

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

Rodinné prostředí adolescentů v zařízeních pro výkon ochranné a ústavní výchovy

Family environment of adolescents in institutions for the
performance of protective and institutional care



Magisterská diplomová práce

Autor práce: Bc. Vendula Bechná
Vedoucí práce: PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Olomouc
2020

Poděkování

Chtěla bych nejvíce poděkovat vedoucímu práce PhDr. Martinu Dolejšovi, PhD., za jeho cenné rady, vstřícný přístup a ochotu mi se vším pomoci.

Ráda bych také poděkovala mé rodině, která mě po celou dobu studií podporovala a byla pro mě oporou v časech dobrých i zlých.

V neposlední řadě chci poděkovat všem vedoucím zástupcům zařízení, za jejich ochotu a spolupráci při sběru dat. Také děkuji všem respondentům, bez kterých by tato práce nevznikla.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Rodinné prostředí adolescentů v zařízeních pro výkon ochranné a ústavní výchovy“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis

OBSAH

ÚVOD.....	5
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 RODINA	6
1.1 Rodina a její funkce	6
1.2 Rodičovství a role rodičů	7
1.3 Výchova v rodině	9
1.3.1 Styly výchovy	11
1.3.2 Typy rodin.....	12
1.4 Protektivní a rizikové faktory rodinného prostředí	12
2 ADOLESCENCE	18
2.1 Osobnost adolescenta	18
2.2 Vývojové změny v adolescenci.....	20
2.3 Utváření identity.....	24
2.4 Depresivita/deprese u adolescentů	26
3 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ U ADOLESCENTŮ	29
3.1 Vymezení pojmu rizikové chování	29
3.2 Vybrané formy rizikového chování	32
3.2.1 Alkohol	33
3.2.2 Tabák	36
3.2.3 Drogy	38
4 ZAŘÍZENÍ PRO VÝKON OCHRANNÉ A ÚSTAVNÍ VÝCHOVY	42
4.1 Ústavní výchova.....	42
4.2 Ochranná výchova.....	43
4.3 Školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy	43
4.3.1 Diagnostický ústav.....	44
4.3.2 Dětský domov a dětský domov se školou.....	44
4.3.3 Výchovný ústav	45
4.3.4 Střediska výchovné péče.....	46
4.4 Vybrané výzkumné projekty zaměřené na klienty z ochranných a výchovných zařízení.....	46
II. PRAKTICKÁ ČÁST	50
5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE A HYPOTÉZY	50

5.1	Vymezení výzkumného problému	50
5.2	Výzkumné cíle a otázky	51
5.3	Hypotézy	52
6	VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	55
6.1	Popis a charakteristika výzkumného souboru	55
6.2	Proces a metody sběru dat.....	56
7	POPIS ZVOLENÉHO METODOLOGICKÉHO RÁMCE A METOD	58
7.1	Zvolený typ výzkumu a metoda výzkumu	58
7.1.1	Dotazník výskytu rizikového chování u adolescentů (VRCHA).....	58
7.1.2	Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS)	59
7.1.3	Dotazník vlastní konstrukce.....	60
7.1.4	Škála rodinného prostředí (ŠRP)	60
7.2	Metody zpracování a analýzy dat.....	62
7.3	Etické aspekty výzkumu	63
8	POPIS A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	64
8.1	Odpovědi na výzkumné otázky	64
8.2	Interpretace výsledků vzhledem ke stanoveným hypotézám	72
8.2.1	Popisná statistika jednotlivých metod.....	72
8.2.2	Testová statistika.....	75
8.2.3	Rekapitulace hypotéz.....	81
9	DISKUZE	83
10	ZÁVĚR	96
	SOUHRN	99
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	102
	SEZNAM GRAFŮ	124
	SEZNAM TABULEK.....	125
	SEZNAM PŘÍLOH.....	126

ÚVOD

Adolescence je období, které je považováno za náročné, problematické a dochází v něm k výrazným změnám. Je to období, ve kterém jsou dosahovány rozumové a pohlavní zralosti. Toto období je charakteristické také hledáním a získáváním nezávislosti, a to především na rodičích. Adolescenti bojují také proti autoritám a testují hranice společensky přijatelným způsobem ale také i nevhodným.

Toto období je obdobím tzv. experimentálním. Adolescenti zkoušejí různé druhy návykových látek, chovají se antisociálně a rizikově. V rámci emoční lability se u nich často projevuje deprese, egocentrismus, vysoká potřeba sebehodnocení a úzkostnost. V menším měřítku jsou tyto projevy v tomto období normální. Pokud ale adolescenti začínají porušovat zákony či užívají nelegální látky, vznikají pak problémy. Především antisociální a rizikové chování ohrožuje nejen samotného adolescenta, ale i společnost kolem něho. Pro tyto účely a pro účely výchovné, existují zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy. Důvodů proč se pak adolescent takto chová a je umístěn v těchto zařízeních, je mnoho. Můžou to být důvody rodinné, vlivy vrstevníků, rizikové party, neočekávané události v jeho životě či samotné osobnostní nastavení jedince.

V naší práci se zaměříme konkrétně na rodiny adolescentů z ústavních a ochranných zařízení. U adolescentů budeme zjišťovat jejich rizikové chování, depresivitu a následně je porovnávat s adolescenty ze stejných českých a slovenských zařízení. V rámci rodiny se zaměříme na rodinné rizikové faktory a sociální rodinnou atmosféru. Zajímalo nás, zda sociální rodinná atmosféra, souvisí s rizikovým chováním adolescentů.

V teoretické části se věnujeme základním pojmům jako je rodina, adolescence, rizikové chování a depresivita. Pozornost je také zaměřena na zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy. Vysvětlujeme jednotlivé pojmy, představujeme několik zahraničních i českých výzkumů. Na teoretický základ pak navazuje část výzkumná. Zde jsou formulovány základní cíle výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy. Popisujeme také výzkumný soubor, metody zpracování a analýzy dat či etické aspekty výzkumu. Věnujeme se výsledkům výzkumu a porovnáваме je s jinými studii. Výsledky si také propojujeme s teoretickými poznatky.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 RODINA

Rodina je pro mnohé lidí samozřejmostí. Je něco jako voda, vzduch. Pachel a kolegové (1983) popisují, že pokud rodina poskytuje to, co daný jedinec potřebuje, není nutno o rodině více přemýšlet. Teprve, když naskytnou v rodině problémy, vystupují otázky správného fungování v rodině, řešení sporů manželů a další.

V první kapitole se budeme věnovat vymezení pojmu rodina a její funkci. Budeme se zabývat výchovou v rodině, kterou odborníci považují za důležitou ve vývoji dítěte v souvislosti s jeho chováním. Popíšeme protektivní a rizikové faktory rodinného prostředí a následně typy rodin. Tyto všechny podkapitoly vnímáme jako důležité v souvislosti s diplomovou prací.

1.1 Rodina a její funkce

Dnešní společnost se stále mění a mění se také její stabilní prvky včetně rodiny. Proto je chápání rodiny širší než v minulosti. Týká se to například svazků, které v minulosti stály mimo kategorii rodiny. Definice rodiny se také liší dle oborů. Proto definice není vůbec jednoduchá. Tradičně se rodinou myslí manželé s dětmi. Možný (2006) popisuje, že tyto rodiny tvoří pouze čtvrtinu domácností. Rodinu můžeme chápat také jako soužití jednoho dospělého se svým dítětem či více dětmi (Matoušek & Pazlarová, 2000). Za rodinu se také považuje i homosexuální dvojice, která společně vychovává dítě. Proto je dnešní pojetí mnohem širší než tradiční model otec-matka-dítě (Šulová, 2011).

Podle Langmeiera a Krejčířové (2006, 183) „rodina složená z manželského páru a jejich dětí je základní jednotkou, která je známá ve všech lidských společnostech. V různých společnostech může mít různé postavení a může vykazovat rozdílné vztahy k širšímu příbuzenstvu, také se může lišit strukturou, rozložením rolí a moci“.

Hartl a Hartlová (2010) považují rodinu za společenskou skupinu, kterou spojují pokrevní vztahy a manželství. Důležitá je i odpovědnost a vzájemná pomoc.

Sobotková (2015) píše, že rodina dříve také s sebou přinášela význam závazku a odpovědnosti. V dnešní době je spíše vnímána jako prostředí, které slouží k uspokojování potřeb jedince a je základ pro jeho životní spokojenost.

Klímová (2014) o rodině píše jako o místu, kde se střetává společnost, tělo a duše.

Plaňava (2000) ji chápe jako systém, který má za cíl utvářet bezpečný a stály prostor a prostředí pro sdílení, produkci a reprodukci lidí.

Definice rodiny se do značné míry odlišuje, avšak existuje společný konsensus na její funkce. Měla by plnit tyto čtyři základní funkce:

1. **Reprodukce lidského rodu**, která nezahrnuje pouze porod a početí, ale celou řadu úkolů a činností, které patří pod pojmy produkce a reprodukce (Plaňava,2000).
2. **Materiální a ekonomická funkce** zahrnovala po dlouhou dobu tu nejvýznamnější funkci. Zdokonalování technologií utlumily tuto funkci a dnes tato funkce spočívá v uspokojování základních životních potřeb rodiny (Výrost & Slaměník, 1998).
3. **Výchovná a socializační funkce**, díky které si dítě osvojuje hodnoty, nové činnosti, sociální role a tvorbu vlastního sebeobrazu. Tato funkce je nenahraditelná a je specifická pro každou rodinu (Gillernová et al., 2011).
4. **Emocionální a psychohygienická funkce** na významu stále roste. V rodině by měl člověk najít bezpečí, pohodu, pocity jistoty a uznání a tyto všechny faktory hrají velice důležitou roli v tom, aby byl člověk psychicky vyrovnaný a emočně stabilní (Výrost & Slaměník, 1998).

Višňovský (2007) pak přidal ještě další funkce, které jsou pro členy rodiny velice důležité a jsou to **funkce ochranné**, které hrají roli v primární prevenci rizikového chování dětí a **rekreační funkce**, která slouží k odpočinku a uvolnění dítěte.

Raná rodičovská péče může ovlivnit mnohé. Ovlivňuje například vývoj systému, který je zodpovědný za stresovou reaktivitu. Lidé, kteří nemají dobrý vztah s rodiči, mají nižší množství dopaminu 10 ve ventrálním striatulu. Hůře pak stres zvládají. Lidé považující svoji vazbu k rodičům za přijatelnou se výrazně liší (Hane & Fox, 2006).

1.2 Rodičovství a role rodičů

Rodičovství a rodičovské role, tyto dva pojmy procházejí posledními desetiletími změnami. Role rodičů už nejsou tak rozdělené jako v minulosti (Lacinová & Škrdlíková,

2008). Možný (2002) píše, že rodičovství je jedna z nevýznamnějších změn v životě. Rodičem člověk zůstane do konce života, je nezměnitelné. Také poukazuje na to, že každému dítěti by mělo být poskytnuto oblečení, ubytování, vzdělání a výživa. Děti pozorují chování rodičů a vnímají toto chování jako normu a vzor pro svůj další život. Pozorují vztah mezi matkou a otcem, také, jak si projevují vzájemný respekt a úctu. Pro dítě je to předloha, podle které vnímají v dalších letech vztahy žen a mužů. V dnešní době je rodičovství daleko více komplikované než v minulosti. Například, kdysi rodičům stačilo poslušné dítě, které vyhovělo všem jejich požadavkům. Dneska kladou důraz na otevřenost, jedinečnost dítěte, které je samostatné a sebevědomé (Lacinová & Škrdlíková, 2008). Každé dítě i rodič jsou jiní. Koucká (2014) píše, že je třeba naslouchat svému vnitřnímu hlasu a hlavně přemýšlet. Podle psychologického slovníku je rodič „*jedinec, který zplodil nebo porodil a/nebo vychoval potomka*“ (Hartl & Hartlová, 2010, 503). Colorsová (2008) píše, že rodičovství zabere hodně času, není to úkol, se kterým jsme hned hotovi. Znamená taky dát stranou své potřeby a upřednostnit dítě. Důležité jsou také odezvy rodičů na projevy dítěte. Jsou to odezvy motorické, zvukové apod. Ujišťují tím dítě o vnímání jeho projevů a povzbuzují ho tímto k dalším aktivitám. Těmito odezvami vzniká vztah mezi nimi a v budoucnu dítě bude akceptovat případné kárné nebo omezující zásahy do svého života (Helus, 2009).

S rodičovstvím souvisí role matky a otce. Rodičovská role je velmi důležitá součástí identity člověka. Přispívá k jemu osobnímu rozvoji. Zvládnutí role se považuje za znak normality a morální integrity (Novák, 2013). Děti, které jsou ochuzeny o vazbu na matku, výrazně psychicky i motoricky zaostávají. Vazba s matkou je stejně důležitá jako potrava. Děti, které nemají pouto s matkou, mají v pozdějším věku problém vytvářet blízké a citové vztahy (Helus, 2009). Vztah matka a dítě se rozvíjí již v prenatální komunikaci, porodu a kojení. Důležité také je, co matka v těchto obdobích prožívá. Matka je pro dítě jakási „průvodkyně“. Pomáhá mu řešit jeho základní potřeby, ale i vnímat jeho nejbližší okolí. Matka by měla dítěti vytvářet stabilní, čitelné a přátelské prostředí. Tímto se u dítěte vyvíjí pozitivní vztah k sobě a vyvíjí se jeho sebedůvěra. Matka by měla být vyrovnaná sama se sebou (Šulová, 2004). John Bowlby v pojednání „The Nature of a Child's Tie to His Mother“ poprvé vyslovil teorii citové vazby (Kulísek, 2000). Citovou vazbu popisuje jako „*trvalé emoční pouto, charakterizované potřebou vyhledávat a udržovat blízkost s určitou osobou, zejména v podmínkách stresu*“ (Kulísek, 2000, 406). Výzkumů v souvislosti s citovou vazbou je plno. Jako jeden uvádíme od Ablow, Marks, Ferman a Hoffmann (2013), kteří zkoumali souvislost typu vazby a reakce matky na pláč jejího dítěte. Výzkumný soubor

zahrnoval 69 prvorodiček ve věku od 19 do 41 let. Autoři zaznamenávali u matek RSA-srdeční činnost, vodivost kůže a respirační sinusovou arytmií, když dítě začalo plakat. Ženy, které mají jistý typ připoutání, hladina RSA poklesla. Ženy, které mají připoutání nejisté, hladina stoupla - tyto ženy vnímaly pláč také jako více nepříjemný. Hlavní závěr výzkumu byl takový, že ženy s nejistou citovou vazbou se ke svým dětem chovaly méně citlivě než ženy s vazbou jistou (Ablow et al., 2013).

A jak je to s rolí otce? Vymětal (2004) píše že, role otce je důležitá v tom, že úlohu matky zdvojuje a poskytuje jí příznivé emoční zázemí. Toto zázemí pak vede k trpělivosti ve vztahu k dítěti a k neustálé náklonosti. Muži, pokud zastávají patriarchální hodnoty v rodině a mají rigidní postoje, tak ztrácejí ve své rodině vliv. Pokud muž chce s dítětem získat vazbu, měl by být aktivní. Otcovou roli do značné míry ovlivňuje matčino chování, otec napodobuje její chování a stává se obohacím, alternativou mateřské role. Důležitá je pro otce také podpora a ocenění z matčiny strany. Otcové se pak dětem více věnují (Vágnerová, 2007). Zajímavý je výzkum z roku 2006 od Yuana, Hamiltona, Fortune a Voslera, který se týkal míry angažovanosti otců ve výchově. Tito autoři zkoumali vliv angažovanosti otců ve výchově v souvislosti se závislostí dětí na alkoholu. Sledovali tři rozměry a to: společnou komunikaci otců a dětí, účast na sdílených aktivitách a celkovou emocionální blízkost. Výsledky byly takové, že sdílené aktivity byly nejúčinnějším prediktorem snižování rizikového chování adolescentů a jejich depresí. Dokáže však otec stejně nahradit matku? Na tuto otázku jsme našli odpověď u Matějčka. Ten zdůrazňuje, že neexistuje žádné tajemství týkající se mateřství. Matějček (1994) píše, že otcové dokáží být k signálům svého dítěte stejně citliví, jako matky. Není tedy důvod, proč by se nemohli postarat o velmi malé dítě. Otcové bývají jako prvotním modelem mužského chování v rodině. I přes to jsou bráni jako ti „třetí“ ve vztahu dítě-matka-otec. Zda si toto vnímání otcové nezpůsobují sami, zůstává otázkou. Otcovství mnoho mužů vnímá jako dobrovolné a mnohdy i jako zrušitelné postavení (Dudová, 2008).

1.3 Výchova v rodině

Sekot (2006) uvádí, že člověk se nerodí lidským, ale lidským se stává v procesu výchovy. Na začátku bychom chtěli definovat tento pojem, pojem výchova.

Čabalová (2011, 28) uvádí, že výchova je „*proces, který umožňuje změnu jedince a jeho rozvoj v souladu s jeho potřebami, dispozicemi a sociálními vztahy*“.

Průcha, Walterová a Mareš (1995, 25) definují výchovu jako „*proces, který se zaměřuje na ovlivňování osobnosti člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jeho vývoji*“.

Skalková (2007) chápe výchovu jako určitý druh sociální činnosti, kde je podstatným znakem cílené působení na osobnost člověka. Jako důsledek tohoto působení si výchova klade za cíl dosažení trvalejších změn ve vývoji, jednání a chování jedince.

Skoro všechny definice v sobě zahrnují cíle výchovy. Zde zdůrazňujeme problematiku cílů, kterou se zabýval Kolář (2012). Kolář (2012, 23) definuje cíle jako určité „*představy o ideálních kvalitách vychovávané osobnosti, skupiny, generace, kterých má být dosaženo pomocí výchovy. Cíle výchovy jsou racionální konstrukty vyvozené z analýzy společenských poměrů, potřeb člověka v této společnosti, z kvality pracovních operací (práce), z analýzy lidského poznání a kultury a schopnosti používat toto poznání. Kvalita vymezených cílů výchovy významně determinuje povahu, charakter komplexu výchovy*“.

Cíle výchovy by měly zohledňovat schopnosti a dovednosti dítěte, většinou také těsně souvisí s hodnotovým systémem vychovatelů. Hodnotový systém rodičů se v některých případech může lišit u každého z nich a současně nemusí být v souladu s pravidly společnosti. Langmeier a Krejčířová (2006) uvádějí, že správné cíle by měly zohledňovat tři aspekty – zásadu zralosti, zásadu kontinuity a zásadu individualizace. Z těchto zásad vyplývá, že rodiče mají respektovat vývoj dítěte a nevyžadovat po něm určité dovednosti předčasně (naopak ale zase je nutné dítě vystavovat přiměřeným požadavkům), netrvat na složitějších úkonech, pokud si dítě neosvojilo dobře úkony jednodušší. Čábalová (2011) považuje při stanovení cílů za důležitou konkrétní formulaci cíle; také by cíl měl obsahovat požadovanou změnu osobnosti a podmínky a prostředky k této změně; dále by měl obsahovat kontrolovatelné výstupy. Proces výchovy má své základní fáze. Pelikán (1995, 74-76) řadí mezi fáze výchovného procesu:

1. **Fázi situační**, při které na dítě během života působí různé situace, dítě v nich získává zkušenost, kterou využije při analýze dalších situací.
2. **Fázi fixační**, kde osoba reaguje podobným způsobem na modelově blízké situace.
3. **Fázi generalizační**, která se podílí na vznik obecných myšlenkových modelů v psychice jedince.
4. **Fázi osobnostně integrační**, kde probíhá integrace jednotlivých složek vývoje a vytvoření jednotné a autentické osobnosti.

1.3.1 Styly výchovy

Výchovný styl lze popsat jako způsob výchovy, který odráží vztah vychovatele a vychovaného. Na stylu výchovy se podílí řada faktorů. Je to rodina, ve které rodiče vyrůstali, kulturní faktory, ekonomické, tradice dané země (Čábalová, 2011). Výchovu ovlivňuje i vzdělání rodičů a jejich inteligence. Matky s vysokoškolským vzděláním apelují na výborné známky svých dětí a někdy jednájí až moc přecitlivěle na jejich neúspěch. Plánované a nechtěné dítě má také velký vliv na výchovný styl (Binarová, 2001).

Lewin ve 30. letech pozoroval v experimentálních skupinách styly vedení a vyčlenil tři základní typy výchovných stylů (Čáp & Mareš, 2001). Baumrindová od 60. let vypracovala tento model v rámci čtyř stylů výchovy, který je v dnešní době hodně využíván (Miller, 2010). Jsou to tyto styly:

1. **Autoritářský styl**, který je charakteristický především zákazy, tresty a příkazy. Porušení pravidel v tomto stylu je trestáno, rodiče apelují na poslušnost. Děti jsou pak nepřátelské, podléhají tlaku okolí, a také bývají závislé na názoru druhých lidí (Binarová, 2001).
2. **Autoritativní výchova** je charakteristická laskavou výchovou, rodiče akceptují názory dítěte, ale zároveň trvají na pravidlech a jsou také nároční (Gillernová, Kebza, & Rymeš, 2011).
3. **Zanedbávající styl** je charakteristický tím, že rodiče neprojevují větší zájem o dítě. Odmítají ho a jsou celkově citově chladní. Na dítě nejsou kladeny skoro žádné nároky (Gillernová, Kebza, & Rymeš, 2011).
4. **Shovívavá výchova** je charakteristická tím, že dítě má dostatek emoční podpory a porozumění, ale zároveň mu chybí pocit zodpovědnosti a spolehlivosti. Rodiče dítěti nestanovují hranice a nedávají mu skoro žádné požadavky (Gillernová et al., 2011).

Ne vždy rodiče volí správný výchovný styl. Pro dítě to pak může být spíše škodlivé a může to narušit jeho vývoj. U dětí, které mají nízké sebevědomí a jsou nešťastné, je vysoká pravděpodobnost toho, že jsou rodiči vychovávány přísně. U dětí s agresivními sklony a nedostatkem sebekontroly bývají rodiče benevolentní (Train, 2001). Zajímavá je také tzv. nedůsledná výchova, která je charakteristická tím, že rodiče kompenzují přísnost na dítě dovolováním a volnostmi. Dále můžeme rozlišit rozmazlující výchovu, kde rodiče dítěti vše dovolí. Nadměrně starostlivá a ochraňující výchova má za důsledek zabraňování dítěti

v nových dovednostech. Výchova, kde není dostatek lásky, se označuje jako zavrhuující výchova, rodiče si tuto výchovu odůvodňují tím, že se snaží dítě vychovávat ke kázni a poslušnosti. Dále máme výchovu perfekcionistickou, týrající, zanedbávající a mnoho dalších, které dítěti spíše škodí (Langmeier & Krejčířová, 2006). Zajímavý výzkum provedla Trumhová (2013). Ta zkoumala srovnání výchovy mezi starší a mladší generací. Výzkum zahrnoval 108 respondentů. Potvrdilo se, že autokratický styl se častěji vyskytuje u starší generace. Generace starší také s dětmi tráví více času než mladší a její výchovné hodnoty jsou více směřovány na mezilidské vztahy.

1.3.2 Typy rodin

Sobotková (2001) píše, že za každým typem rodiny předpokládáme řadu smíšených a nevyhraněných typů, takže většina rodin se k „čistým“ typům označit nedá. I přes to, rodiny rozdělujeme, a to z hlediska složení nebo z hlediska funkčnosti. Košta (2004) dělí rodinu na nukleární a rozšířenou.

Nukleární rodina je charakteristická příslušníky dvou generací, a to rodiči a jejich dětmi. Manželství je rozhodující předpoklad. V rámci nukleární rodiny můžeme mít tzv. úplnou a neúplnou. Úplná rodina je tvořena oběma rodiči a dětmi. Neúplná je tvořena jedním z rodičů a vlastním či adoptovaným dítětem. Protikladem nukleární rodiny je rodina rozšířená, kde zařazujeme prarodiče, strýce, tety apod. (Košta, 2004).

Podle funkčnosti se rodiny dělí na funkční, problémové, dysfunkční a afunkční. Funkční rodiny uspokojují potřeby rodiny a zajišťují spokojenost. Problémové rodiny neohrožují svou stabilitu a rodina je schopna problém řešit. U dysfunkčních rodin se vyskytují vážné problémy, ohrožují a poškozují rodinu a mají negativní dopady. U afunkčních rodin jsou děti ohroženy na životě, neplní žádnou funkci a děti mohou být odebrány (Dunovský, 1999).

1.4 Protektivní a rizikové faktory rodinného prostředí

Už od narození ovlivňuje rodina celkový vývoj jedince. Ovlivňuje ho také v užívání alkoholu a drog. Podílejí se na tom rodinné faktory, mezi které patří výchovný styl, rodičovské chování, výskyt konzumace alkoholu v rodině či komunikace a kontrola v rodině (Čablová & Miovský, 2013). Předtím než budeme popisovat rizikové faktory rodinného prostředí, bychom chtěli vysvětlit pojem rizikové chování. Riziko jako pojem, je vysvětlen v rámci situace či aktivity, kde je vysoká míra nebezpečí, neúspěchu či ztráty. Chování si lze

představit jako vnější projevy, reakce a jednání na vnitřní a vnější podněty (Hartl & Hartlová, 2010).

Rizikovými faktory se rozumí charakteristiky jedince nebo vlivy jeho okolí, které mají za následek zvyšování užívání návykových látek a alkoholu. Zvyšují negativní vývoj jedince a podílí se na řadě zdravotních problémů (Cleveland et al., 2008; Engel et al., 1996). Blatný et al. (2005) popisuje kladný vliv rodinného prostředí na výskyt rizikového chování v oblastech užívání alkoholu a jiných návykových látek u adolescentů. To potvrzuje Gecková a její kolegové (Gecková, Pudelský, & Tuinstra, 2000; Gecková, Pudelský, & Van Dijk, 2000). Ti se zaměřili na studii, které se zúčastnilo 2 616 adolescentů ve věku 15 let. Studie byla zaměřená na sociální kontakty adolescentů. Výsledky ukázaly to, že pro dívky, jsou více důležití rodiče, kamarádi a babičky. Pro chlapce byli na prvním místě sourozenci. Dále zjistili, že ve vážných problémech se dívky i chlapci nejvíce obrací na rodiče a přátele. Sociální opora má významný vztah s duševní pohodou a zdravotním vztahem dospívajících.

Nešpor (2011) popisuje řadu rizikových faktorů, mezi které se řadí:

- výskyt neléčené návykové choroby u rodičů,
- nejasná pravidla v rodině,
- nedostatek času na dítě v dětském věku,
- nedostatečná péče, nedostatek citové vazby mezi dítětem a rodiči,
- přehnaná přísnost ve výchově,
- schvalování rodiny pití a konzumaci alkoholu či drog,
- výskyt vážných duševních chorob u rodičů,
- špatné finanční a hmotné podmínky,
- dítě žije bez domova, rodiny,
- výchova pouze jedním rodičem.

Rodina není jediným rizikovým faktorem adolescenta. Patří mezi ně také kamarádi, odmítání dítěte kolektivem, hraní hazardních her a mimo jiné užívání samotných návykových látek (Blatný, 2005). V adolescenci je nejvíce spojováno s rizikovým chováním konzumace alkoholu, kouření cigaret a zkušenost s drogami, a to především s kanabis. Ve

studii v roce 2003, které se zúčastnilo 835 mladých lidí ve věku od 14-25 let se zjistilo, že polovina respondentů jsou nekuřáci a kuřáci se dělí na denní a občasně. Studie dále prokázala, že kuřáci konzumují mnohem častěji alkohol než nekuřáci. Co se týče marihuany, s tou mělo první zkušenost 39 % respondentů (Kyasová, 2003).

Dolejš (2010) udává tzv. 7 skupin rizikových aktivit. První skupina se řadí mezi aktivity, které souvisejí s užíváním a zneužíváním návykových látek. Zde uvádíme novější studii, která byla realizována v roce 2016. Výzkumný soubor byl tvořen 2 471 šestnáctiletých ze 115 škol ve všech krajích ČR s cílem zmapovat užívání legálních a nelegálních drog mezi adolescenty. Zjistilo se, že v posledních 30 dnech kouřilo 27 % studentů, denně kouří 13 % a 41 % pilo v posledních 30 dnech 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti. Jednou týdně uvedlo pití nadměrných dávek 13 % studentů. O konopí se zjistilo, že 32 % studentů konopí vyzkoušelo a v posledních 12 měsících 24 % užilo. V Evropě jsou tyto zkušenosti těchto adolescentů nadprůměrné. Také se zjistilo to, že adolescenti mají k těmto výrobkům snadný přístup. Při kontrolních nákupech byly tyto výrobky prodány nezletilým adolescentům nejméně v 50 %. V 90 % případech, byla nejvyšší dostupnost ve večerkách (Drbohlavová, Rous, Černíková, & Kozák, 2016). Zajímavé zjištění pak provedli ve výzkumu Dolejš a Orel (2017). Do výzkumu byly zapojeny víceletá gymnázia a základní školy Zlínského a Moravskoslezského kraje. V rámci Zlínského kraje bylo testováno celkem 1 020 žáků a v Moravskoslezském kraji 1 397 žáků. Adolescentům byla předložena testová baterie, která obsahovala dva diagnostické nástroje-Škálu impulzivity Dolejše a Skopala (SIDS) a dotazník Výskyt rizikového chování u adolescentů (VRCHA). Ukázalo se, že za posledních 30 dní pilo alkohol 25 % adolescentů v Moravskoslezském kraji a ve Zlínském kraji 28 %. Cigarety denně kouří 2 % adolescentů ve Zlínském kraji a 4 % v Moravskoslezském. Mezi 13 a 14 rokem u chlapců pití alkoholu výrazně stoupá. Celkové zvyšování rizikosti u dívek je mezi 12. a 13. rokem. Zajímavé je to, že výzkum zaznamenal pokles adolescentů, kteří mají problém s užíváním jiných drog či alkoholu, ale potvrdil nárůst zvýšení delikventního chování. Až 30 % adolescentů má zkušenosti s krádežemi. Jedna pětina studentů obou krajů má zkušenosti s vandalismem a poškozováním cizích věcí jen tak pro zábavu (Dolejš & Orel, 2017). Jako druhou skupinu uvádí Dolejš (2010) kriminalitu poté šikanu, hostilitu a agresivní chování. Studie HBSC, která byla realizována v roce 2014 (Drogy-info, 2017) uvádí 7 % 13letých chlapců a 5 % 13letých dívek, kteří se stali oběťmi šikanování. Čtvrtá skupina se týká problémových sexuálních aktivit. Až 34 % klientů nízkoprahových center pro děti a mládež ve věku 11–15

let mělo pohlavní styk (Zemanová & Dolejš, 2015). Školní problémy a přestupky je pátá skupina. Posledními jsou extremistické, hazardní a sektářské aktivity s ostatními formy rizikového chování (Dolejš, 2010).

Co autor to odlišné dělení. Hutyrová a kolektiv (2013, 11) popisují tyto aktivity:

- projevy agrese a šikana,
- záškoláctví,
- xenofobie a rasismus,
- rizikové chování v dopravě a rizikové sporty,
- negativní působení sekt,
- sexuální rizikové chování,
- závislostní chování.

Protektivními faktory se označují faktory, které napomáhají se rizikovým vyhybat (Dolejš, 2010). Mají pozitivní vliv na jedince a snižují četnost rizikového chování. Sobotková (2009) píše, že hlavně funkční rodina, je základním preventivním faktorem proti rizikovému chování

Vágnerová (2008) je popisuje jako určitou schopnost jedince využít pozitivních možností s dostatečnou sebedůvěrou a nalézt přijatelné řešení v obtížných životních situacích.

Šolcová (2009) je definuje jako určité charakteristiky, které, když jsou v interakci se špatnými vlivy, tak eliminují či redukuje negativní účinky. Šolcová mezi protektivní faktory udává rámec komunitních principů a komunitu. Dle Šolcové (2009) povzbuzují vřelé a stabilizované vztahy mezi dítětem a dospělým. Také rozvíjí humor, strategie pro zvládnání napětí a agrese.

Jessor (1998) udává pět protektivních faktorů, a to inteligenci v rámci nadprůměru, zdravou školu a soudržnou rodinu, kontrolu rizikového chování, přítomnou hodnotu zdraví a úspěchu, religiozitu či aktivní zapojení do školních aktivit.

Mezi další řadíme například rodičovskou kontrolu, dobrou komunikaci mezi vrstevníky, svědomitost, odolnost vůči tlaku, emocionální podporu (NIDA, 2003). Základy hlavního

preventivního přístupu, které mají za cíl podporovat zdravý životní styl, jsou programy pro volný čas. Tyto programy mají obecně také protektivní charakter (MŠMT, 2005).

Nešpor a Csémy (1997), popisují tyto protektivní faktory:

- jasná pravidla,
- přiměřená péče a dohled na dítě,
- dostatek času věnovanému dítěti,
- dobré zdraví rodičů,
- dobré hodnoty rodičů,
- zodpovědnost v rodině,
- dobře fungující vztahy v rodině,
- spolupráce na výchově.

Hajný (2001) píše, že nejvíce posilují odolnost dítěte vůči drogám pravidla v rodině, tradice a zvyky. Rodina pak dobře reaguje na změny a je schopna poskytovat dostatečné bezpečí. Nešpor (2011) uvádí také na prvním místě péči o dítě a věnování se dítěti. Zdůrazňuje stanovení jasných pravidel a hodnot v životě. Pro dítě je nejdůležitější ochrana a bezpečí.

Dle Ferguse a Zimmermanna (2005) jsou to tyto faktory:

- individuální faktory, kde patří například copingové strategie, emocionální stabilita,
- rodinné faktory (podpora, soudržnost rodičů...),
- vrstevnické vztahy (podpora, dostatek přátel...),
- školní faktory,
- komunita a společenství.

Abychom poukázali na významnost kvality rodinných vztahů, přidáváme výzkum Efendić-Spahić (2013). Ta zjistila, že negativní vztah s oběma rodiči výrazně ovlivňuje a je prediktorem pro psychoticismus a neuroticismus. Obě tyto škály jsou spojovány

s antisociálním chováním. Také přišla na to, že výrazně dobrým protektivním faktorem je autoritativní výchova otce, která má vliv na absenci deprese a snižuje pocity z otcova odmítnutí. Důležitý prvek je také komunikace, která se stává předmětem mnoha výzkumů a preventivních programů zaměřených na rodiny s dětmi. Komunikace může být jak rizikový, tak protektivní faktor. Rodiče vyjadřují adolescentům i dětem své obavy, myšlenky a pravidla (Vorst, Burk, & Engels, 2010). Rodiče takto mohou formulovat pravidla o užívání alkoholu, mohou ovlivňovat vnímání dítěte na alkohol, a hlavně mohou predikovat jeho zneužívání (Ennet et al., 2001). Napper et al. (2014) zkoumal alkocomunikaci rodičů s adolescenty. Přišel na to, že když si rodiče myslí, že ostatní rodiče mluví se svými adolescenty o alkoholu více, tak s nimi na toto téma začnou mluvit častěji. Tímto se zlepšuje jejich chování, a hlavně samotný postoj vůči alkoholu.

Rizikové chování k adolescenci určitým způsobem patří. Sobotková a kolektiv (2014) jej považují za běžnou součást vývoje. Autoři na rizikové chování nahlíží jako na účelové a funkční. U většiny dospívajících odezní a nepřekročí hranici trestného činu. Adolescenti si pomocí rizikového chování získávají uznání okolí, zapojují se do subkultur, týkajících se například fotbalových chuligánů apod. Může však končit i smrtí.

2 ADOLESCENCE

Transformaci mezi dětstvím a dospělostí představuje dospívání (Sobotková, 2014). V tomto období dochází k celkové změně osobnosti, a to v oblasti sociální, biologické a psychické. Tyto tři oblasti se navzájem ovlivňují. Hlavním úkolem tohoto období, nazývaným adolescence, je tvorba zralejší formy vlastní identity (Vágnerová, 2012). Adolescence je chápána jako období, ve kterém je dosahováno pohlavní zralosti, jsou dozrávány rozumové schopnosti, nastupují sekundární pohlavní znaky a osobnost se vyznačuje celkovou celistvostí (Hartl & Hartlová, 2010). Pojem adolescence pochází ze slova „adolescere“. Adolescere znamená mohutnět, dospívat a dorůstat (Macek, 2003). V tomto období je jedinec vysoce citlivý a nestálý (Galván, 2017).

Vágnerová (2012) dělí toto období na dvě fáze. Období, které trvá od 11. – 15. roku, toto období nazývá pubescenci nebo také ranou adolescenci. Toto období charakterizuje tělesným dospíváním včetně pohlavního. Druhé období od 15. roku do 20. roku nazývá adolescenci nebo pozdí adolescenci. V tomto období je charakteristická psychosociální proměna osobnosti. V odborné literatuře jsou různá vymezení tohoto období. Například Macek (2003) píše, že je datovaná až do 22. roku jedince. Dolejš a Orel (2017) ji člení na ranou (11 až 15 let) a pozdní (16 až 20 let). Nový termín navrhl Arnett (2000) a to vynořující se dospělost (Emerging adulthood). Toto období se projevuje oproti adolescenci nezávislostí a emoční, názorovou, finanční samostatností. Oproti dospělosti však chybí zodpovědnost.

V této kapitole se zaměříme na osobnost adolescenta, vymezíme vývojové změny v adolescenci. Závěr kapitoly je věnován utváření identity adolescentů a výskytem depresí v tomto období.

