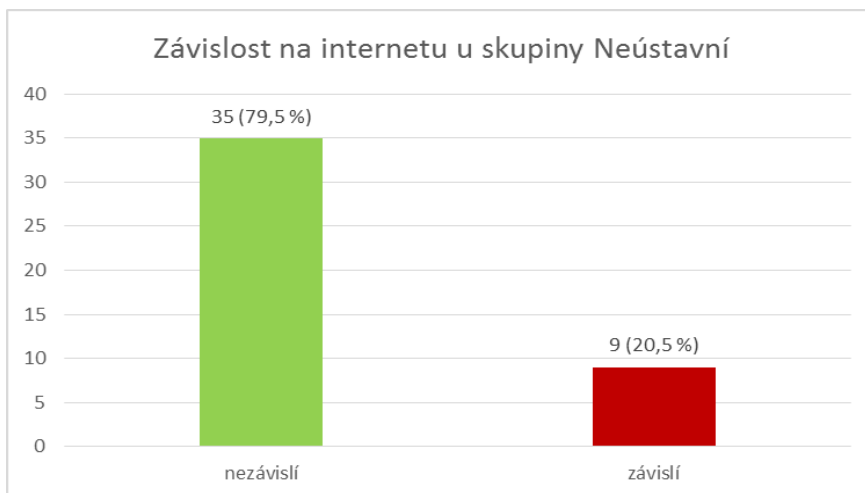
CIAS je dostupná zdarma v Online adiktologické poradně, která i získané údaje bezprostředně vyhodnocuje. Z obrázku 4 je patrné, že online vyhodnocení neobsahuje přesný skór, zobrazeno je kvalitativní vyhodnocení, zda užívání internetu splňuje kritéria závislosti na internetu.

Hypotéza 1: závislost na internetu

Graf 1 Vizualizace dat pro ověření hypotézy 1 u skupiny Ústavní



Graf 2 Vizualizace dat pro ověření hypotézy 1 u skupiny Neústavní



Ačkoli byla **hypotéza 1 přijata**, zjištěný rozdíl není nikterak výrazný. Opět stojí za povšimnutí vysoký výskyt rizikového chování v obou skupinách. Zjištěný rozdíl je ale natolik minimální, že zůstává otázkou, zda by se projevil u většího výzkumného souboru.

6.2 Modifikovaný Fagerströmův test nikotinové závislosti pro adolescenty

Fagerströmův test závislosti na nikotinu FTND (Fagerström Test of Nicotine Dependence) obsahuje 6 otázek, kdy první 4 obsahují odpověďové alternativy (dvě až čtyři možnosti volby) a poslední dvě otázky jsou uzavřené, tj. je možné na ně odpovědět ano-ne. Celkem je možné získat 0-10 bodů, kdy vyšší skóre znamená silnější závislost

na nikotinu. Modifikovaný Fagerstömův test závislosti pro adolescenty (Modified Fagerström Tolerance Questionnaire) obsahuje také 6 položek, které jsou uzpůsobeny pro nedospělé osoby. Vyhodnocení a bodová rozpětí jsou stejná jako v případě verze pro dospělé, obsah položek je odlišný. (Králíková, Býma, Cífková a kol., 2005)

Test obsahuje následující položky a možné odpovědi (v závorkách je uvedeno bodové hodnocení):

1. *„Kolik cigaret denně kouříš?*
 - a. *Více než 25 (3 body).*
 - b. *6-25 (2 body).*
 - c. *1-15 (1 bod).*
 - d. *Méně než 1 (0 bodů).*
2. *Kouříš víc během prvních dvou hodin po probuzení než pak ve zbytku dne?*
 - a. *Ano (1 bod).*
 - b. *Ne (0 bodů).*
3. *Jak brzo po probuzení si zapaluješ první cigaretu?*
 - a. *Do 30 minut (2 body).*
 - b. *Za déle než 30 minut, ale před polednem (1 bod).*
 - c. *Odpoledne nebo večer (0 bodů).*
4. *Které cigarety by ses nejméně rád vzdal (která je nejdůležitější, nejvíc si ji vychutnáš)?*
 - a. *První ranní (2 body)*
 - b. *Kterákoli před polednem (1 bod).*
 - c. *Kterákoli odpoledne nebo večer (0 bodů).*
5. *Je pro tebe těžké nekouřit tam, kde to nejde?*
 - a. *Ano (1 bod).*
 - b. *Ne (0 bodů).*
6. *Kouříš, i když jsi nemocný a většinu dne v posteli?*

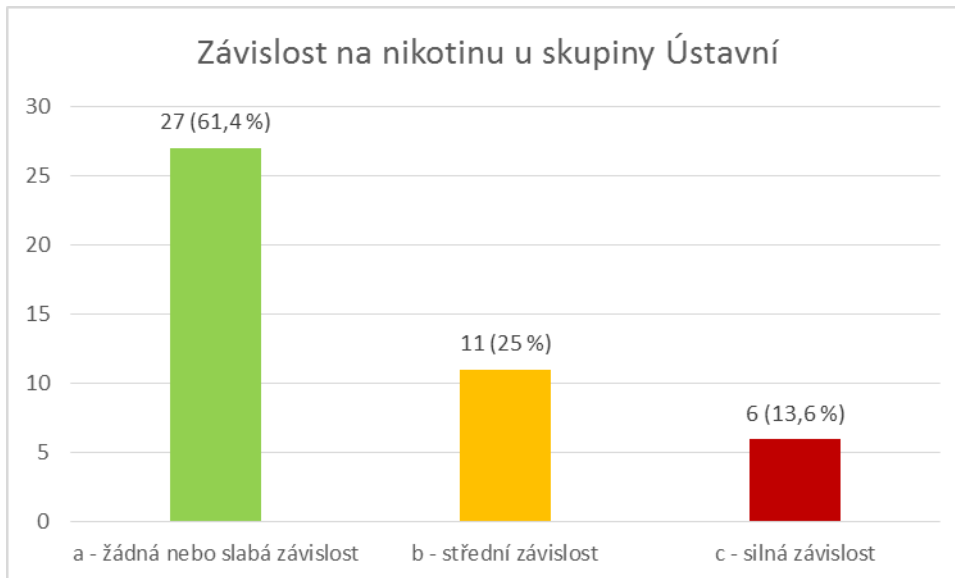
a. *Ano (1 bod).*

b. *Ne (0 bodů).*“ (Králíková, Býma, Cífková a kol., 2005, s. 327-330)

