

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

**1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Bc. Denisa Šťastná**

Rizikové chování a symptomy ADHD u dětí ve vybraných typech zařízení ústavní  
výchovy a péče

Risk behaviour and symptoms of children's ADHD as observed in a specific educational  
and social care institution

**Diplomová práce**

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Šťastná Ph.D.

Praha, 2018

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze.....

Bc. Denisa Šťastná

.....

Identifikační záznam:

ŠŤASTNÁ, Denisa. *Rizikové chování a symptomy ADHD u dětí ve vybraných typech zařízení ústavní výchovy a péče. [Risk behaviour and symptoms of children's ADHD as observed in a specific educational and social care institution]*. Praha, 2018. 99 s., 1 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí práce Šťastná Lenka

## **Poděkování**

Ráda bych tímto poděkovala své vedoucí práce Mgr. Lence Šťastné Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, při kterém mi bylo poskytnuto mnoho cenných rad a připomínek.

## Abstrakt

**VÝCHODISKA:** Přítomnost symptomů ADHD je jednou z možných příčin vzniku rizikového chování. Rizikové chování adolescentů s sebou přináší mnoho problémů, prostřednictvím nichž může dojít k ovlivnění kvality budoucího života. Jedním z důsledků rizikového chování může být umístění adolescenta do ústavní péče.

**CÍLE:** Cílem diplomové práce je detailně zmapovat výskyt rizikového chování u dětí dětského domova se školou a posléze hledat souvislosti s možným výskytem symptomů ADHD. Následně se pokusíme charakterizovat rizikové chování u dětí v ústavní péči dle pohlaví, věku a vzdělávacího programu.

**METODY:** Data byla získána za pomoci dotazníkových metod, pro přítomnost symptomů ADHD byl použit dotazník BRIEF neboli Hodnocení exekutivních funkcí u dětí (Gioia, Isquith, Guy & Kenworthy, 2011). Pro zmapování výskytu rizikového chování byl použit dotazník VRCHA neboli Výskyt rizikového chování u adolescentů (Dolejš & Skopal, 2015). Data byla získána také za pomoci studia dokumentace, kdy jsme pracovali s existujícími dokumenty, předmětem zkoumání byla vysvědčení respondentů.

**VÝSLEDKY:** Nejčastějším rizikovým chováním u dětí dětského domova se školou je delikvence a abúzus návykových látek. Rizikové chování se u dětí v dětském domově se školou vyskytuje častěji u dívek nežli u chlapců. Děti základní školy se chovají obecně rizikověji než děti základní školy praktické. Se zvyšujícím se věkem roste rizikové chování dětí DDŠ. Vzájemný vztah mezi výskytem ADHD a rizikovým chováním byl prokázán pouze u šikany. Nejčastější složkou rizikového chování u dětí s ADHD je delikvence, poté abúzus a nejméně rizikové jsou v rámci šikany. Avšak delikvence a abúzus se častěji vyskytují právě u dětí bez symptomů ADHD.

**ZÁVĚR:** Na základě získaných výsledků nelze prokázat souvislost mezi vzájemnou provázaností přítomných symptomů ADHD a výskytem rizikového chování u dětí dětského domova se školou. Úspěšně však došlo k zmapování výskytu rizikového chování a k jeho následné charakteristice, která se může stát přínosnou v případném budoucím zkoumání této problematiky, která s sebou přináší mnoho nezodpovězených otázek. V rámci doporučení by bylo vhodné zavést preventivní opatření týkající se rizikového chování, která by přihlížela ke stupni rizikovosti respondentů a dalším specifickým potřebám, které se týkají pohlaví, věku, mentální úrovně a jiných vzdělávacích potřeb.

**Klíčová slova:** rizikové chování, přítomnost symptomů ADHD, ADHD a rizikové chování, ústavní péče, dětský domov se školou

## **Abstract**

**STARTING POINT:** The presence of ADHD symptoms is one of the possible causes of risky behavior. Adolescent risk behaviors bring many challenges that can affect the quality of future life. One of the consequences of risky behavior may be to place a teenager in institutional care.

**OBJECTIVES:** The aim of this diploma thesis is to describe in detail the occurrence of risk behavior in the children's home with the school and then to look into the possible occurrence of symptoms of ADHD. Consequently, we will attempt to characterize the risk behavior of children in institutional care by gender, age and educational program.

**METHODS:** The data were obtained using questionnaire methods, for the presence of the ADHD symptoms the BRIEF questionnaire was used (Gioia et al., 2011). The VRCHA questionnaire the occurrence of risk behavior in adolescents (Dolejš & Skopal, 2015) was used to map the occurrence of risk behavior. The data was also obtained with the study of the documentation, when we worked with existing documents, the subject of the examination was the report of the respondents.

**RESULTS:** The most common risk behavior in children's homes with the school is delinquency and abuse of addictive substances. Risky behavior is more common among girls than among boys in a children's home with a school. Elementary school children behave generally more risky than children of practical elementary school. With rising age, the risky behavior of children with IDD increases. The relationship between the occurrence of ADHD and risk behaviors has been demonstrated only for bullying. The most common component of risk behaviors in children with ADHD is delinquency, then abuse and the least risky is bullying. However, delinquency and abuse are more common in children without ADHD symptoms.

**CONCLUSION:** On the basis of the results obtained, the correlation between the interdependence of the present ADHD symptoms and the risk behavior of the children's home with the school can not be established. However, there has been a successful mapping of the occurrence of risky behavior and its subsequent characteristics, which may be beneficial in any future exploration of this issue, which brings with it many unanswered questions. In the context of the recommendation, it would be advisable to introduce risk prevention measures that take into account the level of risk of respondents and other specific needs related to gender, age, mental level and other educational needs.

**Key words:** risk behavior, presence of ADHD symptoms, ADHD and risk behaviors, institutional care, children's home with a school

# OBSAH

ÚVOD.....	9
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1 ADHD V DĚTSTVÍ.....	12
1.1 Historie termínu ADHD.....	12
1.2 Klasifikace a kritéria ADHD.....	13
1.3 Symptomy ADHD.....	15
1.4 Přidružené příznaky ADHD.....	17
1.5 Příčiny vzniku ADHD.....	20
1.6 Možnosti vyšetření.....	22
1.7 Léčebné intervence.....	23
1.8 Exekutivní funkce a ADHD.....	26
2 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ .....	28
2.1 Termín rizikové chování .....	29
2.2 Příčiny vzniku rizikového chování.....	31
2.3 Rizikové faktory v daných oblastech .....	32
2.4 Formy rizikového chování .....	38
3 ÚSTAVNÍ VÝCHOVA A PÉČE.....	49
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	52
4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	53
5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A CÍLE.....	54
5.1 Cíl výzkumu.....	54
5.2 Výzkumné otázky.....	54
6 ZÁKLADNÍ A VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	55
7 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT.....	59
7.1 Dotazník na přítomnost symptomů ADHD.....	59
7.2 Dotazník na přítomnost rizikového chování VRCHA .....	61
7.3 Studium dokumentace.....	62
8 METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT.....	63
8.1 Metody zpracování.....	63
8.2 Analýza dat.....	63
9 ETICKÉ ASPEKTY STUDIE .....	65
10 VÝSLEDKY .....	66
10.1 BRIEF neboli Hodnocení exekutivních funkcí u dětí.....	67

10.2	Výskyt rizikového chování u adolescentů VRCHA.....	73
10.3	Vzájemné vztahy mezi BRIEF a VRCHA.....	80
11	DISKUZE.....	84
	ZÁVĚR.....	90
	POUŽITÁ LITERATURA.....	91



## ÚVOD

Dospívání je velice obtížné období, kdy dochází k radikálním změnám v organismu i v osobnosti vyvíjejícího se jedince. S tímto věkem narůstá možnost rizikového chování, které s sebou přináší mnohé komplikace v životě dospívajícího a často i následky do dospělosti. „*Rizikovým chováním rozumíme takové vzorce chování, v jejichž důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince i pro společnost*“ (Miovský & Zapletalová, 2006, s. 28).