2.1 Osobnost adolescenta

Osobnost jedince je složitý celek, který se utváří postupně. Mahlerová, Pine a Bergman (2006) píšou, že dítě je nejdříve závislé na matce. Mezi ním a matkou nijak nerozlišuje. Osobnost není diferenciována a vztah s matkou se rozvíjí postupně. V další fázi rozlišuje mezi dobrým a špatným, později, si začíná uvědomovat, že s matkou netvoří jednotu. Dále si uvědomuje i vnější okolí. Jeho pohled na svět záleží hlavně na postoji matky k dítěti. Je-li matka úzkostná, úzkostné bude s velkou pravděpodobností i dítě. To samé píše Austrianová (2013). Udává, že zralost jedince je závislá na zralosti matky. Matka, pokud je

například úzkostná, hostilní a apatická může u svého dítěte způsobit nezvládnutí první separačněindividuální fáze. A jak popisují definici osobnosti různí autoři?

Cakirpaloglu (2012, 41) ji definuje jako „*organizovaný, funkčně uspořádaný celek zahrnující různé dispozice, které motivují a regulují psychosociální bytí člověka*“.

Nakonečný (1995, 40) píše že, „*osobností se člověk nerodí, nýbrž se jí stává v období, kdy se u něho začne vytvářet specificky lidská organizace a dynamika duševního života, a kdy se tedy stává člověkem i psychicky*“.

Smékal (2002) osobnost popisuje jako systém, kde probíhá integrace psychických stavů, procesů a vlastností. Tato integrace vzniká socializací, především prostředím a výchovou a také přetvářením vrozených podmínek bytí člověka.

Osobnost popisují desítky definic. Tento pojem patří k nejvíce obecným psychologickým pojmům. V těchto definicích dle Čápa (2001) lze najít hlavní tři základní momenty a ty jsou:

1. Osobnost se skládá z vlastností, procesů, návyků, postojů a stavů.
2. Vyznačuje se strukturou dílčích momentů, uspořádáním a velmi složitým celkem.
3. Osobnost vyjadřuje difference mezi lidmi a jeho jedinečnost.

Dědičnost hraje také roli ve formování osobnosti. V souvislosti s osobnostními rysy je podíl dědičnosti 40 % (Čáp, 1996). Zajímavý výzkum na toto téma provedli Thomas, Chessová a Birch (1970). Studie se zúčastnilo 85 rodin s celkem 141 dětmi. Výzkum probíhal od narození respondentů a trval několik let. Tito autoři popsali tři různé skupiny dětí, které byly vychovávány v podobném rodinném prostředí. Závěrem této studie pak bylo, že rozdíly v chování mezi dětmi jsou převážně způsobeny dědičností. Zjistilo se také, že chování rodičů také výrazně ovlivňuje chování dětí. Například rodiče, kteří jsou ke svým dětem důslední a trpěliví a dávají jim plno podnětů, jsou úspěšnější k ovlivňování jejich temperamentu. Rodinné prostředí má také výrazný vliv. Potvrzuje to studie Coopersmitha (1967), která se zabývala sebevědomím dětí. Zjistilo se, že autoritářský styl výchovy má za následek nízké sebevědomí dítěte, naopak vřelý vztah rodičů souvisí se sebevědomím vysokým. Zajímavé je také, že vysoké sebevědomí mají dívky, jejichž matky mají zaměstnání mimo domov. Vliv rodinného prostředí, je významný ve formování osobnosti. Rodinné prostředí kvalitní, vytváří osobnost, která je stálá, dynamická a během života se rozvíjí. Je na nejvyšším žebříčku formování osobnosti (Škrábanková, 2004).

Důležité jsou také fyziologické změny v adolescenci, které také mohou mít vliv na formování osobnosti člověka. Je možné, že za rizikové chování a impulzivitu může právě vývoj a změny v mozku, a to konkrétně orbitofrontální kůra. Užívání návykových látek způsobuje v adolescenci závislost rychleji (Fegert, et al., 2009).

Adolescence je popisována jako období změn nálad, změn hodnot, člověk je více emočně labilnější. Také se utváří hlubší a trvalé zájmy. Jedná se také o nepřijatelné chování či jednání (Langmeier & Krejčířová, 2006).

2.2 Vývojové změny v adolescenci

Vývojové změny v adolescenci lze dělit dle většiny autorů **na kognitivní, emocionální, biologické a psychosociální**. Tyto změny jsou ve vzájemné interakci a jsou k nim přidávány kulturní a historické vlivy. Piagetova fáze formálních logických operací spadá do **kognitivního vývoje** celého období adolescence. Myšlení adolescentů dosahuje již zcela vyšších kognitivních funkcí (Vágnerová, 2008). Toto období, období formálních operací, je charakteristické abstraktním myšlením, které se vyznačuje svou teoretičností a hypotetičností. Adolescent dokáže pracovat s abstrakcí a hypotézami. Adolescenti se dívají na svět už z různých úhlů pohledu, nejsou už vázáni na svou konkrétní zkušenost. Abstrakce jim dává možnost přemýšlet o sobě a o tom, co si adolescenti myslí (Vágnerová, 2008; Macek, 1999).

Kognice se v průběhu adolescence neustále zdokonaluje. Nemění se už pouze v adolescenci pozdní. Zde se nejvíce projevuje flexibilita a nacházení nových způsobů řešení. Adolescenti jsou v této době více otevření a nastane-li problém, neuvažují rigidním způsobem (Vágnerová, 2008). Pojetí kognice, bývá v Piagetovo pojetí, často kritizováno. Nejvíce je kritizován přílišný idealizovaný a racionální pohled na jejich emoce a myšlení. To samé můžeme říci ve vytváření dobře integrovaných vztahů mezi emočními a kognitivními složkami, to Piaget také neprozkoumal (Labouvie-Vief, 2015).

Dle kognitivní teorie Kohlberga by v tomto období měli adolescenti dosahovat úrovně postkonvenčního vývoje. Tato úroveň je založená na principech související s vlastní odpovědností a vlastními hodnotami. Adolescent si je vědom relativity vlastních hodnot a postojů. Podle tohoto klade důraz na dodržování pravidel směřující k nalezení konsenzu. Adolescent využívá postkonvenční morálku pouze v některých situacích. Více je osvojená morálka konvenční. Morálka konvenční je charakteristická přejímáním dobrých a správných

rolí, dodržováním toho, co očekávají druzí a také konvenčního pořádku. (Kohlberg, 1985). Morální normy adolescenti vnímají jako platné pro celou společnost. Když jsou normy porušeny, reagují velmi přecitlivě. Proto se adolescenti dostávají často do konfliktu se svým okolím (Farková, 2009). Vývoj morálky nezávisí jenom na období adolescence. Postrádá-li adolescent v dětství emocionální zázemí a jistotu, chybí mu emoční inteligence a správné modely vztahů mezi lidmi. Tyto nedostatky pak lze kompenzovat získáním nových korektivních zkušeností (Kovařík et al., 2004).

Co se týká **emočního vývoje**, adolescence je typická emoční nevyrovnaností, přecitlivostí a vztahovačností. Adolescent bývá přecitlivělý na projevy druhých lidí. Vztahovačnost bývá projevem nejistoty a často se zvyšuje agresivita a hostilita. Interpersonální problémy jsou také častější a bývají většinou zveličovány (Vágnerová, 2008a). Dle Macka (2003) období střední a pozdní adolescence je charakteristické odezníváním náladovosti a celkové lability. Na rozdíl od toho přibývá diference silných prožitků. Po 16. roce se zvyšuje úroveň sebehodnocení a velikou roli hraje kritický pohled na svět. Ten pomáhá k ujasnění vlastní společenské role a k ujasnění osobnostních charakteristik. Současně přináší krizi dospívajících a je příčinou vlastních těžkostí (Langmeier & Krejčířová, 2006). Adolescent, pokud je úspěšný, zažívá chválu od ostatních a má šťastný erotický vztah, bývá sebevědomý. Pokud adolescentovi některý z těchto faktorů chybí, kompenzuje si je jinými aktivitami (Binarová, 2005). Ke stabilizaci emocí dochází na konci adolescence. Jako důvod je uváděna adaptace na pohlavní dospělost a celkové hormonální vyrovnání (Vágnerová, 2008a). Přibývají vyšší city a zvyšuje se počet citů a různých odstínů emocí (Macek, 2003).

V rámci **socializace** je nutné osvojení kulturních návyků, jedinec by se měl orientovat v hodnotách prostředí. Sebeovládání a pochopení role svého pohlaví a věku jsou také důležité úkoly adolescentů. Osobnost jedince je pak produktem socializace a stává se výsledkem sociálního učení, při kterém hrají roli sociální podněty a vztahy (Nakonečný, 2009). Pozdní adolescence je fáze přechodu do dospělosti. Jedince lidé akceptují už jako dospělého a je od něho očekáváno odpovídající chování. V tomto období dochází k přípravě na život. Na začátku adolescence je důležitá změna školy a na konci nástup do zaměstnání (Vágnerová, 2008a). Toto období je také charakteristické touhou po členství v různých skupinách. Macek (2003) píše, že kultura mládeže vznikala jako opozice ke kultuře dospělých jedinců. Členství ve skupinách pak adolescentům poskytuje specifické role a určité postavení ve společnosti. Adolescenti si hledají své vlastní způsoby, aby se

emancipovali od rodiny. Jeden ze způsobů emancipace je že, jdou proti rodičům, vytýkají jim nedostatky a kritizují je. Druhým způsobem emancipace je například přemísťování vztahů na jiné osoby. Jde především o vrstevníky (Vágnerová, 2012). Na konci adolescence se od rodičů odpoutají, a i přes dřívější neshody se k nim rádi vracejí. Vztahy s rodiči pak bývají stabilizovány (Langmeier & Krejčířová, 2006). Původní skupinové vztahy ztrácejí svůj význam. Rozvíjí se první trvalejší partnerství a také dlouhodobá, celoživotní přátelství. Jako důležité je vnímáno osobní sebevymezení. Starší adolescenti tráví více času volnočasovými aktivitami mimo primární rodinu, také cestováním, a to jim umožňuje rozšiřovat svá teritoria. Důležité role tohoto období jsou role člena určité skupiny, role blízkého přítele, předprofesní role a také je důležitá partnerská role (Vágnerová, 2008a). Vztahy v tomto období jsou spíše polygamní a bývají založeny ze zvědavosti. Adolescenti jsou si vědomi své experimentace a toho, že si chtějí co nejvíce užít. Přesto však v tomto období existují vztahy, které vydrží dlouho až do předmanželského stádia (Říčan, 2006). Na konci adolescence a počátku dospělosti je dle Langmeiera a Krejčířové (2006) etapa zamilovanosti. Etapa zamilovanosti představuje vyústění vázanosti, oddanosti a porozumění. Sociální faktory při vzniku poruch chování jsou významné. Prostředí, které je pro jedince nevhodné, představuje pro jedince nebezpečí budoucích negativních osobnostních charakteristik. Rodina je jeden z nejdůležitějších faktorů. Rodinné prostředí představuje rizika ve formě anomálních osobností rodičů, neúplnosti rodiny, neplnění rodinných funkcí a nedostatkem kompetentnosti rodičů. Taky se stává, že pokud je adolescent příliš závislý na rodičích, může se jeho láska obrátit v nenávist apod. Když se adolescent bojí o ztrátu rodičovské lásky, reaguje na to často odmítnutím dalších vztahů. Dochází i k tomu, že vzniká regrese do infantilní závislosti. Adolescenti také utíkají do denního snění, uzavírají se do vlastního nitra, někteří si libují v pocitech ublížení. Odpoutání od rodiny jim pomáhá také zájem o filozofické hloubání, odmítání vrstevníků či zájem o smysl života. Obrany, které adolescenti používají, mohou přetrvávat jako dominující charakteristika osobnosti a mohou přispět ke vzniku některé z patologií (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Adolescenti v ústavních zařízeních mívají nejčastěji rodinu restrukturalizovanou, dysfunkční či neúplnou (Lazarová et al., 2005). 40 % adolescentů na útěku je z neúplných rodin. Otcové hrají pouze roli formální. Matka se stará o většinu rodinných příslušníků. Vzdělání těchto rodičů je pod standardem. Týrání dětí u těchto rodin bývá početné, a to téměř v pětině rodin. 26,7 % adolescentů pochází z rodin tvořené pouze matkou (Lazarová et al.,

2005). Životní styl, životní prostředí, vrstevnické skupiny a různé subkultury, toto všechno může vést k nežádoucímu chování adolescentů (Vágnerová, 2008b).

Purková (2008) píše, že mezi obecné charakteristiky těchto jedinců, bývá chybění motivace ke společenskému životu, nezaměstnanost a nedostatečný příjem. Mezi další se řadí obtížná komunikace a využívání nelegálních uspokojování potřeb.

Z hlediska **biologického** jsou vývojové změny rozděleny na **normativní a deviantní**. Příčin **deviantního** chování je mnoho. Jde o sčítání velkého počtu rizik. Roli hrají genetické a biologické dispozice (Vágnerová, 2008b). Koukolík (2008) píše, že antisociální chování může být spojeno s poruchami mozku. Mladiství, kteří mají antisociální chování, mají dle Koukolíka (2008) narušené paměťové a řečové funkce. Také mají problém s prostorovými informacemi. K normě se prý vrací polovina mladistvých. Nowak, Gawed, Jelonek a Janas-Kozika (2013) píšou o tom, že hraje roli při poruchách chování také pohlaví. Častěji se poruchy chování vyskytují u chlapců a to (3:1). Výzkum na toto téma provedli Pechorro, Vieira a Nunes (2013). Do výzkumu se zapojilo 261 respondentů ve věku od 13 do 20 let. Tito respondenti byli zadrženi v minulosti policií před šestnáctým rokem. Statisticky významné rozdíly mezi dívkami a chlapci, zjistili u délky vzdělání, přičemž dívky chodily do školy déle. Také přišli na to, že chlapci mívali kriminální chování dříve než dívky. U dívek se zjistilo, že jsou více emocionální a prosociálnější. Časně zahájení sexuálního života, nedostatečná rodinná emocionální podpora, špatný prospěch či traumatický sexuální zážitek, to také souvisí s problémovým chováním. Souvisí to s kouřením, rizikovými aktivitami a abúzem alkoholu (Langmaier & Krejčířová, 2006).

Tělesný vzhled adolescentů je důležitá součást jejich identity. Nižší sebevědomí, nejistota, nízká sebedůvěra pak souvisí s tím, pokud je adolescent v této oblasti nějak znevýhodněn. Vzhled je pak prostředek k dosažení sociální adaptace apod. (Vágnerová, 2008a). Adolescent, pokud je nespokojený se svým vzhledem, může pak odmítat stravu a s tím souvisí časté poruchy příjmu potravy (Langmaier & Krejčířová, 2006). Co se týká vzhledu, u chlapců je typický růst do výšky, mohutní jim svalstvo a dochází k růstu ochlupení. Děvčata jsou charakteristická růstem ňader a boků. Chlapcům se mění výška hlasu, dochází k mutaci (Říčan, 2006). Somatický vývoj je v tomto období ukončený, adolescent je schopný sexuální reprodukce. V 17 až 18 roce mívají dospívající nejčastěji pohlavní styk (Binarová, 2005). Prvním pohlavním stykem, počtem partnerů apod. se zabývají autoři Weiss a Zvěřina (2009). Ti uvádějí výsledky pokračování výzkumu sexuálního chování obyvatel ČR, kterého se zúčastnilo v roce 2008, 1000 mužů a 1000 žen.

Autoři srovnávali výsledky z výzkumů v letech 1993, 1998 a 2003. Autoři zjistili, že věk prvního pohlavního styku se nesnižuje ani nezvyšuje. Zjistili ale, že počty partnerů za posledních 12 měsíců se snižují a užívání antikoncepce a kondomů se zvyšuje. Za nejčastější sexuální poruchu u mužů se označuje erektilní dysfunkce a u žen je to sexuální apatence.

2.3 Utváření identity

Drama, tak autoři nazývají proces utváření vlastní identity. Adolescence je období, kdy se jedinec potřebuje oddělit od svého dětského Já (Šebek & Šebková, 2003). S tím souvisí hledání vlastní identity. Erikson (2002) toto období považuje za vývojový úkol, při kterém se jedinec začleňuje do společnosti. Identita obsahuje dva aspekty. Osobní a sociální. Osobní odpovídá na otázku „kdo jsem“ a sociální se snaží odpovědět na otázky „odkud přicházím“ a „kam směřuji“ (Tyrlík, 2010). To samé píšou i Vašutová a Panáček (2013), ti také rozlišují osobní a sociální identitu. Píší také o tzv. tělovém schématu (body image). Body image souvisí s hodnocením vlastního zevnějšku a jeho důležitosti pro rozvoj identity.

Identita probíhá v procesu individuace. Josselsonová (1980) tento průběh rozčlenila do čtyř fází a to:

1. Fáze diferenciacce, kdy si adolescent uvědomuje fyzickou a psychickou odlišnost, zpochybňuje názory a normy dospělých.
2. Fáze experimentace (14-15 let), je charakteristická experimentací s vlastní emancipací a nahrazování rodiny vrstevníky.
3. Fáze stabilizace (15-16 let), adolescent urovnává vztahy s rodiči.
4. Fáze psychického osamostatnění, kde se vytváří vlastní identita.

Adolescenti, kterým se podařilo dosáhnout identity, mívají na sebe pozitivní sebeobraz, odmítají autoritářství a jsou častěji flexibilnější a nezávislejší. Dobré výsledky ve škole, liberálnější postoj k návykovým látkám mívají jedinci, kterým se podařilo dosáhnout identity (Macek, 2003). Berzonsky (1989) popisuje tři sociálněkognitivní strategie, při nichž se utváří identita. Jako první je informační styl sebedefinování. Znamená to, že jedinci záměrně a aktivně hledají informace o sobě samých. Normativní styl využívají jedinci, kteří se hodnotí podle reakcí vnějšího světa a jako poslední je vyhýbavý styl sebedefinování, který bývá spojený s problémem vymezení vlastního já. Rozdíly ve formování identity jsou také

v pohlaví. Chlapci jsou více zaměřeni na kariéru, dívky na interpersonální vztahy (Macek, 2003). O autentičnost se snaží chlapci i děvčata (Baumeister & Muraven, 1996). Identita je složitý konstrukt, který se vytváří postupně od dětství. Identita adolescentů souvisí s jejich přijatými mravními zásadami (Říčan, 2014). Jedinec, pokud je přijímán a pokud cítí, že je kladně vnímán svým okolím, roste jeho pozitivní vztah k sobě a je více sebejistý (Thorová, 2015). Jedinci, kteří nejsou začleněni do společnosti či nezískají dostatek prostoru, tak u nich hrozí nebezpečné formování identity (Sobotková, 2014). Sexuální identita je další pojem, kterým označuje Říčan (2014) jistotu vlastním mužstvím a ženstvím. Souvisí s tím přijetí ženské role a smíření se sekundárními pohlavními znaky. Pro dívky je mnohdy toto přijetí obtížnější než pro chlapce. Spirituální identita stojí také za zmínku. Pro některé adolescenty je velmi důležitá a tvoří jádro osobnosti jich samotných (Říčan, 2014). Psychická identita je zase tvořena sexuální orientací, osobním světonázorem a profesním zaměřením (Thorová, 2015).

Významnou teorií zabývající se identitou je teorie psychologa Eriksona. Zajímal se hlavně o utváření osobní identity (Erikson, 1968). Erikson (1968) popsal 8 vývojových etap osobnosti. O adolescenci se zmiňuje jako o stádiu identity proti zmatení rolí. Další autor je Marcia (1967), který vyšel z teorie od Eriksona. Popsal čtyři stavy identity. Osobnost popisuje jako souhrn více identit, které se týkají různých oblastí života a to-profesní orientace, politiky, přátelství a intimních vztahů apod. Čtyři stádia identit rozdělil na nevlastní uzavřenou, difúzní rozptýlenou, odloženou identitu a dosažení autentické identity. Za vývojově žádoucí se pokládá dosažení identity skrze zkušenosti s ostatními stavy. Je to pak znakem zralosti adolescenta (Thorová, 2015). Další autor, který se zabýval identitou, byl Jung. Pojmem „Já“ Jung rozumí celkové uvědomění si své existence, těla a data paměti. Já, nosí zodpovědnost za identitu jedince a za to, jak se bude chovat. Já však postrádá nevědomé rysy. Jung navrhl také termín bytostné Já, přičemž Já je tomuto pojmu podřazeno. Bytostné Já podporuje sebeuskutečnění a celkovou celistvost osoby. Je to bod jedince, který se stará o rovnováhu v životě (Jung, 2003). Jung popisuje první zlom v životě mezi jedenáctým a čtrnáctým rokem. Děti se ohlíží zpět do minulosti, prožívají své pocity a uvědomí si „Já jsem“ (Jung, 1993). Životní cestu Jung vnímá jako cestu směřovanou k individuaci.

Změny, které se odehrávají u adolescentů, můžeme pozorovat hlavně na psychické úrovni. Adolescenti hájí své názory, jsou schopni vést spory a logicky argumentují. Utváří si vlastní světonázor a zamýšlí se nad životem a jeho smyslem. Naivní romantičnost už není

tak veliká. Nahrazuje ji reálným pohledem na život. Také jsou schopni si uvědomit své přednosti, nedokonalosti či nedostatky. V oblasti morálních a estetických citů a lásky dochází také k rozkvětu (Kuric, 2001). Čaček (2001) píše, že hodnoty, ideje a ideály se v tomto období stávají součástí osobnosti. Pro rozvoj identity je v tomto období velmi významný zevnějšek. Zevnějšek se pak stává jako prostředek k dosažení sociální prestiže a akceptace. Jedinci, kteří jsou ve společnosti atraktivní, bývají více přijímáni okolím. Ve společnosti je takzvaný ideál krásy, ten pak vede k uniformě a potlačování individuality jedince. Úprava zevnějšku a oblečení je pak jako prostředek k vyjádření identity. V různé intenzitě pak zdůrazňují identitu sexuální, životní styl a odlišnost od dospělých (Vágnerová, 2005). Macek (2003) píše, že adolescenti si vytvářejí představu a tzv. ideálním Já. Ideální Já je představa ideálů, jakým chtějí adolescenti být. Je-li ideální já hodně vzdálené od reálného, může to být zdroj mnoha sporů v sobě samém. U adolescentů, kteří svoji identitu našli, se projevuje pocit vlastní jedinečnosti a autonomie. Jsou v životě jistější a více zodpovědnější za své činy (Macek, 2003).

Adolescenti jsou často zmatení. Může to být jako důsledek přijetí nové identity. Tato zmatenost může připomínat duševní poruchu. Adolescenti často hledají prozatímní způsob fungování (Říčan, 2004). Psychosociální moratorium, tak označuje Erikson (2002) toto období. Projevuje se právě asociálním chováním, přehnaným zaujetím a pílí.

2.4 Depresivita/deprese u adolescentů

Deprese představuje poruchu nálady, se kterou se spojuje zhoršení emočního stavu. S tímto se pojí negativní ovlivňování dalších funkcí jako je například soustředění, motivace, paměť a také somatické funkce (Goetz, 2005). DSM-5 ji popisuje jako stav, kdy se jedinec cítí beznadějně, špatně, a hlavně má problém se z těchto stavů vymanit. Pesimistický pohled do budoucna, anhedonie, stud nebo vina, myšlenky na sebevraždu. Tohle všechno se v depresi projevuje. Depresivita zasahuje do oblastí motivačních, somatických a kognitivních (American Psychiatric Association, 2013). Depresivní poruchy v Mezinárodní klasifikaci nemocí (2000) se řadí v rozmezí F32-F34. Tyto poruchy jsou řazeny pod poruchy nálady.

Depresivitu můžeme rozlišovat ze dvou úhlů pohledů. Jako první úhel je depresivita jako osobnostní rys. tento osobnostní rys lze chápat jako určité trvalé ladění osobnosti, které se projevuje pocitem smutku, beznaděje apod. Druhý úhel pohledu rozlišuje depresivitu jako

aktuální psychický stav, který nemusí dosahovat klinické významnosti (Dolejš, Skopal, Suchá, & Charvát, 2018). V adolescenci probíhá mnoho změn. Je proto vhodnější přistupovat k depresivitě jako k psychickému stavu (Dolejš et al., 2018). Na toto téma provedli výzkum Preiss a kolektiv 2010. Ti použili Beckovu škálu depresivity a zjistilo se, že mezi 15 a 20 lety byla míra depresivity největší. Mezi 20. a 30. rokem klesala a ve 30. roku se opět zvyšovala (Preiss et al., 2010). Výzkum u adolescentů provedli Krch a Csémy (2006). Ti se zaměřili na náhodně vybrané střední a učňovské školy. Zjistili, že 21 % adolescentů v posledním týdnu pocítili depresivní příznaky, z toho bylo děvčat o 2,6krát více než chlapců. Ve 45,3 % adolescenti uvedli, že někdy přemýšleli nad sebevraždou. Z toho bylo zase více děvčat, které tyto myšlenky měly. Vysvětlením proč právě děvčata, jsou více depresivní, může být to, že u děvčat lze pozorovat větší rozdíly v pohlavním dozrání než u chlapců (Costello et al., 2002).

Právě deprese může být příčinou zhoršení školního prospěchu, abúzu alkoholu apod. Neměla by se proto přehlížet (Dolejš et al., 2018). Na toto téma provedli výzkum Stowell a Estroff (1992). Ti zkoumali adolescenty ve věku od 12 do 18 let, kteří byli léčeni pro nadměrné užívání návykových látek. Zjistili, že 68 % těchto adolescentů trpělo depresí, úzkostmi nebo poruchami chování. Návykové látky užívají adolescenti jako strategii zvládnání jejich problémů a vede to pak ke zhoršení jejich depresivního stavu. Tito adolescenti pak mají vyšší míru deprese než adolescenti, kteří rizikové látky neužívají (Danielson, Overholser, & Butt, 2003). Adolescenti ve věku od 12 do 17 let, u kterých je brzký výskyt deprese, bývají více v budoucnu častěji delikventní. Především je to pak u děvčat. Deprese bývá pak spojena s agresivním chováním či porušováním pravidel. To narušuje vztahy mezi vrstevníky, rodiči a okolím (Kofler et al., 2011).

Příznaky deprese můžeme rozdělit podle toho, jestli se deprese vyskytuje u všech věkových skupin nebo jsou skupiny věkově vázané. Depresivní náladu, nespavost, suicidální myšlenky, řadíme k příznakům pro všechny věkové skupiny. V jednotlivých oblastech u adolescentů se příznaky objevují v těchto formách (Hrdlička & Dudová, 2015; Malá, 2008):

- v rámci emocí je to: nejistota, beznaděj, sklíčenost,
- afektivity: pláč, výbuchy vzteku, suicidální myšlenky,
- kognitivity: porucha pozornosti, koncentrace, nízká výkonnost,
- motoriky: agresivita, celkový útlum, agitovanost,

- sociability: izolace od společnosti či vrstevníků, nízká komunikace,
- somatiky: poruchy spánku, nechutenství, bolesti.

Na vzniku deprese se mohou podílet také životní události nebo příliš změn v životě, které se staly rychle za sebou. Dokonce se může objevit, až tyto události odezní (Praško, Buliková, & Sigmundová, 2012). V rámci vlivů psychologických se jedná o ztrátu či odloučení v raném dětství či nedostatek pozitivního zpevnování. Nízká podpora či odmítání jedince okolím souvisejí s depresí také (Hort et al. 2008). V různých rodinách se objevují odlišné druhy deprese. Je to vysvětleno tzv. vrozenou zranitelností. Není to ale podmínka, že se deprese u daného jedince objeví. Máme-li dvojvaječná dvojčata a jedno z nich trpí depresí, je tady 70 % pravděpodobnost, že ji bude trpět druhé. Deprese bývá také spojována s nízkou hladinou serotoninu, noradrenalinu či dopaminu v těle (Praško, Buliková, & Sigmundová, 2012). Jak už jsme psali výše, zneužívání návykových látek má také vliv. Pacienti se závislostí na alkoholu a trpící depresí, mají i vyšší riziko sebevraždy a hůře spolupracují s lékaři (Racková & Janů, 2008).

3 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ U ADOLESCENTŮ

Pod pojmem rizikové chování se nám často vybaví adolescence. Je to pro to, protože období adolescence bývá s tímto pojmem nejčastěji spojováno. Adolescenti se stávají sami sobě velkým nebezpečím (Krejčová, 2011). Proč to tak je? Adolescenti prožívají intenzivně emoce a pomalu se jim rozvíjí regulační dovednosti. To je důvod, proč je jejich psychika zranitelná a více náchylnější k patologii. Proto mají větší predispozice než kterékoliv jiné vývojové období (Thorová, 2015). Za rizikové chování lze označit takové chování, které má negativní vliv na psychický a sociální vývoj člověka. Projevy rizikového chování ohrožují okolí a takové ohrožení může být reálné nebo pravděpodobné (Širůčková, 2010). Nárůst rizikových aktivit byl zaznamenán na počátku 90 let 20. století a příčin zvyšujících jejich prevalenci je mnoho. Macek (2003) píše, že je kladen větší tlak na vlastní rozhodování jedince, také uvádí větší osobní svobodu adolescentů. Zvyšující se nezaměstnanost, slabé rodinné vazby, větší tolerance k adolescentům, to vše může být důvod nárůstu rizikového chování.

V minulých kapitolách jsme se seznámili s rizikovými a protektivními faktory rodinného prostředí adolescentů. V této kapitole se zaměříme na vymezení pojmu rizikového chování a vybrané jeho formy, které budou zahrnovat alkohol, drogy a tabák. Tyto formy jsou mezi adolescenty oblíbené, a proto jsem si je vybrala.

3.1 Vymezení pojmu rizikové chování

Dolejš (2010, 48) píše, že: *„Pojem rizikové chování označuje takové formy chování jedince, jež jsou společností vnímány negativně a které mají negativní dopad pro samotného jedince nebo pro jeho okolí, popřípadě pro společnost“.*

Jedlička (2015, 66) píše že, *„Jestliže jedinec ohrožuje sebe i okolí, je to takové chování, které lze popsat za rizikové. Újma může mít podobu jak tělesnou, tak duševní, společenskou či materiální“.*

Miovský a kolektivit (2012) rizikové chování popisují jako rozmanité formy, které negativně ovlivňují zdraví člověka a jeho psychologické a sociální fungování. Také ohrožuje jeho okolí a toto ohrožení může být předpokládatelné nebo reálné.

Raithel (2011) klade důraz na spojitost rizikového chování a vývojového období adolescence. Píše, že rizikové chování je doprovázeno škodami různého charakteru. Popisuje

tři dimenze, které souvisí s těmito škodami. První je zdravotní dimenze. Tato dimenze patří pod konzumaci návykových látek, násilí, krádeže, vandalizmu, a také nezodpovědné sexuální chování. Jako škodlivé následky uvádí nemoc, smrt a zranění. Druhá dimenze je delikventní/kriminální, tam patří násilí, krádeže, podvod, vloupání. Škodlivé následky jsou tresty a sankce. Třetí skupina je finanční dimenze, kam patří podvod, hazard, ale také krádeže apod. Následky zde uvádí zadlužení či konfiskaci majetku.

Pro pochopení problematiky rizikového chování je důležité vymezení pojmů „normalita“ a „norma“. Tyto pojmy nám určují, co je ve společnosti žádoucí či ne. Dolejš (2010) píše, že normalita je stav, kdy národy, jedinci či skupiny, uznávají stanovené hodnoty. Norma vymezuje, co je již nežádoucí či nepřiměřené. Hartl a Hartlová (2004) píší, že norma je pravidlo či předpis, které slouží jako kritérium pro definování určitého jevu. Adolescence je typické jako období bouřlivých změn. Změny jsou buď normální, nebo s odchylkami (Langmaier & Krejčířová, 2006). Pokud probíhají s odchylkami, je to ve společnosti často chápáno jako důsledek delikventního či nenormálního chování. Rizikové chování v sobě nese hodně dalších pojmů, mezi které patří právě **delikvence**. Sobotková (2014) popisuje delikventní chování jako činnost, porušující zákonné normy. Jednotlivci či společnosti toto delikventní chování způsobuje újmu. Dolejš (2010, 17) popisuje následující faktory, které mohou stát za delikvencí:

- biologické,
- sociální,
- psychologické.

Kriminalita je další pojem související s rizikovým chováním. Dolejš (2010) ji popisuje jako zastřešující pojem pro vandalizmus a delikvenci. Čerešník a Gatial (2014) zjistili, že mezi nejčastější projevy delikvence patří falšování podpisu rodičů, krádež a fyzická agrese. Zajímavé je, že problémy s policií byly nejméně zastoupené. Co se týká rodiny, tak také dysfunkční výchova má vliv na delikventní chování. Henneberger, Tolan, Hipwell a Keenan (2014) zkoumali delikty děvčat. Potvrdili, že přísné rodičovské tresty v mladším věku děvčat, jsou výrazným prediktorem delikvence. Sampson a Laub (1994) zase napsali, že delikvence souvisí s nízkými financemi v rodině či nízkým zájmem rodičů.

Dalším pojmem je **antisociální chování**. Sobotková (2014, 61) jej popisuje jako „*chování, které porušuje normy, hodnoty a principy přijaté či uznávané konkrétní*

společnosti. “Bonino, Cattellini a Ciairani (2005) se antisociálním chováním zabývali také. Definovali tři druhy tohoto chování a to:

- fyzickou agresi,
- vandalismus a krádeže,
- neposlušnost a lhaní.

Hartl, Hartlová (2004) píše, že antisociální chování můžeme vnímat dvojím způsobem: a) jako nepřátelský a negativní přístup k druhým lidem, b) určité chování, které je zaměřeno, škodit společnosti ve smyslu vymykáním jakýmkoliv normám (terorismus).

Disociální chování obsahuje drobné přestupky ale také závažné porušování etických, právních a společenských norem. (Labáth, 2001). Hartl a Hartlová (2009) píše, že toto chování lze usměrňovat postupy pedagogicko-výchovnými a jde o projevy především krátkodobého hlediska.

Závisí na hodně faktorech, zda se rizikové chování u adolescenta projeví či ne. V naší práci se zabýváme rodinným prostředím adolescentů, a proto uvádíme výzkum, Wolfe, Jaffe a Crookse (2006). Tito autoři se zabývali rizikovým chováním a významu **rodinného vlivu**. Výzkumu se účastnilo 1 400 studentů středních škol. Sledováno bylo týrání těchto studentů v dětství a souvislost s navazováním vztahů opačného pohlaví. U 30 % respondentů se zjistilo, že u nich bylo v minulosti pácháno některé z forem násilí. Bylo to například emoční či fyzické zneužívání, sexuální či fyzické zneužívání nebo byly děti svědky domácího násilí. U chlapců bylo zjištěno, že trpí emočním stresem a u dívek byla přítomna depresivita, úzkostnost či posttraumatická stresová porucha. Emoční stres také. Tyto symptomy měly děvčata devětkrát častěji než děvčata bez historie s některými formami násilím. U chlapců se projevovala třikrát častěji depresivita. Chlapci také prokazovali vyšší riziko násilného chování ve vztahu s druhou osobou.

Častěji je rizikové chování zastoupeno u žáků navštěvující druhý stupeň základní školy. Dokazuje to výzkum Dolejše (2010). Také se zjistilo, že rizikové chování je zastoupeno častěji žáky základních škol než gymnázií. V základních školách je zastoupena ve vyšší míře agresivita, přičemž na gymnáziích je ve vyšší míře zastoupeno falšování podpisů rodičů. Důvod, proč se liší gymnázia a základní školy, může být rozdíl v kognitivních schopnostech. V populaci dospívajících se obecně trestná činnost snižuje. Dokládá to Český statistický

úřad. Ten v roce 2009 realizoval výzkum, ve kterém se zjistilo, že stíháno pro trestnou činnost bylo celkem 86 adolescentů ve věku do 14 let. Od 15 do 17 let to bylo 195 osob. Pak se počty snižují. Například v roce 2012 do 14 let to bylo 65 a 137 adolescentů od 15 do 17 let. Rok 2016 přinesl 84 jedinců do 14 let a 135 jedinců od 15 do 17 let. Tento pokles může být příčinou změn legislativních či menší počet sledovaných osob. Trestná činnost byla páchána nejvíce v kraji Ústeckém a Moravskoslezském. Tyto kraje mají nejvyšší nezaměstnanost a celkovou vyšší chudobu než kraje jiné (Český statistický úřad, 2017).

Mezi další rizikové faktory patří **škola**. Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA, 2010) uvádí, že jsou to hlavně děti, které ukončily předčasně povinnou školní docházku. Škola například neprovádí přednášky, prevenci, nespolupracuje s rodiči nebo organizacemi. Nejasná pravidla ve škole týkající se návykových látek mohou mít určitý vliv. **Psychické problémy spojeny s ADHD či duševními poruchami** mají vliv také. Konopí je zejména rozšířeno mezi psychiatrickými pacienty (EMCDDA, 2010). Vrstevníci, nebezpečná zaměstnání, osobnost dítěte a dědičnost to všechno a mnoho dalších hraje roli (Nešpor, 2001).

Rizikové faktory jsme vám mimo jiné představili už i v první kapitole. V další kapitole se zaměříme na vybrané formy rizikového chování, které představují širokou skupinu různých typů chování.

3.2 Vybrané formy rizikového chování

V této kapitole se zaměříme na vybrané formy rizikového chování, které představují alkohol, tabák a drogy. Užívání drog, kouření a abúzus alkoholu je mezi mladými lidmi populární a je spojen s mnoha nežádoucími sociálními a zdravotními jevy této společnosti. Budeme-li znát reálný rozsah různých forem rizikového chování a jejich kontext, můžeme tím omezit negativní dopady na společnost (ESPAD, 2009). Pokud člověk tyto problémy bere vážně, dá se jim předejít. Problémy s návykovými látkami se můžou vyskytnout u každé rodiny. Někteří adolescenti mohou být ohroženi více a jiní méně. Naprosto chráněný není nikdo. Důležitá je prevence. Pro jedince ve věku od 13 do 22 let jsou důležití vrstevníci. Tito vrstevníci můžou pomoci se jedinci alkoholu a drogám vyhnout nebo naopak představují nebezpečí. Dospělý jedinec by měl být zdroj informací pro dospívající a měl by povzbuzovat k sebedůvěře a samostatnosti. Velký význam mají „peer programy“. Jsou to programy za

účasti připravených vrstevníků. Ti organizují za pomoci dospělých společné programy a diskusní skupiny bez alkoholu a drog (Nešpor & Csémy, 1997).