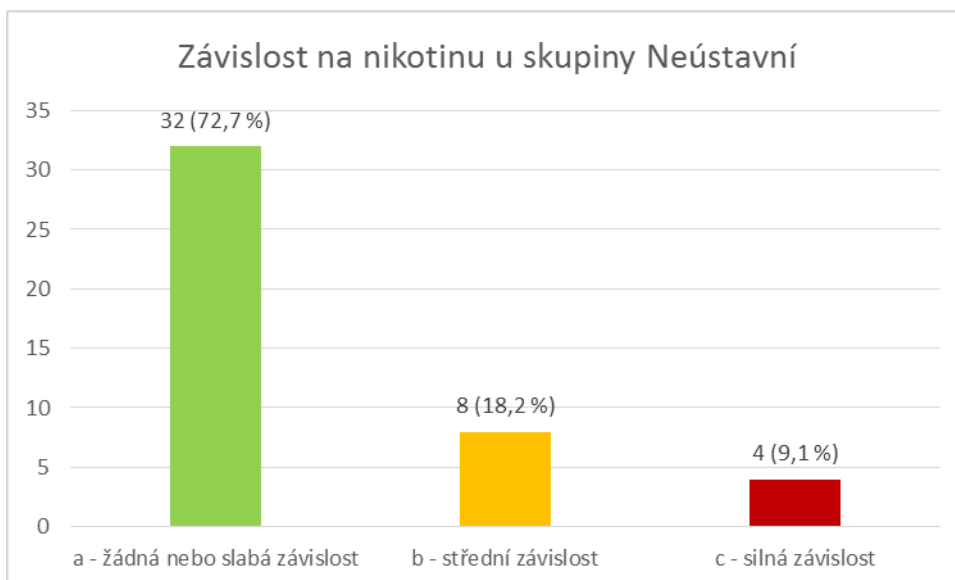
Vyhodnocení testu je velmi jednoduché. Jedná se o široce užívaný test, který upřesní závislost na nikotinu.

Hypotéza 2: závislost na nikotinu

Graf 3 Vizualizace dat pro ověření hypotézy 2 u skupiny Ústavní



Graf 4 Vizualizace dat pro ověření hypotézy 2 u skupiny Neústavní



Z grafického znázornění dat vyplývá častější závislost na nikotinu u skupiny Ústavní. Jelikož střední nebo silná závislost na nikotinu se týkala 38,6 % členů skupiny

Ústavní a 27,3 % členů ze skupiny neústavní, **hypotéza 2 byla přijata**. Zjištění rozdíl ale není markantní.

6.3 Vlastní dotazník

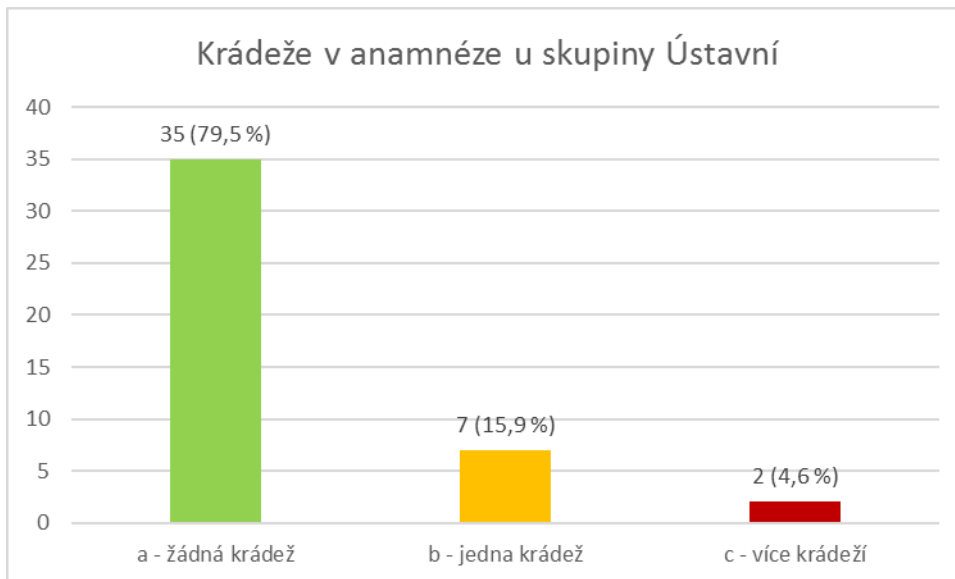
Vlastní dotazník byl vytvořen za účelem ověření hypotézy H3 a zároveň zjištění vlivů dalších faktorů rizikového chování. Jednotlivé položky byly formulovány následovně:

1. Kolik jsi ve škole dostal/a kázeňských opatření (tj. napomenutí třídního učitele, důtek nebo snížených stupňů z chování) za to, že jsi v byl/a agresivní (tj. např. za rvačky, šikanování nebo útočná sprostá slova)?
 - a. Žádná.
 - b. Jedno kázeňské opatření.
 - c. Dvě a více kázeňských opatření.
2. Kolikrát jsi byl/a terčem šikany, tj. opakovaného omezování nebo týrání?
 - a. Nikdy.
 - b. Jednou.
 - c. Dvakrát a vícekrát.
3. Kolikrát jsi již hrál/a výherní automaty, které jsou určeny pouze pro dospělé (nejde o zábavní automaty, ale o zařízení, která jsou určena pro dospělé a u nichž jde o peněžní výhru)?
 - a. Nikdy.
 - b. Jednou.
 - c. Dvakrát a vícekrát.
4. Kolikrát jsi užil/a marihuanu nebo produkty z marihuany (např. hašiš nebo mléko z marihuany)?
 - a. Nikdy.
 - b. Jednou.
 - c. Dvakrát a vícekrát.