Příčinami rizikového chování může být mnoho různých faktorů, tyto faktory dělíme na vnitřní a vnější. Vnitřní faktory jsou přímo spojeny s osobou dítěte a mohou to být faktory biologické, psychologické a fyziologické. Vnějšími faktory jsou faktory sociální, jedince ovlivňuje prostředí, ve kterém žije, rodina, škola a lidé s kterými komunikuje.

Porucha pozornosti s hyperaktivitou patří právě mezi vnitřní faktory, které na dítě mohou působit a mohou tak přispívat k rizikovému chování. Tímto tématem se zabývalo mnoho studií, jedna z nich dle Biedermana et al. (1997) uvádí, že děti s ADHD mají v dospívání a dospělosti častěji problémy s užíváním návykových látek než běžná společnost. Tvrdí, že však není jasné, zda je ADHD hlavním spouštěčem v užívání návykových látek, nebo se vyskytuje společně s poruchami chování. Podobná studie proběhla i pod vedením Busche et al. (2002), který zkoumal užívání návykových látek u dětí se symptomy ADHD, byly u nich častěji přítomny problémy se zneužíváním návykových látek v porovnání s kontrolní skupinou. ADHD patří mezi neurovývojové poruchy, nejčastěji se vyskytuje v dětském věku, ale je prokázáno, že přechází i do dospělosti. V dětském věku těmito symptomy trpí 3 - 7 % dětské populace (Cáhová, Pejčochová & Ošlejšková, 2010). Dle Kucharské (2000) tato porucha bývá přítěží jak pro rodinu, tak pro školní prostředí. Porucha pozornosti s hyperaktivitou je častěji diagnostikována u chlapců, než u dívek.

Dětský domov se školou je typ ústavní péče, kam jsou umístovány děti, jejichž výchova a vývoj jsou nějakým způsobem ohroženy. Do tohoto typu zařízení jsou nejčastěji zařazovány děti s výchovnými problémy, které nemohou navštěvovat běžnou základní školu. Děti jsou zde umístěny na základě předběžného opatření, nejčastěji mají nařízenou ústavní výchovu nebo mají uloženou ochrannou výchovu. U velké většiny dětí jsou diagnostikovány poruchy chování, přítomny symptomy ADHD, ale můžeme se zde například setkat i s diagnózou schizofrenie. Z toho plyne, že mnohé z těchto dětí se setkají s rizikovým chováním.

Existuje již mnoho výzkumů, které se zabývají rizikovým chováním adolescentů, v rámci speciální pedagogiky, ale také adiktologie je to velice probírané téma. Odborníci se zaměřují v rámci rizikového chování na primární prevenci a na možné předcházení rizikového chování. Avšak existuje méně studií, které by mapovaly rizikové chování

u adolescentů, kteří jsou vysoce riziková a v závislosti na této rizikovosti se dostávají do ústavní péče.

Teoretická část práce se zabývá představením základních pojmů, jakými jsou ADHD, rizikové chování, ústavní výchova a dětský domov se školou. V rámci praktické části dojde k samotné realizaci výzkumu. V rámci diplomové práce se zaměříme na zmapování výskytu rizikového chování u dětí ústavní péče v souvislosti s výskytem symptomů ADHD. Zajímá nás, zda přítomné symptomy ADHD nějak ovlivňují výskyt rizikového chování a rizikovost jedince, v porovnání s nepřítomnými symptomy ADHD.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

Diplomová práce je rozdělena do dvou hlavních částí, teoretická část slouží k seznámení s probíraným tématem. V této části jsou shromážděny informace, které vycházejí z dostupné literatury. Seznamujeme zde čtenáře s problematikou daného tématu, konkrétně podrobně probíráme jednotlivé symptomy ADHD, jejich komorbidity, příčinu vzniku, možnosti vyšetření a léčebné intervence. Uvádíme zde také vztah mezi exekutivními funkcemi a ADHD. Dále probíráme jednotlivé formy rizikového chování, příčiny vzniku rizikového chování a rizikové faktory. Nakonec uvádíme základní informace o ústavní výchově a dětských domovech se školou.

# 1 ADHD V DĚTSTVÍ

Dle Hallowella a Rateya (2007) se jedná o neurologický syndrom, jehož nejtypičtější symptomy jsou impulzivita, snadná rozptýlenost pozornosti a hyperaktivita neboli přemrštěná energie. Nejedná se o výsledek špatné výchovy ze strany rodičů, jak se mnozí domnívali (Munden & Arcelus, 2008).

ADHD se vyskytuje i u dívek, ale ve větší míře u chlapců, setkáváme se s ním u řady etnických skupin, různých socioekonomických vrstev, ale i u odlišných stupňů vzdělání a inteligence (Hallowell & Ratey, 2007). Toto tvrzení však popírá Dudová a Hrdlička (2003), kteří uvádějí, že ADHD se vyskytuje ve stejné míře u dívek, tak i u chlapců. U dívek je však zaznamenán v nenápadnější formě jako samostatná porucha pozornosti. U chlapců pak častěji vystupuje hyperaktivita a impulzivita (Drtílková, Šerý et al., 2007). Mýtem bylo, že ADHD je porucha, která se vyskytuje pouze v dětském věku a s nástupem dospělosti odeznívá. Avšak je prokázáno, že symptomy ADHD odezní pouze u jedné třetiny případů a u zbylé části přetrvávají až do dospělosti (Hallowell & Ratey, 2007).

Do doby, než rodinám s dětmi s ADHD byla stanovena správná diagnóza a vyhovující léčba, docházelo v rodině ke stoupající frustraci z chování jejich dětí. Rodiče jsou první, kteří si všimnou, že chování jejich dítěte není zcela běžné, často dochází k obviňování, kdo může za nesprávnou výchovu dítěte. To bývá doprovázeno pocitem beznaděje (Munden & Arcelus, 2008).

*„U těchto dětí se ve zvýšené míře a dlouhodobě může projevat agresivita, rvačky, nepodrobnost, opoziční chování, lhaní, krádeže, záškoláctví, u starších dětí mohou mít projevy závažnější asociální nebo predelikventní charakter. Kombinace příznaků s poruchami chování je prognosticky méně příznivá, existuje větší riziko rozvoje budoucího násilného chování a delikvence.“* (Drtílková, 2007, s. 13).