3.2.1 Alkohol

Název slova alkohol má svůj původ z arabského slova „al-ka-hal“. Je to označení pro jemnou, zvláštní látku. Vzniká zkvašením cukru působením kvasinek. Lze ho získat i z jakékoli formy škrobu nebo cukru. Nápoji alkoholickými jsou u nás označeny nápoje, které obsahují více než 0,75 objemového procenta alkoholu. Rozeznáváme tři druhy nápojů a to pivo, víno a koncentráty neboli lihoviny. Vstřebání alkoholu záleží na psychickém a fyzickém stavu člověka. Lidé, kteří nejsou navyklí a požití alkoholu nalačno, to vše má vliv na jeho vstřebání (Skála, 1987). Alkohol snadno proniká k různým orgánům včetně mozku. Tato droga má tisíciletou tradici a je společností akceptována. Bývá součástí tradic a rituálů. Alkohol patří do skupiny hypnosedativ, které mají krátkodobý účinek (Mühlpachr, 2001). Dopaminergní, noradrenergní a gabaergní neurotransmitterové systémy mají za následek psychotropní účinek alkoholu. Je to látka s velkou orgánovou toxicitou (Minařík, 2008).

Za posledních 30 let se alkoholová spotřeba na osobu pohybuje okolo 170 litrů za rok (Český statistický úřad, 2017). 9 % populace od 15 let se pohybuje v kategorii rizikové konzumace alkoholu. 7,7 % jej užívá denně a nadměrně ho užívá 1,6 % populace od 15 let. Česká republika se řadí na přední příčky ve spotřebě alkoholu (NMS, 2017).

Problémy s alkoholem jsou celosvětové. Kdy vlastně vzniká závislost na alkoholu? Mezinárodní klasifikace nemocí (2014) popisuje *syndrom závislosti* jako opakované užívání substance, které zahrnuje soubor kognitivních, fyziologických a behaviorálních stavů. Porušené ovládání, silná tužba užít látku, upřednostňování látky před jinými aktivitami, zvýšená tolerance, to vše k syndromu závislosti patří. V roce 2013 bylo zaznamenáno, že nejčastější důvody hospitalizace v psychiatrických léčebnách v České republice, byly poruchy vyvolané užíváním alkoholu (ÚZIS, 2015). Nábělek a Vongrej (2010) jej popisují jako souhrn příznaků, které se vyvinou po opakovaném užívání látky. Syndrom závislosti má za následek patologii sociálního a rodinného prostředí jedince. Toto způsobuje pak transgenerační přenos těchto patologií z rodičů na děti. Děti pak vnímají toto závislé chování jako normální. Bushfield a Deford (2010) píší, že závislost je jakási choroba v rodině. Podílející se faktory na udržení závislosti v rodině jsou pak vnitřní (psychická závislost)

a vnější (sociální prostředí). Nenaplnění vnitřních pohnutek, cílů a potřeb jedince je důsledek vzniku závislosti. Praško a kolektiv (2007) píší, že 31 % genetických faktorů, 25 % vlivů rodiny a 44 % prostředí, mají za následek vznik závislosti. Schafer (2011) realizoval studii, která potvrzovala vztah mezi rozvrácenými vztahy v rodině a závislostí. Roli hrálo traumatické dětství, závislost rodičů a rozvod rodičů. Kalina a kolektiv (2008) pak rozlišují čtyři typy závislostí, které souvisí s rodinným prostředím a je to:

- závislost traumatického typu, kde se v rodině odehrálo trauma, úmrtí, které bylo nezpracované či jakákoliv psychická porucha v rodině,
- neurotická závislost, kde jsou nejasné vztahy plné křivdy a viny, napětí v rodině či problémy mezi rodiči,
- přechodná závislost vzniká duševními poruchami v rodině, manipulací, špatnou komunikací,
- sociopatická závislost, kde roli hraje kriminalita, lhostejnost a násilí. Závislost je součástí životního stylu jedince.

Kudrle (2003) popisuje vznik závislosti na alkoholu pomocí bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu. Rozlišuje kořeny vzniku na:

- biologickou úroveň (problémy s těhotenstvím matky, genetické dispozice, závislí rodiče apod.),
- psychologickou úroveň (zanedbané péče o dítě, atmosféra v rodině, podpora v rodině, způsob uvažování jedince),
- spirituální úroveň (absence smyslu života),
- sociální předpoklady (rasová příslušnost, sociální prostředí, výchovně vzdělávací proces, rodinné prostředí).

Profese, které jsou stresově a psychicky náročnější nebo mají přístup k alkoholu, jsou také rizikovým faktorem vzniku závislosti na něm. Roli hraje i nižší vzdělání jedince (Vágnerová, 2004). U každého jedince je příčina užívání alkoholu jiná, a jaké následky užívání a rizika může alkohol přinést?

Především jde o problémy *psychické*, jako jsou výkyvy nálad, výbušnost, agrese, změny v emočním prožívání jedince. U jedince mohou být narušeny i kognitivní procesy, mezi které patří snížená koncentrace, horší paměť a snížená výkonost. Dochází i ke změnám chování,

to se projevuje v horším sebeovládání a ztrátou motivací (Vágnerová, 2004). Pokud jedinec užívá alkohol dlouhodobě, projevují se u něj psychotické poruchy, které souvisí s vizuálními či sluchovými halucinacemi. V horších případech vznikají epileptické záchvaty a delirium tremens (Popov, 2002). Dále se projevují *somatické problémy*, kde jde o problémy především se slinivkou břišní, krevním oběhem, srdcem a ledvinami. Typická je také jaterní cirhóza (Pecinová & Konečný, 2011). Jako poslední skupinou jsou *sociální důsledky*, které přináší konflikty s okolím, profesní selhání, nedodržování pravidel apod. (Vágnerová, 2004). Tyto všechny a mnoho dalších následků má alkohol za vinu. Pokud je jedinec závislý a alkohol si včas nevezme, vzniká tzv. syndrom odnětí drogy. Ten má za následek poruchy spánku, rozladění, neklid, deprese, nervozitu či napětí u jedince (Pecinová & Konečný, 2011). MKN-10 to popisuje jako odvykací stav, při kterém dochází k odebrání látky. Před tímto odebráním byla látka dlouhodobě a opakovaně užívána ve velkých dávkách.

Závislost na alkoholu má své fáze, které mají určité příznaky Pecinová a Konečný (2011) je rozdělují takto:

- stádium iniciální, ve kterém nejsou zatím příznaky nijak významné. Alkohol se užívá v případě řešení problémů a jedinec se nijak neodlišuje od svého okolí,
- stádium prodromální neboli varovné, zde se frekvence užívání zvyšuje. Jedinci pijí alkohol tajně, vznikají tzv. alkoholová okénka, toto stádium je hraniční období,
- stádium krucální, rozhodné, zde je nárůst tolerance a hladiny alkoholu se zvyšuje. Jedinec si nepřipouští, že je závislý. V této fázi závislost již propukla,
- stádium terminální, které je typické ranními doušky. Člověk nevystřízliví a organismus bývá poškozen. Vzniká poškození jater.

Je třeba, aby si jedinci svoji závislost uvědomili a aby s ní něco začali dělat. K tomu slouží mnoho organizací a služeb, mezi které patří například detoxikační jednotky, denní stacionáře, střednědobá ústavní léčba, doléčovací programy, socioterapeutické kluby a svépomocné skupiny (Nešpor & Csémy, 2004).

První zkušenost s alkoholem je průměrně ve 12 roku života adolescenta. Česká republika se řadí mezi příčky s nejdřívější zkušeností s alkoholem (Csémy, 2006). Studie HBSC potvrdila, že čeští školáci jsou na předních příčkách v evropském průměru užívání alkoholu. Pravidelně jej konzumuje 4-5 % žáků ve věku 11 let. Ve věku 13 let 7 % a v 15 letech 17 % dotazovaných. V Evropě je průměr (3 %, 5 % a 13 %). Chlapci vykazovali nejvyšší hodnoty

ve všech údajích (HBSC, 2014). Studie ESPAD (2015) však píše, že mezi lety 2011 a 2015 byl výrazný pokles uživatelů alkoholu. V nadměrném užívání jsme ale stále v předních příčkách. Jedná se o 5 a více sklenic v posledních 30 dnech.

Studie Státního zdravotního ústavu (2019) zjistila následovně. Potvrzuje nálezy z předchozích studií v roce 2012, 2014 a 2016. V roce 2018 udávalo pravidelné pití 16,7 % respondentů. Je to o tři procenta více než v roce 2016. Muži měli větší hodnoty než ženy. U mužů to bylo v roce 2018 25,6 % a u žen 8,1 %. 49 % mužů v roce 2018 uvedlo, že alespoň jedenkrát týdně se napijí (v roce 2016 46 %). U žen to bylo v roce 2018 27 %, přičemž v roce 2016 22 %. Ve výsledcích vidíme nárůst počtu uživatelů alkoholu. Statisticky významné rozdíly v pohlaví se nelišily v abstinenci (SZÚ, 2019).

3.2.2 Tabák

Tabák se řadí mezi rostliny, které pochází z rodu bylin lilkovitých. Nejvíce užívanou je *Nicotianatabacum* (Skála, 1988). Nejvíce se tabák šířil v roce 1885, kdy byla tzv. tabáková epidemie. Bylo to díky Bonsackovému stroji, který vyprodukoval až 210 cigaret za minutu. Tabák obsahuje až tisíc látek. Nikotin má největší účinek (Králíková, 2015). Nikotin jako jediný z látek v cigaretě vyvolává závislost (Nešpor, 1995). Nikotin má také stimulační efekt, který má za následek zlepšení učení, pozornosti a schopnosti řešit problémy (Svoboda, Češková, & Kučerová 2012). Vyplavuje adrenalin, dopamin a serotonin (Dreher, 2017). Kouření způsobuje onemocnění zažívacího traktu, dýchacího systému, kardiovaskulárního systému, krve a mnoho dalších (Sobotková, 2014). Nyní jsou v módě elektronické cigarety. Myslelo se, že pomůžou při tzv. odvykacím stavu, ale moc nepomáhají a nedoporučují se pro léčbu závislosti na tabáku (Müllerová, 2014). Adolescence je klíčovým obdobím při vzniku návyku. Kukla a kolektiv (2016) zjistili, že 90 % kuřáků začalo kouřit před 18 rokem života. Dále zjistili, že 75 % mladistvých je vystaveno tabáku na jiných místech než doma a 30 % je vystaveno v domácím prostředí. Také se zvyšuje počet dívek, které mají problém s tabákovými výrobky. 66,1 % studentů má zkušenosti s tabákem. 29,9 % žáků v posledních 30 dnech kouřilo. Pravidelně z toho bylo 15,3 % chlapců a 17,5 % dívek (ESPAD, 2015). U alkoholu čeští žáci převyšovali evropský průměr u tabáku však nikoliv. Zkušenosti s tabákem mělo 8 % 11letých školáků, 28 % 13letých a 52 % 15letých (Kalman et al. 2015). Dolejš a Orel (2017) svým výzkumem také poukazují na to, že se zvyšujícím se věkem, přibývají procenta adolescentů, kteří mají zkušenost s tabákem. Například zjistili to, že 5,94

% 13letých adolescentů vykouřilo cigaretu za poslední měsíc. U 14letých to bylo 15,38 % (Dolejš & Orel, 2017).

Jaké zdravotní následky tabák způsobuje? Je to například infarkt, zrychlující se srdeční frekvence, zvyšující se krevní tlak a také vzniká kornatění tepen. To vše způsobuje nikotin a oxid uhelnatý, který je v tabáku obsažen. U mužů se riziko infarktu zvyšuje trojnásobně, šestinásobně až u žen. Kuřák, který vykouří deset cigaret denně, tak jeho oběhová soustava se po dalších deset let bude regenerovat, jestliže přestane kouřit ze dne na den. U větších kuřáků je i riziko smrti (Špinar & Vítovec, 2007). Většina států pokládá užívání tabáku za jednu z nejčastějších příčin smrti. Člověka ovlivňuje nejen samotná konzumace, ale i expozice tabáku. Od února 2017 je v platnosti protikuřácký zákon. Opatření se týkalo zákazu kouření ve vnějších a vnitřních prostorech, restauracích, zastávkách, ale i také v zoologických zahradách (MZ ČR, 2017). Konzumace tabáku způsobuje také zvýšenou pracovní neschopnost a celkovou sníženou produktivitu práce. Nejvíce se tabák podepisuje na zdraví osobám ve středním a starším věku (SZÚ, 2019). Vzhledem k tomu, že kuřáků stále více přibývá, vypracovala Světová zdravotnická organizace (2008) vodítka, jak s touto „pandemií“ bojovat. V dokumentu MPOWER pak byla shrnuta doporučení k omezování konzumaci tabáku. MPOWER pak představuje šest strategií (WHO, 2008):

- monitorování konzumace tabáku,
- zajištění ochrany lidí před tabákovým kouřem,
- nabídnutí pomoci při odvykání,
- upozornění před nebezpečím tabáku,
- prosazování zákazu reklamy na tabák,
- zvyšování daní na tabákové výrobky.

Jeden z nejnovějších výzkumů na toto téma, byl realizován v roce 2018. Výběrový soubor byl tvořen 1804 respondenty, kteří byli vybráni náhodným výběrem ve věku 15 a více let v České republice. Mužů bylo 878 a žen 926. Dotazník se skládal z otázek, které pokrývaly všechny priority dokumentu MPOWER (WHO, 2008), (viz výše). Výsledky byly následující. Současných kuřáků bylo zaznamenáno 28,5 %. V roce 2017 to bylo 25,2 %. Vidíme zde nárůst o více než 3 %. Z toho bylo tři čtvrtiny denních kuřáků. Muži představovali 34,7 % a ženy 22,7 %. Také je zajímavé, že z hlediska věku byly v roce 2018

změřeny nejvyšší hodnoty v užívání tabákových výrobků ve skupině 25 až 44letých přibližně 35,2 % a ve skupině od 15 do 24 let to bylo 26,9 %. Skupina 15-24 let měla nejvyšší procentuální zastoupení. Uživatelé tabákových výrobků mají statisticky nižší vzdělání, naopak rozdíl není patrný ve vesnicích a městech. V roce 2018 vykouřili kuřáci denně 12,1 kusů cigaret. V tomto ukazateli ke změně z roku 2017 nedošlo. Jak je to s elektronickými cigaretami? I na ně se zaměřil Státní zdravotní ústav (2019). Elektronické cigarety v roce 2018 užívalo 4,6 % osob. V roce 2017 to bylo 5,2 % osob. Vidíme zde pokles uživatelů těchto elektronických cigaret. K výraznému snížení došlo hlavně u žen a také ve skupině 15-24 let, kde to bylo z 12,2 % v roce 2017 na 7,5 % v roce 2018 (SZÚ, 2019).

Z výsledků je patrné, že uživatelů tabákových výrobků přibývá. Pozitivní je, že uživatelů ve věku od 15 do 24 let ubývá. Do této skupiny se řadí hlavně adolescenti.

3.2.3 Drogy

Matoušek (2016) popisuje drogu jako psychoaktivní látku, která je dostupná bez lékařského předpisu. Je to každá látka, která ovlivňuje duševní procesy a nemusí nutně vyvolávat závislost. Užívání a držení této látky může být i nezákonné.

Nešpor (2001) píše, že droga je jakákoliv syntetická či přírodní látka, která ovlivňuje tělesné či psychické funkce.

Dle Hartla a Hartlové (2010) je to látka, která je spojena se změnou nálady a vědomím. Způsobuje útlum somatopsychických funkcí, povzbuzuje a ovlivňuje nervový systém. Jestliže si jedinec látku aplikuje opakovaně, je zde velké riziko závislosti.

Drogy byly využívány jako tišící, léčebné či rituální prostředky. V současné době jsou užívány spíše k relaxaci, zábavě a experimentování. Adolescenti mohou být po této zkušenosti s drogou ovlivněni buď pozitivně (uvědomí si, že látku nechtějí užít znovu) či negativně (chtějí opakovat užití). (Dolejš, 2010a). Drogy dávají lidem pocit, cítit se dobře. Usnadňují jim rozvoj duševní, psychický či sociální (Arterburn & Burns, 2001). Mezi základní pojmy, které se vážou k drogám je *intoxikace, toxikománie, flashback, detoxikace a závislost psychická a fyzická*. Intoxikace je klasická tím, že se tělo potýká s poruchami chováním, vědomím, poznáváním a vnímáním. Vzniká po aplikaci látky (Csémy & Nešpor, 1997). Toxikománie se projevuje touhou po látce a rozděluje se na periodickou a chronickou závislostí (Borník, 2001). Flashbacky lze charakterizovat znovuprožitím látky, který se dostavuje po pár dnech. Typický je u halucinogenů (Kalina, 2003). Závislost fyzická je

tělesná a projevuje se při odvykání. Psychická závislost má dlouhodobý charakter a váže se k duševní závislosti. Detoxikace má za cíl zbavit se látek v těle úplně (Nešpor, 1999).

Jak dělíme drogy a jaké mají účinky? Drogy dělíme do několika skupin a pod těmito skupinami nalezneme mnoho dalších drog.

Pod první skupinou konopné drogy nalezneme **marihuanu**. Miovský (2008) píše že, v České republice spadáme z hlediska počtu zkušeností do nejpobulárnější skupiny. Chomynová (2014) píše, že od roku 1995 do roku 2007 se mezi studenty, užívání konopí, zvýšilo až dvojnásobně. 45 % studentů má zkušenost s touto látkou, ve městech až 60 %. Za posledních 30 dnů ho užilo až 14 % šestnáctiletých. U chlapců byly zase výsledky vyšší než u dívek. Další výzkum byl realizován na 1 200 studentech ve věku od 11-15 let. Zde se zjistilo, že 12,55 % žáků mělo s konopím zkušenost na základních školách. Na gymnáziích to bylo 8,31 % (Skopal et al., 2014). Marihuana obsahuje látku THC a způsobuje euforii, zvýšenou citlivost na různé podněty a smích. Myšlení můžeme mít zrychlené nebo zpomalené. Je třeba zmínit, že na každého jedince působí droga jinak. Způsobuje také úzkosti, deprese, pocity zmatku. Další skupinou pod konopnými drogami je **hašiš**. Ten se může od marihuany lišit tím, že má silnější účinky (Hajný, 2001).

Další skupinou jsou halucinogenní drogy. Ty jsou charakteristické změnou vědomí. Objevují se halucinace, změna reality, neschopnost orientace v čase a prostoru. Nejznámější této skupiny je **LSD**. Tato droga nezpůsobuje závislost. Má vysokou účinnost a je zařazena mezi nejsilnější halucinogeny (Křemen, 2014). Po aplikaci této látky LSD mění a rozšiřuje vědomí. Nastávají změny sluchové, čichové, hmatové a obrazové. Charakteristické jsou také změny v prožívání prostoru a času. Za zavřenými víčky vznikají eidetické obrazy. Záleží na osobnosti člověka, jak na něho LSD bude působit. Může být buď sdílný, nebo uzavřený (Masters & Houston, 2004). Další jsou **lysohlávky**, které obsahují látku psylocibyn. Od LSD mají výraznější příznaky. Neklid, třes, zvýšený tlak patří k těmto příznakům (Kalina, 2003). Výzkumu na halucinogenní drogy je mnoho. Autoři těchto výzkumů hlavně zjišťovali, zda tyto drogy měly pozitivní či negativní vliv na jedince. Pro představu uvádím několik výzkumů. Hendricks, Thorne, Clark, Coombs a Johnson (2015) zjišťovali souvislost sebevražd a užíváním psychedelik. Výzkumný soubor byl tvořen 190 000 respondentů. Zjistili, že psychedelika souvisí se sníženou úzkostí a se sníženým počtem sebevražedných myšlenek. Oriveh a Gerard (1980) zkoumali 109 lidí. Byli to zejména uživatelé a neuživatelé halucinogenů. Respondenti, kteří halucinogeny užívali, byli méně úzkostní a měli vyšší hodnoty IQ.

Opiáty jsou další skupina. Tyto látky mohou být syntetického původu, přírodního či polysyntetického. Opiáty vznikají z nezralých makovic. Patří mezi ně **kodein a morfium**, které jsou přírodního původu. **Heroin** je polysyntetického původu. **Metadon, Braun a buprenorfin**, jsou další. Tyto látky tlumí pocit bolesti (Kalina et al., 2008). Tlumí také psychickou a emocionální složku. Způsobují ospalost a také euforii. Jako negativní účinky se uvádí zástava dechu, vyvolávají stažení zornic a způsobují pokles tělesné teploty. Způsobují také zpomalení srdce a obrnu vegetativních center v mozku. Používají se ale také při tlumení kašle. Vyvolávají zácpu, nevolnost a nespavost (drogovaporadna.cz, 2009, online).

Mezi poslední skupinu řadíme stimulační drogy. V této skupině je **amfetamin, pervitin, extáze a kokain**. Člověk se po aplikaci cítí plný energie, dostavuje se i pocit euforie. Je potlačována také únava. Po vyprchání drogy z těla je tzv. dojezd. Tento stav je charakteristický únavou, vyčerpaností. Někdy nastupuje i nevolnost. Stimulanty jsou na léčbu více náročné, protože po nich nastává závislost spíše psychická. Mezi adolescenty je to velmi oblíbená droga. Snižuje se po nich váha. Po užití pervitinu má jedinec rozšířené zornice a je až nadměrně aktivní (Kalina et al., 2003). V roce 2017 užívalo pervitin a opioidy v České republice přibližně 47,8 tisíc uživatelů, z tohoto počtu bylo uživatelů pervitinu 6,9 tisíc. Míra prevalence problémového užívání drog v roce 2018 byla v ČR 0,69 % obyvatel. Byli to obyvatelé ve věku 15–64 let. Tato hodnota představuje nárůst oproti minulým rokům (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2018).

Největší počet uživatelů drog byl zaznamenán v Praze a v Ústeckém kraji. Mezi další kraje patří kraj Liberecký. V roce 2017 došlo k největšímu nárůstu počtu uživatelů v kraji Plzeňském a Moravskoslezském (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice, 2017). Studie ESPAD (2015) uvádí následovné. Zjistilo se, že 37,4 % šestnáctiletých studentů uvedlo zkušenost s užitím nelegální drogy. Zkušenost s marihuanou uvedlo 36,8 % studentů. LSD a halucinogeny užilo 3,8 % studentů. Zkušenost s extází 2,7 % a s pervitinem 1,4 %. Heroin a jiné opiáty užilo 1 % uživatelů. 15,7 % užilo lék se sedativním účinkem.

Rozpouštědlo čichalo 5,7 % studentů. S psychoaktivními látkami mělo zkušenost 6,5 % studentů. Šlo o zkoumání nových psychoaktivních látek většinou dostupné na internetu jako penteron, mefedron nebo MDPV. V důsledku předávkování v roce 2015 bylo 20,3 úmrtí na milion obyvatel ve věku od 15 do 64. let. U mužů to 32,3 % případů na milion mužů a 8,4 případů úmrtí na milion žen. Nejvyšší míry úmrtí byly uváděny v Estonsku a to 103 případů

na milion obyvatel a Švédsku 100 případů na milion obyvatel. Mezi další země se řadily Norsko a Irsko (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice, 2017).

A jak je to dnes? Jaké nejnovější zjištění o drogách máme k dispozici? V Evropě užívání drog zahrnuje větší škálu než v minulosti. Jedinci, kteří drogy užívají, souběžně užívají další drogy. Od experimentace vzniká závislost. Konopí se uvádí mezi nejčastěji užívanou drogou. Užívá se pětikrát více než jiné drogy. Konopí vyzkoušelo 91,2 milionu Evropanů ve věku od 15 do 64 let. Nejčastější účinky rizik na zdraví má heroin a jiné opioidy. Opioidy mají v Evropě za následek největší počet smrtelných předávkování. Často jako kombinace s jinými látkami. Největší počet úmrtí v důsledku užívání opioidů je ve Spojeném království. Tam umírá kvůli nim devět z deseti lidí. Ve Francii to v roce 2016 bylo 26 % úmrtí a v roce 2012 pouze 15 %. Metadon byl přítomen u 26 % případů. Užívání stimulantů se v jednotlivých zemích liší a přibývá injekční užívání. Muži užívají drogy častěji, než ženy (EMCD, 2019).

Vše začíná experimentací. Tato experimentace nejčastěji probíhá v období adolescence. Proto je toto období důležitým mezníkem pro vývoj jedince do budoucna. Je jenom na nás a na našem přístupu, zda se počty uživatelů drog, budou v budoucnu dále zvyšovat nebo snižovat.

4 ZAŘÍZENÍ PRO VÝKON OCHRANNÉ A ÚSTAVNÍ VÝCHOVY

V minulých kapitolách jsme popsali adolescenty, a jaké má důsledky jejich rodinné prostředí a další faktory na vznik rizikového chování. Vymezili jsme si pojem rizikové chování a jeho jednotlivé formy jako jsou alkohol, drogy a tabák. Po prostudování mnoha výzkumů nyní víme, že období adolescence je jedno z nejcitlivějších období pro vznik rizikového chování, kriminality, delikvence či závislosti. Nyní si představme, že se nám ve školní třídě objeví jedinec, u kterého se projevují některé tyto faktory. Pedagogové si s běžnými metodami nevědí rady. Jedinec se vymyká „normě“, kterou jsme popsali v předchozí kapitole. Jedinec se také může ocitnout bez rodičů nebo s rodiči, kteří se o něho nechtějí, neumějí nebo nemohou starat. V tuto chvíli nastupuje ochranná či ústavní výchova. Tyto dva pojmy vám ujasníme v této kapitole. Dále se budeme zabývat zařízeními, které jsou pro výkon ochranné a ústavní výchovy určené.

4.1 Ústavní výchova

Ústavní výchovu nařizuje podle zákona č.218/2003 Sb. soud. Podle tohoto zákona, jde o odpovědnost mládeže za činy protiprávní a také o to, že za mládež bude rozhodovat soud. Zákon dále popisuje, že důvody pro umístění do ústavní výchovy mohou být buď sociální, nebo výchovné. Ve většině případů je ústavní výchova ukončena zletilostí. V ojedinělých případech bývá prodloužena do 19 let (zákon č. 218/2003 Sb.). Bývá upravována i předpisem č.89/2012 Sb. Podle tohoto předpisu je ústavní výchova nařizována, jestliže rodiče nemohou zajistit výchovu dítěte. Ústavní výchova je nařízena v případech, kdy jsou narušeny rozumové, tělesné či duševní stavy dítěte. Pokud jsou problémy přechodné, může být dítě soudem posláno do zařízení, která pro děti poskytují okamžitou pomoc. V těchto zařízeních může být jedinec pouze 6 měsíců (Novotný, Ivičičová, Syrůčková, & Vondráčková, 2014). Zanedbávání povinnosti rodičů, asociální chování nebo výchovná nezpůsobilost rodičů. Tyto všechny důvody se řadí mezi nejčastější při nařízení dětí do ústavní výchovy (Slomek, 2010). Matoušek a Matoušková (2011) píší, že mezi nejčastější důvody nařízení ústavní výchovy u adolescentů je začínající závislost na drogách, protiprávní jednání, útky. Často je nařízena u dětí, s poruchou chování, avšak tyto děti se nedopustily delikventního chování (Hulmáková, 2013). Jaký vliv na děti může mít ústavní výchova? Tuto otázku si už v 60. letech pokládal Matějček a kolektiv (1995). Ten sledoval od roku 1965 vývoj 60 dětí, 32 let,

kteře vyrůstaly v ústavní výchově, a srovnával tyto děti s dětmi v běžných rodinách. Zjistilo se, že tyto děti vykazují nízkou úroveň vzdělání a nízkou zaměstnanost. Mají problém se sociální integrací. Muži mají problémy v sexuálních vztazích. Je u nich také zjištěna celková nespokojenost. Až třetina osob z výzkumů se dopustila trestných činů. Většina měla problém se zamilovat, což souvisí psychickou deprivací (Matějček et al., 1996).

4.2 Ochranná výchova

Stejně jako ústavní výchova je ochranná výchova uložena zákonem č.218/2003 Sb. Oproti ústavní výchově však není upravována novým občanským zákoníkem (předpis č. 89/2012 Sb.). Je to nejprísnější opatření a jedinec musí plnit mnoho povinností a pravidel. Jedinci, kterým byla uložena ochranná výchova, se často dopustili protiprávního jednání. Může být, ale také uložena jedincům, o které rodina nedostatečně pečuje, v rodině je zanedbaná výchova nebo je pro něho nevhodné prostředí. Ochranná výchova je od 12 let, může být prodloužena do 19 let, jinak trvá do dovršení plnoletosti. Je uložena soudně (Zeman et al., 2009; č.218/2003 Sb.). Základním úkolem ochranné výchovy je chránit společnost. Má mít preventivní účel a slouží k resocializaci a také izolaci jedince (Matoušek & Kroftová, 1998). Podle § 971 zákona č. 89/2012 Sb., ve znění pozdějších předpisů, v rozhodnutí označí konkrétní zařízení, kde by dítě mohlo být. Pro děti s poruchami chování, které mají nařizenou ústavní výchovu a uloženou ochrannou výchovu, tak pro ně jsou to, výchovné ústavy či dětské domovy se školou. Děti či adolescenti musí projít diagnostickými ústavami a po vyšetření je příslušný orgán přemístí do zmíněných zařízení (zákon č. 109/2002 Sb.).

4.3 Školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy

Zařízení, která patří pod výkon ochranné či ústavní výchovy jsou diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou a výchovné ústavy (zákon č. 109/2002 Sb.). Tyto zařízení poskytují dítěti náhradní výchovnou péči, vzdělání a výchovu. Také by měly spolupracovat s primární rodinou dítěte a pomáhat rodičům při rozhodování v různých záležitostech dítěte. Úkolem zařízení je také poskytnutí rodinné terapie včetně pomáhání v nacvičování rodičovských dovedností (zákon č.109/2002 Sb.). Za důležité se pokládá zajištění takových podmínek, které dítě nestresuje a pomáhá mu vytvořit si dobré vztahy

k dospělým. Realita je ale často jiná (Janský, 2014). Další skupinou jsou střediska výchovné péče. Ty poskytují preventivně výchovnou péči. Podporují sebedůvěru dítěte, interakci se společností apod. Orgán sociálně-právní ochrany dětí je v úzké spolupráci s těmito zařízeními a středisky (zákon č.109/2002 Sb.).

4.3.1 Diagnostický ústav

Děti, které mají nařízené předběžné opatření, uloženou ochrannou nebo nařízenou ústavní výchovu jsou přijímány do diagnostického ústavu. Diagnostický ústav na základě komplexního vyšetření, zdravotního stavu dětí či volných míst jednotlivých zařízení pak umísťuje děti či adolescenty do výchovných ústavů nebo dětských domovů se školou. Má za úkol pak plnit funkce *diagnostické*, které zahrnují vyšetření dítěte formou psychologických a pedagogických činností. *Vzdělávací funkce* má za úkol zjistit úroveň dosavadních znalostí a dovedností. Stanovují se speciální vzdělávací potřeby pro dítě. Funkce *terapeutická* směřuje ke zlepšení chování dítěte či slouží jako náprava poruch v sociálních vztazích. Funkce *výchovná a sociální* pak směřuje k rodinné situaci a osobnosti dítěte. Zabývá se sociálně-právní ochranou dítěte. Funkce zabývající se umísťováním dětí do zařízení se nazývá *organizační* a jako poslední je *koordináční*, která se zabývá prohloubením a sjednocením postupů jiných zařízení (zákon č.109/2002 Sb.). Janský (2014) píše, že úkolem diagnostických ústavů je zpracovat celkovou diagnostiku dítěte, zjistit jeho předpoklady ve vzdělání a výchově. Poté navrhnout vhodné přístupy a metody pro dítě. Důležité je dítě stabilizovat a vytvořit u něho návyky hygienické, výchovné a režimové.

4.3.2 Dětský domov a dětský domov se školou

Dětský domov se stará o děti, u kterých nepozorujeme nijak závažné poruchy související s chováním. Plní funkce vzdělávací, sociální a výchovné. Děti se vzdělávají ve školách, které se nachází mimo dětský domov. Pečuje o děti, které mají nařízenou ústavní výchovu. Děti jsou ve věkovém rozmezí od 3 do 18 let. V DD však mohou zůstat i déle jestliže se připravují na budoucí povolání a jsou nezaopatřeni. DD musí také informovat po odchodu adolescenta obecní úřad a zprostředkovat mu sociálního kurátora (zákon č. 109/2002 Sb.). Kam adolescenti nejčastěji odcházejí? Na tuto otázku se snažil odpovědět Kovařík a kolektiv (2004). Projekt, který zrealizovali, se nazýval „Práva a potřeby mladých lidí odcházejících z dětských domovů“. Projekt byl realizován v roce 2003 a autoři získali data od nadpoloviční

většiny adolescentů, kteří dětský domov opouštěli. Zjistilo se, že 60 % adolescentů vnímalo své rodinné zázemí za problematické. Adolescenti nad 20 let nebyvají v dětských domovech často. Po odchodu z dětského domova udržují s domovem kontakt. Až třetina adolescentů odcházela z dětského domova s neukončeným vzděláním a polovina měla výuční list. Polovina se vrátila zpět k rodičům. Do DD jsou umísťovány děti, které mají problémy výchovné nebo osobnostní. Také jsou to děti z rozpadlých rodin či děti handicapované. Rodiče mohou mít problémy i „existenční“ (Sekera, 2009). V posledních letech se výrazně zlepšilo vybavení domovů a celkové materiální zabezpečení. Otázky jsou tady spíše výchovné. Vychovatelé a vychovatelky, musí mít vysokoškolský titul, ale zda s dětmi udržují kontakt citový, je na nich. Děti potřebují mateřskou lásku, péči. Vychovatelka by měla navázat a udržet takový vztah, aby dítě ji důvěřovalo a mohlo se na ni kdykoliv obrátit (Matějček, 2005).

V dětských domovech se školou jsou děti, které mají nařízenou ústavní výchovu a vyžadují výchovně léčebnou péči. Dále jsou to děti s ochrannou výchovou, patří mezi ně i nezletilé matky či jejich děti, jež nemohou být vzdělány ve školách mimo dětský domov se školou. Jsou zde děti od 6 let do ukončení povinné školní docházky. Pokud dítě i po ukončení povinné školní docházky má výchovně-vzdělávací problémy a nemůže-li kvůli těmto problémům pokračovat na střední škole mimo dětský domov se školou, je umístěno do výchovného ústavu (zákon č.109/2002 Sb.).

4.3.3 Výchovný ústav

Ve výchovném ústavu jsou umístěny děti starší 15 let. Jsou to děti se závažnými poruchami chování. Tyto děti mají nařízenou ochrannou nebo ústavní výchovu. Výchovné ústavy plní především funkce vzdělávací, sociální a výchovné. Jsou i pro nezletilé matky s dětmi. Pokud má dítě uloženou ochrannou výchovu a projevuje-li závažné poruchy chování tak, že nemůže být umístěno do dětského domova se školou, může být umístěno do výchovného ústavu od 12 let. Jde to, i pokud má dítě uloženou ústavní výchovu a projevují se u něj velmi závažné poruchy chování (zákon č.109/2002 Sb.). Zařízení obsahuje obývací pokoj, kuchyňku s jídelnou, pokoj vychovatelů a ložnici dětí. Výchovné ústavy zajišťují dětem obuv, oblečení, vzdělávací potřeby apod. O děti se starají většinou dva vychovatelé. Dále se v zařízení vyskytuje psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník. Nepedagogičtí pracovníci se starají o provoz zařízení (Pávková, 2014). Osobnost klientů výchovného ústavu lze vymezit z mnoha hledisek. Labáth (2001) označuje tyto klienty za

rizikovou mládež. Píše také, že toto období přináší touhu se osamostatnit a rozhodovat o svém životě. Adolescenti však nemají dostatek zkušeností. Přináší to pak pocity zklamání a selhání. Delikventy pak popisuje jako osoby hledající nebezpečí, dobrodružství. Tyto osoby mívají i nižší rozumové schopnosti. Problémy s navazováním vztahů s okolím a také s vrstevníky, jsou další charakteristikou těchto jedinců.

4.3.4 Střediska výchovné péče

Od roku 1991 jsou střediska výchovné péče součástí školských zařízení preventivně výchovné péče a také školských zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy (NÚV, 2019). Poskytují služby dětem, u kterých je riziko poruch chování, nebo poruchy jsou již rozvinuty. Služby jsou poskytovány také osobám, které neukončily přípravu na budoucí povolání. Nejdéle do 26 let. Dále poskytují služby osobám zodpovědným za výchovu či pedagogickým pracovníkům. Do zařízení se také dostávají děti, u kterých to bylo soudem nařízeno, nebo dostaly výchovné opatření dle zvláštního předpisu. Poskytuje pak služby poradenské, diagnostické, terapeutické, vzdělávací, psychologické, speciálně pedagogické, výchovné a sociální či informační. Klient může do střediska pak docházet ambulantně, internátně (nejdéle 8 týdnů), celodenně a v neposlední řadě pracovník dochází terénně. Středisko spolupracuje například se speciálními pedagogickými centry, s pedagogicko-psychologickými poradnami a s orgány sociálně-právní ochrany dětí. Orgány podílející se na prevenci sociálně patologických jevů se na spolupráci podílejí také (zákon č. 109/2002 Sb.). Klienti jsou děti od 3 let do ukončení tzv. přípravy na povolání. V ojedinělých případech se ve spolupráci s klienty pracuje i po ukončení této doby, a to v případech, kdy je reálný předpoklad pro pokračování profese v budoucnu (NÚV, 2019).