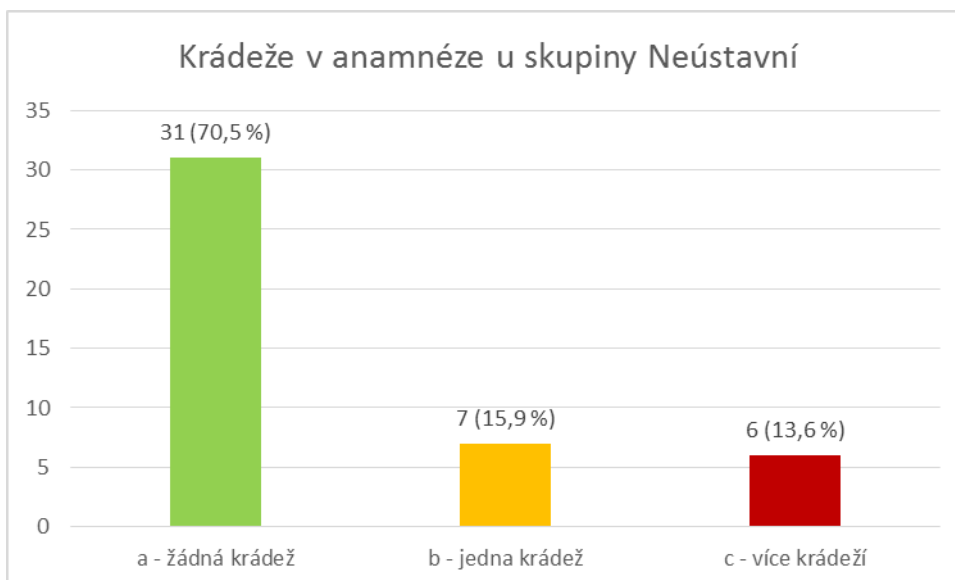
5. Kolikrát jsi už pil/a alkohol? Neptám se na ochutnání alkoholu v malém množství, ale na vypití většího množství, tj. minimálně půl litru piva, sklenice vína, případně celého „panáka“ tvrdého alkoholu.
- Nikdy.
 - Jednou.
 - Dvakrát a vícekrát.
6. Kolikrát jsi vzal/a a nevrátil/a něco, co ti nepatřilo?
- Nikdy.
 - Jednou.
 - Dvakrát a vícekrát.
7. Kolikrát jsi se rozhodl/a, že půjdeš tzv. za školu, tj. zůstal/a doma nebo šel/šla jinam než do školy, aniž bys byl/a nemocný/á?
- Nikdy.
 - Jednou.
 - Dvakrát a vícekrát.
8. Měl/a jsi už pohlavní styk? Pokud ano, kolikrát?
- Neměl/a.
 - Jednou.
 - Dvakrát a vícekrát.

Hypotéza 3: krádeže

Graf 5 Vizualizace dat pro ověření hypotézy 3 u skupiny Ústavní



Graf 1 Vizualizace dat pro ověření hypotézy 3 u skupiny Neústavní



Hypotéza 3 byla zamítnuta, neboť účastníci výzkumu ze skupiny Neústavní reportovali více krádeží než osoby ze skupiny Ústavní. Zde je třeba upozornit na otázku upřímnosti, dotazy na krádeže jsou v tomto ohledu zřejmě rizikovější než ostatní položky.

Vyhodnocení dalších faktorů rizikového chování

1) Kázeňská opatření z důvodu agresivity

Celkem 50 % dospívajících ze skupiny Ústavní ve svém životě obdrželo jedno nebo více kázeňských opatření z důvodu agresivního chování. Ve skupině Neústavní lze totéž prohlásit pouze o 31,8 % zúčastněných, nicméně i tohle číslo se zdá být značně vysoké. Nejvíce patrný rozdíl se týká třetí kategorie, tj. dvě a více kázeňských opatření z důvodu agresivity, kde skupina členů se zkušenostmi s ústavní výchovou skórovala dvakrát více než skupina srovnávací.

2) Šikana

Celkem ve skupině Ústavní šikanu alespoň jednou v životě zažilo 18 osob (takřka 41 % z dané skupiny), zatímco v případě skupiny Neústavní bylo obětí šikany identifikováno 14 osob (necelých 32 %). V obou případech jde o vysoká čísla, která naznačují neutěšený stav na českých školách. Zajímavá je shoda v kategorii b, kde obě skupiny skórovaly totožně.

3) Výherní automaty

Hraní výherních automatů dle dostupných dat není frekventovaným rizikovým chováním v žádné ze srovnávaných skupin. Všimnout si lze např. jevu, kdy ve skupině Ústavní více lidí vykazuje vícenásobnou zkušenost - první zkušenost se zřejmě stává jakýmsi odrazovým můstkem rizikového chování.

4) Kanabinoidy¹⁵

Četnost zkušeností s THC v obou skupinách může být překvapující. Adolescenti s ÚOV mají více zkušeností s užíváním kanabinoidů, přičemž lze konstatovat, že obě skupiny mají s touto nelegální drogou poměrně četné zkušenosti a skupina Ústavní si ji více oblíbila.

¹⁵ Dále uvedeno pod zkratkou THC (tetrahydrocannabinol).

5) Alkohol

Ve skupině Ústavní má velká většina více zkušeností (celkem 91 %) a podobný stav (84 %) byl zjištěn i v kontrolní skupině. V případě, že by byli sečteny všichni účastníci ze skupiny Neústavní, kteří mají nějakou zkušenost s alkoholem, rozdíl mezi oběma skupinami by tvořila pouze jedna osoba.