## 1.1 Historie termínu ADHD

Příznaky byly poprvé zpozorovány na začátku 20. století, kdy v roce 1902 doktor G. F. Still zkoumal skupinu neklidných dětí, u kterých pozoroval nežádoucí chování, přesto, že tyto děti vyrůstaly v domácnostech, které splňovaly kritéria „dobré výchovy“. U těchto dětí popsal projevy hyperaktivity a narušenou pozornost, což vedlo k problémům s učením, dále pozoroval, že tyto projevy se vyskytují spíše u chlapců. Výsledkem studie bylo, že příčiny jsou pravděpodobně biologické, jelikož je nebylo možné vysvětlit zanedbáním výchovy nebo působením prostředí (Drtílková, Šerý et al., 2007).

Dle Hallowella et al. (1994) byla další zmínka publikována v roce 1904, a to v časopise Lancet, který vydal článek Případ neposedného Filipa, ve kterém je popisován

příběh chlapce, který je stále v pohybu, jeho chování končí úplnými katastrofami, kdy se houpe na židli tak dlouho, až ze židle spadne a při pádu se zachytí ubrusu, strhne s ním talíře a skleničky, které se všechny rozbijí. V tomto příběhu je popisována zábavnou formou i zoufalost samotných rodičů, u kterých narůstá frustrace z chlapcova nevhodného chování. I zde bylo popisováno chování, které mělo příznaky ADHD (in Drtílková, Šerý et al., 2007).

Teorie o biologické příčině ADHD byla posílena v roce 1937, kdy Charles Bradley použil při léčbě dětí s poruchami chování psychostimulační látku benzedrin, po jehož podání došlo k zmírnění hyperaktivity a u neklidných dětí bylo viditelné zlepšení prospěchu. To mělo za důsledek následnou změnu terminologie (Drtílková, Šerý et al., 2007).

Termín z největší části ovlivnila teorie o biologické příčině, ta měla za následek řadu označení této poruchy. Termínem, který měl sjednotit terminologii, byla lehká mozková dysfunkce (LMD), která se stala celosvětovým měřítkem této nemoci. Avšak tento termín označoval širší spektrum symptomů, které jsou v dnešní době brány jako komorbidní, jako jsou například poruchy učení. Na to navázal i Wender v roce 1973, který označil skupinu dětí s LMD jako výrazně heterogenní, kdy pouze část dětí reaguje kladně při podávání stimulancií (Drtílková, Šerý et al., 2007).

V dalších letech došlo k několika změnám v termínech, které popisovaly tuto poruchu, v roce 1957 byl zaveden termín hyperkinetická impulzivní porucha, ten později vystřídal termín hyperkinetická reakce v dětství, v dalším manuálu DSM-III již byla zmíněna porucha pozornosti a tento termín přetrval až do současnosti, kdy je v manuálu DSM-V jako attention deficit hyperaktivity disorder (Drtílková, Šerý et al., 2007).

## 1.2 Klasifikace a kritéria ADHD

Termín ADHD je v dnešní době nejčastěji používaným, jak mezi českými odborníky a běžnou veřejností, tak i ve světě. A to i přesto, že dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která je v České republice používána, je pro tuto poruchu stanoven termín Hyperkinetická porucha. Dle Drtílkové (2007) je oblíbenost termínu ADHD pravděpodobně způsobena jeho stručností a také tím, že většina odborných článků, které jsou publikovány v angličtině, se týká termínu ADHD. ADHD, tedy porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivity je používán Americkým diagnostickým manuálem DSM-V (Drtílková, Šerý et al., 2007). Termín hyperkinetická porucha a termín ADHD však nejsou zcela totožné, liší se v několika kritériích, pro hyperkinetickou poruchu jsou kritéria obecně přísnější (Munden & Arcelus, 2008).

Dle diagnostického manuálu DSM-V není podmínkou současná přítomnost všech tří základních symptomů pro diagnózu ADHD. Tato mírnější diagnostická kritéria jsou příčinou vyššího počtu výskytu této diagnózy u dětí ve srovnání s hyperkinetickou

poruchou (Drtílková, 2007). Je tak podchycena velká část případů, kdežto u hyperkinetické poruchy jsou podchyceny pouze ty nejzávažnější případy, u kterých se vyskytují všechny tři hlavní příznaky. Dle Drtílkové, Šerého a kolektivu (2007) epidemiologické údaje potvrzují vyšší prevalenci dětí s ADHD v zemích, kde je používán diagnostický manuál DSM - V, a to 4 – 19 %. Naopak v zemích, kde je využíván ke klasifikaci diagnostický manuál MKN – 10 je prevalence 1 – 3 %.

*„Diagnostická kritéria ADHD dle DSM-V jsou následující:*

*A. 6 a více (pro děti) nebo 5 a více (pro jedince  $\geq 17$  let) z následujících příznaků NEPOZORNOSTI (1) a/nebo HYPERAKTIVITY A IMPULZIVITY (2), které přetrvávají po dobu  $\geq 6$  měsíců a mají negativní dopad na vývoj, fungování a sociální, vzdělávací nebo pracovní aktivity:*

**1. Nepozornost**

- a) Často není schopen se soustředit na detaily nebo dělá chyby z nepozornosti ve školních úlohách, v práci nebo při jiných aktivitách (např. přehlíží nebo vynechává detaily, práce je nepřesná).*
- b) Často má problémy udržet pozornost na úkoly nebo při herních činnostech (např. má obtíže zůstat soustředěný na přednášky, rozhovory nebo delší čtení).*
- c) Často vypadá, že neposlouchá, když je přímo osloven (např. je myšlenkami jinde i v nepřítomnosti zjevné příčiny rozptýlení).*
- d) Často nesleduje instrukce do konce a není schopen dokončit školní úkoly, domácí práce nebo pracovní povinnosti (např. začne plnit úlohy, ale rychle ztrácí pozornost a snadno se nechá rozptýlit).*
- e) Často má problémy organizovat úkoly a aktivity (např. má obtíže zvládat následné úlohy; má obtíže udržet si pořádek v materiálech a osobních věcech; je nepořádný; dezorganizovaná práce; nezvládá organizaci času; nestíhá termíny).*
- f) Často se vyhýbá, nemá rád nebo je neochotný plnit úlohy, které vyžadují setrvalé duševní úsilí (např. školní nebo domácí úkoly; u starších adolescentů a dospělých příprava zprávy, vyplňování formulářů, kontrola dlouhých článků).*
- g) Často ztrácí věci potřebné pro úkoly nebo aktivity (např. školní materiály, tužky, knihy, pomůcky, peněženky a doklady, klíče, dokumenty, brýle, mobilní telefony).*
- h) Často je rozptýlen zevními stimuly (u starších adolescentů a dospělých to mohou být i nesouvisející myšlenky).*
- i) Při denních činnostech je často zapomětlivý (např. udělat domácí práce, povinnosti; u starších adolescentů a dospělých zavolat nazpátek, zaplatit účty, dodržet schůzky).*