4.4 Vybrané výzkumné projekty zaměřené na klienty z ochranných a výchovných zařízení

Procházka (2009, in Gojová 2009) píše, že hlavní příčina problémů sociálně ohrožených dětí souvisí s rodinou. Děti jsou ohroženy nevyzrálostí rodiny, častou rozvodovostí a celkovou krizí v rodině. Také píše, že dnešní populace vidí problém krizi v rodině spíše v legislativní rovině, a ne jako problém samotné rodiny. Je nutné, aby se preventivní činnost zaměřila zejména na práci s rodinou. Uvádí také výsledky výzkumu, který byl zveřejněn v roce 2007. Výzkum se týkal osudů dětí, které v roce 1995-2004 opustily institucionální

péči. Pozornost výsledků výzkumu si zaslouží **prostředí**, ve kterém děti vyrůstaly. Zjistilo se, že 40 % dětí vyrůstalo v neúplné rodině. O děti se starala primárně matka. Vzdělání rodičů dětí je pod standardem. Vztah k práci rodičů je hodnocený jako průměrný, přičemž romštití rodiče vykazovali nejnižší hodnoty ke vztahu k práci. Až v pětině rodin se zjistilo týránit dětí, které zahrnovalo fyzické trestání, psychický nátlak a kombinace obojího. Od roku 1999 se počet dětí v zařizeních **zvyšuje**.

V roce 1999 bylo v zařizeních dohromady 6 901 dětí, v roce 2005 bylo 7 300 dětí a v roce 2007 již 7 600 dětí. Další zajímavostí je trestná činnost těchto dětí. Mezi lety 1995-2004 celkem 17 454 dětí opustilo institucionální péči. Trestné činnosti se dopustilo 9 751 dětí. Celkově je to 56 %. Také je zajímavé, že **před nástupem a během** pobytu v zařizení se trestné činnosti dopustilo 18 % dětí a **po odchodu** to bylo celkem 51 % (Procházka, 2009 in Gojová 2009).

Další zajímavostí je těhotenství dívek v zařizeních a důležitost vzdělávání těchto adolescentů na téma sexuality a antikoncepce. Casanueva, Wilson, Smith a Dolan (2014) provedli výzkum, ve kterém zjistili, že ve věku 14-17 let 16,8 % dívek a ve věku 18-20 let 45,1 % dívek, mělo zkušenost s těhotenstvím. Také dívky v zařizeních méně používali antikoncepci než dívky stejného věku mimo sledovaná zařizení. Sexuální rizikové chování a vynucený sex, který zažila až třetina dívek ve věku od 18 do 20 let, byl spojen s následujícími faktory, a to s chudobou, nežitím s oběma biologickými rodiči, s alkoholem, zneužíváním drog, delikventním chováním, záškoláctvím a také příslušenství k deviantním vrstevníkům. U dětí, které vyrůstají v institucionální výchově, jsou také poruchy attachmentu. Potvrzuje to studie Zeanah a kolektiv (2005). Tato studie porovnávala děti, které byly umístěné v raném věku do ústavu a děti, které vyrůstaly v biologické rodině. Attachmentové chování bylo přítomno pouze u 22 % dětí z ústavů, u dětí z rodin to bylo 78 %. Bezpečná vazba u dětí z ústavů byla zjištěna u 19 % (z rodin 74 %) a vazba dezorganizovaná u dětí z ústavů 65 % (22 % z rodin). Ve výsledcích vidíme větší poruchy attachmentu u dětí z institucionalizované péče. Další výzkum pochází z Anglie. Byl realizován v roce 2014 v dětských domovech. 38 % dětí vyžadovaly speciální vzdělávací potřeby. 74 % dětí za posledních 6 měsíců spáchalo trestnou činnost a 62 % dětí vykazovalo narušené duševní zdraví (Department for Education, 2014).

Jaké jsou důvody umístění dětí do ústavů? A co může souviset s problematikou chování jedinců? Hart, La Valle a Holmes (2015) píšit, že problematika chování může souviset s traumatem, který byl způsobem odchodem z primární rodiny. Další vliv má například

zanedbávání dětí, zneužívání či sociální znevýhodnění. U těchto dětí se mnohem častěji vyskytují potíže, jak zdravotní, tak emoční (Cameron & Maginn, 2012). Zpráva ze systematických návštěv školských zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy (2011) píše, že nejčastější důvody umístění do těchto zařízení jsou *výchovné problémy*. Výchovné problémy se nejčastěji vyskytují společně se záškoláctvím a krádežemi, pitím alkoholu (31 %), kouřením cigaret (18 %) a užíváním drog (51 %). Na druhém místě jsou problémy *sociální, záškoláctví a špatný prospěch* je na třetím místě. Dále je to zmíněné užívání alkoholu, jiných drog či cigaret. Nezájem rodičů, neschopnost rodičů postarat se o dítě. Stává se, že o ústavní výchovu si žádá i sám adolescent (24 rozsudků).

A jaký vliv má náhradní péče na vývoj jedince? Na tuto otázku se nám snažili odpovědět v rámci longitudinální studie Ptáček a jeho kolegové (2016). Ti se zaměřovali na psychický vývoj dětí v náhradních formách péče, a to konkrétně v dětských domovech, pěstounské péči a v biologických rodinách. Studie byla realizována v letech 2010-2013. Její výsledky jsou následující. Zkoumaly se tyto oblasti: rozumové schopnosti, sociální oblast, osamělost, socioemoční kompetence, sebehodnocení, projevy psychopatologie, deprese a traumatizace. V intelektové oblasti, děti z pěstounských rodin, měly nejlepší výsledky, a to hlavně ve verbální inteligenci. Děti pocházející z dětských domovů měly výsledky nejslabší. Pěstounské rodiny vykazovaly v oblasti verbální inteligence nejvyšší hodnoty. Souvisí se zájmem o vzdělání dětí. Výsledky lze chápat tak, že pěstouni poskytují dětem podporu a péči v oblasti vzdělávání vyšší než vychovatelé/ky v dětských domovech. V oblasti socioemoční jsou výsledky podobné. Děti z pěstounských rodin vykazovaly přibližně stejné hodnoty jako děti z biologických rodin, přičemž děti z dětských domovů vykazovaly hodnoty nejnižší. Deprese a projevy traumatu byly nejvýraznější v dětských domovech. Závěr studie byl ten, že život dětí vyvíjející se mimo biologickou rodinu s sebou nese různá rizika. Rizika souvisejí s problémy adaptace, životního uplatnění, inteligence a dalších. Často se potvrzuje, že rodina, i přes snahu pracovníků v institucionální výchově, je mnohdy nenahraditelná (Běhounková, 2012). Další zmínky dopadů institucionální výchovy na jedince nám přináší výsledky Vavrysové (2018). Ta zkoumala 2 667 adolescentů ve věku 11 až 16 let. Výzkumný soubor byl tvořen jedinci na základních školách a gymnáziích (2 435 adolescentů) a jedinci v dětských domovech se školou a výchovných ústavech (232 adolescentů). Byly zjišťovány vybrané osobnostní rysy, rizikové chování a depresivita adolescentů. Autorka zjistila, že adolescenti v dětských domovech se školou a výchovných ústavech jsou více depresivní, což se projevuje tím, že myslí častěji na smrt a mají pocit, že

se jim celkově v životě nedaří. V oblasti impulzivitu a rizikovosti, vykazovali menší hodnoty základní školy a gymnázia. Adolescenti v dětských domovech se školou a ve výchovných ústavěch vykazovali hodnoty nejvyšší, které se týkají abúzu a delikvence. Až 73 % adolescentů v institucionální péči jsou pravidelnými kuřáky, zatímco pouze 3 % jsou pravidelnými kuřáky v základních školách a gymnáziích. Jeden z nejnovějších výzkumů je od Dolejše, Zemanové a Vavrysové (2018). Autoři zjistili, že u adolescentů z výchovných ústavů a dětských domovů převažuje externí místo kontroly, což znamená, že spoléhají na náhodu a osud. Lišili se tímto od adolescentů ze základních škol a gymnázií. Další výzkum na toto téma je od Kulíška a Dolejše (2019). Ti zkoumali 716 adolescentů ve věku 11-15 let. Soubor byl tvořen jedinci v základních školách a gymnáziích a dále dětských domovů a speciálních výchovných zařízení. Zjistilo se, že adolescenti základních škol a gymnázií mají signifikantně nižší průměrné skóre celkového rizikové chování než adolescenti dětských domovů a výchovných zařízení. Nižší skóre měli ve škále abúzus rizikové chování, delikvence a šikanování.

V této kapitole jsme vám popsali několik z mnoha výzkumů, které se věnují problematice ochranné a ústavní výchovy. Dalšími kapitolami navážeme na náš výzkum, který se bude týkat depresivity, rizikové chování a rodinného prostředí adolescentů v těchto zařízeních.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE A HYPOTÉZY

5.1 Vymezení výzkumného problému

Chování člověka není náhodné. Je to výsledek působení vnitřních a vnějších činitelů, které souvisí se zkušenostmi jedince. Jestliže se zamyslíme, proč jsme v některých situacích reagovali právě konkrétním způsobem, můžeme najít spojitost s tímto chováním už někdy v minulosti, a to například v primární rodině (Lacková & Sobotková, 2005). Dítě se do rodiny rodí, dostává od rodičů genetickou výbavu, rodina má rozhodující vliv pro rozvoj jeho osobnosti a celkový vývoj. Patří sem oblasti duševní, tělesné, ale také hlavně i sociální (Dunovský, 1999). Ústavní péče je v poslední době silně medializována (Sobotková, 2005). Výzkumy na téma rizikového chování adolescentů v institucionalizovaných zařízeních potvrdily, že oproti vrstevníkům ze základních škol a gymnázií vykazují vyšší hodnoty v delikvenci, abúzu a šikaně. Také jsou více depresivnější a impulzivnější (Kulíšek & Dolejš, 2019). Potvrdili to i další výzkumy (Vavrysová, 2018; Zemanová & Dolejš, 2015; Skopal, Dolejš, & Suchá, 2014; Dolejš & Orel, 2017). Tyto výzkumy se zaměřily primárně na adolescenty, na jejich rizikovost a osobnostní charakteristiky. V této diplomové práci zkoumáme jejich rodinné prostředí a celkový vliv rodiny na adolescenta. Pokládáme za důležité prozkoumat tuto oblast, jelikož se domníváme, že problémy začínají primárně právě v rodině. I když Český statistický úřad (2019) podle předběžných údajů píše, že rozvodovost v ČR klesá, meziročně přibližně o 1,6 tisíce rozvodů, tak v roce 2018 bylo rozvedeno cca 24,1 tisíc manželství. 10,0 tisíc rozvodů bylo ukončeno bez nezletilých dětí a 14,1 tisíc manželství s nezletilými dětmi. Pro představu v roce 2012 se v České republice rozvedlo 26,4 tisíc párů. A právě rozvod působí jak na dítě, tak na adolescenta výrazným způsobem. Dokazuje to výzkum například od Amato a Keith (1991) který potvrdil, že dospělí, kteří zažili rozvod rodičů, vykazovali nižší úroveň pohody v životě než jedinci, kteří rozvod nezažili. Problémy v rodině se na adolescentech projevují mnoha způsoby. Novák (2000) píše, že u dětí či adolescentů se projevuje při rozvodu střídání agresivity vůči sobě a rodičům. Dochází také ke střídavému obviňování rodičů. Storksen, Roysamb, Homen a Tambs (2006) provedli studii na 8 984 norských adolescentech. Zjistili, že adolescenti zažívají během rozvodu úzkost a depresi. Také se zhoršují ve školních výsledcích. Pavlát (2011) píše, že adolescenti, kteří se narodili před šestým rokem života a jejich rodiče se rozvedli, tak až

čtvrtina z nich mělo významný klinický problém s duševním zdravím. Jedinci z rodin rozvedených častěji užívají alkohol a drogy. Mívají dřívější sexuální život a mají častěji problémy s chováním a přizpůsobením, také s delikventním chováním. Mívají také častěji depresi a úzkost. A to mluvíme jenom o rozvodu. Co se stane s adolescentem, pokud zažil například sexuální zneužívání, fyzické či psychické týrání, úmrtí v rodině apod.? Problémovým adolescentům je nařízena v mnoha případech ochranná či ústavní výchova. Proto jsme se rozhodli výzkum zaměřit tímto směrem a prozkoumat jejich rodinné prostředí společně s jejich rizikovostí a depresivitou. Budeme-li znát detailněji problémy rodin a rodičů či prostředí adolescentů, ve kterém vyrůstali, můžeme na základě výsledků s tímto pracovat a vymýšlet efektivnější preventivní programy pro rodiče a jejich děti. Rodiče mnohdy ani netuší, jaký dopad mají na děti. Neví, jak reagovat v různých krizových situacích. Proto pokládáme za důležité v této oblasti realizovat výzkumy.

5.2 Výzkumné cíle a otázky

V rámci našeho výzkumu byly stanoveny tyto základní cíle:

- 1. Prozkoumat rodinné prostředí adolescentů v zařízeních pro výkon ochranné a ústavní výchovy.**
- 2. Zjistit, zda rodinné prostředí adolescentů souvisí s rizikovým chováním a depresivitou.**
- 3. Zjistit frekvenci výskytu rizikových faktorů v rodině.**

Z cílů výzkumu vplynuly tyto **výzkumné otázky**:

- Jaké procento adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy pochází z rozvedených rodin?
- Jaké nejčastější vzdělání mají rodiče adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy?
- Jaký je průměrný počet sourozenců v rodinách adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy?
- Jaká je nejčastější ekonomická aktivita rodičů adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy?

- Kolika procentům adolescentům ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy bylo někdy fyzicky či psychicky ublíženo?
- Jak často se rodiny adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy stěhovali?
- Jak často a jaké nejčastější druhy návykových látek užívají rodiče adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy?
- Jak často a jaké návykové látky užívají adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy?
- Z jakého nejčastějšího důvodu zkusili adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy návykové látky?
- Kolik procent adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy užívalo návykové látky se členy své rodiny?
- Kolik procent adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy mají doma rodiče trpící duševní poruchou?
- Jak jsou spokojení či nespokojení adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy se svými rodiči?

5.3 Hypotézy

Pro dotazník VRCHA:

H1: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru ve faktoru *abúzus* metody VRCHA než adolescenti ze stejných českých zařízení.

H2: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru ve faktoru *delikvence* metody VRCHA než adolescenti ze stejných českých zařízení.

H3: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru ve faktoru *šikana* metody VRCHA než adolescenti ze stejných českých zařízení.

H4: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího *celkového skóru* metody VRCHA než adolescenti ze stejných českých zařízení.

H5: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru ve faktoru *abúzus* než slovenští adolescenti ze stejných zařízení.

H6: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru ve faktoru *delikvence* než slovenští adolescenti ze stejných zařízení.

H7: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru ve faktoru *šikana* než slovenští adolescenti ze stejných zařízení.

Pro dotazník SDDSS: (Depresivity)

H8: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího celkového skóru v míře *depressivity* než slovenští adolescenti ze stejných zařízení.

H9: Dívky dosahují statisticky vyššího skóru v míře *depressivity* než chlapci ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy.

Pro Škálu rodinného prostředí:

H10: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru v subškále *konfliktnost* než slovenští adolescenti.

H11: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně nižšího skóru v subškále *morálně-světonázorové orientace* než slovenští adolescenti.

H12: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně nižšího skóru v subškále *soudržnost* než slovenští adolescenti.

H13: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně nižšího skóru v subškále *intelektuálně-kulturní orientace* než slovenští adolescenti.

H14: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru v subškále *kontrola* než slovenští adolescenti.

Hypotézy zkoumající statisticky významnou souvislost mezi jednotlivými proměnnými:

H15: Existuje statisticky významný vztah mezi skórem v subškále *konfliktnost* v dotazníku Škála rodinného prostředí a skórem ve faktoru *abúzus* metody VRCHA.

H16: Existuje statisticky významný vztah mezi skórem v subškále *aktivní rekreační orientace* v dotazníku Škála rodinného prostředí a skórem ve faktoru *delikvence* metody VRCHA.

H17: Existuje statisticky významný vztah mezi skórem v subškále *expresivnost* v dotazníku Škála rodinného prostředí a *celkovým skóre* metody SDDSS.

6 VÝZKUMNÝ SOUBOR

6.1 Popis a charakteristika výzkumného souboru

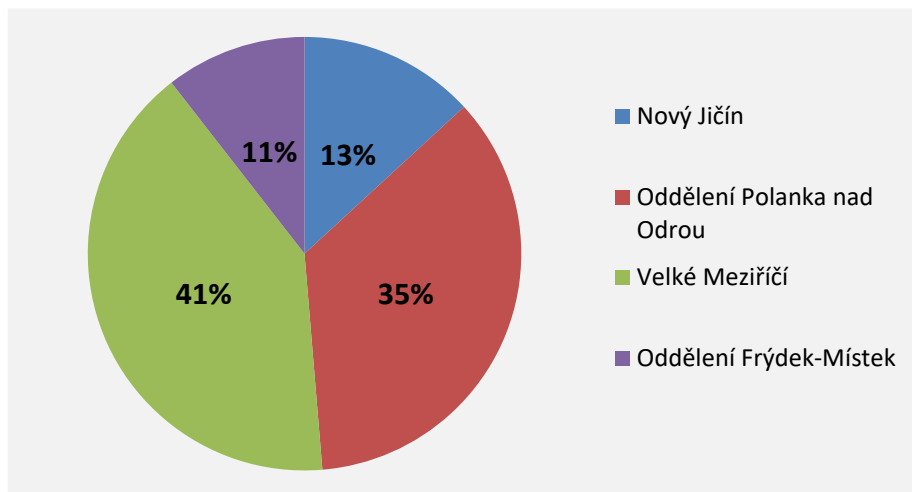
Výzkum adolescentů byl realizován ve výchovných ústavech v krajích Vysočina a Moravskoslezském kraji. Moravskoslezský kraj je zřizovatelem celkem 2 výchovných ústavů, které jsme kontaktovali. Spadá zde Výchovný ústav Ostrava-Hrabůvka, který má pod sebou další čtyři pracoviště. Řadíme mezi ně odloučené pracoviště Frýdek-Místek, odloučené pracoviště Polanka nad Odrou, hlavní sídlo organizace Ostrava-Hrabůvka a bytovou jednotku v Ostravě-Porubě. Tyto zařízení jsou charakteristické tím, že se zde nacházejí adolescenti s extrémními poruchami chování. Výzkum byl realizován na pracovišti Polanka nad Odrou a Frýdek-Místek. Další výchovný ústav pod Moravskoslezským krajem je v Novém Jičíně. Pod kraj Vysočina spadají 3 výchovné ústavy, kde jsme kontaktovali jeden, a to konkrétně Výchovný ústav Velké Meziříčí. Výzkumu se zúčastnily všechny oslovené výchovné ústavy. Celková kapacita těchto ústavů je pro 154 adolescentů. Výzkumu se zúčastnilo celkem 96 adolescentů (63,64 %). Chlapců, bylo 47 (30,52 %) a dívek 49 (31,82 %) Data 20 adolescentů byla vyřazena z důvodů odmítnutí podílení se na výzkumu, částečného vyplnění nebo kvůli tomu, že adolescenti vyrůstali celý život v dětských domovech a neznají svoji biologickou rodinu. Po vyřazení těchto adolescentů jich zbylo **76 (49,35 %)**. Z toho 38 (24,68 %) dívek a 38 (24,68 %) chlapců. Věk adolescentů se pohyboval v rozmezí 14-18 let (průměr 16,05 let, SD =1,06). Dle Statistické ročenky školství výkonové ukazatele (2019) je celkový počet dětí ve výchovných ústavech v České republice 993. Výzkumný soubor odpovídá zhruba **7,7 %** výběrového souboru z celé České republiky.

Tab. 1: Výzkumný soubor z hlediska věku a pohlaví

	Počet respondentů	Věk průměr	Věk SD	Věk MAX	Věk MIN
Dívky	38	16,44	0,86	18	15
Chlapci	38	15,65	1,12	18	14
Celý soubor	76	16,05	1,07	18	14

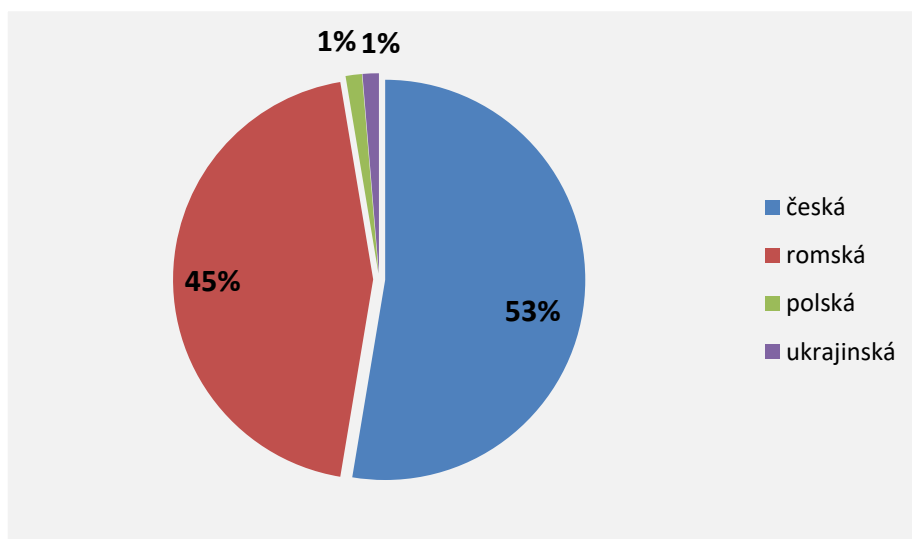
Ve výzkumném souboru bylo nejvíce respondentů zastoupeno ve Velkém Meziříčí 31 respondentů (41 %). Dále pak v oddělení Polanka nad Odrou 27 respondentů (35 %), Nový Jičín 10 respondentů (13 %) a jako poslední oddělení Frýdek-Místek 8 respondentů (11 %).

Graf 1: Procentuální zastoupení výzkumného souboru z hlediska navštíveného města



Z hlediska etnické příslušnosti bylo ve výzkumném souboru nejvíce zastoupeno respondentů českých a to 40 (53 %), dále pak romských 34 (45 %), ukrajinských 1 (1 %) a polských 1 (1 %).

Graf 2: Procentuální zastoupení etnické příslušnosti respondentů



6.2 Proces a metody sběru dat

Prostřednictvím elektronické podoby, byli osloveni ředitelé daných zařízení se žádostí o účast na výzkumu. Žádost obsahovala seznámení se s důvody výzkumu, cíli a obsahovala

také testovou baterií. Po několika dnech jsme s nimi telefonicky hovořili a sdělovali případné další dotazy a informace. Poté domlouvali termíny a postupy administrace. Vždy se podařilo termín domluvit na poprvé. Sběr dat probíhal v listopadu 2019. V den administrace jsme se vždy sešli osobně s řediteli zařízení, kteří nás ústavy provedli a zodpovídali na naše dotazy, týkající se adolescentů a chodu zařízení. Poté jsme většinou ráno a v dopoledních hodinách navštěvovali třídy, které byly obeznámeny s naším příchodem a výzkumem. Administrace dat byla prováděna skupinově a metodou „tužka-papír“. Před administrací, jim byly vysvětleny informace, týkající se vyplňování položek, cílů výzkumu a anonymity. Adolescenty jsme poprosili, ať odpovídají, co nejvíce upřímně. Z výzkumu byli vyřazeni ti adolescenti, kteří byli adoptováni či nevyrostali ve své biologické rodině. Také byli vyřazeni adolescenti, kteří své biologické rodiče vůbec neznají. Velké procento adolescentů chtělo vzhledem k náročnosti dotazníků, výzkum předem vzdát. Snažili jsme se je přesvědčit a motivovat k tomu, že to zvládnou (tím, že to zvládly ostatní třídy apod.). Dotazníky byly rozdávány postupně, a to od nejlehčích. Pro představu zde uvádíme pořadí. První byla VRCHA pak SDDDS, Dotazník vlastní konstrukce a jako poslední Škála rodinného prostředí, kterou jsme jim vzhledem k časové náročnosti, četli a některé položky vysvětlovali. Během dotazníků zaměřených na rodinné prostředí, jsme si všímali na adolescentech plno změn. Změny se týkaly hlavně emotivity. Některé položky podnítily pláč, a to hlavně u dívek, některé zase byly prostředkem k diskuzi. Vyučovací hodina, byla často přetahována. Bylo to tím, že adolescenti nestíhali vyplnit vše, a také měli tendence diskutovat na různá témata týkající se rodiny. Po vyplnění dotazníků jsme adolescenty poprosili, ať každý své dotazníky odloží na hromadu. Každého adolescenta jsme pak obešli a spojili do jednoho souboru. Před odchodem adolescenti dostali sladkou odměnu, která byla také motivací dotazníky vyplnit. Po vyplnění jim bylo srdečně poděkováno a popřáno mnoho štěstí do budoucna.

7 POPIS ZVOLENÉHO METODOLOGICKÉHO RÁMCE A METOD

7.1 Zvolený typ výzkumu a metoda výzkumu

Pro výzkum týkající se rodinného prostředí adolescentů v zařízeních pro výkon ochranné a ústavní výchovy byl zvolen kvantitativní design. Jedná se o deduktivní postup, který vychází z konceptů teorie. Stanovují se pak výzkumné cíle, hypotézy a výzkumné otázky. Pomocí statistických metod se pak ověřují hypotézy. Mohou se zamítnout nebo přijmout (Hendl, 2012). Ferjenčík (2000) popisuje kvantitativní výzkum jako reduktivní zkoumání, kdy výzkumník si uvědomuje mnohorozměrnost objektů, které se zkoumají a nemožnost zachytit vše, přesně v jejich podobách. Vybere pak proto pár z nich, které pečlivě zkoumá. V kvantitativním výzkumu mají data číselnou podobu. Určení validity a reliability není v kvantitativním výzkumu nijak obtížné, upřednostňuje výběr a analýzu intervalových, pořadových a poměrových proměnných.

V souvislosti se zvoleným typem kvantitativního designu byly použity následující psychodiagnostické metody, které respondenti vyplňovali. Metody byly rozděleny v tomto pořadí:

1. Výskyt rizikového chování u adolescentů – VRCHA (Dolejš & Skopal, 2015).
2. Škála depresivity – SDDSS (Dolejš, Skopal, & Suchá, 2013).
3. Dotazník vlastní konstrukce.
4. Škála rodinného prostředí – ŠRP (Hargašová & Kollarik, 1986).

V dalším textu představíme jednotlivé metody, které byly v tomto výzkumu použity. Stručně popíšeme jejich charakteristiku, kdo je vytvořil a co daná metoda měří.

7.1.1 Dotazník výskytu rizikového chování u adolescentů (VRCHA)

Jedná se o psychodiagnostický nástroj, který se zaměřuje na rizikové chování adolescentů. Metoda je složena z 18 otázek, na které jedinec odpovídá „ANO“ nebo „NE“. Za každou otázku s odpovědí „ANO“, získává jedinec jeden bod. Dotazník lze zadávat skupinově i individuálně. Minimální počet bodů je 0 a maximální 18. V jednotlivých

výzkumných projektech, byla na ověření vnitřní konzistence použita Cronbachova alfa, která měla hodnotu od 0,77 do 0,83 (Dolejš & Skopal, 2015).

Dotazník je složen ze tří faktorů, a to konkrétně z faktorů:

- abúzus, který obsahuje 7 položek zaměřené na užívání návykových látek a pohlavního styku,
- delikvence se týká poškození cizího majetku, věnuje se podvodům a krádežemi. Obsahuje 7 položek,
- šikana je primárně určena k tomu, aby se zjistilo, zda na adolescentovi je páchána šikana. Obsahuje 4 položky (Dolejš & Skopal, 2015).

Těmito faktory získáváme informace o výskytu rizikového chování u adolescenta. Předpokládaná doba administrace je 10 minut. Výsledky získáváme buď pro každou škálu, nebo pro celý dotazník. Další, co můžeme v tomto dotazníku zjistit, je míra rizikovosti. Autoři Dolejš a Skopal (2015) popisují čtyři stupně a to:

- nerizikovost-v tomto stupni se vyskytuje tzv. běžná populace a děti a mládeže,
- běžná rizikovost-zde jsou přítomny rizikové faktory ve větší míře. Jedinci v této skupině jsou více ohrožení než jiné skupiny populace. Jedinci experimentují,
- zvýšená rizikovost-zde jsou ve zvýšené míře rizikové faktory. Rizikové chování se již vyskytlo,
- vysoká rizikovost-především adolescenti z adiktologických rodin. Důležité je individuální poradenství a terapie, popřípadě práce s celou rodinou.

7.1.2 Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá (SDDSS)

Škála depresivity je psychodiagnostický nástroj, který zjišťuje u adolescentů míru depresivity. Jako impulz k vytvoření škály sloužila Beckova škála depresivity. Dotazník obsahuje 20 položek, které vypovídají o aktuální míře deprese. V dotazníku je použita Likertova škála (od, rozhodně souhlasím, až po, rozhodně nesouhlasím). Reliabilita nástroje je velmi dobrá, dokazuje to Cronbachova alfa, která je 0,94. Administrace trvá přibližně 10 minut. Odborník, který provádí vyhodnocení dotazníku, může zařadit jedince pak do pásma průměru, což je $\pm 1SD$. Významně depresivní se označuje adolescent přesahující $+ 1SD$. Vysoce depresivní se pak označuje jedinec, který má $+ 2SD$. Odborně pracovat se pak

doporučuje s klientem, který má + 1SD. V roce 2015 byly realizované studie, které se staly základem pro normy tohoto dotazníku. Byly to především děti z dětských domovů a výchovných ústavů, gymnazisté apod. Primárně se nástroj využívá pro adolescenty od 11 do 17 let. Dotazník je ale možno použít i pro starší jedince. Experimentálně byl použit i pro jedince ve věku 19 až 40 let. (Dolejš, Suchá, Charvát, & Skopal, 2018; Dolejš et al., 2016).

7.1.3 Dotazník vlastní konstrukce

Jelikož jsme do rodinného prostředí adolescenta, chtěli nahlédnout co nejhluběji a chtěli jsme zjistit bližší detaily a informace k našemu výzkumnému problému, vytvořili jsme dotazník vlastní konstrukce. Dotazník obsahoval 31 otázek, které byly zaměřeny na adolescenta, na jeho rodinné prostředí a na celkový výskyt rizikových faktorů v rodině. Dále se v dotazníku nacházely položky zaměřené na užívání alkoholu, drog a tabáku. Zajímalo nás, zda rodinné prostředí souvisí s rizikovým chováním adolescenta. Popřípadě jaké rizikové faktory se v rodině vyskytují nejčastěji. Dotazník obsahoval otevřené, uzavřené a polouzavřené otázky. Také byla v dotazníku obsažena Likertova škála, která zahrnovala míru souhlasu a nesouhlasu dotazovaného s výrokiem. Nejčastěji respondent vybíral odpovědi z uzavřených otázek. Celkový čas administrace zabral přibližně 15 minut.

7.1.4 Škála rodinného prostředí (ŠRP)

Škála rodinného prostředí se zabývá sociální atmosférou rodin. Konkrétně interpersonálními vztahy mezi členy rodiny, jejich organizační strukturou a směry osobnostního růstu. Tato škála je původně přepracovaná z Moosovy koncepce rodinného systému z roku 1981. Byla přepracována v roce 1986 Hargašovou a Kollárikem. V současné době ji u nás používá hlavně Sobotková (2003) v souvislosti s výzkumem pěstounských rodin. Je to u nás první metoda, která zkoumá rodinné prostředí v systémové povaze a vlastní percepci rodiny. Může ji vyplňovat, jak jednotlivec, tak celá rodina. Na základě vyplnění celé rodiny, můžeme zjistit rodinnou inkongruenci. Obsahuje 90 tvrzení, na které respondenti odpovídají, zda platí či neplatí. Tyto výroky se týkají rodinného prostředí. Koeficienty vnitřní konzistence se pohybují v rozpětí 0,56 až 0,78. Hodnot 0,53 do 0,83 dosahuje testretestová reliabilita, která je měřena s odstupem 8 týdnů. Celková doba administrace je přibližně 20-30 min. Výroky jsou obsaženy v 10 subškálách, které souvisí se 3 dimenzemi konkrétně pak s dimenzí:

1. **Vztahovou.** Tato dimenze nám zjišťuje, do jaké míry je citová spokojenost v rodině. Také, jak hrdí jsou členové rodiny navzájem. Zabývá se mírou otevřenosti v rodině ve svém citovém projevu. Zjišťuje, také stupně konfliktní interakce, které rodinu charakterizují. Dimenzi reprezentují subškály:
 - Soudržnost (S), ta zjišťuje, do jaké míry se rodina o sebe zajímá a jak si vzájemně pomáhá a podporuje.
 - Expresivnost (E) vyjadřuje, do jaké míry rodina projevuje svoje city a otevřeně hovoří.
 - Konfliktnost (K) zjišťuje, do jaké míry jsou v rodině charakteristické projevy agresivity, hněvu a celkové konfliktní interakce.
2. **Osobnostního růstu.** Ta zdůrazňuje, jak moc jsou uvnitř rodiny zdůrazněné vývojové procesy, které souvisí s podporou rodinného života. Patří zde subškály:
 - Nezávislost (N) zjišťuje, do jaké míry se členové rodiny podporují v tom, aby byli samostatní v rozhodování a soběstačností. Také, aby se dokázali prosadit a řešit své problémy.
 - Orientace na úspěch (OÚ) se zaměřuje, do jaké míry je v rodině soutěživost a dosahování stále lepších výsledků. Souvisí to se školou, prací apod.
 - Intelektuálně-kulturní orientace (IKO), zjišťuje, do jaké míry se v rodině soustřeďují na aktivity politické, sociální, intelektuální a kulturní.
 - Aktivní rekreační orientace (ARO) nám ukazuje, do jaké míry se členové rodiny zapojují do různých aktivit. Ať už sportovních či rekreačních.
 - Morálně-světónázorová orientace (M) zjišťuje míru pozornosti etickým a světónázorovým problémům a hodnotám.
3. **Udržování systémů.** Tato dimenze poskytuje informace o organizaci nebo struktuře uvnitř rodiny. Zabývá se stupněm kontroly, které projevují členové v rodině jeden druhému. Patří zde subškály:
 - Organizace (O), která zjišťuje, do jaké míry je v rodině organizace a pořádek. Také povinnosti a pravidla.

- Kontrola (K) se zabývá tím, do jaké míry je rodina hierarchicky organizována. Určuje také stupeň kontroly mezi členy v rodině (Hargašová & Kollarik, 1986; Sobotková, 2012).

Výsledkem Škály rodinného prostředí je také tzv. percentilový **profil rodiny**. Vznikne nám graf, který interpretujeme podle dimenzí vztahových, dimenzí osobnostního růstu a udržování rodinného systému. Výrazné body obsažené v grafu interpretujeme kvalitativně podle zastoupení subškálových položek. V grafu přehledně vyčteme experimentální a teoretické rozložení subškál. Jaké subškály převažují apod.

7.2 Metody zpracování a analýzy dat

Data byla převedena do elektronické podoby v programu MS Excel 2016. Zde byla data očištěna a zpracována. Většina dat pak byla vyhodnocena v programu Statistica 12. Byla také použita popisná statistika. V první fázi statistického testování bylo nutné ověřit, zda se data řídí normálním rozdělením pravděpodobnosti. Pro tyto účely byl zvolen χ^2 - *test dobré shody*. Tímto testem na zvolené hladině významnosti $\alpha = 0,05$ testujeme, zda náhodná veličina, kterou v našem případě zastupuje náhodný výběr dat získaných z dotazníků o rozsahu $n = 76$, má normální rozdělení $N(\mu, \sigma^2)$.

Hypotézy jsme testovali pomocí jednovýběrového t-testu, což je parametrická varianta testu o hodnotě parametru střední hodnoty náhodného výběru. Dále byl použit Wilcoxonův jednovýběrový test. Tento test je neparametrická varianta testu a používáme ho v případě, kdy data nesplňují předpoklad normálního rozdělení. Dvouvýběrový t-test pro shodné rozptyly jsme použili v případě, když dva nezávislé výběry pocházely z normálního rozdělení se stejnými rozptyly. Dále byl vybrán F-test shody rozptylů. Použili jsme ho v případě, kdy jsme potřebovali porovnat parametry dvou souborů dat. Spearmanův koeficient korelace jsme využili v případě, když jsme chtěli zjistit, zda mezi dvěma veličinami, existuje vzájemný vztah. Pokud není splněn předpoklad normality dat, využívá se Spearmanův koeficient pořadové korelace, což je neparametrická varianta Pearsonova korelačního koeficientu.