6) Záškoláctví

Byť nebylo přesněji specifikováno jak, kdy a kolikrát celkem k záškoláctví docházelo, více než polovina členů vypověděla, že se záškoláctví dopustili více než jednou. Adolescenti z Neústavní skupiny se záškoláctví dopouštějí častěji než adolescenti z ÚOV. Rozdíly mezi skupinami jsou opět minimální.

7) Sexuální zkušenosti

Sexuální zkušenosti jako takové nejspíš nelze pokládat za rizikové chování, o to by šlo např. v situaci nechráněného sexu. Osoby bez zkušeností s ústavní výchovou (skupina Neústavní) reportovali více zkušeností se sexem než adolescenti se zkušenostmi s ústavní výchovou (skupina Ústavní).

6.4 Polostrukturované interview a případová studie

V polostrukturovaném rozhovoru se podle Ferjenčíka (2000, s. 175) aktivita dotazujícího ve srovnání s nestrukturovaným interview zvyšuje. Tazatel má většinou předem připravený seznam otázek, forma odpovědí na tyto otázky je víceméně volná, tzn. respondent si sám může vybrat styl odpovědi. Ferjenčík posuzuje různé typy dotazování podle následujících kritérií: kontrola nad otázkami tazatele, nad odpověďmi dotazovaného, stupeň přesnosti a opakovatelnosti, šířka a hloubka potenciální odpovědi. Ve všech těchto kritériích je polostrukturované interview v pomyslném středu.

Hendl (2005, s. 172) konstatuje, že neexistuje žádný předpis pro efektivní vedení rozhovoru, nicméně uvádí zásady, které pokládá za osvědčené¹⁶: důkladná příprava, účel rozhovoru jako jeho určující prvek, umožnit dotazovanému vyjadřování pomocí jeho vlastního stylu, budovat vztah vzájemné důvěry, klást vždy jen jednu otázku, doplňovat otázky sondážními otázkami, dávat dotazovanému jasně na vědomí, jaké informace požadujeme, udržovat neutrální postoj ke sdělovanému.

¹⁶ Zkráceno, upraveno.

V realizovaném výzkumu bylo polostrukturované interview použito jako metoda získávání dat, z nichž byla následně vypracována případová studie. Polostrukturované bylo interview v tom smyslu, že mapovalo základní anamnestické okruhy, soustředilo se na tematiku ÚOV a rizikové chování.

Z hlediska Hendlova (2005, s. 110) členění se jedná o deskriptivní případovou studii, jejímž cílem je kompletní popis určitého jevu. Liší se tedy o studie evaluační, která se vedle deskripce zaměřuje i na hodnocení. Jelikož dostupná data byla značně omezená, nebylo možné přistoupit k explaratorní variantě kazuistiky, která by detailněji vysvětlovala jednotlivé příčinné řetězce.

Anamnestické údaje byly zpracovány v souladu se schématem Svobody a kol. (2001, s. 45-46):

1. Rodinně anamnestické údaje – pokrevní příbuzní z obou stran, jejich choroby a další relevantní údaje. V rámci jemnějšího členění je možné rozlišovat anamnestiku rodovou (údaje o předcích včetně prarodičů) a rodinnou (týkající se aktuální rodiny).
2. Nukleární rodina – úplnost rodiny, vztah rodičů k dítěti, výchovné a emocionální klima v rodině, výchovné metody, ekonomické poměry rodiny, trávení volného času.
3. Sourozenci – jejich počet, pořadí, vzájemné vztahy, podobnosti a rozdíly z osobnostního a školského hlediska.
4. Prenatální období a porod – chtěnost dítěte, somatický a psychický stav matky během těhotenství, porod včasný, předčasný, pozdíl, komplikace při něm.
5. Raný vývoj – kojení, psychomotorika (sed, vztyk, chůze, řeč), začátek a postup hygienických a stravovacích návyků.
6. Další vývoj – návštěva jeslí, mateřské školy, adaptace na ně, období vzdoru, vztah k okolí (rodičům, sourozencům, pedagogům), reakce na příkazy, poslušnost.
7. Scholarita – školní motivace, adaptace na školu, začlenění do kolektivu, vztah ke školní práci a domácí přípravě, školní úspěšnost, výukové problémy, kázeňské problémy.

8. Somatické zdraví – dětské nemoci, jiné choroby, úrazy, hospitalizace, operace, jídlo a spánek.
9. Emocionální vývoj – míra uspokojení citových potřeb, projevy emocí, vzrušivost, reakce na stres, úzkostnost, citové odpoutávání od nukleární rodiny.
10. Vývoj postojů k hodnotám – hierarchie hodnot, její formování. Motivace chování, vztah k povinnostem, jako je např. učení. Záliby a koníčky, lhavost, tresty a vztah k nim.
11. Vývoj sociálních vztahů – souřadné vztahy ke spolužákům a kamarádům, vztahy k osobám v pozici autority, vztahy k příslušníkům vlastní rodiny.
12. Návyky – žádoucí i nežádoucí, jídlo, spánek, práce, hra. Zlozvyky, jako např. masturbace.
13. Zájmy, aktivity – trávení volného času, zájmy, jejich šíře a stabilita.
14. Výchovné potíže, poruchy chování – vývoj poruch chování, záškoláctví, krádeže, kriminalita, abúzus látek, návykové chování.
15. Vývoj abnormálních, hraničních a patických jevů – počátek, průběh, etiopatogeneze.
16. Pracovní vývoj – volba povolání, její motivační faktory, kdo do volby zasahoval, spokojenost se zvolenou profesí, změny studijního a profesního zaměření a jejich příčiny.
17. Eroticko-sexuální vývoj – zdroje informací o této oblasti, první zkušenosti, kontakty, požadavky na životního partnera, neúspěchy a způsob vyrovnávání se s nimi.