**2. Hyperaktivita a impulzivita**

- a) Často se ošívá nebo poklepává rukama nebo se vrtí na židli.*

- b) Často vstává ze židle v situacích, kdy se očekává, že by měl zůstat sedět (např. opouští svoje místo ve třídě, v kanceláři nebo jiném pracovišti nebo v jiné situaci, která vyžaduje zůstat na místě).
  - c) Často běhá nebo šplhá v situacích, kdy to je nevhodné (Poznámka: u adolescentů a u dospělých se může omezit na pocit neklidu).
  - d) Často je neschopen si tiše hrát nebo tiše trávit volný čas.
  - e) Často je v poklusu, chová se jako by byl „poháněn motorem“ (např. nedokáže nebo mu je nepohodlné zůstat delší dobu v klidu např. v restauracích, na schůzkách; ostatní jej mohou vnímat jako neklidného, někoho s kým je těžké udržet krok).
  - f) Často nadměrně hovoří.
  - g) Často vyhrkne odpověď ještě dříve, než byla otázka dokončena (např. dokončuje věty za druhé; nedokáže čekat, až na něj v rozhovoru dojde řada).
  - h) Často má obtíže čekat, až na něj dojde řada (např. při čekání ve frontě).
  - i) Často přerušuje nebo ruší druhé (např. se plete do rozhovoru, her nebo aktivit; může používat věci druhých bez dovolení; adolescenti nebo dospělí se vetřou nebo přebírají to, co dělají druzí).
- B. Několik příznaků nepozornosti nebo hyperaktivity – impulzivity bylo přítomno již před 12. rokem věku.
- C. Několik příznaků nepozornosti nebo hyperaktivity – impulzivity je přítomno ve dvou nebo více prostředích (např. doma, ve škole, v práci; s přáteli nebo příbuznými; při jiných činnostech).
- D. Existuje jasný důkaz, že příznaky narušují nebo snižují kvalitu sociálního, akademického nebo profesionálního fungování.
- E. Příznaky se nevyskytují výlučně v průběhu schizofrenie nebo jiné psychotické poruchy a nelze je lépe vysvětlit jinou duševní poruchou (např. poruchou nálady, úzkostnou poruchou, disociativní poruchou, poruchou osobnosti, intoxikací návykovou látkou nebo abstinčním stavem).“ (in Masopust et al., 2015, s. 69).

### 1.3 Symptomy ADHD

Základními symptomy ADHD jsou porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. Podle přítomnosti jednotlivých symptomů rozlišujeme dále několik subtypů: ADHD s převládající poruchou pozornosti, ADHD s převládající hyperaktivitou a impulzivitou a poté smíšený typ (Drtílková, Šerý et al., 2007).

Symptomy ADHD se mohou začít projevovat již v kojeneckém věku, kdy jsou tyto děti nápadně neklidné, ukřičené a mívají problémy s usínáním. V předškolním věku může u těchto dětí trvat déle období vzdoru, které bývá doprovázeno výraznými záchvaty vzteku. Ve školce bývají tyto děti středem pozornosti, jsou popisovány jako divoké, neukázněné

a agresivně reagující. Nevydrží si dlouhou dobu hrát s jednou hračkou, často střídají aktivity, ničí věci. Problémy s chováním se u těchto dětí začínou nejvíce stupňovat s nástupem do školy, kdy není dítě schopné se podřídit školnímu režimu, je pro ně problémem dodržovat daná pravidla, soustředit se na výuku a na vlastní práci (Drtílková, 2007).

### **Porucha pozornosti**

Porucha pozornosti neboli také nesoustředěnost, je často odpovědná za řadu neúspěchů, které u dětí s ADHD pozorujeme. Důvodem je neschopnost soustředit se na daný problém po určitou dobu (Munden & Arcelus, 2002). Nejčastěji je nachytáme, jak se dívají ven z okna nebo pozorují dění ve třídě, jejich pozornost je přelétavá a snadno je zaujme pro ně zajímavější věc. Dle Cahové, Pejčochové a Ošlejškové (2010) mají děti problémy s pozorností zejména v činnostech spojených se školou, jsou zapomětlivé, nesoustředěné a je pro ně obtížné vytrvat dlouho u jedné činnosti. Drtílková (2007) uvádí, že jejich práce bývá ve výsledku nekvalitní, pracují povrchově, dělají chyby z nepozornosti. Jejich prospěch bývá často nevyrovnaný, což je ovlivněno aktuálním stavem dítěte, jednou dokáže udržet pozornost celou vyučovací hodinu a při další hodině je jeho pozornost ovlivněna například vnějšími vlivy. Dětem s ADHD trvá delší dobu, než se naučí nějakou činnost nebo látku, to je způsobeno neudržitelnou pozorností, kdy se pozornost rychle vyčerpává. Pro děti s poruchou pozornosti je typické, že nemají pořádek ve svých věcech, zapomínají školní pomůcky, mají je rozbité nebo je ztrácí. Důležité jsou pro ně jasné pokyny, jelikož při dlouhém vysvětlování, hlavně ze strany dospělých, ztrácí pozornost a unikají jim tak důležité informace.

Pokud se však tento symptom vyskytuje samostatně, tyto děti působí jako tiché, zamýšlené a nesoustředěné, často pak dochází k tomu, že tento symptom není přisuzován diagnóze ADHD, ale děti jsou brány spíše jako „zakřiknuté“. Není jim pak věnována dostatečná péče a léčba (Munden & Arcelus, 2002).

### **Hyperaktivita**

Hyperaktivita je jedním z nejnápadnějších příznaků ADHD, kdy je u dítěte přítomna nadměrně vysoká úroveň motorické a hlasové aktivity. Hyperaktivita je nejvíce viditelná v situacích, kdy je od dětí očekáván vysoký stupeň sebekontroly chování, to se projevuje zejména s příchodem do první třídy, kdy je od dítěte vyžadováno, že bude sedět v klidu v lavici a bude poslouchat výklad učitelky (Drtílková, 2007). Hyperaktivita se projeví tak, že dítě má neustále puzení k pohybu, nedokáže zůstat v klidu, dělá mu potíže odpočívat. Jeho pohyby jsou často neúčelné (Drtílková, Šerý et al., 2007). „*Ve škole bývají často děti s ADHD právě ty, které nejsou na svých místech, když tam mají být, nebo pokud tam jsou, tak tam dlouho nevydrží. Bývají to děti, které mají sklon neustále povídat, vykřikovat, pošťuchovat spolužáky a rušit je od zadané práce.*“ (Munden & Arcelus, 2008, s. 22). Rodiče i pedagogové mají často velké potíže hyperaktivní děti usměrnit. Děti jsou neklidné, neustále se „vrtí“, vstávají, vykřikují, jsou hlučné, upovídáné, skáčou dospělým



do řeči, jsou zbrklé, jejich chování je riskantní, rychle navazují a ukončují přátelské vztahy (Paclt, 2007). Řadu nepříjemností způsobuje jejich agresivní chování, často u nich vznikají konflikty s ostatními vrstevníky, jelikož se nechají snadno vyprovokovat (Drtílková, Šerý et al., 2007).

U adolescentů dochází k ústupu těchto bouřlivých projevů, mohou přetrvávat pouze pocity neklidu, nervozita a rozladění z nečinnosti (Drtílková, 2007).