7.3 Etické aspekty výzkumu

Při realizaci výzkumu bylo dbáno na to, abychom si získali **důvěryhodnost** respondentů. Miovský (2006) tuto důvěryhodnost popisuje jako jedno z důležitých etických aspektů. A proč právě důvěryhodnost? Vzájemná důvěra je ve výzkumu velice důležitá. Respondenti si mohou například myslet případnou spolupráci s policií a nemusí poskytovat validní a přesné informace. Při výzkumu se nás jeden respondent na toto téma dotázal. Naštěstí jsme si důvěru později získali, ale cítili jsme po dotazu napětí a neochotu nám dotazníky vyplnit. Dalším etickým pravidlem je tzv. **empatická neutralita**. Znamená to, že výzkumník by měl projevovat porozumění a zájem, ale k zjištěným údajům by měl být neutrální. Snažili jsme se respondenty a jejich odpovědi nijak nehodnotit. Dbali jsme pak při výzkumu dle Miovského (2006) na dodržování těchto etických pravidel:

1. **Souhlas s účastí na výzkumu**-respondenty jsme předem seznámili s cíli výzkumu a jeho účelu. Účast byla zcela dobrovolná, účastníci mohli kdykoliv z výzkumu odstoupit. Nevyvíjeli jsme na žádného účastníka jakýkoliv nátlak.
2. **Ochrana soukromí a osobních údajů respondentů**-respondenti byli seznámeni o tom, kdo bude mít k zjištěným údajům přístup a ujistili jsme je, že je výzkum zcela anonymní.

Pracovali jsme také s tzv. **citlivými osobními údaji**, které zahrnují etnickou příslušnost, informace o zdravotním stavu apod. Dbalo se na to, aby se informace nedostaly k neoprávněným osobám. Účast na výzkumu může nebo nemusí být odměňována. Odměna, kterou jsme adolescentům dali, nebyla v rozporu s výchovnými nebo terapeutickými principy (Miovský, 2006).

Dále jsme se řídili pravidly stanovené Českomoravskou psychologickou společností (ČMPS, 2017) a také etickým kodexem Evropské federace psychologických asociací (EFPPA, 1995). ČMPS (2017), píše například o psychologické způsobilosti, profesionálním vztahu, psychologické profesionalitě a průběhu spolupráce. EFPPA (1995) píše o respektování práv, důstojnosti jedince, zodpovědnosti, čestnosti, zachování soukromí, přísné důvěrnosti informací apod. V našem výzkumu jsme dbali na dodržování všech zmíněných etických pravidel.

8 POPIS A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole se zaměříme na hlavní zjištění, které jsme z výzkumu adolescentů získali. První část bude zaměřena na odpovědi *k výzkumným otázkám* a druhá část bude zaměřena na *hypotézy a vztahy mezi jednotlivými proměnnými*.

8.1 Odpovědi na výzkumné otázky

Tato kapitola se zabývá interpretací výsledků výzkumu ve vztahu k výzkumným otázkám. Výzkumné otázky se týkají hlavně rizikových faktorů v rodině a rizikových faktorů adolescentů. Na všechny otázky odpovídali sami adolescenti bez přítomnosti rodičů. Zde uvádíme popis a interpretaci následujících výzkumných otázek:

Jaké procento adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy pochází z rozvedených rodin?

Celkový počet adolescentů byl 76. V našem výzkumu pocházelo **52** adolescentů z rozvedených rodin. Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy pochází z **68,00 %** z rozvedených rodin.

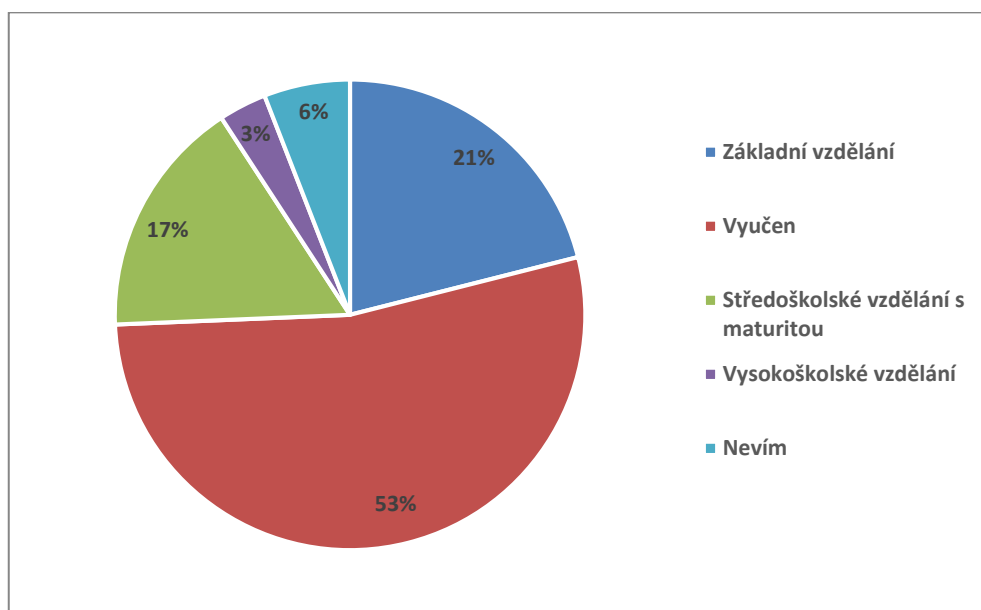
Jaké nejčastější vzdělání mají rodiče adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy?

Z grafu 3 a z tabulky 2 můžeme vyčíst, že mezi nejčastější vzdělání, označili adolescenti z ochranné a ústavní výchovy u rodičů **vyučen**. Vyučen, označili u své matky a otce 81krát. Tato hodnota představuje **53,29 %** z celkového počtu 152 rodičů. Každý adolescent odpovídal za oba dva rodiče. Jako druhé nejčastější vzdělání je **základní (21,05 %)**, **střední (16,45 %)**, odpověď „nevím“ označilo **5,92 %** respondentů, vysokou školu pak **3,29 %**.

Tab. 2: Procentuální zastoupení vzdělání obou dvou rodičů a jejich počet

Typ vzdělání	N	N v %
Základní vzdělání	32	21,05
Vyučen	81	53,29
Středoškolské vzdělání s maturitou	25	16,45
Vysokoškolské vzdělání	5	3,29
Nevím	9	5,92

Graf 3: Procentuální zastoupení vzdělání rodičů



Jaký je průměrný počet sourozenců v rodinách adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy?

Průměrný počet sourozenců adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy je **3,54** ($SD \pm 1,99$). Minimální počet sourozenců je 0 a maximální 9. Z průměrného počtu lze říci, že se jedná o početné rodiny.

Jaká je nejčastější ekonomická aktivita rodičů adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy?

Dle výsledků z tabulky 3 můžeme vyčíst, že nejčastější ekonomická aktivita rodičů je **zaměstnaný/á (47,37 %)**. U matek tento typ ekonomické aktivity je **40,79 %** u otců **53,95 %**. Jako druhý nejčastější typ ekonomické aktivity je **nezaměstnaný/á** a to u **38** rodičů (**25,00 %**). U **21** rodičů (**13,82 %**) adolescenti uvedli, že jsou v domácnosti/doma s dětmi. Podnikatel **7** rodičů (**4,61 %**) a v důchodu **8** rodičů (**5,26 %**). U **6** rodičů (**3,95 %**) adolescenti uvedli, že nemají takovou osobu.

Tab. 3: Ekonomická aktivita rodičů

Ekonomická aktivita	N matka	N v %	N otec	N v %	N celkem	N v %
Zaměstnaný/á	31	40,79	41	53,95	72	47,37
Podnikatel	1	1,32	6	7,89	7	4,61
Nezaměstnaná	16	21,05	22	28,95	38	25,00
V domácnosti/doma s dětmi	20	26,32	1	1,32	21	13,82
V důchodu	5	6,58	3	3,95	8	5,26
Nemám takovou osobu	3	3,95	3	3,95	6	3,95

Kolika procentům adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy bylo někdy fyzicky či psychicky ublíženo?

Z tabulky 4 vyčteme přehled počtů respondentů a procent fyzického či psychického ublížení ze strany matky nebo otce u adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy. Fyzicky nebo psychicky ze strany matky nebo otce, bylo někdy ublíženo celkem **72,37 %** adolescentů. Ze strany matky bylo ublíženo celkem 27 adolescentům (35,53 %) ze strany otce 28 adolescentům (36,84 %).

Tab. 4: Zkušenosti s fyzickým či psychickým ubližováním ze strany rodičů

Varianty	N	N v %
Agresor matka	27	35,53
Agresor otec	28	36,84
Agresor matka a otec	55	72,37

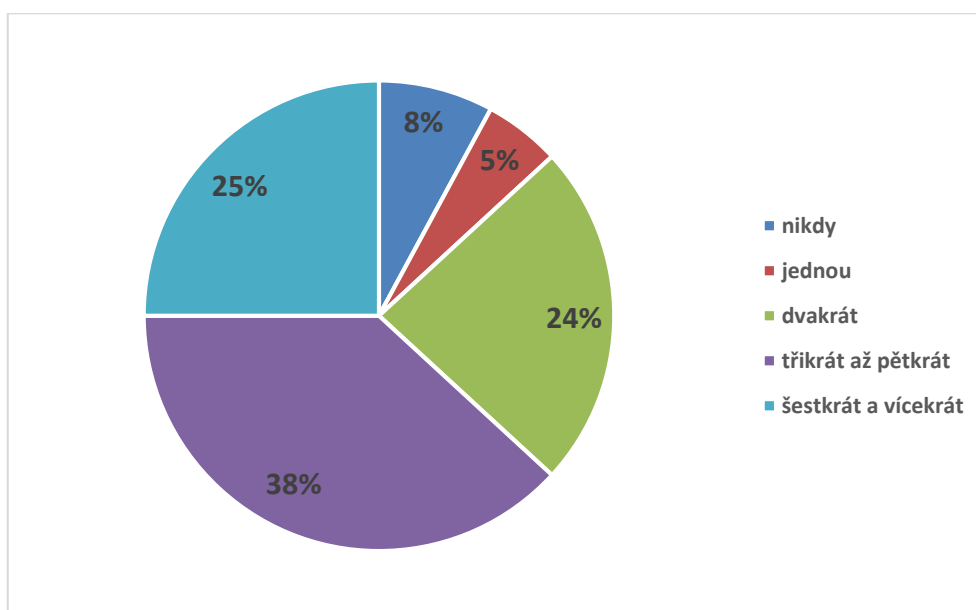
Jak často se rodiny adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy stěhovali?

Z tabulky 5 a grafu 4 vyčteme, že největší podíl rodin adolescentů se řadí do kategorie stěhování **tříkrát až pětkrát**, tato kategorie zastupuje **38,16 %** adolescentů. Další nejvíce zastoupenou kategorií je stěhování šestkrát a vícekrát, která činí 25,00 % adolescentů a kategorie stěhování dvakrát, která činí 23,68 % z celkových odpovědí. Nikdy se nestěhovalo 7,89 % adolescentů a jednou 5,26 %

Tab. 5: Frekvence stěhování adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy

Stěhování	N	N v %
Nikdy	6	7,89
Jednou	4	5,26
Dvakrát	18	23,68
Třikrát až pětkrát	29	38,16
Šestkrát a vícekrát	19	25,00

Graf 4: Procentuální zastoupení adolescentů vzhledem k počtu stěhování



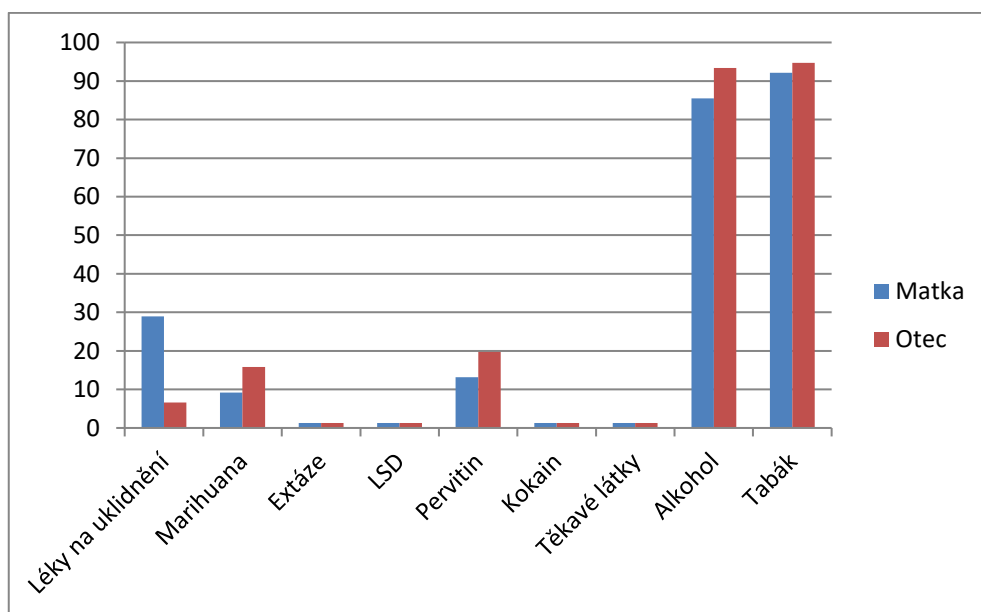
Jak často a jaké nejčastější druhy návykových látek užívají rodiče adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy?

Z tabulky 6 a z grafu 5 vyčteme, že rodiče adolescentů nejčastěji užívají **tabákové výrobky (93,42 %)** a **alkohol (89,47 %)**. Ohledně četnosti užívání je největší podíl v kategorii užívání určité návykové látky **1x denně (74,07 %)** a to konkrétně u léků na uklidnění, které užívá **17,76 %** rodičů adolescentů. Další nejčastější druh návykových látek, které adolescenti u svých rodičů uvedli je **pervitin (16,45 %)**. Pervitin nejčastěji užívají **1x denně (68 %)**. U marihuany, je výsledek **12,50 %** s četností 1x denně (**42,11 %**) a několikrát týdně (**42,11 %**). Další návykové látky a jejich užívání vyšly po **1 %**.

Tab. 6: Četnost odpovědí a celkový přehled užívání návykových látek ze strany matky a otce

Návyková látka	Užívá v %	1x	Několikrát	1x	Několikrát	1x	Několikrát
		denně v %	týdně v %	měsíčně v %	měsíčně v %	ročně v %	ročně v %
Léky na uklidnění	17,76	74,07	14,81	3,70	7,41	0,00	0,00
Marihuana	12,50	42,11	42,11	5,26	5,26	5,26	0,00
Extáze	1,32	50,00	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00
LSD	1,32	50,00	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pervitin	16,45	68,00	28,00	4,00	0,00	0,00	0,00
Kokain	1,32	50,00	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Těkavé látky	1,32	50,00	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Alkohol	89,47	55,15	36,03	5,15	2,94	0,00	0,74
Tabák	93,42	73,24	21,83	2,11	2,11	0,00	0,70

Graf 5: Užívání návykových látek matky a otce dle druhu



Jak často a jaké návykové látky užívají adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy?

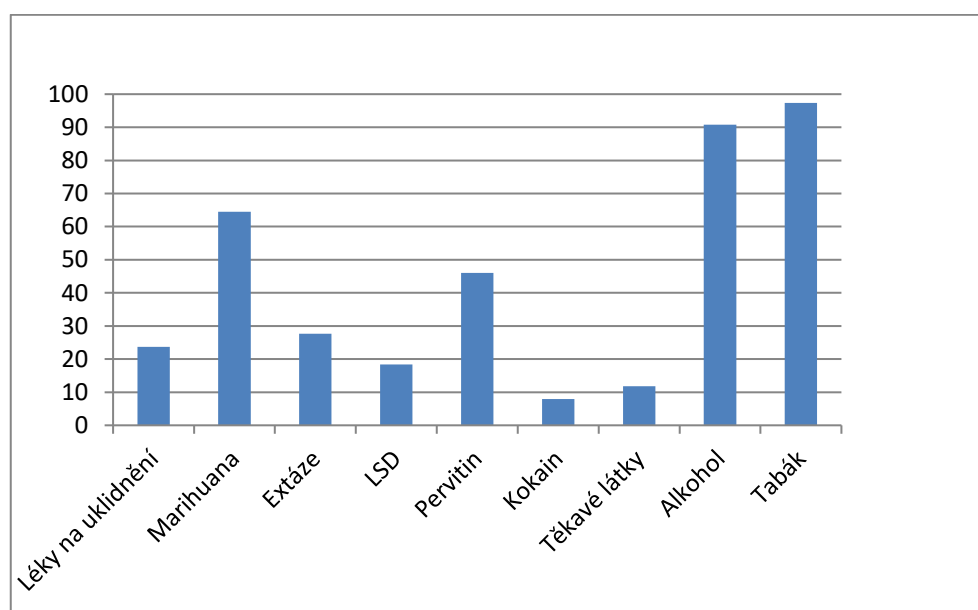
Z tabulky 7 a grafu 6 vyčteme, že adolescenti nejčastěji mají zkušenosti s **tabákem (97,37 %)** a **alkoholem (90,79 %)**. Tabák, užívají nejčastěji 1x denně (86,49 %) a alkohol taktéž 1x denně (34,78 %). Další nejčastější zkušenosti adolescenti mají s marihuanou (64,47 %), pervitinem (46,05 %) a s léky na uklidnění (23,68 %). 1x denně pak nejčastěji

adolescenti užívají léky na uklidnění (61,11 %) a pervitin (42,86 %). S kokainem mají adolescenti nejmenší zkušenosti. Uvedlo ho 7,89 % adolescentů.

Tab. 7: Četnost odpovědí a celkový přehled užívání druhů návykových látek adolescenty

Návyková látka	Užívá v %	1x denně v %	Několikrát týdně v %	1x měsíčně v %	Několikrát měsíčně v %	1x ročně v %	Několikrát ročně v %
Léky na uklidnění	23,68	61,11	5,56	5,56	5,56	11,11	11,11
Marihuana	64,47	34,69	32,65	12,24	6,12	10,20	4,08
Extáze	27,63	14,29	33,33	42,86	0,00	0,00	9,52
LSD	18,42	14,29	57,14	21,43	0,00	0,00	7,14
Pervitin	46,05	42,86	25,71	20,00	2,86	2,86	5,71
Kokain	7,89	16,67	33,33	16,67	16,67	0,00	0,00
Těkavé látky	11,84	33,33	22,22	22,22	11,11	11,11	0,00
Alkohol	90,79	34,78	27,54	23,19	11,59	1,45	1,45
Tabák	97,37	86,49	12,16	0,00	0,00	1,35	0,00

Graf 6: Užívání návykových látek adolescenty dle druhu



Z jakého nejčastějšího důvodu zkusili adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy návykové látky?

Tabulka 8 nám popisuje, že nejčastější důvody, proč adolescenti zkusili návykové látky, jsou tyto: **chtěl jsem se dostat do nálady (39,47 %)** a **chtěl jsem zapomenout na starosti**

(**35,53 %**). Adolescenti některé varianty nevolili vůbec a to varianty: jiné důvody a nevzpomínám si.

Tab. 8: Důvody užívání návykových látek adolescenty

Varianta	N	N v %
Nic jsem nezkusil	2	2,63
Chtěl jsem se dostat do nálady	30	39,47
Nechtěl jsem být mimo partu	6	7,89
Neměl jsem co dělat	2	2,63
Byl jsem zvědavý	9	11,84
Chtěl jsem zapomenout na starosti	27	35,53
Jiné důvody	0	0,00
Nevzpomínám si	0	0,00

Kolik procent adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy užívalo návykové látky se členy své rodiny?

Se členy své rodiny užilo návykovou látku celkem **57 (75 %)** adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy. Z toho bylo 26 dívek (45,61 %) a 31 (54,39 %) chlapců.

Kolik procent adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy mají doma rodiče trpící duševní poruchou?

Tabulka 9 nám popisuje, že z celkového počtu adolescentů má **14,47 %** matku trpící duševní poruchou, **10,53 %** otce trpící duševní poruchou a **2,63 %** zvolilo matku i otce.

Tab. 9: Počet duševních poruch rodičů

Varianta	N	N v %
Matka	11	14,47
Otec	8	10,53
Matka i otec	2	2,63

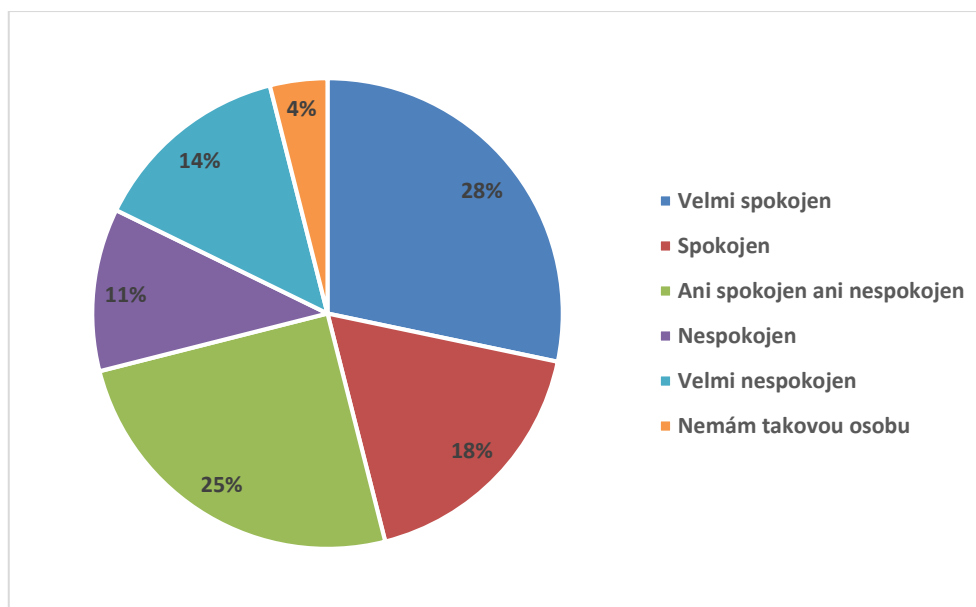
Jak jsou spokojení či nespokojení adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy se svými rodiči?

V rámci výzkumné otázky zaměřené na spokojenost adolescentů s rodiči jsme zjistili následující údaje. Z tabulky 10 vyčteme, že *velmi spokojen* označili adolescenti **43 rodičů (28,29 %)**. *Ani spokojen, ani nespokojen*, vyšlo u **38 rodičů adolescentů (25,00 %)**. Mezi další nejčastější odpověď adolescentů u rodičů je *spokojen* **27 (17,76 %)**. Odpověď *velmi nespokojen*, zvolili u 21 rodičů (13,82 %), *nespokojen* 17 (11,18 %) a *nemám takovou osobu*, adolescenti označili u 6 rodičů (3,95 %). *Velmi spokojen* odpověděli adolescenti více u matky (32,89 %) než u otce (23,68 %).

Tab. 10: Vnímaný vztah adolescentů k rodičům

Varianty	Matka		Otec		Celkem	
	N	N v %	N	N v %	N	N v %
Velmi spokojen	25	32,89	18	23,68	43	28,29
Spokojen	14	18,42	13	17,11	27	17,76
Ani spokojen ani nespokojen	16	21,05	22	28,95	38	25,00
Nespokojen	6	7,89	11	14,47	17	11,18
Velmi nespokojen	13	17,11	8	10,53	21	13,82
Nemám takovou osobu	2	2,63	4	5,26	6	3,95

Graf 7: Procentuální přehled vnímaného vztahu adolescentů k rodičům



8.2 Interpretace výsledků vzhledem ke stanoveným hypotézám

Pro dotazník VRCHA jsme adolescenty v zařízeních pro výkon ochranné a ústavní výchovy, porovnávali se dvěma skupinami adolescentů. První skupina adolescentů pochází ze *stejných českých zařízení*, které měla ve výzkumu Vavrysová (2018). Její projekt oslovilo 2 437 adolescentů ze základních škol, gymnázií, výchovných ústavů a dětských domovů se školou. Adolescenti v našem výzkumu (76 adolescentů), byli porovnáváni s adolescenty z dětských domovů se školou a výchovných ústavů (232 adolescentů). Týká se to hypotéz **H1, H2, H3 a H4**. Dále jsme adolescenty ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy porovnávali se skupinou adolescentů Kulíšek a Dolejš (2019). Ti zkoumali 716 adolescentů na Slovensku ve věku 11-15 let. Výzkumný soubor byl tvořen jedinci v základních školách a gymnáziích (544 adolescentů). Dále dětských domovů a speciálních výchovných zařízení (172 adolescentů). Platí to pro hypotézy **H5 až H8**, přičemž hypotéza **H8** platí pro dotazník SDDSS (Depresivity).

Škála rodinného prostředí platí pro hypotézy **H10 až H14**. Adolescenty ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy, jsme porovnávali s kontrolní skupinou slovenských adolescentů, kteří sloužili jako základ pro standardizaci Škály rodinného prostředí. Výzkumný soubor tvořilo 600 studentů (300 chlapců a 300 děvčat) z gymnázií, středních odborných škol a učilišť. Věkové rozpětí studentů bylo 16 až 18 let (Hargašová & Kollárik, 1986).

Poslední část byla věnována hypotézám, zkoumajícím statisticky významnou souvislost, mezi jednotlivými proměnnými. Konkrétně souvislost mezi proměnnými ve Škále rodinného prostředí a proměnnými pro dotazník VRCHA. Zajímalo nás, zda jednotlivé dimenze ve Škále rodinného prostředí souvisí s abúzem, delikvencí či depresivitou adolescentů. Platí pro hypotézy **H15 až H17**.

8.2.1 Popisná statistika jednotlivých metod

V tabulce 11 můžeme vidět průměrné skóre a směrodatné odchylky jednotlivých dimenzí metody VRCHA. Tabulka nám popisuje výsledky výzkumného souboru (adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy), stejných českých zařízení (Vavrysová, 2018) a slovenských adolescentů (Kulíšek & Dolejš, 2019). Průměrné celkové skóre

dotazníku VRCHA adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy bylo 11,14 bodů (SD ± 2,74). Průměr adolescentů ze stejných českých zařízení je 4,81 (SD ± 3,97) a slovenských adolescentů 7,05 (SD ± 4,63). Adolescenti v našem výzkumném souboru, dosahují výrazně vyššího celkového skóru než adolescenti v kontrolních skupinách. V dimenzi šikana a delikvence je rozdíl vidět nejmenší. Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy mají průměrné skóre ve faktoru šikana 1,55 bodů (SD ± 1,04), stejná česká zařízení 1,18 (SD ± 1,04) a slovenští adolescenti 1,16 bodů (SD ± 1,05). Další nejmenší rozdíl lze pozorovat ve faktoru delikvence mezi výzkumným souborem 4,50 (SD ± 1,66) a stejnými českými zařízeními 4,44 (SD ± 1,98).

Tab. 11: Výsledky metody VRCHA

Proměnné	Výzkumný soubor		Stejná česká zařízení		Slovenští adolescenti	
	Průměr	Sm.odch	Průměr	Sm.odch.	Průměr	Sm.odch.
Abúzus	5,09	1,81	4,31	1,86	2,48	2,28
Delikvence	4,50	1,66	4,44	1,98	3,41	2,40
Šikana	1,55	1,04	1,18	1,04	1,16	1,05
Celkový skór	11,14	2,74	4,81	3,97	7,05	4,63

Výsledky metody SDDSS lze vyčíst z tabulky 12. Zde dosahují adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy celkového průměrného skóre 45,99 (SD ± 10,19). Slovenští adolescenti 43,57 (SD ± 10,81). Zda existuje mezi výzkumným souborem a slovenskými adolescenty statisticky významný rozdíl, se dozvíme v rámci H8. Dívky v našem výzkumném souboru dosahují průměrného celkového skóre 47,79 bodů (SD ± 10,20) a chlapci 44,18 (SD ± 9,98). V rámci slovenského souboru dívky 46,70 (SD ± 11,03) a chlapci 42,16 (SD ± 10,45). Dívky mají v obou dvou případech větší hodnoty než chlapci.

Tab. 12: Výsledky metody SDDSS

Výzkumný soubor	Průměr	Sm. odch.
Celkový skór	45,99	10,19
Dívky	47,79	10,20
Chlapci	44,18	9,98
Slovenští adolescenti	Průměr	Sm. odch.
Celkový skór	43,57	10,81
Dívky	46,70	11,03
Chlapci	42,16	10,45

V rámci Škály rodinného prostředí, jsou výsledky znázorněny v tabulce 13. Z tabulky vyčteme, že adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy dosahují výrazně nižších hodnot než slovenští adolescenti v subškálách soudržnost 5,11 (SD ± 2,88), expresivnost 5,38 (SD ± 2,05), intelektuálně-kulturní orientace (I-K-O) 3,86 (SD ± 1,69), aktivní rekreační orientace (A-R-O) 4,95 (SD ± 1,44), morálně-světónázorová orientace (M-S-O) 3,29 (SD ± 1,55) a organizace 5,67 (SD ± 1,90). Větší průměrné skóre mají čeští adolescenti v subškále konfliktnost 4,79 (SD ± 2,64) a v subškále kontrola 5,74 (SD ± 1,93). Zda jsou rozdíly, mezi českými a slovenskými adolescenty statisticky významné, nám určí H10 až H14.

Tab. 13: Výsledky škály rodinného prostředí

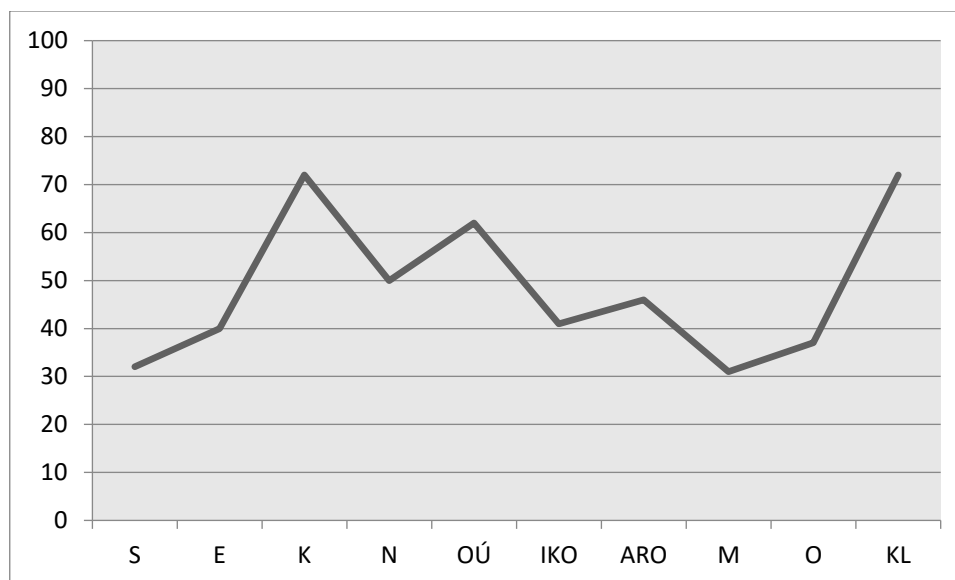
Subškály	Výzkumný soubor		Slovenští adolescenti	
	Průměr	Sm.odch.	Průměr	Sm.odch.
Soudržnost	5,11	2,58	7,07	1,82
Expresivnost	5,38	2,05	6,25	1,77
Konfliktnost	4,79	2,64	2,42	1,92
Nezávislost	5,04	1,67	5,30	1,42
Orientace na úspěch	5,70	1,44	5,07	1,47
I-K-O	3,86	1,69	5,15	1,95
A-R-O	4,95	1,44	5,62	1,87
M-S-O	3,29	1,55	5,82	1,52
Organizace	5,67	1,90	6,92	1,40
Kontrola	5,74	1,93	3,90	1,50

Jednotlivé subškály ŠRP se převádějí na vážený skór, ve kterém respondent může získat 0-100 bodů. 50 bodů je dle manuálu ŠRP průměrný vážený skór. Skóry v hodnotách 30 bodů až 70 bodů se považují za širší normu. V našem výzkumném souboru získali adolescenti v subškálách soudržnost 32 bodů, expresivita 40 bodů, konfliktnost 72 bodů, nezávislost 50 bodů, orientace na úspěch 62 bodů, intelektuálně-kulturní orientace 41 bodů, aktivní rekreační činnost 46 bodů, morálně-světónázorová orientace 31 bodů, organizace 37 bodů a kontrola 72 bodů.

Při pohledu na Graf 8, zjišťujeme, že rodiny adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy vykazují vysoké hodnoty v subškálách konfliktnost (72 bodů) a kontrola (72 bodů). Naopak, nízké hodnoty v subškále organizace (37 bodů) a morálně-světónázorová orientace (31 bodů). Na základě výsledků, pak můžeme konstatovat, že rodiny adolescentů se řadí mezi tzv. rodiny orientované na konflikt (konflikt \geq 60)

a dezorganizované rodiny (organizace ≤ 50). Rovněž jsou to rodiny orientované na úspěch (orientace na úspěch ≥ 60 a zároveň je vyšší než intelektuálně-kulturní orientace a morálně-světónázorová orientace).

Graf 8: Celkový profil rodin adolescentů výzkumného souboru



8.2.2 Testová statistika

Pro vyhodnocení dat u následujících hypotéz (H1, H2, H3, H5, H6, H7, H10, H11 a H12) jsme použili Wilcoxonův jednovýběrový test. Tento test byl zvolen, protože hypotéza o normálním rozdělení dat, byla pomocí χ^2 - test dobré shody zamítnuta. Stanovená hladina významnosti u zmiňovaných hypotéz je $p < 0,05$. Z tabulky 14 můžeme vyčíst 3 hodnoty. První hodnota udává testovou statistiku $W = \min(S^+, S^-)$. Druhá hodnota statistiky U_w a třetí p-hodnotu.

Tab. 14: Výsledky Wilcoxonova testu

Hypotéza	T	Z	p
H1	797	3,448	<0,05
H2	1111	1,822	0,068
H3	1027	2,257	<0,05
H5	93	7,093	<0,05
H6	457	5,208	<0,05
H7	1027	2,257	<0,05
H10	306	5,990	<0,05
H11	60	7,264	<0,05
H12	358	5,721	<0,05

Z prezentovaných výsledků byla **zamítnuta** hypotéza **H2**. (Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru ve faktoru *delikvence* metody VRCHA než adolescenti ze stejných českých zařízení).

Následující hypotézy byly **přijaty**:

- H1: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru ve faktoru *abúzus* metody VRCHA než adolescenti ze stejných českých zařízení.
- H3: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru ve faktoru *šikana* metody VRCHA než adolescenti ze stejných českých zařízení.
- H5: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru ve faktoru *abúzus* než slovenští adolescenti ze stejných zařízení.
- H6: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru ve faktoru *delikvence* než slovenští adolescenti ze stejných zařízení.
- H7: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru ve faktoru *šikana* než slovenští adolescenti ze stejných zařízení.
- H10: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru v subškále *konfliktnost* než slovenští adolescenti.
- H11: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně nižšího skóru v subškále *morálně-světonázorové orientace* než slovenští adolescenti.
- H12: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně nižšího skóru v subškále *soudržnost* než slovenští adolescenti.

Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu, byl zvolen pro hypotézy H4, H8, H13 a H14. Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů pro H9. Zde data pochází z normálního

rozdělení a hypotéza o normálním rozdělení nebyla zamítnuta na hladině významnosti 5 %. Pokud bude hodnota $|t \text{ Stat}| > t \text{ krit (2)}$, je rozdíl v průměrech mezi soubory, signifikantní.

Tabulka 15 nám zjišťuje, zda se adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy liší v celkovém skóru metody VRCHA než adolescenti ze stejných českých zařízení. Následující tabulka ukazuje výsledky tohoto srovnání. Mezi průměry **existuje signifikantní rozdíl**, protože $|t \text{ Stat}| = 20,149 > t \text{ krit (2)} = 1,992$.

Tab. 15: Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu

	<i>Výzkumný soubor celkový skór</i>	<i>Stejně české zařízení celkový skór</i>
Stř. hodnota	11,145	4,810
Rozptyl	7,512	3,970
Pozorování	76,000	76,000
Pears. korelace	$p < 0,05$	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0,000	
Rozdíl	75,000	
t Stat	20,149	
$P(T \leq t) (1)$	0,000	
t krit (1)	1,665	
$P(T \leq t) (2)$	0,000	
t krit (2)	1,992	

Tabulka 16 nám zjišťuje, zda se adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou lišit v celkovém skóru v míře depresivity než slovenští adolescenti ze stejných zařízení. Výsledky ukazují, že $|t \text{ Stat}| = 2,068 > t \text{ krit (2)} = 1,992$. Mezi průměry **existuje signifikantní rozdíl**.

Tab. 16: Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu

	<i>Depresivita výzkumný soubor</i>	<i>Depresivita slovenští adolescenti</i>
Stř. hodnota	45,987	43,570
Rozptyl	103,773	10,810
Pozorování	76,000	76,000
Pears. korelace	$p < 0,05$	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0,000	
Rozdíl	75,000	
t Stat	2,068	
$P(T \leq t) (1)$	0,021	
t krit (1)	1,665	
$P(T \leq t) (2)$	0,042	
t krit (2)	1,992	

Tabulka 17 a 18 nám popisuje, zda se liší v míře depresivity dívky a chlapci. V případě ověřování této hypotézy bylo nutné rozdělit data znázorňující míru depresivity na dvě skupiny dle pohlaví. Pro obě skupiny jsme samostatně zjišťovali, zda se data řídí normálním rozdělením. U obou skupin se nezamítla nulová hypotéza, tedy data mají normální rozdělení. Následně mohl být použitý F-test shody rozptylů, který předpoklad normality vyžaduje. V případě oboustranného F-testu porovnáváme, zda je hodnota testové statistiky větší než kritická hodnota Fisherova rozdělení, pokud je nerovnost splněná, zamítáme nulovou hypotézu. Výsledky testu nalezneme v tabulce 17, kde je vidět, že testová statistika je menší a nulovou hypotézu o shodě rozptylů zamítnout nemůžeme.