Citované anamnestické schéma lze pokládat za velmi podrobné. Schéma poskytlo dobrý základ pro volbu otázek v rámci případové studie. Upřednostňovány byly otevřené otázky.

Případová studie

K účasti v kvalitativní části práce souhlasila devatenáctiletá adolescentka se zkušenostmi z diagnostického ústavu a dětského domova. Veškeré osobní údaje, které by mohly vést k identifikaci adolescentky, byly pozměněny. Pro účely tohoto textu se par-

ticipantka jmenuje Pavla. Rozhovor trval celkem přes hodinu a odehrával se v neformálním prostředí.

1. Rodinně anamnestické údaje – matka (nar. 1970) je v současné době nezvěštná, v pátrání Policie ČR. Pavla s ní žila ještě v průběhu docházky na základní školu a v prvním ročníku školy střední, v té době matka pracovala v oboru, ve kterém se vyučila, tj. jako číšnice. Matka se dle názoru Pavly léčila s depresemi, nicméně k psychiatrovi pravidelně nedocházela. Otec Pavly (ročník 1967) pracoval jako automechanik, dlouhodobě s rodinou nežije, podle Pavly měl problémy s alkoholem a nyní má novou, výrazně mladší přítelkyni, s níž čeká dítě. Otec Pavly nyní prý netrpí žádnými chorobami. Co se týče prarodičů, Pavla má jen babičku z matčiny strany, s níž se občas vídá. Tato má 70 let a trpí chorobami odpovídajícími jejímu věku.
2. Nukleární rodina – jedná se o neúplnou rodinu, matka je nezvěštná, otec rodinu opustil. Pavla má podle svých slov matku stále ráda, byť matka nebyla dlouhodobě schopná Pavle zajistit veškeré potřeby. Jejich vztah byl kamarádský až na občasné hádky, matka po Pavle nikdy nechtěla dobré známky, netlačila na ni v domácích povinnostech a z odborného hlediska lze tento výchovný styl označit jako liberální. Otec od rodiny odešel, když Pavla chodila do 3. třídy základní školy. S matkou Pavly se prý hodně hádal, chodil domů opilý a jsou i náznaky, že mohlo proběhnout domácí násilí. O výchovu Pavly otec nikdy nejevil moc zájem, když ho nyní navštíví, rád ji přijme, ale ve vzájemném vztahu podle Pavly chybí láska.
3. Sourozenci – Pavla je jedináček.
4. Prenatální období a porod – Pavla si pamatuje pouze jeden perinatální údaj, a sice že se narodila o 3 týdny před termínem porodu. Stav matky v průběhu těhotenství nebo její vztah k otci z té doby neumí odhadnout. O žádných komplikacích v průběhu porodu není informována.
5. Raný vývoj – Pavla nemá informace o svém kojení a nácviu hygienických návyků. Její psychomotorický vývoj pravděpodobně probíhal v rámci normy.
6. Další vývoj – podle svých slov navštěvovala od 3 let mateřskou školu, na kterou má vcelku dobré vzpomínky. Nepamatuje si mnoho, ale uvádí, že tam měla kamarádky a učitelky byly hodné. Odklad povinné školní docházky vyřízený neměla.

7. Scholarita – na první třídu základní školy si zvykla dobře. K zhoršení prospěchu došlo přibližně v 5. třídě, kdy se v žákovské knize a na vysvědčení začaly objevovat dobré. Na druhém stupni postupně došlo k zhoršení až na dostatečné, Pavla však nikdy neopakovala ročník a nemusela dělat opravné zkoušky. Její vztah ke školním povinnostem od druhého stupně základní školy byl vlažný a vzhledem k tomu, že matka na plnění školních povinností příliš nedohlížela, Pavla obdržela několik napomenutí třídního učitele za zapomínání domácích úkolů. V 9. třídě si podala přihlášku na učební obor kadeřnice, kam i nastoupila. Jelikož ale s kamarádkami chodily za školu, měla množství neomluvených hodin, za což dostala podmíněčné vyloučení. Následně byla v průběhu prvního ročníku vyloučena a škola podala podnět na odbor sociálně právní ochrany dětí. Sociální pracovnice s matkou spolupracovaly delší dobu, ale shledaly, že podmínky v domácnosti a výchovné postupy matky jsou nevyhovující.

Pavla byla umístěna do diagnostického ústavu, bohužel šlo o ústav vcelku vzdálený od jejího domovského města. Zde byla velmi nespokojená a čekala na rozhodnutí o dalším postupu. Nevěřila vychovatelům, připadalo jí to jako vězení, musela plnit povinnosti, na což nebyla zvyklá. Matka byla v té době přechodně nezvěstná, nenavštěvovala ji a otec nejevila zájem. Kromě rodinných příslušníků nesměla mít návštěvy, takže ji nemohly navštívit ani kamarádky. Následně bylo rozhodnuto o jejím umístění do dětského domova. Pavla v té době nastoupila na střední školu, kde navštěvovala obor typu E zaměřený na zahradnické práce. Tento obor bez větších obtíží dostudovala, neboť jeho náročnost nebyla vysoká. V kolektivu spokojená nebyla, protože jí připadalo, že spolužáci jsou hloupí. Nelíbilo se jí ani v dětském domově, vychovatelé byli podle jejího názoru přísní, a byť měla mnoho možností využití, nevyhovovalo jí to tam. S matkou se během svého několikaletého pobytu v dětském domově vídala, párkrát se viděla i s otcem.

V současné době Pavla zvažuje, že by kombinovaně studovala nějaký maturitní obor, neboť se stávající kvalifikací má problém nalézt zaměstnání. Její současný přítel je živnostník a podle Pavly je na tom finančně poměrně dobře a chce Pavlu v jejím studijním úsilí podpořit.