### **Impulzivita**

Impulzivita je projevem neschopnosti zamezit určité reakci na daný impuls, ať se jedná o vhodnou nebo nevhodnou reakci (Munden & Arcelus, 2008). Tento rys se u dětí projevuje nedočkavostí, kdy například nenechají pedagoga dokončit instrukce k testu a začnou rovnou pracovat, což má často za následek neúspěchy. Při tázání pedagoga nečekají na znění celé otázky a odpovídají předčasně, což způsobuje konflikty nejen ze strany pedagoga, ale také ze strany ostatních spolužáků (Drtílková, Šerý et al., 2007). Problém jim dělá sebeovládání, neatraktivní jsou pro ně činnosti, u kterých není viditelná okamžitá odměna. Typické je pro ně, že dělají to, co je zrovna napadne, nepřemýšlejí dopředu o důsledcích. Toto bezmyšlenkovité jednání je v dětském věku nejčastěji spojeno s úrazy a nehodami, kdy je dítě schopné náhle vkročit do vozovky, z důvodu toho, že například na druhé straně zpozoruje něco, co upoutá jeho pozornost (Paclt, 2007). Impulzivita u dospívajících může vést k rizikovému chování, jelikož často selhávají při rozhodování o možném negativním, destruktivním a životu ohrožujícím jednání. Adolescenti se mohou snažit upoutat pozornost svých vrstevníků nebezpečnými aktivitami, jako je například skok z nebezpečné výšky, experimenty s návykovými látkami nebo řízení vozidla pod vlivem alkoholu (Munden & Arcelus, 2008).

## **1.4 Přidružené příznaky ADHD**

Dle Drtílkové, Šerého a kolektivu (2007) se zobrazovací metody postaraly o další náhled na neuropsychiatrické poruchy. Dokazují, že ADHD patří právě mezi tyto poruchy. Tyto metody ukazující, že jsou u těchto poruch zasáhnuty shodné mozkové regiony. To by vysvětlovalo častý výskyt komorbidních poruch u ADHD.

Přidružené příznaky neboli komorbidity mohou ovlivnit celý průběh léčby a tím i život daného jedince. U dětí s ADHD bývá další porucha přítomna v 60-70%. Zastoupení jednotlivých poruch je ovlivněno věkem dítěte, s věkem stoupá jejich závažnost. To je nejčastěji způsobeno rostoucí samostatností dítěte, kdy rodič již nemá takové možnosti zmírnit rizika, která z diagnózy ADHD a jejich přidružených poruch plynou (Goetz & Uhlíková, 2009). Z tohoto důvodu je pro stanovení diagnózy důležité, se zaměřit na možné přidružené příznaky, které by mohly ovlivnit průběh léčby ADHD, což by mohlo vést k prohloubení obtíží. Dále by mohlo dojít k chybné diagnóze, kdy můžeme ADHD zaměnit za přidružené symptomy, jakými jsou například poruchy chování, poruchy učení

(Munden & Arcelus, 2008). Hort s kolektivem (2008) také uvádějí, že přítomné symptomy ADHD s sebou nesou rizika pro výskyt dalších psychiatrických poruch, jako jsou poruchy chování, vzdorovité opoziční chování a užívání drog. Dle Goetze a Uhlíkové (2009) může včasná léčba symptomů ADHD snížit možný výskyt dalších duševních poruch.

*ADHD je „spojováno především s komorbidním výskytem poruch chování, tikovými poruchami, specifickými vývojovými poruchami školních dovedností a motorické funkce, úzkostnými poruchami a v poslední době je také upozorňováno na častý výskyt přidružených afektivních poruch a obsedantně-kompulzivní poruchy. Není zatím jasné, zda tato komorbidita reprezentuje diagnostické nebo symptomové překrývání rozdílných onemocnění, anebo zda jde o různé projevy stejné heterogenní poruchy se sdílenou vulnerabilitou.“ (Drtílková, Šerý et al., 2007, s. 183).*

**Porucha opozičního vzdoru** je mírnější formou narušeného chování, jejímž projevem je vzdorovité a odmítavé chování, neúcta k autoritám, hádky s dospělými, záměrné porušování pravidel, schválnosti a neposlušnost (Drtílková, 2007). Děti jsou častěji podrážděné a hádavé. Na rodiče jsou kladeny vyšší nároky, léčbou ADHD však mohou být potlačeny symptomy ADHD, ale i poruchy opozičního vzdoru (Goetz & Uhlíková, 2009). Porucha opozičního vzdoru je jednou z nejčastěji uváděných poruch, a to až u 33 % dětí s ADHD (Drtílková, Šerý et al., 2007).

**Porucha chování** je závažnější formou, přidružuje se až v pozdějším věku, kdy se s dospíváním stupňuje. U dětí se projevuje neúctou k majetku, ale hlavně právům a zdraví druhých. Často dochází z jejich strany k šikaně a zastrašování slabších, vyvolávání rvaček, ničení cizích věcí, lhaní, záškoláctví nebo útěkům z domova. V literatuře je uváděno, že se porucha chování vyskytuje přibližně u 25 - 50 % dětí s ADHD, až u poloviny může přecházet do dospělosti a přetransformuje se do poruchy osobnosti. Léčba ADHD a přidružené poruchy chování je náročná, ale důležité je podchycení. Dospívající jsou do budoucna ohroženi možným zneužíváním návykových látek (Goetz & Uhlíková, 2009). U dětí se symptomy ADHD a poruchami chování se častěji vyskytuje zvýšená impulzivita než porucha pozornosti (Drtílková, Šerý et al., 2007). Častou komplikací v diagnostice je podobnost symptomů poruchy chování a symptomů ADHD, kdy je důležité zhodnocení psychiatra, zda se jedná o záměnu diagnózy nebo poruchy existují vedle sebe (Munden & Arcelus, 2008).

**Poruchy školních dovedností** jsou vrozené nedostatky, které i přes běžnou inteligenci dítěte ztěžují úspěšné zvládnutí daných předmětů. Nejčastěji dochází k selhávání ve čtení, psaní nebo počítání. Kombinací ADHD s poruchou učení se zvyšuje a prohlubuje riziko školního selhání, psychická zátěž a s tím spojený stres (Drtílková, 2007). U dětí s ADHD bývá pozorována velká výkonnostní variabilita, která se projevuje zejména ve vztahu k plnění úkolů v rámci školní docházky. Tato variabilita se může měnit den ode dne, ale také z hodiny na hodinu. Jednou dítě dokončí zadaný úkol pohotově a přesně, jindy naopak mohou pracovat ledabyle, neustále něco jiného upoutává jejich

pozornost a úkol nedokončí (Paclt, 2007). Výzkumy z USA ukazují, k jakým poruchám učení mají děti s ADHD nejčastěji sklony: 90 % dětí je nedostatečně výkonných, 90 % dětí podává podprůměrné výkony neodpovídající svým schopnostem, 20 % dětí trpí dyslexií, 60 % dětí trpí dysgrafií, 30 % dětí nedokončí v USA školní docházku (Munden & Arcelus, 2008). U těchto dětí se také setkáváme se specifickým zpožděním motorické funkce, tedy vývojem motoriky a řeči. Dětem způsobuje problém zavázání tkaniček, zapínání knoflíků, úhledné psaní, kreslení nebo chytnutí míče. Dítě působí neohrabaně a nešikovně, mívá problémy při tělesné výchově. Tato neobratnost ve spojitosti s hyperaktivitou a impulzivitou má za následek vyšší riziko úrazů. Léčbou ADHD dosáhneme zlepšení ve školních dovednostech, důležitá je spolupráce odborníků, učitelů a rodičů (Drtílková, Šerý et al., 2007). Poruchy školních dovedností se vyskytují přibližně u 30 % dětí trpících ADHD (Goetz & Uhlíková, 2009).