Tab. 17: Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

	<i>Depresivita dívky</i>	<i>Depresivita chlapci</i>
Stř. hodnota	47,789	44,184
Rozptyl	104,117	99,560
Pozorování	38,000	38,000
Rozdíl	37,000	37,000
F	1,046	
P(F<=f) (1)	0,446	
F krit (1)	1,730	

Dalším krokem je test porovnávající střední hodnoty depresivity u chlapců a dívek. Vzhledem ke shodnosti rozptylů využijeme dvouvýběrový t-test pro shodné rozptyly. Testová statistika dvouvýběrového t-testu **1,557** však není vyšší než kritická hodnota **1,993**, proto na hladině významnosti 5 % nezamítáme hypotézu, že míra depresivity u dívek a chlapců je shodná. **Nebylo** tedy prokázáno, že dívky dosahují statisticky vyššího skóru v míře *depresivity* než chlapci.

Tab. 18: Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

	<i>Depresivita dívky</i>	<i>Depresivita chlapci</i>
Stř. hodnota	47,789	44,184
Rozptyl	104,117	99,560
Pozorování	38,000	38,000
Společný rozptyl	101,838	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0,000	
Rozdíl	74,000	
t Stat	1,557	
P(T<=t) (1)	0,062	
t krit (1)	1,666	
P(T<=t) (2)	0,124	
t krit (2)	1,993	

V tabulce 19 jsme zkoumali, zda adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně nižšího skóru v subškále intelektuálně-kulturní orientace než slovenští adolescenti. Porovnááme $t_{Stat} = 6,691 > t_{krit} (2) = 1,992$. Platí, že mezi průměry **existuje signifikantní rozdíl**. Můžeme tedy konstatovat, že dotazovaní adolescenti dosahují statisticky významně nižšího skóru v subškále *intelektuálně-kulturní orientace* než slovenští adolescenti.

Tab. 19: Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu

	<i>I-K-O výzkumný soubor</i>	<i>I-K-O slovenští adolescenti</i>
Stř. hodnota	3,855	5,150
Rozptyl	2,845	1,950
Pozorování	76,000	76,000
Pears. korelace	$p < 0,05$	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0,000	
Rozdíl	75,000	
t Stat	-6,691	
P(T<=t) (1)	0,000	
t krit (1)	1,665	
P(T<=t) (2)	0,000	
t krit (2)	1,992	

Tabulka 20 nám popisuje, zda adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru v subškále kontrola než slovenští adolescenti. I tady platí, že $|t_{Stat}| = 8,306 > t_{krit} (2) = 1,992$. Mezi průměry **existuje signifikantní rozdíl**.

Tab. 20: Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu

	<i>Kontrola výzkumný soubor</i>	<i>Kontrola slovenští adolescenti</i>
Stř. hodnota	5,737	3,900
Rozptyl	3,716	1,500
Pozorování	76,000	76,000
Pears. korelace	$p < 0,05$	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0,000	
Rozdíl	75,000	
t Stat	8,306	
P(T<=t) (1)	0,000	
t krit (1)	1,665	
P(T<=t) (2)	0,000	
t krit (2)	1,992	

Z prezentovaných výsledků byla **zamítnuta** hypotéza **H9** (Dívky dosahují statisticky vyššího skóru v míře *depressivity* než chlapci ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy).

Výše prezentované výsledky vedou k **přijetí** následujících hypotéz:

- H4: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího *celkového skóru* metody VRCHA než adolescenti ze stejných českých zařízení.
- H8: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího *celkového skóru* v míře *depressivity* než slovenští adolescenti ze stejných zařízení.
- H13: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně nižšího skóru v subškále *intelektuálně-kulturní orientace* než slovenští adolescenti.
- H14: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru v subškále *kontrola* než slovenští adolescenti.

Spermanův koeficient korelace jsme použili pro hypotézy zkoumající statistickou významnost (H15 až H17). Tento typ korelace byl zvolen z důvodu, že testovaná data opět nemají normální rozdělení pravděpodobnosti. Stanovená hladina významnosti u zmiňovaných hypotéz je $p < 0,05$. Při ověřování H15 byly porovnávány výsledky mezi skórem v subškále konfliktnost ve ŠRP a skórem ve faktoru abúzus metody VRCHA. Ukázalo se, že konfliktnost má slabý vztah s abúzem ($r = ,16$). Slabý záporný vztah, byl také nalezen u H17 ($r = -,12$). Zde jsme porovnávali vztah mezi subškálou expresivnost dotazníku ŠRP a celkovým skórem metody SDDSS. Slabý vztah, avšak statisticky významný se projevil také mezi skórem v subškále aktivní rekreační orientace v dotazníku ŠRP a skórem ve faktoru delikvence metody VRCHA ($r = ,24$, $p < 0,05$). Platí to pro hypotézu H16.

Tab. 21: Spearmanův koeficient korelace metody VRCHA a SDDSS se subškálami ve ŠRP

Proměnné	R	t(N-2)	p-value
konfliktnost&abúzus	0,16	1,408	0,163
a-r-o&delikvence	0,24	-2,141	0,035
expresivnost&depresivita	-0,12	-1,041	0,301

Na základě výše uvedených výsledků byly **zamítnuty** hypotézy:

- H15: Existuje statisticky významný vztah mezi skórem v subškále *konfliktnost* ve Škále rodinného prostředí a skórem ve faktoru *abúzus* metody VRCHA.
- H17: Existuje statisticky významný vztah mezi skórem v subškále *expresivnost* v dotazníku Škála rodinného prostředí a *celkovým skóre* metody SDDSS.

Následující hypotézu **přijímáme**:

- H16: Existuje statisticky významný vztah mezi skórem v subškále *aktivní rekreační orientace* v dotazníku Škála rodinného prostředí a skórem ve faktoru *delikvence* metody VRCHA.

8.2.3 Rekapitulace hypotéz

V této kapitole uvádíme výsledky celého výzkumného šetření ve vztahu ke stanoveným hypotézám. Přinášíme zde celkový přehled rozhodnutí, zda jsme jednotlivé hypotézy přijali či ne. V rámci diplomové práce, bylo formulováno celkem 17 hypotéz, z toho bylo 13 přijato a 4 zamítnuty.

Hypotézy	Rozhodnutí
Pro dotazník VRCHA:	
H1: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru ve <i>faktoru abúzus</i> metody VRCHA než adolescenti ze stejných českých zařízení.	Přijímá se
H2 Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru ve <i>faktoru delikvence</i> metody VRCHA než adolescenti ze stejných českých zařízení.	Zamítá se
H3: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru ve <i>faktoru šikana</i> metody VRCHA než adolescenti ze stejných českých zařízení.	Přijímá se
H4: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího <i>celkového skóru</i> metody VRCHA než adolescenti ze stejných českých zařízení.	Přijímá se
H5: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru ve <i>faktoru abúzus</i> než slovenští adolescenti ze stejných zařízení.	Přijímá se
H6: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru ve <i>faktoru delikvence</i> než slovenští adolescenti ze stejných zařízení.	Přijímá se
H7: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru ve <i>faktoru šikana</i> než slovenští adolescenti ze stejných zařízení.	Přijímá se
Pro dotazník SDDSS: (Depresivity)	
H8: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího celkového skóru v míře <i>depressivity</i> než slovenští adolescenti ze stejných zařízení.	Přijímá se
H9: Dívky dosahují statisticky vyššího skóru v míře <i>depressivity</i> než chlapci ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy	Zamítá se
Pro Škálu rodinného prostředí:	
H10: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru v subškále <i>konfliktnost</i> než slovenští adolescenti.	Přijímá se
H11: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně nižšího skóru v subškále <i>morálně-světonázorová orientace</i> než slovenští adolescenti.	Přijímá se
H12: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně nižšího skóru v subškále <i>soudržnost</i> než slovenští adolescenti.	Přijímá se
H13: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně nižšího skóru v subškále <i>intelektuálně-kulturní orientace</i> než slovenští adolescenti.	Přijímá se
H14: Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy budou dosahovat statisticky významně vyššího skóru v subškále <i>kontrola</i> než slovenští adolescenti.	Přijímá se
Hypotézy zkoumající statisticky významnou souvislost mezi jednotlivými proměnnými:	
H15: Existuje statisticky významný vztah mezi skórem v subškále <i>konfliktnost</i> v dotazníku Škála rodinného prostředí a skórem ve faktoru <i>abúzus</i> metody VRCHA.	Zamítá se
H16: Existuje statisticky významný vztah mezi skórem v subškále <i>aktivní rekreační orientace</i> v dotazníku Škála rodinného prostředí a skórem ve faktoru <i>delikvence</i> metody VRCHA.	Přijímá se
H17: Existuje statisticky významný vztah mezi skórem v subškále <i>expresivnost</i> v dotazníku Škála rodinného prostředí a <i>celkovým skóre</i> metody SDDSS.	Zamítá se

9 DISKUZE

V naší diplomové práci, byly stanoveny tři cíle. 1. Prozkoumat rodinné prostředí adolescentů v zařízeních pro výkon ochranné a ústavní výchovy. 2. Zjistit, zda rodinné prostředí adolescentů souvisí s rizikovým chováním a depresivitou. 3. Zjistit frekvenci výskytu rizikových faktorů v rodině. Výzkumný soubor byl složen 76 adolescenty ve věku 14-18 let. Výzkumné otázky, které tvořily první část výzkumného šetření, byly zaměřeny primárně na oblast rodinného prostředí adolescentů. V rámci rodinného prostředí jsme se zaměřili na zjištění rizikových faktorů v rodině a rizikových faktorů adolescentů. Pro účely těchto výsledků jsme použili Dotazník vlastní konstrukce. Druhá část výzkumu byla zaměřena na hypotézy. Zde jsme se zabývali rizikovostí adolescentů, jejich depresivitou, a také rodinným prostředím. Pro zjištění výskytu rizikového chování adolescentů byl použit dotazník Výskyt rizikového chování u adolescentů - VRCHA (Dolejš & Skopal, 2013), pro depresivitu - Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá - SDDSS (Dolejš, Skopal, & Suchá, 2013) a rodinné prostředí - Škála rodinného prostředí - ŠRP (Hargašová & Kollarik, 1986). První část diskuze bude zaměřena na slabé stránky a nepřesnosti výzkumného šetření. Druhá část se bude zabývat srovnáváním našich výsledků, s výsledky ostatních studií a v poslední části se zamyslíme nad využitelnosti výsledků v praxi.

Limity a úskalí této diplomové práce se vážou primárně k dotazníkovému šetření. Jako největší úskalí vidíme v tom, že adolescenti, i přes anonymitu výzkumu mohli odpovídat zkresleně. Respektive, data mohla být ovlivněna sociální žádoucností. S prvním problémem, se kterým jsme se setkávali, bylo vzájemné opisování a nahlížení do dotazníků druhých. I přes neustálý dohled a individuální vyplňování, adolescenti často mezi sebou nahlas diskutovali, co u jaké položky vyplnili apod. Obáváme se, že se chtěli před svými vrstevníky ukázat v lepším světle, než doopravdy jsou. Dalším problémem byly dotazy týkající se zneužití dat. Nedůvěryhodnost adolescentů se objevovala i po zdůraznění dobrovolnosti a anonymity dat. Adolescenti se nejčastěji dotazovali, zda jejich odpovědi budou poskytnuty policii, soudům apod. Další problém, který nastal, byl ten, že mnoho adolescentů, i přes vysvětlení významu každé položky, nerozumělo a nedokázalo na položku odpovědět. Jako důvod mohla být nižší inteligence, somatické či duševní onemocnění či jiné. I samotná institucionalizovaná výchova má dopad na děti v mnoha oblastech. Jsou to například oblasti týkající se tělesného rozvoje, psychologických důsledků, intelektu a jazyku, vytváření citových vazeb a samotný vývoj mozku (Evropská expertní skupina pro přechod od ústavní

péče k péči probíhající v rámci komunity, 2012). Výzkum nám mnoho ústavů, kvůli těmto důvodům, nedoporučilo. Adolescenti proto mohli zaškrtnout odpovědi, které je zrovna napadnou. Také byl problém ten, že adolescenti odpovídali za své rodiče. Mohli si něco vymyslet nebo přibarvit. Jako poslední problém byla časová náročnost všech dotazníků. Vyplnění všech dotazníků trvalo přibližně 45-60 minut. Pro adolescenty to znamenalo po tuto dobu plně se soustředit a udržet pozornost. Sternberg (2002) píše, že i u dospělé osoby dochází po 30 minutách ke zhoršování bdělosti. Pro adolescenty s poruchami chování vyžadovalo udržení pozornosti proto mnoho sil.

V rámci prvního výzkumného cíle- Prozkoumat rodinné prostředí adolescentů v zařízeních pro výkon ochranné a ústavní výchovy a třetího- Zjistit frekvenci výskytu rizikových faktorů v rodině, jsme zjistili následující. Z rozvedených rodin pocházelo z našeho výzkumného souboru 68,00 % adolescentů. Co z toho vyplývá? Rozvod má na děti a adolescenty výrazný vliv. Potvrzuje to pak mnoho výzkumů. Jeden z nich pochází z Norska. Ten se zaměřuje na rizikovost chování. Thuen, Breivik, Wold a Ulveseter (2015) zkoumali během 17 let 983 respondentů v období adolescence až do mladé dospělosti. Mezi těmito jedinci pozorovali rozdíly související se zdravím, jako je kouření, konzumace alkoholu, fyzickou aktivitou apod. Zjistili, že u osob z rodin neúplných je chování ke zdraví méně zodpovědné než u osob z rodin úplných. Nadace Sirius a Median (2016) v roce 2014 až 2015 realizovala výzkum, kde bylo cílem zmapovat možné příčiny ohrožených rodin. Zabývali se i mimo jiné, prevencí sociálního selhání rodin. Výzkumný soubor tvořily rodiny, které nebyly v péči pomáhajících profesí (běžná populace, 5002 rodin) a rodiny, které byly v péči neziskových organizací (ohrožená populace, 1 421 rodin). Jako nejčastější problém v rodinách byl právě rozchod nebo rozvod rodičů, a to především u rodin ohrožených. Rodiny v péči neziskových organizací byly 3 až 8krát vyšší v problémech v rodinách než rodiny, které nebyly v péči pomáhajících profesí. Hadžikapetanović, Babić a Bjelošević (2017) pak ve svém výzkumu potvrdili, že adolescenti z rozvedených rodin, měli statisticky významně vyšší úroveň deprese než adolescenti z rodin úplných. Vyplývá z toho, že rozvodovost má na adolescenty negativní důsledky.

Jako nejčastější vzdělání adolescenti u svých rodičů uvedli, vyučen. Uvedli ho u 81 rodičů, což představuje 53,29 % z celkového počtu 152 rodičů. Jako další nejčastější odpověď bylo základní vzdělání (21,05 %). Vzdělání rodičů má například vliv na postoj vzdělání jejich dětí. Vztah celkově ke školství se liší podle vzdělanosti rodičů. Někteří jsou ke vzdělání kritičtější a jiní méně. Dokazuje to výzkum CVVM (2019). Ten zjistil, že

o důležitosti přínosu vzdělání jsou více přesvědčení ti lidé, kteří vysokoškolské vzdělání mají. Naopak lidé se základním vzděláním vnímají přínos menší. Mohli by tedy rodiče předávat negativní postoje ke vzdělání adolescentům a ti je přijímat. Vzdělání souvisí i s užíváním drog. Dokazuje to i mezinárodní studie ESPAD (2016). Zjistilo se, že v roce 2015 byl počet léčených klientů 7 641. Základní vzdělání měli nejčastěji uživatelé pervitinu 52 % a uživatelé konopných látek 61 %. Další nejčastější vzdělání tito uživatelé drog měli vyučen a středoškolské. O tři roky později ESPAD (2019) znovu potvrdila, že uživatelé návykových látek, měli jako jedno z nejčastějších vzdělání základní a jako druhé střední bez maturity. Vzdělání proto souvisí s užíváním návykových látek a celkovému postoji k němu samotnému.

Co se týká průměrného počtu sourozenců adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy, vyšlo nám 3,54. Co to pro náš výzkum znamená? Hirschová a Kreidl (2012) píšou, že vliv počtů sourozenců na vývoj osobnosti je málo prozkoumán. Také zjistili, že patnáctiletí adolescenti z početnějších rodin či neúplných, mají horší výsledky ve školách. Konkrétně tedy v matematické, přírodovědné a čtenářské gramotnosti. Sejčová (2002) uvádí, že delikventní mládež vyrůstá v rodinách s vyšším počtem sourozenců. Zajímalo nás také, zda má počet sourozenců vliv na drogovou kriminalitu. Na toto téma provedl výzkum Nykl (2019). Jeho výzkumný soubor tvořil 32 respondentů, kteří uvedli, že v minulosti spáchali drogové protiprávní jednání. Zjistilo se, že 6 (18,70 %) respondentů z tohoto počtu jsou jedináčci, 13 (40,60 %) mají jednoho sourozence, 11 (34,00 %) dva sourozence a 2 respondenti (6,70 %) má 3 a více sourozenců. Nešpor a Csémy (2003) také píší, že z rodin, kde je velký počet sourozenců a kde rodiče nemají na své dítě čas, jsou děti zanedbané. Počet sourozenců tedy může mít vliv jak na vzdělání, delikvenci, zanedbávání či užívání návykových látek u adolescentů.

Nejčastější ekonomická aktivita rodičů adolescentů je zaměstnaný/á (47,37 %), druhým nejčastějším typem je nezaměstnaný/á (25,00 %). Zda je rodič zaměstnán nebo ne, obojí souvisí s pozorností, kterou adolescentovi věnuje či ne. Jde o to, jak rodič zvládá pracovní a rodinné povinnosti zároveň. VÚPSV (2019) uvádí, že rodinné a pracovní povinnosti zvládá polovina zaměstnaných rodičů, pětina uvádí „tak na půl“ a stejný počet uvedl „že dobře zvládá povinnosti, ale na úkor rodiny“. Pouze 5 % rodičů zvládá rodinu na úkor zaměstnání. Může se to pak projevat špatnou náladou v rodině, agresivitou či abúzem alkoholu. U zaměstnaných žen, lze také pozorovat větší nárůst pití než u žen v domácnosti. Jako důvod se uvádí snadný přístup k alkoholu, týká se to večírků apod. (Ferrence, 1984). A co pak

rodiče nezaměstnaní? Český statistický úřad (2019) udává, že obecná míra nezaměstnanosti se o 0,1 procentního bodu v květnu roku 2019 snížila. Dosáhla 2,2 %. Představuje to obyvatelstvo tzv. ekonomicky aktivní 15-64letých. Nezaměstnanost má vliv na mnoho faktorů. Jde o zdravotní důsledky, sociální a celkovou životní úroveň člověka (Buchtová, 2002).

Ublíženo, ať už fyzicky nebo psychicky, bylo 72,37 % adolescentům. Ze strany matky 35,53 % a otce 36,84 %. Agrese může souviset s výchovnými styly rodičů. Verešová a Tomšík (2019) realizovali výzkum na 945 dospívajících adolescentů na Slovensku. Cílem výzkumu bylo identifikovat vliv stylů výchovy, na rizikové chování adolescentů. Výsledky poukazují na to, že výchovné styly a také pohlaví, souvisí s užíváním návykových látek. Nejmenší vliv na užívání měl demokratický výchovný styl, ostatní výchovné styly souvisely pak s rizikovým chováním. Zajímavé bylo, že chlapci oproti dívkám vykazovali vyšší míru rizikového chování při výchovném stylu autokratickém a indiferentním. Fyzické tresty vedou pak u mladistvých k pocitům frustrace, vzteku a touhy po pomstě. Vede to pak mladistvé k agresivním až dokonce delikventním projevům (Čáp & Mareš, 2007).

Třikrát až pětkrát (38,16 %), tolikrát se rodiny adolescentů nejčastěji stěhovali. Stěhování má vliv například na nedokončenou střední školu, úmrtí v důsledku sebevraždy nebo užití návykové látky a také na časně rodičovství. Dokazuje to norský výzkum, který se zabýval obyvateli narozených v roce 1965 a 1980. Výzkumný soubor tvořil celkově 950 000 obyvatel. Potvrdil, že stěhování především v dětství, zvyšuje riziko těchto všech zmíněných faktorů (Tønnessen et al., 2013). Mok a kolektiv (2016) se zabývali rovněž obyvateli v Dánsku, tentokrát narozených v letech 1971 a 1997. Potvrdilo se to, že stěhování v dětství působí pro dospívajícího negativně. Konkrétně, že stěhování souvisí se zvýšeným rizikem duševních poruch, a to s antisociální poruchou osobnosti a s užíváním kanabinoidů. Zdůrazňují také, že stěhování souvisí se stresem pro rodiče a děti a také se ztrátou sociálních vazeb. Proto pokládáme za důležité, kolikrát se adolescenti stěhovali.

Jako nejčastěji užívanou látku uvedli adolescenti u svých rodičů tabák (93,42 %) a alkohol (89,47 %). 17,76 % rodičů pak léky na uklidnění a 16,45 % pervitin. U marihuany byl výsledek 12,50 %. Může mít užívání návykových látek rodiči, vliv na adolescenta, především pak na umístování adolescentů do ústavní či ochranné výchovy? Na tuto otázku se snažila odpovědět Šolcová (2012). Ta shromáždila data ze spisových dokumentací dětí, u kterých rodiče zneužívají návykové látky. Byly to děti vedené na pracovištích OSPOD. Nepotvrdilo se, že děti rodičů byly nejčastěji umístovány do ochranné či ústavní výchovy.

Zjistilo se, že s rodinou vždy bylo pracováno za účelem obnovení narušení funkcí v rodině. Také se vždy snažili najít možnosti, aby si rodiče mohli děti nechat. Csémy a kolektiv (2017) píše, že pachatelé, kteří jsou problémoví pijáci, často páchají domácí násilí. Domácí násilí pak souvisí i s tím, když jsou pachatelé přímo pod vlivem. Závislost rodičů pak na dětech zanechává traumata sociální, edukační a fyzická. Rodina se také často dostává do finančního znevýhodnění (Nešpor, 2018). S alkoholem mají často problémy ženy těhotné. Výzkumy dokazují, že s pitím pokračují i během života dítěte (Čihař, 2009; Haastrup, Pottegård, & Damkier, 2014). Proto se domníváme, že užívání návykových látek rodiči, je důležité pro vývoj dětí a adolescentů. A jak jsou na tom samotní adolescenti s užíváním návykových látek? Výsledky jsou podobné, jak u jejich rodičů. Nejčastější zkušenost uvádějí s tabákem (97,37 %) a s alkoholem (90,79 %). Na dalším místě je marihuana (64,47 %) a pervitin (46,05 %). Léky na uklidnění užívá 23,68 % adolescentů. S kokainem mají zkušenost nejmenší, uvedlo ho 7,89 % adolescentů. Další zajímavostí bylo, že 86,49 % adolescentů užívá tabák 1x denně, alkohol pak 34,78 % adolescentů. 1x denně pak 61,11 % adolescentů užívá léky na uklidnění a pervitin 42,86 %. Ptáme se, jak je možné, že adolescenti v ústavech, užívají návykové látky 1x denně? Ještě před začátkem výzkumu, nám bylo jasné, že pokud jsou adolescenti v ústavech a pod dohledem, tak neuvědomí pravdivé informace ohledně užívání drog. Proto jsme jim řekli, ať odpovídají podle toho, jak to s užíváním návykových látek mají, když jsou mimo ústavu. Myslí se tím, vycházky, dovolenky, útky apod. Po konzultacích s řediteli, jsme se pak dozvěděli, že adolescenti užívají tajně návykové látky i v ústavech. Jsou za to však tvrdě sankciovaní. Pokud porovnáme náš výzkumný soubor s jinými studiemi, zjistíme, že adolescenti z ústavů, jsou několikanásobně rizikovější než adolescenti jiní. Porovnáme-li náš výzkumný soubor se studií ESPAD (2019), zjistíme, že ve věku 17-18 let denně kouří 15,00 % adolescentů (výzkumný soubor 86,49 %). Zajímavostí také bylo, že více užívají tabák adolescenti odborných škol bez maturity. Výše zveřejněné výsledky studií z minulých let, potvrzují pravdivost souvislosti vzdělání a užívání návykových látek (ESPAD, 2016). Mezi lety 2016-2018 došlo mezi mladistvými ve věku 16 a 18 let k nejvyššímu nárůstu konzumace alkoholu. Vyrovnal se také rozdíl mezi chlapci a dívkami. 1x denně pije alkohol 7,80 % populace ve věku 15-64 let (výzkumný soubor 34,78 %). I přes vysokou konzumaci alkoholu a tabáku mladistvých, aktuální výsledky dokazují, že v ČR klesá počet mladistvých uživatelů těchto návykových látek. Nastávají zde ale jiné problémy, a to konzumace energetických nápojů v kombinaci s alkoholem či samostatně, užívání elektronických cigaret a bezdýmného tabáku, či trávení času na sociálních sítích. Studie ESPAD (2019) rozšířila otázky týkající se návykových látek

o tyto faktory a výsledky zveřejní během roku 2020. Je možné, že pokles užívání alkoholu, tabáku a drog u mladistvých souvisí s těmito výše uvedenými faktory. Abychom se zaměřili na další studie, zveřejňujeme výsledky EMCDDA (2019). Konkrétně tedy užívání marihuany a pervitinu. Marihuana je jednou z nejčastěji užívaných drog ve všech věkových skupinách. Odhaduje se, že až 1 % obyvatel v Evropě užívá marihuanu 1x denně. Z toho je 60 % mladších 30 let. Výzkumy dokazují, že užívání marihuany je buď stále stabilní, nebo roste (EMCDDA, 2019). Co se týká pervitinu tak v roce 2018 se počet problémových uživatelů zvýšil, týká se to také opioidů. Ve věku 17-18 let uvádí celoživotní prevalenci 1,7 % mladistvých, ve věku 15-19 let 2,0 % (ESPAD, 2019). Kokain náš výzkumný soubor uvedl, že užívá nejméně. Současné výzkumy však dokazují, že množství lidí s kokainem je historicky nejvyšší. Až 18,0 milionu dospělých lidí ve věku 15-64 let v Evropské unii, vyzkoušelo někdy v životě kokain (EMCDDA, 2019). Oproti ostatním zemím není ČR cílovou skupinou pro dovážení kokainu. Kokain užilo 1,3 % obyvatel v ČR nad 15 let. Ostatní drogy krom psychedelik a psychoaktivních látek, mají procento zkušenosti vyšší (ESPAD, 2019). O kokainu je všeobecně známo, že je to droga dražší než ostatní. Je možné, že adolescenti v ústavní péči, si takovou drogu nemohou dovolit.

Proč adolescenti zkusili tyto látky? Jako nejčastější důvod uvedli „chtěl jsem se dostat do nálady“ (39,47 %) a „chtěl jsem zapomenout na starosti“ (35,53 %). Zaujala nás druhá nejčastější odpověď a to „chtěl jsem zapomenout na starosti“. Tématem proč adolescenti užívají návykové látky, se zabývala Soukupová (2012). U adolescentů zjišťovala, z jakého důvodu drogu užívají. Největší zastoupení měla odpověď „zpestření života“ a jako druhá nejčastější odpověď byla „jiné důvody“, u kterých adolescenti odpovídali nejčastěji osobní problémy či problémy v rodině. Johnston a O'Malley (1986) zkoumali adolescenty a důvody užívání drog. Výzkumný soubor tvořil 3500 studentů středních škol. U adolescentů, kteří alkohol užívali často, zjistili, že jako hlavní důvod jeho užívání je odpověď „dobře se bavit mezi přáteli“. Tuto odpověď zvolilo 65 % adolescentů. 54 % adolescentů zvolilo odpověď „vědět jaké to je“, 41 % „k uvolnění nebo k uvolnění napětí“, rovněž toto procento zvolilo „cítit se dobře“, „k útěkům od problémů“ a „uvolnění napětí“ zvolilo 22,00 % adolescentů. Důvodů, proč adolescenti drogy vyzkoušejí a užívají je mnoho. Pro představu udáváme důvody vztahové, filozofické, fyzické, pocitové, intelektuální apod. (Pešek, Vondrášková, & Veselý, 2007). Souvislost může mít také sexuální zneužívání v dětství. Drogy jsou pak prostředek, jak se zážitky vyrovnat, smířit (Majumdar, 2011). Před realizací výzkumu, jsme se domnívali, že adolescenti užívají návykové látky primárně kvůli problémům. Nyní víme,

že motivů k užívání drog je mnoho. Jako jeden z nejčastějších ve výzkumech, se objevuje navození dobré nálady.

75 % adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy užilo návykovou látku se členy své rodiny. Výzkumnou otázkou na toto téma, jsme si zvolili, protože se domníváme souvislosti užívání návykových látek adolescenta a užívání návykových látek rodinných příslušníků. Zajímalo nás proto, jaký vliv mají rodiče, sourozenci nebo vrstevníci na užívání návykových látek adolescenty? Bahr, Hoffman a Yang (2005) se tímto tématem zabývali. Ve svém výzkumu se zamýšlí nad teorií sociálního učení. Učení je efektivnější, pokud má adolescent vztahy intenzivní na rozdíl od vztahů náhodných a slabších. Intenzivní interakce se vyskytují v primárních skupinách, jako je rodina a blízcí přátelé. Další teorií, kterou zdůrazňují je teorie sociální kontroly. Ta hraje důležitou roli v procesu socializace. Dohromady zkoumali v roce 1997 4 230 adolescentů. Zjišťovali, zda adolescenti a jejich sourozenci drogy užívají a jaký postoj mají k drogám rodiče. Užívání drog sourozenci a postoje rodičů, mají výrazný vliv na užívání návykových látek adolescenty. Vlivy rodičovské kontroly, připoutání k matce a připoutání k otci byly statisticky významné, ale relativně malé. Nálezy se týkaly alkoholu, cigaret, marihuany a dalších nedovolených drog. Pokud jsou rodiče či sourozenci vůči návykovým látkám tolerantní, tak jejich dítě či adolescent bude mít podobný postoj.

Duševní poruchou v našem výzkumu trpí 14,47 % matek adolescentů, otců 10,53 % a matku i otce zvolilo 2,63 % adolescentů. Pro děti u rodičů s duševní poruchou, se vyskytují rizika environmentální, psychosociální a biologická (Mullick et al., 2001). Děti se za svou rodinu stydí, popírají své pocity a skrývají je před svými vrstevníky (Pölkki et al., 2005). V pozdějším věku může být vytvořen i tlak na adolescenta v kontextu výměně rolí. Adolescent či ještě dítě, přebírá odpovědnost za vaření, péči o sourozence, za práci v domácnosti apod. Trondsen (2012) zkoumala adolescenty ve věku 15-18 let. V rámci jejího výzkumu došla k závěrům, že převzetí rodičovské role je jakási strategie ke zvládnutí duševní poruchy jednoho z rodičů. Mimo jiné zjistila, že adolescenti trpí nedostatkem informací, setkávají se s osamělostí, strachem a ztrátou. Výzkumy dokazují, že rodiny, které trpí duševními poruchami, jsou oproti běžné populaci, více zatíženy (Krattenmacher et al., 2014). Se všemi faktory výše popsány souvisí spokojenost či nespokojenost adolescentů. V rámci výzkumné otázky zaměřené na spokojenost, nám vyšlo, že nejčastější odpověď zvolili adolescenti „velmi spokojen“ (28,29 %). 25,00 % označilo odpověď „ani spokojen, ani nespokojen“, 17,76 % uvedlo „spokojen“. Velmi nespokojen, odpověděli u 13,82 %

rodičů. Na základě těchto odpovědí nás zajímala, jaká je sociální atmosféra v rodinách adolescentů. Tu nám pomohla zjistit Škála rodinného prostředí (ŠRP).

Pro dotazník VRCHA (Výskyt rizikového chování), byli adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy porovnáváni s adolescenty ze stejných českých zařízení, které zkoumala Vavrysová (2018) a s adolescenty ze slovenských zařízení, které zkoumali Kulíšek a Dolejš (2019). Zkoumali a porovnávali jsme faktory abúzus, delikvence, šikana a celkový skór metody VRCHA. Náš výzkumný soubor dosahoval statisticky významně vyšších skóre než stejné české zařízení a slovenští adolescenti, ve všech zmíněných faktorech, krom delikvence, a to konkrétně u stejných českých zařízení. Pro představu uvádíme přesné výsledky. Náš výzkumný soubor dosáhl průměrného skóre ve faktoru abúzus 5,09 (SD ± 1,81), delikvence 4,50 (SD ± 1,66) a šikany 1,55 (SD ± 1,04). Stejná česká zařízení pak mají průměrné skóre v abúzu 4,31 (SD ± 1,86), delikvenci 4,44 (SD ± 1,98) a šikany 1,18 (SD ± 1,04). Slovenští adolescenti dosahují ve faktoru abúzus průměrného skóre 2,48 (SD ± 2,28), delikvence 3,41 (SD ± 2,40) a šikany 1,16 (SD ± 1,05). V celkovém skóru jsou výsledky vidět největší. Naši adolescenti dosáhli průměrného celkového skóru 11,14 (SD ± 2,74), stejná česká zařízení 4,81 (SD ± 3,97) a slovenští adolescenti 7,05 (SD ± 4,63). Zamýšleli jsme se, proč jsou naše výsledky větší než výsledky z kontrolních skupin z podobných zařízení. Důvod může být následující. Část našeho výzkumného souboru (46 %) pochází ze zařízení s extrémními poruchami chování. V těchto zařízeních jsou adolescenti, s kterými si běžné ústavy neví rady. Adolescenti jsou v nich proto rizikovější. Naše výsledky, pak můžeme porovnávat s výzkumy například Zemanové a Dolejše (2015), Čerešníka a Čerešňkové (2016), Skopala, Dolejše a Suché (2014) či Wojnarové (2017). Všechny tyto výzkumy zkoumaly rizikové chování adolescentů. Problém pak je ten, že ne všechny výzkumy zmíněných autorů, zkoumaly adolescenty v zařízeních pro výkon ochranné a ústavní výchovy. Porovnání pro tento důvod, mají svá úskalí.

Pro dotazník SDDSS (Depresivity) nás zajímalo, zda se náš výzkumný soubor bude statisticky významně lišit v celkovém průměrném skóru v míře depresivity od slovenských adolescentů ze stejných zařízení. V našem výzkumném souboru dosáhli adolescenti celkového průměrného skóre dotazníku SDDSS 45,99 bodů (SD ± 10,19). Slovenští adolescenti pak 43,57 bodů (SD ± 10,81). Rozdíl se prokázal jako statisticky významný. Co se týká rozdílu mezi chlapci a dívkami, tak v našem výzkumném souboru, se statisticky významný rozdíl, mezi nimi, nepotvrdil. Dívky dosáhly celkového průměrného skóre 47,79 (SD ± 10,20) a chlapci 44,18 (SD ± 9,98). Můžeme si ale všimnout, že dívky mají celkové

průměrné skóre o něco vyšší než chlapci. A jak jsou na tom ostatní výzkumy v míře depresivity mezi adolescenty? Wojnarová (2017) zkoumala adolescenty ve věku 15-19 let. Průměrný skór v jejím výzkumu dosahoval 37,47 bodů ($SD \pm 9,75$). Dívky rovněž vykazovaly vyšší hodnoty než chlapci. Výzkumný soubor Tesarčíkové (2018) tvořil adolescenty také ve věku 15-19 let. Výsledky jsou podobné předchozím. Průměrný skór v metodě SDDSS byl 38,14 bodů ($SD \pm 9,40$) a u dívek byly hodnoty rovněž vyšší než u chlapců. Další výzkumy zabývající se tímto tématem jsou například od Dolejše a kolektivu (2014), Melecké (2016) a Laštůvkové (2017). Ve všech třech případech dívky byly depresivnější než chlapci. Porovnáme-li naše adolescenty se všemi zmíněnými výzkumy, tak dosahují vždy vyššího průměrného celkového skóre. Dolejš a kolektiv (2018) uvádí, že v rámci depresivity, pak může docházet k nepředvídatelnému jednání a k provozování rizikových aktivit. Až 25 % pacientů s depresivní poruchou trpí zneužíváním alkoholických nápojů. 70-80 % sebevražd je pak spojeno s depresivitou (Racková & Janů, 2008; Koutek, 2008).

ŠRP (Škálu rodinného prostředí) jsme použili v rámci zjištění sociální atmosféry v rodinách adolescentů. Tentokrát jsme porovnávali náš výzkumný soubor se souborem adolescentů ze Slovenska, kteří sloužili pro standardizaci ŠRP. Adolescenti pocházeli z učilišť, středních odborných škol a gymnázií. Zjišťovali jsme průměrné skóre jednotlivých subškál v dotazníku. Rovina vztahová ve ŠRP obsahuje subškály soudržnost, expresivnost a konfliktnost. V subškále soudržnost mají naši adolescenti průměrné skóre 5,11 bodů ($SD \pm 2,58$). Slovenští adolescenti pak 7,07 ($SD \pm 1,82$). Tento rozdíl se potvrdil jako statisticky významný. Znamená to pak, že adolescenti v našem výzkumném souboru, vykazují v rodinách menší zájem jeden o druhého, méně si pomáhají a chybí mezi nimi vzájemná podpora oproti adolescentům slovenským. Otázkami soudržnosti v rodině se zabývala Hurníková (2012). Ta zkoumala 150 rodin. Zjistila u nich, že soudržnost v rodině a orientace rodiny na vztahy, souvisí s významně nižším výskytem konfliktů. Greeff, Vansteenwegen a DeMot (2006) se také zabývali soudržností a objevili mezi ní vztah s rodinnou hardiness. Expresivnost nám určuje, do jaké míry se v rodině otevřeně projevují city a do jaké míry se otevřeně hovoří. Slovenští adolescenti (průměr 6,25, $SD \pm 1,77$) vykazovali větší míru expresivnosti než adolescenti z našeho výzkumného souboru (průměr 5,38, $SD \pm 2,05$). Expresivnost a celkové vyjadřování pocitů, souvisí například s projevy sebedestruktivního chování. Dokazuje to výzkum Portzky, Wilde a Heeringen (2008), tito autoři našli ve svém

výzkumu s adolescenty vztah mezi sebedestruktivním chováním a neschopností mluvit o věcech.