8. Somatické zdraví – Pavla je tělesně zdravá, vzhledem k tomu, že kouří cigarety, tak každé ráno kašle a bolívá ji na hrudi.

9. Emocionální vývoj – Pavla se pokládá za flegmatického člověka, kterého hned tak něco nevyvede z míry. Podle svých slov je klidná a někdy až příliš klidná ve smyslu motivace nebo nějakého kompenzačního úsilí. Celou řadu problémů nechá dojít za krajní mez a pak musí nést následky.
10. Vývoj postojů k hodnotám – Pavla preferuje svobodu, volnost a cítí potřebu se postarat o svoji matku, pokud by se zjistilo, že má jakékoliv problémy. Dále Pavle záleží na vztahu k současnému příteli, ráda by se za něj jednou provdala. Byť má dlouhodobě problémy se svědomitostí, toto si uvědomuje a chtěla by začít svoji tendenci k prokrastinaci nějakým způsobem řešit.
11. Vývoj sociálních vztahů – Pavla nikdy neměla problém si najít kamarády, pokládá se za nekonfliktního člověka, který raději ustoupí, než aby šel do konfliktu. Nemá problém s respektováním autorit, nicméně, jak říká, autorita není jen tak někdo.
12. Návyky – mezi její zlovyky patří kouření cigaret. Cigaretu poprvé okusila v 15 letech, častěji začala kouřit cca před rokem. Pracovní návyky nemá, od doby, kdy opustila dětský domov a žije u přítele, nepracovala. Příteli se ale stará o domácnost se vším, co k tomu patří. Marihuanu zkoušela, ale netíhne k ní. Podle svých slov občas pije alkohol, hlavně o víkendech. Nikdy nic neukradla.
13. Zájmy, aktivity – rád s přítelem jezdí na výlety, sledují filmy a občas hrají i videohry. Sportu se žádnému nevěnuje a nikdy nevěnovala. Není členkou žádného zájmového sdružení.
14. Výchovné potíže, poruchy chování – výchovné problémy u Pavly vygradovaly v prvním ročníku střední školy, kdy měla velké množství neomluvených hodin. Vše vyústilo v již uvedené vyloučení. Během pobytu v diagnostickém ústavě a dětském domově podle svých slov problémy nedělala, a přestože povinnosti plnila nerada, neodmlouvala a většinou měla své povinnosti včas hotové.
15. Vývoj abnormálních, hraničních a patických jevů – není známo.
16. Pracovní vývoj – Pavla nikdy nepracovala, v současné době hledá zaměstnání a ráda by si rozšířila kvalifikaci. Vystudovaný obor zahradnické práce s odstupem času vnímá jako nutné zlo, práce s květinami ji nebaví.

17. Eroticko-sexuální vývoj – Nikdy nikoho vášnivě nemilovala, k současnému příteli cítí lásku, závazek. S přítelem sexuálně žije a je ve vztahu spokojená. První sexuální zkušenost měla v 18 letech, nechce o ní podrobněji hovořit.

Celkově lze konstatovat, že Pavla pochází z nestandardní rodiny, má deprivaci zkušenosti a byla pravděpodobně i vystavena traumatizujícím podnětům. Zkušenost s ústavní výchovou vnímá jako negativní, ale nelze říct, že by jí v rámci ústavní výchovy bylo ubližováno. Pavla je kuřačka, občas pije alkohol, ale jiným drogám neholduje. V oblasti rizikového chování u ní není mnoho důvodu k ostražitosti. Je pozitivní, že je v partnerském vztahu a přítel ji nastěhoval k sobě domů, kde má zázemí. Dále lze kvitovat její záměr studovat maturitní obor. Pavla má náhled na svůj negativní osobnostní rys, kterým je nízká svědomitost. Celkově byla v průběhu rozhovoru upřímná, ale o intimních věcech, jako jsou první sexuální zážitky nebo vztah s rodiči, příliš mluvit nechtěla. Pokud jde o identitu, Pavla pravděpodobně prožívá moratorium (nepřítomnost závazku, přítomnost krize). Poruchy chování u ní byly podle všeho jen přechodného rázu, příčinou mohla být např. snaha o hledání náhradního uspokojení nebo emoční deprivace.

6.5 Shrnutí výzkumu

Z celkových 3 stanových hypotéz byly 2 přijaty, mnohdy velmi těsné rozdíly však vedou ke zjištění, že prosté srovnání dává riziko potvrzení hypotézy i při náhodném rozdílu. Vhodnější by zřejmě bylo posoudit jednotlivé rozdíly s využitím některého z testů statistické významnosti.

H1: Adolescenti s ústavně výchovnou minulostí jsou ve srovnání s adolescenty bez ústavně výchovné minulosti častěji závislí na internetu.

H2: Adolescenti s ústavně výchovnou minulostí jsou ve srovnání s adolescenty bez ústavně výchovné minulosti častěji závislí na nikotinu.

H3: Adolescenti s ústavně výchovnou minulostí mají v anamnéze více krádeží než adolescenti bez ústavně výchovných zkušeností.

H1: Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že u skupiny Ústavní se závislost na internetu týkala 25 % respondentů a 20,5 % respondentů ze skupiny Neústavní.

Hypotéza 1 byla potvrzena.

H2: Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že u skupiny Ústavní se střední nebo silná závislost na nikotinu týkala 38,6 % respondentů a 27,3 % respondentů ze skupiny Neústavní.

Hypotéza 2 byla potvrzena.

H3: Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že adolescenti ze skupiny Ústavní mají méně zkušeností s krádeží než adolescenti ze skupiny Neústavní. U skupiny Ústavní se jedna nebo vícenásobná krádež týkala 20,5 % respondentů a 29,5 % respondentů ze skupiny Neústavní.

Hypotéza 3 byla zamítnuta.

Nevýhody mají i použité nástroje získání dat, zejména pak svépomocí vytvořený dotazník, který nepostihuje jednotlivé oblasti rizikového chování v dostatečné hloubce. Zjištěné údaje jsou tedy až na oblast závislosti na internetu a oblast závislosti na nikotinu velmi orientační.