**Úzkostné a depresivní poruchy** se mohou vyskytovat zejména u starších dětí. V mnoha výzkumech je uváděno, že se v rodinách často vyskytuje ADHD společně s depresemi (Drtílková, 2007). Tento názor podporuje také Faraone (2000), který tvrdí, že pokud se v rodině vyskytuje deprese, můžeme předpokládat možný vznik ADHD (in Drtílková, Šerý et al., 2007). Avšak je dokázáno, že část úzkostných a depresivních symptomů vzniká jako reakce na školní neúspěchy, problémy v mezilidských vztazích, tresty a další (Drtílková, 2007). Deprese se vyskytuje asi u 4 % mladších dětí s ADHD, její výskyt se však s věkem zvyšuje. Dále se u dětí s ADHD objevuje výskyt bipolární afektivní poruchy, která se vyznačuje střídáním epizod depresivní a manické fáze. Může se vyskytovat spíše u dospívajících dětí. Úzkostnou poruchou trpí až 30 % dětí se symptomy ADHD. U úzkostných dětí trpících symptomy ADHD jsou méně nápadné projevy impulzivity. Jejich krátkodobá paměť je zhoršená, hůře obstojí ve složitějších úlohách. Tyto děti bývají méně sebevědomé než děti se samostatným ADHD (Goetz & Uhlíková, 2009).

**Další zdravotní potíže**, děti se symptomy ADHD častěji trpí strabismem. Často zmiňovanou je noční enuréza, kdy dochází u dětí s ADHD k nočnímu pomočování. Děti s ADHD mají větší sklony k nehodám a úrazům (Paclt, 2007). U 10 % dětí s ADHD jsme zaznamenali výskyt tikové poruchy, kdy u dětí dochází k opakovaným nepravidelným svalovým záškubům. Tyto projevy mohou být také zvukové a hlasové (Goetz & Uhlíková, 2009). Děti trpící symptomy ADHD mají vyšší pravděpodobnost vzniku spánkových poruch, jakými mohou být noční děsy, mluvení ze spánku, náměsíčnost a noční můry. Tyto projevy se vyskytují již v kojeneckém věku, kdy dítě přes den pospává a celou noc prokřičí. U starších dětí jsou projevy takové, že děti usínají později, v noci se probouzí a ráno jsou nevyspalé (Drtílková, 2007).

**Zneužívání návykových látek** se u dětí se symptomy ADHD vyskytuje ve vyšší míře než u dětí bez ADHD. Lidé s ADHD, hlavně tedy dospívající začínají užívat návykové látky dříve než lidé bez ADHD. Je u nich také vyšší pravděpodobnost fyzické

i psychické závislosti (Munden & Arcelus, 2008). Děti s ADHD začínají s kouřením cigaret a konzumací alkoholu v dřívějším věku než děti bez ADHD. Poté následuje další experimentování s marihuanou a jinými drogami. Také je dokázáno, že lidé s ADHD přecházejí dříve na intravenózní užívání, experimentují s mnoha druhy psychotropních látek a užívají ve vyšší míře stimulantia (Kaye, Darke & Torok, 2013). Pokud je ADHD přítomno v kombinaci s poruchou chování, riziko k zneužívání návykových látek mnohonásobně roste (Goetz & Uhlíková, 2009). Dle Adlera (2006) je užívání návykových látek u dětí se symptomy ADHD způsobem vlastní léčby daných symptomů. Toto tvrzení podporuje také Arria s kolektivem (2010), která uvádí, že lidé s neléčeným ADHD užívají návykové látky formou „sebededikace“. Lidé s neléčeným ADHD mohou mít deprese, nedokážou se soustředit, jsou roztěkaní. Zklidnění nachází právě v návykových látkách (Hallowell & Ratey, 2007). Wilens a Fusillo (2007) uvádějí, že pokud je ADHD v dětství léčeno farmaky, dojde k snížení rizik pozdějšího užívání návykových látek.

## 1.5 Příčiny vzniku ADHD

Etiologie ADHD je v posledních letech předmětem zkoumání mnoha studií, které se touto problematikou zabývají. Přesto nelze příčiny vzniku u jednotlivých případů přesně určit, známo je několik vlivů, těmi jsou změny v neurobiologii, genetické faktory a negenetické faktory (Munden & Arcelus, 2008).

Mnoho odborníků, kteří se zabývají etiologií ADHD se domnívají, že projevy ADHD můžeme vysvětlit jednotnou teorií, protože mají společný podklad. Pro naši diplomovou práci jsme z dostupné literatury vybrali takovou teorii, která nám nejlépe pomůže pochopit chování dítěte. „Podle ní je za ADHD zodpovědná nedostatečná funkce těch řídicích systémů mozku, které nám umožňují tlumit tendenci neustále reagovat na nové podněty a impulzy a nechávat se jimi unést. Této funkci říkáme v odborné literatuře behaviorální inhibice. Její dobrá funkce je hlavním předpokladem sebekontroly jedince.“ (Goetz & Uhlíková, 2009, s. 65). Dle Goetze a Uhlíkové (2009) je schopnost sebekontroly rozvíjena s věkem, u malých dětí se běžně vyskytuje impulzivita, rychle něco zaujme jejich pozornost, avšak s rostoucím věkem jejich mozek dozrává a tím se zlepšuje jejich sebeovládání a jsou schopny ho řídit podle určitého plánu. Sebekontrola se u dětí s ADHD nedostatečně rozvíjí z důvodu opožděného a nerovnoměrného dozrávání mozku. To má za následek přetrvávající a výraznější impulzivitu, poruchu pozornosti a hyperaktivitu, než u dětí zdravých.

Mnohé výzkumy zabývající se lidským chováním, ve vztahu k fungování mozku prokázaly, že schopnost sebekontroly je řízena kůrou čelního laloku, a to konkrétně prefrontální kůrou, kde je důležité její spojení s podkorovými centry, přesně s bazálními ganglii a mozečkem. Pro pozorování těchto oblastí v lidském mozku používáme moderní zobrazovací metody, při kterých lze sledovat jejich aktivitu v klidu nebo při řešení testů. Tyto metody prokázaly, že u lidí s ADHD je snižená aktivita prefrontální kůry a také

bazálních ganglií. Dalším zjištěním bylo, že lidé s ADHD mají menší objem mozku a prefrontální kůry, v porovnání se zdravými jedinci o 3 - 4 %. Právě tyto oblasti, kde pozorujeme sníženou aktivitu nebo úbytek objemu jsou ovlivněny dopaminergním a noradrenergním systémem (Goetz & Uhlíková, 2009). Právě dopamin se stará o řízení soustředění pozornosti, příjem informací, činnost (Paclt et al., 2007). Také je ale odpovědný za kontrolu a koordinaci pohybové aktivity (Drtilková, 2007). Noradrenalin naopak reguluje vzrušení a má na zodpovědnosti posilování paměťových spojů. Také hraje důležitou roli v udržování pozornosti, má vliv na učení a paměť (Drtilková, 2007). Serotonin má na starosti řízení impulzů a puzení k činnostem (Paclt et al., 2007).