V subškále konfliktnost, která nám zjišťuje míru otevřených projevů zlosti a hněvu v rodině, dosahovali adolescenti z výzkumného souboru (průměr 4,79, SD \pm 2,64) prokazatelně vyšších hodnot než adolescenti slovenští (průměr 2,42, SD \pm 1,92). Tento rozdíl se potvrdil jako statisticky významný. Konfliktnost v rodině je způsobena například rozchodem rodičů. Potvrzuje to výzkum Uholyeva (2019). Ta porovnávala 15 dětí v situacích rozchodu a 19 dětí ve stabilních rodinách. U dětí v situacích rozchodu se konflikty vyskytovaly běžně.

Rovina osobnostního růstu zahrnuje subškály nezávislost, orientace na úspěch, intelektuálně-kulturní orientace, aktivní rekreační orientace a morálně-světónázorová orientace. Zde se statisticky významně potvrdily rozdíly v intelektuálně-kulturní orientaci a morálně-světónázorové orientaci s tím, že adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy dosahovali nižších průměrných skóre než adolescenti slovenští. Pro náš výzkum to pak znamená, že se rodiny adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy, oproti slovenským adolescentům, se méně zapojují do sportovních či rekreačních aktivit a méně se věnují světónázorovým problémům a hodnotám. Také se v našem výzkumném souboru potvrdila vysoká kontrola v rodinách. Rozdíl v této subškále mezi českými (průměr 5,74, SD \pm 1,93) a slovenskými adolescenty (průměr 3,90, SD \pm 1,50), se potvrdil rovněž jako statisticky významný. Nejmenší rozdíly můžeme vidět v subškále nezávislost. Čeští adolescenti dosahovali v průměru 5,04 bodů, (SD \pm 1,67) a slovenští adolescenti měli průměr 5,30 bodů (SD \pm 1,42). Tato subškála nám zjišťuje, jak moc se členové rodiny podporují v soběstačnosti, rozhodování a v samostatnosti. Další zajímavostí je to, že podobných výsledků dosáhli obě dvě skupiny v subškále orientace na úspěch. Subškála nám určuje, do jaké míry se v rodině projevuje soutěživost a důraz na lepší výsledky. Sobotková (2007) píše, že extravertní jedinci skórují výše ve ŠRP než jedinci introvertní. Nižší skóre v subškálách soudržnost a expresivita, a naopak vyšší skóre v subškále konfliktnost pak znamená, problematickou situaci v rodině. Podle výsledků našeho výzkumného souboru, pochází adolescenti z rodin problematických.

Pro každou rodinu je charakteristický tzv. profil rodiny. Ten získáme pomocí převedení průměrných hrubých skóre subškál na standardizované skóre. Ty nanese na percentilový profil rodiny. Nejvíce si všímáme nejvýraznějších bodů v grafu. Rodiny našeho výzkumného souboru řadíme do tzv. rodin na *konflikt orientované* (konflikt \geq 60),

dezorganizované (organizace ≤ 50) a na *úspěch orientované* (orientace na úspěch ≥ 60 a zároveň je vyšší než intelektuálně-kulturní orientace a morálně-světónázorová orientace). Tyto rodiny vykazují vyšší skóre v subškálách kontrola a konflikt a nižší skóre v dimenzích osobnostního růstu a interpersonálních vztahů. Po převedení na standardizované skóre pak o profilu rodin víme, že rodiny adolescentů jsou konfliktní (72 bodů), v rodinách převažuje vysoká kontrola (72 bodů), nízká soudržnost (32 bodů), morálně-světónázorová orientace (31 bodů) a organizace (37 bodů). Je zajímavé, že dosahují vysokých hodnot, a to v subškále orientace na úspěch (62 bodů). Přílišná kontrola pak brání k rozvoji vlastní autonomie adolescenta či potlačuje negativní emoce. Brání mu také k dosažení vlastní kontroly (Marchetto, 2006). Nízký skóre v organizaci pak znamená, že v rodině jsou nejasně definovaná pravidla a povinnosti.

Souvisí pak atmosféra v rodině s užíváním návykových látek či delikvencí? Na tuto odpověď jsme se snažili odpovědět v rámci hypotéz zkoumající statistickou významnost mezi jednotlivými proměnnými. Když je adolescent či dítě zahrnuto do konfliktů s rodiči, je otázka, jakým způsobem se s tímto vyrovnává (Tramptová & Lacinová, 2015). Proto nás zajímalo, zda mezi subškálou konfliktů a skórem faktoru abúzus metody VRCHA, existuje statisticky významný vztah. Mezi těmito dvěma proměnnými se ukázal slabý vztah ($r = ,16$) a statisticky nevýznamný. To je však v rozporu s jinými výzkumy. Novotný a Okrajek (2012) se zabývali vlivem vybraných charakteristik rodinného prostředí na rizikové chování adolescentů. Přišli na to, že konfliktů v rodině souvisí s užíváním tabáku a s poruchami chování. Také se zjistilo, že adolescenti se do rodičovských konfliktů, pokud jsou vnímány jako hrozba, zapojují (Fosco & Grych, 2010).

Mezi subškálou expresivnosti a celkovým skórem metody SDDSS se prokázal slabý záporný vztah ($r = -,12$) a statisticky nevýznamný. Zajímalo nás, zda depresivita souvisí s otevřeností v rodině a s celkovými projevy citů.

Subškála aktivní rekreační orientace však statisticky významně pozitivně korelovala se skórem ve faktoru delikvence metody VRCHA ($r = ,24$, $p < 0,05$). Chtěli jsme zjistit, zda zapojování se do různých aktivit v rodině, souvisí s delikvencí. Čekali jsme, že menší zapojování do aktivních činností rodiny, bude souviset s delikvencí, protože se adolescent doma nudí apod. Výsledek však byl opačný.

A jak jsou na tom další výzkumy v oblasti zkoumání rodinného prostředí adolescentů? Bémová (2014) zkoumala 122 adolescentů z gymnázií a SOŠ. Zjistila, že mezi dívkami

a chlapci existují ve ŠRP statisticky významné rozdíly, a to v subškále „Orientace na úspěch“. Další výzkum provedla Kaňková (2007), ta použila pro svůj výzkum také ŠRP. Jako jeden z hlavních cílů si stanovila prozkoumat psychosociální atmosféru v rodině a její vliv na sociální a morální zralost dítěte. Zjistila, že rodinná atmosféra, ve které panuje přímota a otevřenost, kde členové rodiny se nebojí projevat své pocity a názory, podporuje prosociální prvky chování. Také zapojování se do různých aktivit apod. podporuje u dítěte prosociální orientaci. Co se týká výchovného působení rodičů na děti či adolescenty tak Yates, Tracy a Luthar (2008) dokázali svým výzkumem, že pokud jsou děti v rodinách neustále kritizovány, tak se od rodičů odcizí a v budoucnu mají problém k vytváření vztahů k druhým lidem. Dobré rodinné vztahy, dle autorů Wolfe, Jaffe a Crooks (2006), jsou nejlepší prevencí rizikového chování. Mezi adolescenty a dětmi v ústavních zařízeních, jsou oproti běžné populaci, rozdíly zjevné. Pokud se podíváme na zahraniční studie, tak zjistíme, že výsledky jsou podobné. Ve studii Attar-Schwartz (2008) bylo dokázáno, že míra psychosociálních problémů, byla přímo úměrná kvalitě kontaktů s rodiči. U dětí a adolescentů v ústavní péči ve Velké Británii, byly ve 100 % případech, přítomny poruchy chování a emoční poruchy (Bundle 2001). Na Maltě v roce 2001 pak Baron, Baron a Spencer, zveřejnili studii, kde dokázali, že 20,7 % dětí v ústavech, vykazují problémy v chování a opoždění vývoje bylo možno sledovat u 23,3 % respondentů. Otázky pak nastávají, z kolika procent jsou příčiny rodinné či dané samotnou ústavní výchovou.

Poslední část kapitoly je věnována využitelnosti výsledků našeho výzkumného šetření pro terapeutickou či poradenskou praxi. Výsledky ukazují jasně na to, že adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy, vykazují oproti adolescentům ze stejných českých zařízení a slovenským adolescentům, vyšší rizikovitost a depresivitu. Rovněž je vidět značný rozdíl mezi výzkumným souborem a slovenskými adolescenty v jednotlivých subškálách Škály rodinného prostředí. Adolescenti ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy, se vyznačují konfliktní atmosférou v rodinách, u kterých převažuje značná kontrola. Málo se v rodinách věnují etickým problémům a hodnotám a vykazují nízkou míru soudržnosti. Rovněž se v rodinách nedbá na pravidla a povinnosti. Rodiče užívají návykové látky. Adolescenti se mnohokrát stěhovali atd. Přikláníme se proto k doporučení, používat k diagnostickým metodám pro rodiny či adolescenty, Škálu rodinného prostředí, metodu VRCHA a SDDSS. ŠRP odborníkům pomůže odhalit slabé místa v rodinách adolescentů, a následně budou vědět, na co se konkrétně při terapii či poradenství zaměřit, či na co si dávat pozor. Nyní víme, že adolescenti v ústavních zařízeních, vykazují vysoké rizikové chování

či depresivitu (Kulíšek & Dolejš, 2019; Zemanová & Dolejš, 2015; Skopal, Dolejš, & Suchá, 2014; Dolejš & Orel, 2017; Vavrysová, 2018). Většina z nich si své problémy přinesla z primární rodiny a na tu by měla být zaměřena pozornost.

10 ZÁVĚR

Adolescence je považována za vzrušující období a je chápána jako běžná součást života, které odezní a není postihnuta trestními sankcemi (Galvan, 2017; Nielsen Sobotková et al., 2014). Eccles a kolektiv (1993) udává, že ne všichni adolescenti prožívají toto období bez problémů. Vztahy s rodiči jsou klíčové pro budoucí celkové chování jejich dětí a adolescentů. Vágnerová (2004) píše, že rodina může jedinci pomoci, ale také ho zlikvidovat. Pokud je rodič delikventní, nadměrně užívá návykové látky, je nezaměstnaný či má další projevy sociálně patologických jevů, tak se u dítěte či adolescenta zvyšuje riziko, že bude porušovat zákon (Matoušek & Matoušková, 2011). Adolescenti těchto rodičů, pak mohou skončit v ústavních a ochranných zařízeních, které slouží k těmto účelům. Jeden z hlavních cílů naší práce, bylo pak prozkoumat rodinné prostředí těchto adolescentů a zjistit, zda mají rodinné prostředí rizikové či ne.

Výzkum byl proto zaměřen na adolescenty v zařízeních pro výkon ochranné a ústavní výchovy ve věku od 14 do 18 let. Část výzkumu se zaměřovala na prozkoumání rodinného prostředí těchto adolescentů. Při tomto účelu jsme použili Dotazník vlastní konstrukce a Škálu rodinného prostředí, která nám sloužila pro zjištění sociální atmosféry v rodinách. Další část výzkumu byla zaměřena na adolescenty samotné. Zkoumali jsme u nich míru depresivity a rizikového chování. Pro tyto účely jsme použili dotazník Výskyt rizikového chování u adolescentů - VRCHA (Dolejš & Skopal, 2013) a pro depresivitu - Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá - SDDSS (Dolejš, Skopal, & Suchá, 2013). Zajímalo nás také, jestli se adolescenti v našem výzkumném souboru liší od adolescentů ze stejných českých zařízení (Vavrysová, 2018) a zařízení slovenských (Kulíšek & Dolejš, 2019). Jednotlivé subškály ve Škále rodinného prostředí, jsme pak porovnávali se slovenskými adolescenty, kteří sloužili pro standardizaci tohoto dotazníku.

Bylo zjištěno, že adolescenti z ústavních a ochranných zařízení, pocházejí z 68,00 % z rozvedených rodin. Nejčastější vzdělání, pak rodiče mají vyučen (53,29 %). Většina rodičů je zaměstnaný/á (47,37 %), přičemž druhá nejčastěji volená ekonomická aktivita byla nezaměstnaný/á (25,00 %). Průměrný počet sourozenců v rodinách adolescentů je 3,54, nejčastěji se stěhovali třikrát až pětkrát. Tuto variantu zvolilo 38,16 % adolescentů. Ohledně užívání návykových látek, nejčastěji rodiče užívají tabákové výrobky (93,42 %) a alkohol (89,47 %). Dále pak léky na uklidnění (17,76 %) a pervitin (16,45 %). Největší podíl v kategorii užívání návykové látky byl pak 1x denně (74,07 %) a to u léků na uklidnění. Zde

jsou výsledky sporné. Další nejčastější podíl v užívání návykových látek měl tabák, a to 1x denně (73,24 %). Výsledky jsou téměř stejné. Je možné, že pokud bychom měli více respondentů, tabák by převyšoval v četnosti užívání léky na uklidnění. Sami adolescenti pak nejčastěji užívají tabák (97,37 %) a alkohol (90,79 %). Na třetím místě je marihuana (64,47 %) a poté pervitin (46,05 %). 39,47 % adolescentů užilo tuto látku z důvodu dostat se do nálady, další nejčastější důvod byl ten, že chtěli zapomenout na starosti (35,53 %). Duševními poruchami trpí 14,47 % matek a 10,53 % otců. Výsledky rodinného prostředí adolescentů jsou pak v souladu s teoretickými poznatky rizikových faktorů v rodině. Týká se to užívání návykových látek rodiči, častých stěhování, rozvodů v rodinách a duševních nemocí (Nešpor, 2011). Velmi spokojeni jsou se svými rodiči 28,29 % adolescentů, ani spokojen, ani nespokojen pak 25,00 %.

Zjistilo se, že mezi adolescenty z našeho výzkumného souboru a adolescenty ze stejných českých zařízení a slovenských, existují statisticky významné rozdíly na hladině významnosti $p < 0,05$, ve všech faktorech, krom delikvence metody VRCHA, a to mezi výzkumným souborem a stejnými českými zařízeními. Faktory zahrnovaly krom delikvence - abúzus a šikanu. Byl porovnáván také celkový skóre metody VRCHA, jehož rozdíl se stejnými českými zařízeními, se prokázal taktéž jako statisticky významný. Z hlediska pohlaví našeho výzkumného souboru, nebyly rozdíly v depresivitě, prokázány. Byly prokázány však mezi naším výzkumným souborem a slovenskými adolescenty ze stejných zařízení.

Rovněž se potvrdily ve všech subškálách Škály rodinného prostředí, statisticky významné rozdíly, na hladině významnosti $p < 0,05$. Bylo to mezi výzkumným souborem a adolescenty ze Slovenska, kteří sloužili pro standardizaci Škály rodinného prostředí. Subškály zahrnovaly konfliktnost, morálně-světónázorovou orientaci, soudržnost, intelektuálně-kulturní orientaci a kontrolu v rodině. Po převedení průměrných hrubých skóre jednotlivých subškál ŠRP na skóre standardizované, se potvrdilo, že adolescenti výzkumného souboru, pocházejí z rodin konfliktních (72 bodů) a s vysokou kontrolou (72 bodů). Řadíme je proto do rodin orientované na konflikt, dezorganizovaných rodin a rovněž do rodin orientovaných na úspěch.

Zjistilo se, že mezi subškálou aktivní rekreační orientace a faktorem delikvence metody VRCHA na hladině významnosti $p < 0,05$, existuje slabá ($r = ,24$) ale statisticky významná spojitost. Očekávali jsme, že se potvrdí vztah mezi konfliktním prostředím adolescentů

a jejich abúzem. Tento vztah se však na hladině významnosti $p < 0,05$ nepotvrdil. Na stejné hladině se nepotvrdil vztah mezi expresivností v rodině a celkovým skórem depresivity.

Jak už jsme v práci zmínili, objasnění vztahů mezi rizikovými adolescenty a rodinným prostředím, může být klíčem pro práci poradenskou či terapeutickou. Práce se může týkat samotných adolescentů či problematických nebo fungujících rodin.

SOUHRN

Předkládaná diplomová práce se zabývá rodinným prostředím adolescentů v zařízeních pro výkon ochranné a ústavní výchovy. Zjišťuje, jaké jsou rizikové faktory v rodině, jaká je sociální atmosféra v rodinách a zkoumá rizikové faktory adolescentů. Výsledky pak porovnává s adolescenty ze stejných českých zařízení a se slovenskými adolescenty.

První kapitola teoretické části se v první řadě zaměřuje na rodinu. Zjišťovali jsme, jaké jsou funkce v rodině, jaká je role rodičů, zabývali jsme se typy rodin a styly výchovy. Představili jsme pohledy mnoha autorů (Klímová, 2014; Sobotková, 2015; Miller, 2010; Vágnerová, 2007). V rámci kapitoly věnované rodině, jsme si vyjasnili, jaké jsou rizikové a protektivní faktory rodinného prostředí. Rizikové faktory v rodině nám pak přehledně popsal Nešpor (2011), protektivní pak Jessor (1998), Nešpor a Csémy (1997) či Fergus a Zimmermann (2005).

Následně se věnujeme období adolescence, a to především osobnosti adolescenta, jeho vývojových změn a utváření identity. Naše pozornost je také zaměřena na depresivitu, se kterou pracujeme ve výzkumné části. Zjišťujeme, že ve formování osobnosti hraje několik faktorů významnou roli (Čáp, 1996; Thomas, Chessová, & Bitch, 1970; Škrábanková, 2004; Fegert et al., 2009). Vývojové změny pak dle většiny autorů dělíme na několik částí (Vágnerová, 2008; Macek, 2003; Nakonečný, 2009). Erikson (1968), Marcia (1967) a Josselsonová (1980) nám pak pomáhají pochopit utváření identity v adolescenci.

Rizikové chování adolescentů je další kapitola teoretické části. Zde vymezujeme samotný pojem rizikové chování (Dolejš, 2010; Jedlička, 2015; Miovský et al., 2012). Vyjasňujeme si blízké pojmy jako delikvence, kriminalita či disociální chování (Labáth, 2001; Dolejš, 2010; Sobotková, 2014). Podrobně popisujeme vybrané formy a podporujeme je zjištěnými výsledky provedených výzkumů, týkající se tohoto tématu (ESPAD, 2015; Kalman et al., 2015; SZÚ, 2019; Dolejš & Orel, 2017). Rizikové chování adolescentů pak zkoumáme v rámci výzkumné části.

Poslední kapitola teoretické části je věnována zařízeními pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Podle zákonů si tyto zařízení definujeme (zákon č.109/2002 Sb.; zákon č.218/2003 Sb.) a zabýváme se jimi detailněji v rámci různých autorů (Matoušek & Matoušková, 2011; Matějček et al., 1995; Zeman et al., 2009; Janský, 2014). Uvádíme také výsledky několika výzkumů, které byly realizované v ochranných a výchovných zařízeních. (Zeanah et al., 2005; Vavrysová, 2018; Kulíšek & Dolejš, 2019; Cameron & Maginn, 2012).

Ve výzkumné části, jsme si stanovili tři základní cíle. První cíl se věnoval prozkoumání rodinného prostředí adolescentů v ústavních a ochranných zařízeních. Zde byly zjišťovány primárně rizikové faktory v rodině a sociální rodinná atmosféra. Další cíl byl pak zjistit frekvenci rizikových faktorů v rodině. V poslední řadě jsme zkoumali, zda rodinné prostředí, souvisí s depresivitou a rizikovým chováním adolescentů. V rámci depresivity se pak věnujeme porovnání rozdílů z hlediska pohlaví. Náš výzkumný soubor také porovnáváme s adolescenty ze stejných českých zařízení (Vavrysová, 2018) a slovenských zařízení (Kulíšek & Dolejš, 2019; Hargašová & Kollárik, 1986). Ve výzkumné části, bylo stanoveno několik výzkumných otázek a 17 hypotéz. 13 hypotéz bylo přijato a 4 zamítnuty

Pro zjištění základních cílů, výzkumných otázek a hypotéz, byl použit kvantitativní design. Výzkumný soubor byl tvořen 76 adolescenty ve věku 14 až 18 let (průměr 16,05 let, SD = 1,06). Toto číslo odpovídá 7,7 % výběrového souboru z celé České republiky. Z toho bylo 38 dívek a 38 chlapců. Pro účely studie byl použit dotazník Výskyt rizikového chování u adolescentů - VRCHA (Dolejš & Skopal, 2013), Škála depresivity Dolejš, Skopal, Suchá - SDDSS (Dolejš, Skopal, & Suchá, 2013), Škála rodinného prostředí - ŠRP (Hargašová & Kollárik, 1986) a Dotazník vlastní konstrukce. Data jsme získali skupinovou administrací dotazníků. Byla zvolena metoda tužka – papír. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná a anonymní.

V rámci prozkoumání rodinného prostředí jsme zjistili, že rodiny adolescentů z ochranných a ústavních zařízení, pocházejí nejčastěji z rodin rozvedených (68,00 %). Často se stěhují, nejčastější variantu zvolili třikrát až pětkrát (38,16 %). 53,29 % rodičů je vyučených a 47,37 % zaměstnaných. Adolescenti mají průměrný počet sourozenců 3,54. V rodinách se vyskytují také duševní poruchy. U matek představuje tento počet 14,47 % a u otců pak 10,53 %. 28,29 % adolescentů je se svými rodiči velmi spokojeno, ani spokojen, ani nespokojen pak 25,00 %. V rámci výsledků Škály rodinného prostředí a po převedení průměrných hrubých skóre subškál na standardizované skóre, se prokázalo, že v rodinách adolescentů převažuje konfliktnost (72 bodů) a vysoká kontrola (72 bodů). Naopak nízká soudržnost (32 bodů), organizace (37 bodů) a morálně-světónázorová orientace (31 bodů). Vysokých hodnot pak dosahovali v subškále orientace na úspěch (62 bodů).

Tabákové výrobky (93,42 %), alkohol (89,47 %), léky na uklidnění (17,76 %) a pervitin (16,45 %) užívají rodiče nejčastěji. Odpověď 1x denně (74,07 %), pak byla nejvíce zastoupena v četnosti užívání, a to u léků na uklidnění. Sami adolescenti uvedli, že nejvíce užívají tabákové výrobky (97,37 %), alkohol (90,79 %), marihuanu (64,47 %) a pervitin

(46,05 %). Jako nejčastější důvody užití těchto látek uvedli odpověď „dostat se do nálady“ (39,47 %) a „chtěl jsem zapomenout na starosti“ (35,53 %). V rámci těchto výsledků jsme zjistili odpověď na druhou výzkumnou otázku, která se týkala frekvence rizikových faktorů v rodině.

Dále nás zajímalo, zda rodinné prostředí souvisí s depresivitou a rizikovým chováním. Statisticky významný vztah se ukázal pouze mezi subškálou aktivní rekreační orientace a faktorem delikvence metody VRCHA ($r = ,24$; $p < 0,05$). Adolescenty ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy jsme pak porovnávali s adolescenty ze studie Vavrysová (2018) a slovenské studie Kulíšek a Dolejš, 2019. Ti zkoumali adolescenty ze stejných zařízení. Porovnávali jsme faktory abúzus, delikvence, šikana a celkový skóre metody VRCHA. Statisticky významné rozdíly v průměrném skóre se potvrdili ve všech faktorech, a to na hladině významnosti $p < 0,05$, krom delikvence metody VRCHA. Rozdíl v delikvenci se nepotvrdil v případě výzkumného souboru a stejných českých zařízení (Vavrysová, 2018). V rámci pohlaví jsme zkoumali rozdíly v depresivitě. Rozdíly nebyly, mezi dívkami a chlapci, prokázány, ačkoliv jsme je očekávali. Porovnáme-li pak depresivitu mezi výzkumným souborem a adolescenty Kulíšek a Dolejš (2019), rozdíly jsou statisticky významné.

Mezi sociální atmosférou v rodinách výzkumného souboru a slovenskými adolescenty, kteří sloužili pro standardizaci Škály rodinného prostředí, se potvrdily statisticky významné rozdíly v průměrném skóre ve všech subškálách, a to konkrétně v subškálách morálně-světónázorová orientace, konfliktnost, kontrola, intelektuálně-kulturní orientace a soudržnost.

Jeden z hlavních cílů naší práce bylo prozkoumat rodinné prostředí adolescentů v zařízeních pro výkon ochranné a ústavní výchovy. Zjistilo se, že pocházejí z prostředí rizikového, konfliktního, v rodinách se nachází vysoká kontrola s nízkou soudržností a organizací. Sami adolescenti pak vykazují vysoké rizikové chování, které se statisticky významně liší, v porovnání s adolescenty ze stejných českých zařízení a slovenských zařízení. Na základě výsledků výzkumného šetření proto doporučujeme, aby se práce v poradnách zaměřila na rozvoj komunikace v rodinách, na podporu vzájemné pomoci a na všeobecné konfliktní interakce, které mezi nimi vznikají. V neposlední řadě pak na to, aby si rodiče uvědomili, jaký pozitivní či negativní vliv mají na své děti či adolescenty. Tímto se posílí vzájemná důvěra, soudržnost a komunikace mezi členy v rodině. Věříme, že posílením těchto faktorů, se sníží rizikové faktory adolescentů a jejich depresivita.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

1. Ablow, J. C., Marks, A. K., Shirley Feldman, S., & Huffman, L. C. (2013). Associations between first-time expectant women's representations of attachment and their physiological reactivity to infant cry. *Child Development, 84*(4), 1373–1391.
2. Amato, P. R., & Keith, B. (1991). Parental divorce and adult well-being: A Meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family, 53*(1), 43-58.
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author.
4. Arnett, J., J. (2000). Emerging Adulthood. A Theory of Development From the Late Teens Through the Twenties. *American Psychologist, 55*(5), 469-480.
5. Arterburn, S., & Burns, J. (2001). *Drogy klepou na dveře. Výchova, prevence, léčba*. Brno: Nová naděje.
6. Attar-Schwartz, S. (2008). Emotional, behavioral and social problems among Israeli children in residential care: A multi-level analysis. *Children and Youth Services Review, 30*(2), 229–248.
7. Austrian, S. G. (2013). *Developmental Theories Through the Life Cycle*. New York: Columbia University Press.
8. Bahr, S. J., Hoffmann, J. P., & Yang, X. (2005). Parental and Peer Influences on the Risk of Adolescent Drug Use. *J Primary Prevent, 26*, 529-551.
9. Baron, A. M., Baron, Y. M., & Spencer, N. J. (2001). The care and health needs of children in residential care in the Maltese Islands. *Child Care Health Dev., 27*(3), 251–262.
10. Baumeister, R. F., & Muraven, M. (1996). Identity as adaptation to social, cultural, and historical context. *Journal of Adolescence, 19*, 405-416.
11. Běhounková, L. (2012). *Fenomén odchodu do samostatného života dítěte vyrůstajících v náhradní výchovné péči*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků.
12. Bémová, Š. (2014). *Vztah rodinného prostředí a sebehodnocení jedince*. (Bakalářská práce). České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

13. Berzonsky, M. D. (1989). The self as a theorist: Individual differences in identity formation. *International Journal of Personality Construct Psychology*, 2, 363-376.
14. Binarová, I. (2001). *Partnerství, sexualita a rodina*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
15. Binarová, I. (2005). Období adolescence. In: Šimíčková Čížková. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
16. Blatný, M., Polišenská, V., Balaščíková, V., & Hrdlička, M. (2005). Problematika rizikového chování vývoje dětí a dospívajících: hlavní témata a implikace pro další výzkum. *Československá psychologie*, 49(6), 524-539.
17. Blažková, I. (2013). *Výchovné metody a styly využívané v rodinné výchově* (Diplomová práce). Získáno 15. října 2019 z <https://portal.utb.cz/wps/portal/prohlizeni>.
18. Bonino, S., Cattelino, E., & Ciairano, S. (2005). *Adolescents and Risk: Behavior, Functions, and Protective Factors*. Italia: Springer-Verlag.
19. Borník, M. (2001). *Drogy: co bychom o nich měli vědět*. Praha: Themis.
20. Buchtová, B. (2002). *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada.
21. Bundle, A. (2001). Health of teenagers in residential care: comparison of data held by care staff with data in community child health records. *Arch Dis Child*, 84, 10–14.
22. Bushfield, S. Y., & Deford, B. (2010). *End of life care & addiction A Family Systems Approach*. New York: Springer publishing company,
23. Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
24. Cameron, R. J. & Maginn, C. (2012). *Cesta k pozitivním výsledkům u dětí v náhradní péči*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků a Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga.
25. Casanueva, C., Wilson, E., Smith, K., & Dolan, M. (2014). *NSCAW Child Well-Being.Spotlight: Teen-age Girls in the Child Welfare System Report High Rates of Risky Sexual Activity and Pregnancy*. Washington, DC: Office of Planning, Research

and Evaluation, Administration for Children and Families, U. S. Department of Health and Human Services.

26. Centrum pro výzkum veřejného mínění. (2019). *Hodnocení kvality vzdělávání a možnosti dosažení vzdělání českou veřejností*. Sociologický ústav: AV ČR.
27. Cleveland, M. J., Feinberg, M. E., Bontempo, D. E., & Greenberg, M. T. (2008): The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 43, 157-164.
28. Coloroso, B. (2008). *Krizové situace v rodině: jak pomoci dětem překonat smrt blízkého člověka, nemoc, rozvod a traumata adopce*. Praha: Ikar.
29. Coopersmith, S. (1967) *The antecedents of self – esteem*. Michiganská univerzita: Consulting Psychologists Press.
30. Costello, E. J., Pine, D. S., Hammen, C., March, J. S., Plotsky, P. M., Weissman, M. M., & Leckman, J. F. (2002). Development and Natural History of Mood Disorders. *Society of Biological Psychiatry*, 52, 529-542.
31. Csémy, L., Chomynová, P., & Mravčík, V. (2015). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). *Výsledky průzkumu v České republice v roce 2016*. Praha: Úřad vlády ČR.
32. Csémy, L., Chomynová, P., & Sadílek, P. (2009). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). *Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády ČR.
33. Csémy, L., Nešpor, K., & Sovinová, H. (2017). Problémy s alkoholem v rodině. *Zpráva vypracovaná pro Evropskou unii*. Dostupné z <http://cindi.cz/wpcontent/uploads/2016/03/alkoholarodina.pdf>
34. Csémy, L., Fialová, A., Kodl, M., & Skývová, M. (2018). Užívání tabáku v České republice 2019. *Výzkumná zpráva SZÚ*. Získáno 29. ledna 2020 z www.szu.cz.
35. Čábalová, D. (2011). *Pedagogika*. Praha: Grada Publishing.
36. Čablová, L., & Miovský, M. (2013). Rizikové a protektivní faktory v rodině, které predikují užívání alkoholu u dětí a dospívajících: [Risk and protective factors in the family as the predictors of alcohol use among children and adolescents]. *Československá psychologie*, 56(3), 255–270.

37. Čačka, O. (2000) *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Brno: Doplněk.
38. Čáp, J. & Mareš, J. (2001). *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál.
39. Čáp, J. & Mareš, J. (2007). *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál.
40. Čáp, J. (1996). *Rozvíjení osobnosti a způsob výchovy*. Praha: ISV-nakladatelství.
41. Čáp, J. (2001). *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál.
42. Čerešník, M., & Gatiaľ, V. (2014). *Rizikové správanie a vybrané osobnostné premenné dospievajúcich v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre.
43. Český statistický úřad. (2017). *Kriminalita, závislosti, dopravní nehody*. Získáno 5. listopadu 2019 z <https://www.czso.cz/documents/10180/45709988/33020717a8.pdf/154b567f-c0c2-4070-a8ea-3355b5bf9a67?version=1.3>
44. Český statistický úřad. (2019). *Míry zaměstnanosti, nezaměstnanosti a ekonomické aktivity-květen 2019*. Získáno 4. února z <https://www.czso.cz/csu/czso/ci/miry-zamestnanosti-nezamestnanosti-a-ekonomicke-aktivity-kveten-2019>
45. Český statistický úřad. (2019). *Pohyb obyvatelstva*. Získáno 30. listopadu 2019 <https://www.czso.cz/csu/czso/ci/pohyb-obyvatelstva-rok-2018>
46. Čihař, M. (2009). *Novorozenec drogově závislé matky*. In Preslová, I., & Maxová, V. (Eds.). *Ženy a drogy. Sborník odborné konference*, 51–54. Praha: Sananim.
47. Danielson, C. K., Overholser, J. C., & Butt, Z. A. (2003). Association of Substance Abuse and Depression Among Adolescent Psychiatric In patients. *Can J Psychiatry*, 48, 762–765.
48. Department for Education (2014). *Children's homes data pack*. London: Department for Education.
49. Dolejš, M. (2010). *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
50. Dolejš, M., & Orel, M. (2017). *Rizikové chování adolescentů a impulzivita jako prediktor tohoto chování*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

51. Dolejš, M., & Skopal, O. (2015). *Výskyt rizikového chování adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
52. Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J., Cakirpaloglu, P., & Vavrysová, L. (2014). *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
53. Dolejš, M., Suchá, J., & Skopal, O. (2018). *Škála depresivity Dolejš, Suchá a Skopal*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
54. Dolejš, M., Zemanová, V., & Vavrysová, L. (2018). *Kdo a co řídí české adolescenty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
55. Doležalová, P. (2018). *Vztah mezi citovou vazbou a aspekty duševního zdraví adolescentních dívek v institucionální výchovné péči*. (Disertační práce). Praha: Univerzita Karlova v Praze.
56. Drapela, V. J. (2011). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.
57. Drbohlavová, B., Rous, Z., Černíková, T., & Kozák, J. (2016). *Validizační studie ESPAD 2016*. Praha: Úřad vlády České republiky.
58. Dreher, J. (2017). *Psychofarmakoterapie: stručně, jasně, přehledně*. Praha: Grada Publishing.
59. Drogová poradna. (2009). *Stimulační drogy - historie*. Získáno 11. ledna 2019 z <http://www.drogovaporadna.cz/stimulacni-drogy/stimulacni-drogy-historie.html>
60. Drogy-info user survey. (2017). Získáno 18. listopadu z <https://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/2017-zaostreno/>
61. Dunovský, J. (1999). *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha, Grada.
62. Eccles, J. S., Midgley, C., Wigfield, A., Buchanan, C. M., Reuman, D., Flanagan, C., & Iver, D. M (1993). Development during Adolescence. The Impact of Stage-Environment Fit on Young Adolescents' Experiences in Schools and in Families. *American Psychologist*, 48(2), 90-101.
63. Efendić-Spahić, T. (2013). Quality of family interactions and adolescents' personality traits. *Human: Journal for Interdisciplinary Studies*, 3(1), 6–12.
64. Engel, P. L., Castle, S., & Menon, P. (1996): Child development: vulnerability and resilience. *Social Science and Medicine*, 43, 621-635.

65. Ennett, S. T., Bauman, K. E., Foshee, V. A., Pemberton, M., & Hicks, K. A. (2001). Parent-Child Communication about Adolescent Tobacco and Alcohol Use: What Do Parents Say and Does It Affect Youth Behavior? *Journal of Marriage and Family*, 63(5), 48-62. Published by: National Council on Family Relations.
66. Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
67. Erikson, E. H. (2002). *Dětství a společnost*. Praha: Argo.
68. Etická komise ČMPS (2017). *Etický kodex psychologické profese*. Získáno 26. srpna 2018 z <https://cmps.ecn.cz/EK/Etický-kodex-psychologicke-profese-12-2017.pdf>.
69. Evropská expertní skupina pro přechod od ústavní péče k péči probíhající v rámci komunity. (2012). *Společné evropské pokyny k přechodu od ústavní péče k péči probíhající v rámci komunity*. Získáno z https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2018/04/common-european-guidelines_czech-version_edited-e-with-photo.pdf
70. Evropská federace asociací profesionálních psychologů – EFPPA (1995). *Evropský metakodex etiky a Carta Ethica*. Získáno dne 11. prosince 2019 z <https://cmps.ecn.cz/dl/ekfpa95.pdf>
71. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. (2017). *Evropská zpráva o drogách 2017: Trendy a vývoj*. Úřad pro publikace Evropské unie: Lucemburk.
72. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. (2019). *Evropská zpráva o drogách 2019: Trendy a vývoj*. Úřad pro publikace Evropské unie: Lucemburk.
73. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. (2010). *Problémy související s užíváním drog u dětí do 15 let*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze.
74. Farková, M. (2009). *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada.
75. Fegert, J., M., Schepker, R., Keller, F., Ludolph, A. G., Plener, P. L., Williamson, A. E., Volmer-Berthele, N., Weninger, L. E., Kapusta, N. D., & Hart-Kerkhoffs, L. (2009). *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents. A review of the theory and evidence base of indicated prevention*. Získáno

31. ledna 2014 z <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention> DOI 10.2810/50435.
76. Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review Of Public Health*, 26(1), 399-419.
77. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
78. Ferrence, R. (1984). *Prevention of Alcohol Problems in Women*. New York: The Guilford Press.
79. Galván, A. (2017). *The Neuroscience of Adolescence*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
80. Gecková, A., Pudelský, M., & Tuinstra, J. (2000). Kontakty s rovesníky, sociální síť a sociální podpora z pohledu adolescentů. *Psychologie a patopsychologie dítěte*, 2, 121-136.
81. Gecková, A., Pudelský, M., & van Dijk, J. P. (2000). Vliv rodičů a rovesníků na chování adolescentů související se zdravím. *Psychologie a patopsychologie dítěte* 3, 233-241.
82. Gillernová, I., Kebza, V. & Rymeš, M. (2011). *Psychologické aspekty změn v české společnosti*. Praha: Grada Publishing.
83. Gillernová, I., Kebza, V., & Rymeš, M., et al. (2011). *Psychologické aspekty změn v české společnosti*. Praha: Grada.
84. Greeff, A. P., Vansteenwegen, A., & DeMot, L. (2006). Resiliency in divorced families. *Social Work in Mental Health*, 4(4), 67-81
85. Haastrup, M., Pottegård, A., & Damkier, P. (2014). Alcohol and breastfeeding. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 114(2), 168–173.
86. Hadžikapetanović, H., Babić, T., & Bjelošević, E. (2017). Depression and intimate relationships of adolescents from divorced families. *Medicinski Glasnik: Official Publication Of The Medical Association Of Zenica-Doboj Canton, Bosnia And Herzegovina*, 14(1), 132-138.
87. Hajný, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada Publishing.