Negativa je možné spatřovat také ve složení výzkumného souboru a způsobu jeho výběru. Dívky a chlapci nebyli rovnoměrně zastoupeni, což představovalo překážku pro

mezipohlavní srovnání a zobecnění na celou populaci. Takto se lze vyjadřovat spíše k adolescentům mužského pohlaví. Problém s výběrem výzkumného souboru by řešilo znáhodnění.

Další otázkou je, zda respondenti odpovídali upřímně. Vysokou pravděpodobnost upřímnosti však lze předpokládat z důvodu anonymity.

Kromě vlivů faktorů na rizikové chování u adolescentů, které byly zkoumány v rámci hypotéz, jsem zjišťovala i následující: kázeňská opatření z důvodu agresivity, šikanu, výherní automaty, kanabinoidy, alkohol, záškoláctví, sexuální zkušenosti. U naprosté většiny faktorů se prokázal větší sklon k rizikovému chování u mládeže s ústavní minulostí. Výjimkou jsou výherní automaty, které nejsou frekventované u žádné ze zkoumaných skupin. K opačnému výsledku jsem dospěla u záškoláctví a sexuálních zkušeností, kde se tato riziková chování častěji vyskytovala u skupiny Neústavní. Tento výsledek může vysvětlovat například zvýšený dozor vychovatelů, kteří na mládež v ústavech dohlíží.

7 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zmapování problematiky rizikového chování u poměrně specifické populace, a to konkrétně u adolescentů s ústavně výchovnou minulostí. Důvodem zvolení tématu jsou zkušenosti, které jsem získala během studia a na povinné praxi. Praxi jsem absolvovala v dětském domově a v ústavu sociální péče pro tělesně postiženou mládež.

Ráda bych na závěr shrnula, že pokud selže rodina, která je pro vývoj dítěte nejdůležitější, z jakéhokoliv důvodu, nastupuje adoptivní nebo pěstounská péče. V horším případě zařízení pro výkon ústavní výchovy. Dále může nastoupit ochranná výchova, pokud dítě spáchalo zvlášť závažný zločin.

Cílem praktické části práce bylo odpovědět na otázku, zda se u adolescentů s ústavně výchovnou minulostí objevuje rizikové chování častěji, než jak tomu je u většinové populace. Na základě zkušeností jsem si stanovila tři hypotézy, které předpokládaly, že vyšší riziko bude u adolescentů s ústavně výchovnou minulostí.

Z potvrzené hypotézy H1 vyplynulo, že mladiství vychovávaní v ústavu mají vyšší sklony k závislosti na internetu. Stejně tak hypotéza H2 potvrdila, že skupina Ústavní se mnohem častěji stává závislá na nikotinu než skupina Neústavní. Naopak hypotéza H3 nepotvrdila vyšší sklony k rizikovému chování u dětí s ústavní minulostí, jelikož vyšší procento krádeží bylo zjištěno u druhé skupiny. Je nezbytné ptát se, zda respondenti odpovídali upřímně. Někdy mohou nežádoucí chování respondenti zatajovat, jindy je mohou zveličovat, aby např. stoupli v očích vrstevnické skupiny. Zůstává otázkou, zda např. rozdílné sociální zázemí obou skupin nevedlo k výraznějším zkresením právě pod vlivem stylizace. Dále nebylo přesněji specifikováno jak, kdy, proč a kolikrát ke krádeži docházelo. Také zůstává otázkou, zda by se zjištěný rozdíl projevil u většího výzkumného souboru.

Náplní praktické části práce byl vlastní výzkum kvantitativní a kvalitativní povahy. Kvantitativní část je reprezentována šetřením o 88 účastnících. Jednoznačný, kvalitativní ráz měla pak návazná případová studie, jejímž účelem je objasnit diskutované skutečnosti v rámci životního příběhu konkrétního adolescenta. Poměrně detailně jsou popsány i použité nástroje zisku dat.

Celkově se zdá být vhodnější používat spíše zavedené standardizované nástroje, jako je Chenova škála nebo modifikovaný Fagerströmův test, neboť v případě svépomocí vytvořeného dotazníku je jeho platnost sporná.

V případě, že by veškeré získané údaje byly brány jako platné, lze konstatovat, že adolescenti se zkušenostmi s ústavní výchovou vykazují vyšší pravděpodobnost rizikového chování než věkově srovnatelná skupina bez zkušeností s ústavní výchovou.

8 Literatura

BAŠTECKÁ, Bohumila, GOLDMANN, Petr. *Základy klinické psychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 436 s. ISBN 80-717-8550-4.

EMCDDA. Tisková zpráva agentury EU pro drogy v Lisabonu. In: *Drogy-info.cz* [online]. 2014 [cit. 2014-12-31]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/189586/796130/file/TZ_EMCDDA.pdf

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 256 s. ISBN 80-7178-367-6.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 218 s. ISBN 978-802-4727-813.

HALL, Calvin S., LINDZEY, Gardner. *Psychológia osobnosti: úvod do teórií osobnosti*. 3. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 2002, 510 s. ISBN 80-080-3384-3.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-717-8303-X.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HEWSTONE, Miles a Wolfgang STROEBE (Eds.). *Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie*. 1. vyd.. Praha: Portál, 2006, 769 s. ISBN 80-736-7092-5.

HORT, Vladimír, HRDLIČKA, Michal, KOCOURKOVÁ, Jana, MALÁ, Eva (Eds.). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 492 s. ISBN 978-807-3674-045.

JANSKÝ, Pavel. *Problémové dítě a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004, 169 s. ISBN 80-704-1114-7.

KALINA, Kamil (Ed.). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-61.