Další změny v neurobiologii můžeme pozorovat na mozkových strukturách, jako je nucleus caudatus, které má odpovědnost za zahájení a zrealizování uvědomělého pohybu. Pravostranné nucleus caudatus je u dětí s ADHD větší než levé a zároveň menší než nucleus caudatus zdravých dětí. Dalším útvarem je striatum, jenž plní důležitou funkci při inhibici chování a udržení pozornosti. Striatum tvoří spojení s limbickým systémem, který ovlivňuje řízení emocí, motivaci a paměť. Dále je u dětí s ADHD zmenšené corpus callosum, jehož nervové buňky spojují pravou a levou hemisféru a umožňuje tak integraci informací (Munden & Arcelus, 2008).

V této kapitole jsme popsali, jaké změny funkce mozku jsou zodpovědné za projevy ADHD. V další části si uvedeme, z jakého důvodu k těmto změnám funkce může docházet. ADHD je porucha, jejíž příčiny jsou podmíněny společným působením několika vlivů, z nichž jsou nejvýznamnější vlivy genetické (Drtilková, Šerý et al., 2007).

Genetická predispozice zajišťuje, že se děti narodí s různě velkou vulnerabilitou pro vznik ADHD. Tato náchylnost může přispět rozhodující měrou k tomu, zda u dítěte dojde k pozdějšímu rozvinutí poruchy (Drtilková, 2007). Na dědičnosti ADHD se podílí mnoho genů, z výsledků genetických studií docházíme k závěru, že dědičný základ u ADHD může být příčinou z 80 % a menší roli hrají negenetické faktory a vnější vlivy. To bylo potvrzeno na studiích jednovaječných dvojčat (Goetz & Uhlíková, 2009).

Dle Drtilkové (2007) mohou mít vliv na vznik ADHD také negenetické faktory, mezi které může být řazeno užívání alkoholu a tabáku u matek v době těhotenství, nízká porodní váha dítěte, předčasný porod, komplikovaný porod spojený s nedostatkem kyslíku, úrazy hlavy u dítěte a závažná infekce matky v době těhotenství. Již mnoho studií zkoumající vliv kouření matky v těhotenství, potvrdilo vzrůstající riziko pro vznik ADHD u dětí.

Dle Drtilkové, Šerého a kolektivu (2007) jsou dalšími méně rozhodujícími faktory vlivy prostředí, které mohou potlačit nebo naopak posílit symptomy ADHD. Nepříznivě působící jsou dysharmonické a nestabilní vztahy v rodině, s tím bývá spojené zanedbávání dětí, nepřiměřené tresty, nepravidelný režim dne a další chaotické podmínky okolí. Psychickou zátěž a stres dětem často způsobuje rozvod rodičů, úmrtí člena rodiny,

stěhování spojené se změnou školy nebo jiná traumatická událost, která může vést k zhoršenému chování a tím posílení symptomů ADHD.

## 1.6 Možnosti vyšetření

Určení diagnózy ADHD je velmi komplikované, je závislé na mnoha faktorech. Při vyšetření musí dojít k vyloučení řady možných zdravotních příčin. Musíme také brát v úvahu přidružené příznaky, které mohou ADHD ovlivňovat. Dalšími komplikacemi mohou být samotné symptomy ADHD, kdy se například porucha pozornosti schovává za tiché a neprůbojné dítě. Nebo naopak značná impulzivita a hyperaktivita mohou skrývat jinou poruchu, která potíže ještě více prohlubuje. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby bylo dítě v péči odborníků, kteří jsou schopni spolupracovat a správně stanovit diagnózu.

Prvotních příznaků ADHD si nejčastěji všimne jako první pedagog nebo rodič, kteří jsou s dítětem v úzkém kontaktu. Spolupráce těchto dvou blízkých osob dítěte je velmi důležitá pro fungování léčebného plánu.

Na stanovení diagnózy ADHD se podílí mnoho odborníků, jakými jsou například dětský psychiatr, pediatr, neurolog, psycholog v pedagogicko-psychologické poradně nebo učitel. Jejich cílem je, aby dítěti bylo poskytnuto celkové vyšetření potřebné ke stanovení správné diagnózy. Mezi celkové vyšetření zahrneme důkladné posouzení jádrových příznaků, tedy pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Dále se zaměříme na podrobnou anamnézu dítěte, která je sestavena z pohovoru s dítětem, rodiči a učitelem. Pro podrobné stanovení příznaků může být použit dotazník, který je nezávazně vyplněn učitelem a rodičem. Příkladem může být Barkleyův dotazník nebo test exekutivních funkcí BRIEF, které hodnotí chování v domácím i školním prostředí. Dále existují také testy zaměřené na emoční a behaviorální symptomy u dětí, patří mezi ně škála dětského chování nebo škála Connersové pro rodiče a učitele. Neexistuje však jednotný diagnostický test, který by stanovoval diagnózu a vypovídal o tom, zda je u dítěte ADHD přítomno (Munden & Arcelus, 2008).

Samotné vyšetření bude probíhat v přítomnosti psychiatra nebo psychologa, jehož snahou je komplexní zhodnocení stavu klienta. Při vyšetření dochází k pozorování dítěte během her, kdy odborník sleduje jeho reakce a chování. Během plnění zadaných úkolů hodnotí úspěšnost a také vytrvalost dítěte. Pro posouzení stavu dítěte jsou používány psychologické testy na posouzení intelektu, stavu pozornosti a dalších psychických kvalit (Drtilková, 2007).

Dle Paclta a kolektivu (2007) uvedeme jednotlivé příklady diagnostických testů, inteligencí se zabývá Wechslerova škála inteligence. Číselný čtverec, Test koncentrace pozornosti, Burdonův test, Test cesty a Test pozornosti D2 jsou dostupné testy zabývající se diagnostikou pozornosti. Dalším diferenciativně diagnostickým nástrojem je Stroopův test, který je podle řady autorů spolehlivým diagnostickým vodítkem pro odlišení diagnózy

ADHD od dalších možných poruch a zároveň je úspěšný v odhalování konkrétního subtypu ADHD. Další zkoumanou oblastí je paměť, pro kterou jsou využívány Rey-Osterriethovy komplexní figury nebo Paměťový test verbálního učení. Dále mohou být u dítěte provedeny zkoušky na sociální dovednosti, testy na vyhledávání poruch učení nebo specifických dovedností, jakou je například Strategie zvládnání stresu.