88. Hane, A. A., & Fox, N. A. (2006). Ordinary variations in maternal caregiving influence human infants' stress reactivity. *Psychological science*, (17)6, 550-556.
89. Hargašová, M., & Kollárik, T. (1986). *Škála rodinného prostredia*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
90. Hart, D., La Valle, I., & Holmes, L. (2015). *The place of residential care in the English child welfare system*. London: Department for Education.
91. Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
92. Havlík, R., & Kořa, J. (2002). *Sociologie výchovy a školy*. Praha: Portál.
93. Helus, Z. (2009). *Dítě v osobnostním pojetí. Obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. Praha: Portál.
94. Hendl, J. (2012). *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál.
95. Hendricks, P., Thorne, C., Clark, C., Coombs, D., & Johnson, M. (2015). Classic psychedelic use is associated with reduced psychological distress and suicidality in the United States adult population. *Journal of Psychopharmacology*, 280-288.
96. Henneberger, A. K., Tolan, P. H., Hipwell, A. E., & Keenan, K. (2014). Delinquency in Adolescent Girls: Using a Confluence Approach to Understand the Influences of Parents and Peers. *Crim Justice Behav*, 41(11), 1327–1337.
97. Hirschová, M., & M. Kreidl. (2012). „Vliv počtu sourozenců na matematickou, čtenářskou a přírodovědnou gramotnost v ČR.“ *Sociologický Časopis / Czech Sociological Review*, 48(4), 697–735.
98. Hladík, M., & Boženský, J. (2005) Intoxikace alkoholem u dětí a mladistvých v Ostravě. *Čes. -slov. Pediat*, 60(12), 663–671.
99. Hrdlička, M., & Dudová, I. (2015). Deprese v dětství a adolescenci. In: Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J., Bažant, J., Bažantová, V., Bušková, J. & Žirková, I. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum
100. Hulmáková, J. (2013). *Trestání delikventní mládeže*. Praha: C. H. Beck.
101. Hurníková, K. (2012). *Souvislost mezi rodinným fungováním a životní spokojeností rodičů*. (Diplomová práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

102. Hutyrková, M., Růžička, M., & Spěváček, J. (2013). *Prevence rizikového a problémového chování*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
103. Janský, P. (2014). *Dítě s problémovým chováním a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy*. Hradec Králové: Gaudeamus.
104. Jedlička, R. (2015). *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Praha: Grada.
105. Jessor, R. (1998). New perspectives on adolescent risk behavior. In Jessor, R. (Ed.), *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. New York: Cambridge University Press.
106. Johnston, L. D., & O'Malley, P. M. (1986). Why do the Nation's students use drugs and alcohol? Self-reported reasons from nine National surveys. *Journal of Drug Issues*, 16(1), 29–66.
107. Josselson, R. (1980). Ego development in adolescence. In Adelson, J. (Ed.), *Handbook of adolescens psychology*. New York: J. Wiley.
108. Jung, C. G. (1993). *Analytická psychologie - její teorie a praxe: Tavistocké přednášky*. Praha: Academia.
109. Jung, C. G. (2003). *Příspěvky k symbolice bytostného Já*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
110. Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
111. Kalman, M., Sigmund, E., Sigmundová, D., Hamřík, Z., Beneš, L., Benešová, D., & Csémy, L. (2011). *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na 112 základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010 v rámci mezinárodního projektu „Health Behaviour in school-aged Children: WHO Collaborative Cross-national study (HBSC)*. Olomouc: Univerzita Palackého.
112. Kaňkovská, P. (2007). *Vliv rodinného prostředí na utváření prosociální orientace dítěte staršího školního věku*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
113. Klímová, H. (2014). *Význam rodiny pro člověka*. In: *Sborník příspěvků, rodina a společnost*. Praha: Poslanecká sněmovna.

114. Kofler, M. J., McCart, M. R., Zajac, K., Ruggiero, K. J., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (2011). Depression and Delinquency Covariation in an Accelerated Longitudinal Sample of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 458-469.
115. Kohlberg, L. (1985). Just community approach to moraleducation. In Berkowitz, M., & Fritz O. (ed.), *Moraleducation: theory and application*. Hillsdale, N. J.: L. Erlbaum Associates.
116. Kolář, Z. (2012). *Výkladový slovník z pedagogiky: 583 vybraných hesel*. Praha: Grada Publishing.
117. Košta, J. (2004). *Sociológia*. Bratislava: Ekonóm.
118. Koukolík, F. (2008). *Před úsvitem, po ránu*. Praha: Karolinum.
119. Koutek, J. (2008). Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence. *Pediatric pro praxi*, 9(5), 302-304.
120. Kovařík, J. Bubleová, V., & Šlesingerová, K. (2004). *Náhradní rodinná péče v praxi*. Praha: Portál.
121. Kožený, J., Csémy, L., & Tišanská, L. (2016). Prediktory rizikového užívání kanabisu u adolescentů: nálezy z projektu ESPAD. *Československá psychologie*, 60(6), 584-596.
122. Kralíková, E. (2015). *Diagnóza F17: závislost na tabáku*. Praha: Mladá fronta.
123. Krattenmacher, T., Kühne, F., Halverscheid, S., Wiegand-Grefe, S., Bergelt, C., Romer, G., & Möller, B. (2014). A comparison of the emotional and behavioral problems of children of patients with cancer or a mental disorder and their association with parental quality of life. *Journal of psychosomatic research*, 76(3), 213-220.
124. Krejčová, L. (2011). *Psychologické aspekty vzdělávání dospívajících*. Praha: Grada.
125. Krch, F. D., & Csémy, L. (2006). Rodinné koreláty depresivity v adolescenci. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102(3), 130-136.
126. Křemen, P. (2014). LSD made in ČSSR. (Film). Praha: Česká televize,
127. Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K. (Ed.). (2003). *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.

128. Kukla, L. (2016). *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada.
129. Kulísek, P. (2000). Problémy teorie raného citového přilnutí. *Československá psychologie*, 44(5), 405-423.
130. Kulísek, J., & Dolejš, M. (2019). *Depresivita a impulzivita jako koreláty rizikového správaní a dospievajúcich v ústavnej starostlivosti a ochrannej výchove a žiakovv systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
131. Kuric, J. (2001). *Ontogenetická psychologie*. Brno: Vysoké učení technické v Brně.
132. Kyasová, M. (2003). Kouření cigaret a další formy rizikového chování adolescentů. *Československá psychologie*, 47(1), 56-64.
133. Labáth, V. a kol. (2001). *Riziková mládež: Možnosti potenciálních zmien*. Praha: Sociologické nakladatelství.
134. Labouvie-Vief, G. (2015). *Integrating Emotions and Cognition Through out the Lifespan*. New York: Springer
135. Lacinová, L., & Škrdlíková, P. (2008). *Dost dobří rodiče aneb Drobné chyby ve výchově dovoleny*. Praha: Portál.
136. Lacková, L., & Sobotková, I. (2005). Primárna rodina a resiliencia osobnosti. *Varia psychologica X, AUPO, Facultas philosophica, Psychologica* 34, 115-137.
137. Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
138. Laštůvková, K. (2017). *Vybrané salutoprotektivní faktory a depresivita u žáků sekundárního stupně vzdělávání v Moravskoslezském kraji*. (Diplomová práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
139. Lazarová, B., Lányová, B., Starka, J., Zapletalová, J., & Clonová, S. (2005). *Strategie výchovy v zařízeních institucionální výchovy*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického.
140. Macek, P. (1999). *Adolescence: Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál.
141. Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (2006). *Psychologický zrod dítěte*. Praha: Triton.

142. Majumdar, S. (2011). *A study on childhood abuse as a risk factor for drug dependence. International Conference, New Challenges in Legal Psychology: Theory and Practice.* Vilnius: Lithuania.
143. Marcia, J. (1967). *Ego identity status: Relationship to change in self-esteem, general maladjustment, and authoritarianism.* State university of New York of Buffalo.
144. Marchetto, M. J. (2006). Repetitive skin-cutting: Parental bonding, personality and gender. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(3), 445-459.
145. Masters, R., & Houston, J. (2004). *Druhy psychedelické zkušenosti.* Praha: DharmaGaia.
146. Matějček, Z. (2005). *Výbor z díla.* Praha: Karolinum.
147. Matějček, Z., Bubleová, V., & Kovařík, J. (1996). Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace. III. část. Děti narozené z nechtěného těhotenství, děti z dětských domovů a děti z náhradní rodinné péče v dlouhodobém sledování. *Československá psychologie*, 40(2): 81–93.
148. Matoušek, O. (2016). *Slovník sociální práce.* Praha: Portál.
149. Matoušek, O., & Kroftová, A. (1998). *Mládež a delikvence. Možné příčiny, současná struktura, programy prevence kriminality mládeže.* Praha: Portál.
150. Matoušek, O., & Matoušková, A. (2011). *Mládež a delikvence.* Praha: Portál.
151. Matoušek, O., & Pazlarová, H. (2000). *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny.* Praha: Portál.
152. Median & Sirius. (2016). *Stav české rodiny, co ji chrání a ohrožuje. Závěrečná zpráva z výzkumu.* Praha: Median, s.r.o. a Nadace Sirius. Získáno 12. ledna z <http://www.nadacesirius.cz/soubory/zaverecne-zpravy/Zaverecna-zprava-z-vyzkumu-primarni-prevence-ohrozeni-rodiny.pdf>
153. Melecká, V. (2016). *Osobnostní rysy a rizikové chování u studentů vybraného gymnázia a jejich vzájemné souvislosti.* (Diplomová práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
154. Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize. (2014). Získáno 1. října 2019 z <http://www.uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-cr>

155. Miller, S. (2010) *Supporting parents: improving outcomes for children, families and communities*. Berkshire: McGraw-Hill.
156. Minařík, J. (2003). *Stimulancia*. In Kalina, K. (Ed.). *Drogy a drogové závislosti Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
157. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2017). *Vláda schválila rozšíření seznamu návykových látek, chce tím chránit rizikové občany i evropský trh*. Získáno 2. března 2017 z https://www.mzcr.cz/dokumenty/vlada-schvalilazsireni-seznamu-navykovych-latekchce-tim-chranit-rizikove-ob_13389_1.html
158. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
159. Mok, P. L. H., Roger T., Webb, L. A., & Pedersen, C. B. (2016). Full spectrum of mental disorders linked with childhood residential mobility. *Journal of Psychiatric Research*, 78, 57-64.
160. Možný, I. (2006). *Rodina a společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství.
161. Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Leštinová, Z., Kiššová, L., Nechanská, B., Vlacht, T., Fidesová, H., & Vopravil, J. (2018). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017*. Praha: Úřad vlády České republiky.
162. Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Grolmusová, L., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Vlach, T., Fidesová, H., Jurystová, L., Vopravil, J., & Malinová, H. (2015). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014*. Praha: Úřad vlády České republiky.
163. MŠMT. (2005). *Standarty odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek*. Praha: MŠMT.
164. Mühlpachr, P. (2001). *Sociální patologie*. Brno: PdF MU.
165. Müllerová, D. (2014). *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum.
166. Mullick, M., Miller, L. J., & Jacobsen, T. (2001). Insight into mental illness and child maltreatment risk among mothers with major psychiatric disorders. *Psychiatric Disorders*, 52, 488-492.

167. Nábělek, L., & Vongrej, J. (2010). Patologické hráčství jako nelátková závislost. In *Lekarský obzor*. Získáno 6. listopadu 2019 z <http://www.lekarsky.herba.sk/lekarsky-obzor-3-2010/patologicke-hracstvo-ako-nelatkova-zavislost>
168. Nakonečný, M. (1997). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
169. Napper, L. E., Hummer, J. F., Lac, A., & LaBrie, J. W. (2014). What are other parents saying? Perceived parental communication norms and the relationship between alcohol-specific parental communication and college student drinking. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(1), 31–41.
170. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislost. (2018). *Prevalenční odhady problémových uživatelů drog multiplikační metodou z dat nízkoprahových zařízení v r. 2017*. Získáno 12. prosince z https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/VZdrogy2017_web181207.pdf
171. Národní monitorovací středisko. (2017). Získáno 1. prosince z https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32962/837/VZdrogy2017_web181207.pdf
172. Národní ústav pro vzdělání. 2019. Získáno 17. října 2019 z <http://www.nuv.cz/t/pedagogicko-psychologicke-poradenstvi/strediska-vychovne-pece>
173. Nešpor, K. (1995). *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření*. Praha: Portál.
174. Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
175. Nešpor, K. (2018). *Alkohol a jiné návykové látky u žen – Identifikace a časná intervence*. Dostupné z <http://www.alkoholik.cz/zavislost/ke-stazeni/online-knihy/category/1-onlineknihy.html>
176. Nešpor, K., & Csémy, L. (1997). *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: Besib.
177. Nešpor, K., & Csémy, L. (2003). *Alkohol drogy a vaše děti Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. Praha: Sdružení FIT IN.
178. Nešpor, K., & Csémy, L. (2004). *Léčba a prevence závislostí - příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum.
179. NIDA (2003). *Preventing drug use among children and adolescents. A research based guide for parents, educators, and community leaders*. Maryland, Bethesda: National Institute on Drug Abuse.

180. Nielsen Sobotková, V. a kol. (2014). *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada.
181. Novák, T. (2000). *Rodičovské judo: dítě během rozvodového řízení*. Praha: Grada.
182. Novotný, J. S. (2011). Prevalence vybraných typů osobnostních problémů u adolescentů, umístěných trvale v ústavní péči. *Psychologie a její kontexty*, 2(2), 99-108.
183. Novotný, J. S., & Okrajek, P. (2012). Vliv vybraných charakteristik rodinného prostředí na rizikové chování 15letých adolescentů. *E-psychologie*, 6(2), 9-21.
184. Novotný, P., Ivičičová, J., Syrůčková, I., & Vondráčková, P. (2014). *Nový občanský zákoník. Rodinné právo*. Praha: Grada Publishing.
185. Nowak, M., Gaweda, A., Jelonek, I., & Janas-Kozik, M. (2013). The disruptive behavior disorders and the coexisting deficits in the context of the ories describing family relations. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1. Získáno 19. října. 2019 z <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail?vid=2&sid=86d0350e-c873-4262-943e73bde12e1264%40sessionmgr4002&hid=4208&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=86233112>
186. Nykl, L. (2019). *Vliv drogové závislosti občanů na kriminalitu Kyjovska*. (Bakalářská práce). Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
187. Orive, R., & Gerard, H. (1980). Personality, attitudinal, and socialcorrelatesofdrug use. *The International journal of the addictions*, 869-881.
188. Pachl, L. (1983). *Malá abeceda rodiny*. Praha: Panorama.
189. Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
190. Pávková, J. (2014). *Pedagogika volného času*. Praha: Univerzita Karlova.
191. Pavlát, J. (2011). Dlouhodobé následky rozvodu pro děti. *Čes. a slov. Psychiat.*, 107 (5), 299.
192. Pecinová, O., & Konečný, J. (2011). Somatické komplikace závislosti. In Heller, J., & Pecinová, O. (Ed). *Pavučina závislosti. Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga.

193. Pechorro, P. S., Vieira, D. N., & Nunes, C. (2013). Psychopathy and behavior problems: A comparison of incarcerated male and female juveniledelinquents. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36.
194. Pelikán, J. (1995). *Výchova jako teoretický problém*. Ostrava: Amosium servis.
195. Pešek, R., Vondrášková, A., & Veselý, O. (2007). *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati*. Písek: Arkáda.
196. Plaňava, I. (2000). *Manželství a rodiny. Struktura, dynamika a komunikace*. Brno: Doplněk.
197. Pölkki, P., Ervast, S. A., & Huupponen, M. (2005). Coping and Resilience of Children of a Mentally Ill Parent'. *Social Work in Health Care*, 39(1),151-163.
198. Popov, P. (2002). *Závislost na alkoholu*. Získáno 2. října 2019 z <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/10/13.pdf>
199. Portzgy, G., De Wilde, R. J., & Heeringen, K. (2008). Deliberate self-harm in young people: differences in prevalence and risk factors between the Netherlands and Belgium. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 179-186.
200. Praško, J, Buliková, B. & Sigmundová, S. (2012). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén.
201. Praško, J. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.
202. Preiss, M., Vraná, K., & Kuchařová, J. (2010). Depresivita a úzkost v průběhu života v návaznosti na pojetí Václava Příhody. = Depressiveness and anxiety in the lifespan in relationship to conception of Václav Příhoda. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*, 54(4), 357–365.
203. Procházka, J. (2009) Specifika sociální práce s osobami opouštějícími ochrannou a ústavní výchovu. In A. Gojová (ed.). *Sborník studijních textů pro sociální kurátory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
204. Průcha, J., Walterová, E., & Mareš, J. (1995). *Pedagogický slovník*. Praha: Portál.
205. Ptáček, R., Myšková, L., Smetáčková, I., Ptáčková, H., Novotná, H., & Onder, J. (2016). *Vliv náhradních forem péče na vývoj dětí – předběžné výsledky longitudinální studie*. In K. Červenka, I. Lukšík, L. Lukšíková, L. Myšková, H. Novotná, & H. Pecnerová, et al., *Kvalita péče o děti v ústavní výchově*. Praha:

- Národní ústav pro vzdělávání, školské, poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků.
206. Purková, V. (2008). *Vývoj osobnosti dětí vyrůstajících v dětském domově z pohledu některých dosud realizovaných výzkumů*. Získáno z <http://www.anv.cz/images/stories/vyvoj-osobnosti-deti-v-dd.pdf>
 207. Racková, S. & Janů, L. (2008). Antidepressiva, deprese a závislost na alkoholu. *Psychiatrie pro praxi*, 9(3), 130-134.
 208. Raithel, J. (2011). Die Bedeutung von Risikoverhalten im jugendlichen Entwicklungsprozess. *proJugend*, 4, 4-7.
 209. Rodiny se třemi a více dětmi. (2019). *Studie v rámci projektu Komplexní výzkum o situaci rodin a seniorů (2018-2022)*. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí: Praha. Získáno 4. února z http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_460.pdf
 210. Říčan, P. (2006). *Cesta životem*. Praha: Portál.
 211. Říčan, P. (2014). *Cesta životem*. Praha: Portál.
 212. Sampson, R. J., & Laub, J. H. (1994). Urban Poverty and the Family Context of Delinquency: A New Look at Structure and Process in a Classic Study. *Child Development*, 65(2), 523-540.
 213. Sejšťová, L. (2002). *Deti, mládež a delikvencia*. Bratislava: Album.
 214. Sekera, O. (2009). *Identifikace profesních aktivit vychovatelů výchovných ústavů a dětských domovů*. Ostravská univerzita v Ostravě.
 215. Sekot, A. (2010). *Úvod do sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita.
 216. Skála, J. (1987). *Až na dno!?*. Praha: Avicenum.
 217. Skalková, J. (2007). *Obecná didaktika*. Praha: Grada Publishing.
 218. Slomek, Z. (2010). *Etopedie*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského.
 219. Sobotková, I. (2003). *Pěstounské rodiny: jejich fungování a odolnost*. MPSV: Praha.
 220. Sobotková, I. (2005). Proč je u nás tolik dětí v ústavech a proč jejich počet stále narůstá? *Psychologie dnes*, 2, 4-5.
 221. Sobotková, I. (2012). *Průvodce rodičovstvím*. Břeclav: Adamira.

222. Sobotková, I. (2015). Rodinné fungování a rodinná resilience: výzkumy pro praxi. In Friedlová, M., & Lečbych, M. (Eds.). *Symposium rodinné resilience. Sborník příspěvků z konference*, (31-53). Olomouc: Univerzita Palackého.
223. Sobotková, N. V. (2014). *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada.
224. Sobotková, V. (2009). *Antisociální chování u adolescentů v kontextech vývoje*. (Disertační práce). Brno: Masarykova univerzita.
225. Sociofaktor & Median. (2017). *Rodina a dítě v kontextu – možnosti prevence, podpory a spolupráce*. Praha: Nadace Sirius. Získáno 20. února z <https://www.nadacesirius.cz/soubory/ke-stazeni/rodina-a-dite-v-kontextu-moznosti-prevence-podpory-a-spoluprace.pdf>
226. Soukupová, J. (2012). *Problematika drogových závislostí na střední škole Rokycany*. (Bakalářská práce). Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.
227. Statistické ročenky školství výkonové ukazatele. Dostupné 2. prosince 2019 z <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>
228. Sternberg, R. J. (2002). *Kognitivní psychologie*. Praha: Portál.
229. Storksen, I., Roysamb, E., Homen, T., & Tambs, K. (2006). Adolescent adjustment and well-being: Effect of parentel divorce and distress. *Scandinavian Journal of psychology*, 47, 75-84.
230. Stowell, R. J. A., & Estroff, T. W. (1992). Psychiatric Disorders in Substance-Abusing Adolescent Inpatients: A Pilot Study. *J. Am. Acad. ChildAdolesc. Psychiatry*, 31(6), 1036-1040.
231. Suchá, J., & Dolejš, M. (2016). *Agresivita, depresivita, sebehodnocení a impulzivita u českých adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
232. Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2012). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.
233. Šebek, M., & Šebková, J. (2003). Separace a dospělý svět. *Revue psychoanalytická psychoterapie*, 5(1), 15-21.
234. Širůčková, M., (2010). *Rizikové chování a jeho psychosociální souvislosti*. In Miovský, M., Zapletalová, J., & Novák, P. (Eds.). *Primární prevence rizikového*

- chování* (30-39). Tišnov, Praha: sdružení SCAN, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze; Togga.
235. Škrábanková, J. (2004). Vliv rodinného prostředí na utváření osobnosti. *Pedagogická orientace*, 1, 38-43.
236. Šolcová, I. (2009). *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada.
237. Šolcová, I. (2012). *Sociálně-právní ochrana dětí a práce s rodiči závislími na drogách*. (Bakalářská práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
238. Špínar, J., & Vítovec, J. a kol. (2007). *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. Praha: GradaPublishing.
239. Šulová, L. (2004). *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum.
240. Šulová, L. (2011). *Současná česká rodina*. In Gilernová, I., Kebza, V., & Rymeš, M. a kol. (2011). *Psychologické aspekty změn v české společnosti*. Praha: Grada Publishing.
241. Tesarčíková, Z. (2018). *Vztah osobnostních charakteristik a rizikové chování u adolescentů navštěvující gymnázia*. (Diplomová práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
242. Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. G. (1970). The origin of personality. *Scientific American*, 223(2), 102-109.
243. Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
244. Thuen, F., Breivik, K., Wold, B., & Ulveseter, G. (2015). Growing Up with One or Both Parents: The Effects on Physical Health and Health-Related Behavior Through Adolescence and into Early Adulthood. *Journal of Divorce*, 56(6), 451-474.
245. Tønnessen, M., Telle, K., & Syse, A. (2016). Childhood residential mobility and long-term outcomes. *Acta Sociologica*, 59(2), 113-129.
246. Train, A. (2001). *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál.
247. Trampotová, O., & Lacinová, L. (2015). Vtahování dětí do konfliktu mezi rodiči: porovnání a kritické zhodnocení současných koncepcí. *Československá psychologie*, 59(1), 57-70.

248. Trondsen, M. V. (2012). Living with a mentally ill parent: Exploring adolescents' experiences and perspectives. *Qualitative health research*, 22(2), 174-188.
249. Trumhová, T. (2013). *Výchovné hodnoty v současné české rodině*. (Bakalářská práce). Univerzita Pardubická: Fakulta filozofická.
250. Tyrlík, M. (2010). *Sociální stránka sebesystému: vztah mezi námi a v nás*. In Tyrlík, M., Macek, P., & Šírůček, J. (Eds.). *Sebepojetí a identita v adolescenci: sociální a kulturní kontext* (15-36). Brno: Masarykova univerzita.
251. Uholyeva, X. (2019). Rodina v situaci rozchodu rodičů z pohledu dítěte. *E-psychologie*, 13(1), 18-31.
252. Univerzita Palackého v Olomouci. (2016). *Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků*. Získáno 2. října 2019 z <http://www.hbsc.upol.cz/>
253. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2016). *Psychiatrická péče 2013*. Získáno 20. ledna z <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2013>
254. Vágnerová M. (2014). *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum.
255. Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum.
256. Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
257. Vágnerová, M. (2008a). *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum.
258. Vágnerová, M. (2008b). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
259. Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
260. Van der Vorst, H., Burk, W. J., & Engels, R. C. (2010): The role of parental alcohol specific communication in early adolescents' alcohol use. *Drug and Alcohol Dependence*, 111, 183–190.
261. Váňová, A., Skývová, M., & Malý, M. (2017). Výzkumná zpráva SZÚ 2018. *Užívání tabáku v České republice 2017*. Získáno 20. října 2019 z http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani_tabaku_2017.pdf
262. Vašutová, M., & Panáček, M. (2013). *Mezi dětstvím a dospělostí: vybrané kapitoly z psychologie adolescence*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě.

263. Vavrysová, L. (2018). *Rizikové aktivity, depresivita a vybrané osobnostní rysy u českých adolescentů z dětských domovů se školou a výchovných ústavů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
264. Verešová, M., & Tomšík, R. (2019). *Rizikové správanie dospievajúcich a výchovné štýly v rodine*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre.
265. Višňovský, L. (2007). *Základy rodinnej výchovy*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela.
266. Výrost, J., & Slaměník, I. (1998). *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha: Portál.
267. Weiss, P., Zvěřina, J. (2009). Sexuální chování české populace. *Urolog v praxi*, 10(3), 160-163.
268. Wojnarová, D. (2017) *Vybrané osobnostní rysy a výskyt rizikového chování u adolescentů studujících čtyřletý technický obor zakončený maturitní zkouškou v Moravskoslezském kraji*. (Diplomová práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
269. Wolfe, D. A., Jaffe, P. G., & Crooks, C. V. (2006). *Adolescent Risk Behaviors: Why Teens Experiment and Strategies to Keep Them Safe*. New Haven: Yale University Press.
270. World Health Organization. (2008). *Who report on the global tobacco epidemic. The MPOWER Package*.
271. Yates, T. M., Tracy, A. J., & Luthar, S. S. (2008). Nonsuicidal self-injury among „privileged“ youths: longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 52-62.
272. Yuan, A. S. V., & Hamilton, H. A. (2006). Stepfather Involvement and Adolescent Well-Being: Do Mothers and Nonresidential Fathers Matter? *Journal of Family Issues*, 27(9), 1191–1213.
273. Zákon 109/2002 Sb. *O výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů*. Získáno 1. prosince 2019 z <http://www.msmt.cz/file/38848/>
274. Zákon č. 218/2003 Sb. *Zákon o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve*

- věcech mládeže*). Získáno 12. prosince 2019 z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-218>.
275. Zákon č. 89/2012 Sb. *Nový občanský zákoník – Díl 4 – Ústavní výchova*. Získáno 18. prosince 2019 z <https://www.podnikatel.cz/zakony/novy-obcansky-zakonik/f4582031/>.
276. Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S., & Carlson, E. (2005). Attachment in Institutionalized and Community Children in Romania. *Child Development*, 76(5), 1015–1028.
277. Zeman, P., Diblíková, S., Kotulan, P., & Vlach, J. (2009). *Praxe v oblasti rozhodování o nařízení ústavní výchovy a uložení ochranné výchovy*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
278. Zemanová, W., & Dolejš, M. (2015). *Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
279. Zpráva ze systematických návštěv školských zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy. (2011). Dostupné 21. října z <http://www.vterinapote.cz/static/useruploads/files/ombudsman02.pdf>

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Procentuální zastoupení výzkumného souboru z hlediska navštíveného města

Graf 2: Procentuální zastoupení etnické příslušnosti respondentů

Graf 3: Procentuální zastoupení vzdělání rodičů

Graf 4: Procentuální zastoupení adolescentů vzhledem k počtu stěhování

Graf 5: Užívání návykových látek matky a otce dle druhu

Graf 6: Užívání návykových látek adolescenty dle druhu

Graf 7: Procentuální přehled vnímaného vztahu adolescentů k rodičům

Graf 8: Celkový profil rodin adolescentů výzkumného souboru

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Výzkumný soubor z hlediska věku a pohlaví

Tab. 2: Přehled výsledků v celkové vnímané životní smysluplnosti mezi ateisty s křesťany.

Tab. 3: Ekonomická aktivita rodičů

Tab. 4: Zkušenosti s fyzickým či psychickým ubližováním ze strany rodičů

Tab. 5: Frekvence stěhování adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy

Tab. 6: Četnost odpovědí a celkový přehled užívání návykových látek ze strany matky a otce

Tab. 7: Četnost odpovědí a celkový přehled užívání druhů návykových látek adolescenty

Tab. 8: Důvody užívání návykových látek adolescenty

Tab. 9: Počet duševních poruch rodičů

Tab. 10: Vnímaný vztah adolescentů k rodičům

Tab. 11: Výsledky metody VRCHA

Tab. 12: Výsledky metody SDDSS

Tab. 13: Výsledky Škály rodinného prostředí

Tab. 14: Výsledky Wilcoxonova testu

Tab. 15: Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu

Tab. 16: Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu

Tab. 17: Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

Tab. 18: Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů

Tab. 19: Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu

Tab. 20: Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu

Tab. 21: Spearmanův koeficient korelace metody VRCHA a SDDSS se subškálami ve ŠRP

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník vlastní konstrukce (ukázka)

Abstrakt magisterské diplomové práce

Název práce: Rodinné prostředí adolescentů v zařízeních pro výkon ochranné a ústavní výchovy

Autor práce: Bc. Vendula Bechná

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

Počet stran a znaků: 126, 256 946

Počet příloh: 1

Počet titulů a použité literatury: 279

Abstrakt:

Hlavní cíl diplomové práce je prozkoumat rodinné prostředí adolescentů v zařízeních pro výkon ochranné a ústavní výchovy. Zkoumáme, zda rodinné prostředí adolescentů souvisí s rizikovým chováním či depresivitou a zjišťujeme frekvenci výskytu rizikových faktorů v rodině. Zabýváme se také sociální atmosférou v rodinách adolescentů, kterou porovnáваме s adolescenty slovenskými. V rámci rizikového chování a depresivity se rovněž věnujeme porovnání našich výsledků, tentokrát však s adolescenty ze stejných českých a slovenských zařízení. Z hlediska pohlaví zkoumáme rozdíly v depresivitě. Výzkumný soubor je složen ze 78 adolescentů ze zařízení pro výkon ochranné a ústavní výchovy, ve věku 14-18 let. V rámci kvantitativního přístupu jsme pracovali s dotazníky VRCHA, SDDSS, ŠRP a s Dotazníkem vlastní konstrukce. Zjistili jsme, že v rodinách adolescentů převažuje vysoká konfliktnost, kontrola a orientace na úspěch naopak nízká soudržnost, organizace a morálně-světónázorová orientace. Adolescenti, pak vykazují vysoké rizikové chování a depresivitu, které se v porovnání s adolescenty ze stejných českých a slovenských zařízení statisticky významně liší. Statisticky významný vztah se ukázal pouze mezi subškálou aktivní rekreační orientace a faktorem delikvence metody VRCHA ($r = ,24$; $p < 0,05$). V rámci depresivity nebyly rozdíly mezi pohlavím statisticky významné. Výsledky mohou být užitečné pro práci v poradnách s rodinami či samotnými adolescenty.

Klíčová slova: adolescence, rizikové chování, depresivita, rodina, ústavní a ochranná výchova

Abstract of thesis

Title: Family environment of adolescents in institutions for the performance of protective and institutional care

Author: Bc. Vendula Bechná

Supervisor: PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Number of pages and characters: 126, 256 946

Number of appendices: 1

Number of references: 279

Abstract:

The main aim of the thesis is to explore the family environment of adolescents in institutions for the performance of protective and institutional care. We investigate whether the family environment of adolescents is related to risky behavior or depression and we try to find out the frequency of risk factors in the family. We also deal with the social atmosphere in adolescent families, which we compare with Slovak adolescents. Within risky behavior and depression, we also devote compare our results, this time with adolescents from the same Czech and Slovak institutions. From a gender perspective, we examine differences in depression. The research group consists of 78 adolescents from the institution for the performance of protective and institutional care, aged 14-18. Within the quantitative approach we worked with VRCHA, SDDSS, ŠRP and Self-Design Questionnaire. We found that in adolescent families are dominated by high conflict, control and orientation of success, on the other hand, low coherence, organization and moral-world orientation. Adolescents then show high risk behaviors and depression, which, compared to adolescents from the same Czech and Slovak institutions, statistically significantly differ. A statistically significant relationship was only between the sub-scale of active recreational orientation and VRCHA delinquency factor ($r = .24$; $p < 0,05$). In terms of depression, gender differences were not statistically significant. The results can be useful for working in counseling centers with families or adolescents themselves.

Keywords: adolescence, risky behavior, depression, family, institutional and protective education

Příloha 1: Dotazník vlastní konstrukce (ukázka)



KATEDRA
PSYCHOLOGIE
Filozofické fakulty UP

NEŽ ZAČNEŠ, NEZAPOMEŇ SI PŘEČÍST POKYNY NA 1. STRANĚ.
Svou odpověď uváděj tak, že u každé otázky označíš křížkem "X" odpovídající čtvereček.

1. Jsi: (Označ jen jednu z uvedených možností)

1 Chlapec

2 Dívka

2. Kolik je ti let? _____

3. Typ školy (vyber POUZE jeden sloupec, dle typu školy, který právě teď navštěvuješ)

Středoškolské vzdělávání 1 <input type="checkbox"/> gymnázium 2 <input type="checkbox"/> SŠ s maturitou 3 <input type="checkbox"/> SŠ bez maturity (učební obor) 4 <input type="checkbox"/> nástavba Ročník 1 <input type="checkbox"/> 1. ročník 2 <input type="checkbox"/> 2. ročník 3 <input type="checkbox"/> 3. ročník 4 <input type="checkbox"/> 4. ročník Obor: <input type="text"/>	Základní vzdělávání 1 <input type="checkbox"/> základní škola 2 <input type="checkbox"/> nižší gymnázium Ročník 1 <input type="checkbox"/> 1.třída 2 <input type="checkbox"/> 2.třída 3 <input type="checkbox"/> 3.třída 4 <input type="checkbox"/> 4.třída 5 <input type="checkbox"/> 5.třída 6 <input type="checkbox"/> 6.třída 7 <input type="checkbox"/> 7.třída 8 <input type="checkbox"/> 8.třída 9 <input type="checkbox"/> 9.třída
--	--

4. Do které z následujících etnických a národnostních skupin řadíš sám/sama sebe?

(Zaškrtni nejvýše DVĚ odpovědi)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> česká | 5 <input type="checkbox"/> ukrajinská |
| 2 <input type="checkbox"/> slovenská | 6 <input type="checkbox"/> vietnamská |
| 3 <input type="checkbox"/> romská | 7 <input type="checkbox"/> jiná, upřesni jaká: _____ |
| 4 <input type="checkbox"/> polská | |

5. Kdo s tebou žije ve společné domácnosti? (Zaškrtni všechny vhodné odpovědi)

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> žiji sám | 6 <input type="checkbox"/> bratr/bratři (vlastní i nevlastní) |
| 2 <input type="checkbox"/> otec | 7 <input type="checkbox"/> sestra/y (vlastní i nevlastní) |
| 3 <input type="checkbox"/> matka | 8 <input type="checkbox"/> prarodiče (dědeček, babička) |
| 4 <input type="checkbox"/> nevlastní otec | 9 <input type="checkbox"/> jiní příbuzní |
| 5 <input type="checkbox"/> nevlastní matka | 10 <input type="checkbox"/> jiní lidé než příbuzní |

Str. 2

22. Jak často užívají rodiče tyto látky?

Matka:

	Jednou denně	Několikrát týdně	Jednou měsíčně	Několikrát měsíčně	Jednou za rok	Několikrát za rok	Vůbec ne
a) Léky na uklidnění nebo spaní bez doporučení lékaře	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Marihuana (tráva) nebo hašiš	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Extáze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) LSD nebo jiný halucinogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Pervitin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Těkavé látky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Tabák	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otec:

	Jednou denně	Několikrát týdně	Jednou měsíčně	Několikrát měsíčně	Jednou za rok	Několikrát za rok	Vůbec ne
j) Léky na uklidnění nebo spaní bez doporučení lékaře	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Marihuana (tráva) nebo hašiš	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Extáze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) LSD nebo jiný halucinogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Pervitin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Těkavé látky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Tabák	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Užíváš Ty některou z následujících látek? (Zaškrtni všechny vhodné odpovědi)

- 1 Léky na uklidnění nebo spaní bez doporučení lékaře
- 2 Marihuana (tráva) nebo hašiš
- 3 Extáze
- 4 LSD nebo jiný halucinogen
- 5 Pervitin
- 6 Kokain
- 7 Těkavé látky (toluen apod)
- 8 Alkohol
- 9 Tabák