- KLINIKA ADIKTOLOGIE. Chenova škála závislosti na internetu. In: *Online adiktologická poradna* [online]. 2012 [cit. 2015-01-18]. Dostupné z: http://poradna.adiktologie.cz/otestujte-se/?poll_id=5
- KOLÁŘ, Michal. *Bolest šikanování*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 255 s. ISBN 80-717-8513-X.
- KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010, 259 s. ISBN 978-807-3678-074.
- KRÁLÍKOVÁ, E., S. BÝMA a R. CÍFKOVÁ (Eds.). Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Časopis lékařů českých*. 2005. Dostupné z: http://www.kardio-cz.cz/resources/upload/data/27_34_zavislost_tabak.pdf
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- MACEK, Petr. *Adolescence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003, 141 s. ISBN 80-717-8747-7.
- MATĚJČEK, Zdeněk a Zdeněk DYTRYCH. *Jak a proč nás trápí děti*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997, 187 s. ISBN 80-716-9587-4.
- MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana, KODYMOVÁ, Pavla. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-736-7002-X.
- MATOUŠEK, Oldřich, KROFTOVÁ, Andrea. *Mládež a delikvence*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, 340 s. ISBN 80-717-8771-X.
- MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny v kontextu plánování péče*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 183 s. ISBN 978-807-3677-398.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Vyd. 3. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, 161 s. ISBN 80-864-2919-9.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MIOVSKÝ, Michal, SKÁCELOVÁ, Lenka, ZAPLETALOVÁ, Jana, NOVÁK, Petr (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Vyd. 1. Praha: Sdružení SCAN, 2010, 253 s. ISBN 978-808-7258-477.

MŠMT. Statistické ročenky školství: Statistická ročenka školství 2013/2014 - výkonové ukazatele, Zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy - děti a mládež podle druhu postižení. In: [online]. 2014b [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>

MŠMT. Statistické ročenky školství: Statistická ročenka školství 2013/2014 - výkonové ukazatele, Zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy – děti a mládež podle věku – podle zařízení a zřizovatele. In: [online]. 2014a [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>

MŠMT. Statistické ročenky školství: Statistická ročenka školství 2013/2014 - výkonové ukazatele, Zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy – počet zařízení, prostorové podmínky, děti a mládež – podle zařízení a zřizovatele. In: [online]. 2014d [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>

MŠMT. Statistické ročenky školství: Statistická ročenka školství 2013/2014 - výkonové ukazatele, Zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy – pracovníci, ženy (fyzické osoby) – podle zařízení a zřizovatele. In: [online]. 2014c [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>

NOVINKY, ČTK. Češi loni prosázeli 124 miliard, nejvíc na automatech. In: *Novinky.cz* [online]. 2014 [cit. 2015-01-08]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/ekonomika/342534-cesi-loni-prosazeli-124-miliard-nejvic-na-automatech.html>

PAVLOVSKÁ, Amalie. Chenova škála závislosti na internetu (Chen Internet Addiction Scale, CIAS). In: *Klinika adiktologie* [online]. 2012 [cit. 2015-01-18]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/3612/Chenova-skala-zavislosti-na-internetu-Chen-Internet-Addiction-Scale-CIAS->

PIAGET, Jean a Bärbel INHELDER. *Psychologie dítěte*. Vyd. 6. Praha: Portál, 2014, 142 s. ISBN 978-80-262-0691-0.

PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2002, 481 s. ISBN 80-717-8631-4.

REJZEK, Jiří. *Český etymologický slovník*. Vyd. 1. Voznice: Leda, 2001, 752 s. ISBN 80-859-2785-3.

ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana (Eds.). *Dětská klinická psychologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2006, 601 s. ISBN 80-247-1049-8.

SEĎOVÁ, Stáňa. Děti si v domovech žijí jako vyšší střední třída, odchod ale nezvládají. In: *Novinky.cz / Právo* [online]. 2014 [cit. 2014-12-19]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/domaci/356353-deti-si-v-domovech-ziji-jako-vyssi-stredni-trida-odchod-ale-nezvladaji.html>

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2002, 506 s. ISBN 80-859-1218-X.

SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-802-6202-172.

SVOBODA, Mojmír (Ed.). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 792 s. ISBN 80-7178-545-8.

SVOBODA, Mojmír (Ed.). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012, 317 s. ISBN 978-802-6202-165.

ÚZIS. Péče o pacienty s diagnózou F63.0 - patologické hráčství v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR 2006–2012. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2014 [cit. 2015-01-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/patologicke-hracstvi>

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. Vyd. 1. V Praze: Karolinum, 2005, 467 s. ISBN 978-80-246-0956-0.

VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan (Eds.). *Sociální psychologie*. 2., vyd. Praha: Grada, 2008, 404 s. ISBN 978-802-4714-288.

WIESNEROVÁ, Ema. Arnett: Mladí lidé věří, že se budou mít líp. In: *Věda.muni.cz* [online]. 2013 [cit. 2014-12-19]. Dostupné z: http://www.veda.muni.cz/veda-a-vyzkum/4032-arnett-mladi-lide-veri-ze-se-budou-mit-lip#.VJRWxv_AA

Zákon č. 40/2009, trestní zákoník. In: 2009. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=6&idBiblio=68040&recShow=98&nr=40~2F2009&rpp=15#parCnt>

Zákon č. 89/2012, občanský zákoník. In: 2012. Dostupné z:

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=74907&fulltext=ob~C4~8Dansk~C3~BD~20z~C3~A1kon~C3~ADk&rpp=15#local-content>

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. In: 2002. Dostupné z:

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=53243&nr=109~2F2002&rpp=15#local-content>

Zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže).

In: 2003. Dostupné z:

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=55745&nr=218~2F2003&rpp=15#local-content>

Zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních. In: 2013. Dostupné z:

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=80583&nr=292~2F2013~20Sb.&rrr=15#local-content>

ZVOLSKÝ, Petr, RABOCH, Jiří (Eds.). *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2001, 622 s. ISBN 80-7262-140-8.