Pro získání informací týkajících se anamnézy je zásadní podrobný rozhovor s rodiči, který je zaměřen na rozumový a citový vývoj, na reakce a chování dítěte, zájmové činnosti a dovednosti. Přínosné je také zmapování způsobu výchovy ve vztahu k dítěti, zajímá nás nastavení systému odměn a trestů v rodině a rodinné vztahy (Drtílková, 2007). Co se týče zdravotní anamnézy, důležité je zvážení přítomnosti možných rizikových faktorů, ke kterým může patřit rizikové těhotenství, komplikovaný porod, užívání alkoholu a návykových látek matkou v průběhu těhotenství nebo prodělané úrazy dítěte. Musí také dojít k vyloučení možných potíží se zrakem, sluchem a porozuměním řeči, které by mohly ovlivnit schopnost jedince se učit a přemýšlet. V rámci školní anamnézy zjišťujeme školní prospěch dítěte, úroveň dovedností a schopností, možný výskyt SPU, vztahy v kolektivu a vztah k autoritám. Odborník bude chtít také vyloučit možnou genetickou predispozici, proto se bude rodičů doptávat na jejich tělesné a duševní zdraví, konkrétně se zaměří na přítomnost symptomů ADHD a výskyt depresí (Munden & Arcelus, 2008).

Psychologické vyšetření může být ovlivněno situačními faktory, zejména aktuálním psychickým stavem dítěte, přístupem k vyšetření a motivací ke spolupráci (Drtílková, Šerý et al., 2007).

## 1.7 Léčebné intervence

Při léčbě ADHD můžeme použít několik léčebných postupů a opatření. Výběr léčebných postupů je ovlivněn intenzitou příznaků, ale také názorem rodičů na farmakologickou léčbu (Munden & Arcelus, 2008). Dle intenzity symptomů, může být u mírnějších příznaků první volbou kombinace psychologických, sociálních a speciálněpedagogických opatření. Při nedostatečné účinnosti těchto opatření uvažujeme o připojení farmakologické léčby, to je často potřebné u dětí s výraznými projevy ADHD. Každý případ by měl být posuzován individuálně, abychom dosáhli maximálního úspěchu. Na léčebném plánu by měl spolupracovat lékař nebo psycholog s rodinou a s třídním učitelem. Důležitá je v tomto případě edukace, tedy důkladné seznámení všech zúčastněných s problematikou ADHD (Goetz & Uhlíková, 2009).

Základními léčebnými přístupy jsou již zmíněná farmakoterapie, psychoterapie a použití režimových a výchovných opatření. Dle mnoha výzkumů je za nejúspěšnější považována právě jejich kombinace. Cílem účinného léčebného opatření je, aby dítě s jeho pomocí zvládlo každodenní režim, maximálně využilo své inteligence ve škole, našlo své místo v kolektivu a došlo tak k zlepšení vztahů s blízkými osobami. Nesmíme také

opomenout léčbu možných přidružených psychických poruch, kterými jsou především poruchy chování a nálad (Goetz & Uhlíková, 2009).

### **Farmakoterapie**

Farmakologická léčba je nejvíce využívána u dětí s výraznými projevy ADHD. U těchto dětí dojde k značnému zlepšení projevů impulzivity a hyperaktivity, děti začínají být po zmírnění těchto příznaků více pozorné. To bývá úlevou nejenom pro dítě samotné, ale i pro celé jeho okolí. Po užívání psychofarmak můžeme pozorovat zlepšení v chování, myšlení, učení a ve vztahu s ostatními (Munden & Arcelus, 2008). Důvodem k nesouhlasu rodičů s farmakologickou léčbou může být nízká informovanost rodičů, strach z psychofarmak, předsudky rodičů nebo pouhé podceňování symptomů ADHD. Další obavy mohou vyplývat z možného nálepkování dítěte, kdy se s dítětem ponese diagnóza celý život a může tak dojít ke stigmatizaci dítěte i rodiny. Naštěstí je v současné době ADHD často probíraným tématem, tato osvěta napomáhá vyvracet tyto předsudky a dětem bývá poskytnuta odborná péče (Drtilková, Šerý et al., 2007). Pokud dojde k zvolení farmakologické léčby, nesmíme zapomenout také na edukaci namířenou k dítěti, kdy je důležité s ním probrat klady a zápory této léčby.

Látky, které jsou používány pro farmakoterapii ADHD, jsou schopny ovlivnit neurotransmiterové systémy v mozku, dopamin a noradrenalin. V této době existují pro léčbu poruchy ADHD dvě skupiny farmak, jednou z nich jsou stimulanty, která působí na dopaminový systém a druhou jsou látky nestimulační, které působí na noradrenalinový systém. V mnoha studiích bylo dokázáno, že farmakologicky léčené děti prospívají v mnoha oblastech života lépe, než děti farmakologicky neléčené. V odborné literatuře se uvádí, že nejvhodnější dobou k zahájení léčby je období před zahájením školní docházky, dochází tak k omezení rizika vzniku jiných psychických onemocnění, jakými mohou být poruchy chování, deprese nebo úzkosti (Goetz & Uhlíková, 2009).

Dle Goetze a Uhlíkové (2009) by však u dětí po čase mohlo dojít k vymizení symptomů ADHD, jelikož mozek a jeho struktura se s věkem mění a vyvíjejí, proto je potřebné po nějakém čase léčbu farmaky přerušit a posoudit tak, zda nedošlo k zlepšení příznaků ADHD. Výzkumy však potvrzují, že symptomy ADHD přetrvávají až u 60 % klientů do dospělosti.

Stimulanty jsou nejdéle používanými léčivy u symptomů ADHD, jejich úspěšnost dosahuje 70-80 %. V České republice je dostupným stimulantem Ritalin, jeho účinná látka je methylfenidát, který patří mezi deriváty amfetaminu. Ritalin se doporučuje užívat v ranních hodinách, aby bylo dosaženo maximálního účinku ve vyučovaných hodinách, jeho doba účinku trvá přibližně 3-4 hodiny. Další dávka by měla být podávána v poledních hodinách, to může způsobit komplikace, jelikož se o dávkování musí již postarat samo dítě ve spolupráci s pedagogem. V zahraničí je již na trhu dostupný stimulant Concerta, který má prodloužený účinek, to je způsobeno pomalým uvolňováním účinné látky. Mezi vedlejší účinky stimulantů může patřit nespavost a nechutenství (Drtilková, 2007).



Nestimulanční preparáty jsou přípravky, které ovlivňují noradrenalinový systém. V zahraničí a již i v České republice je pro léčbu ADHD využíván přípravek Strattera (atomoxetin), který je určen pro léčbu dětí i dospělých. Podle dosavadních výzkumů je jeho účinek srovnatelný s účinky Ritalinu a Concerty. Strattera má prodloužený účinek působení, který má pozitivní efekt na kvalitu spánku, konkrétně dochází ke zlepšení usínání (Goetz & Uhlíková, 2009).

Tricyklická antidepresiva výrazně ovlivňují dopaminergní a noradrenergní systém, nebyla však cíleně vyvinuta pro léčbu ADHD. Nejčastěji užívaným přípravkem z řad antidepresiv je imipramin, jedním z novějších je Welbutrin. Některá antidepresiva mají vysoký efekt u dětí s ADHD, u kterých se vyskytuje zároveň přidružená psychologická porucha, jakou může být úzkost nebo deprese. Domníváme se, že zároveň tyto přípravky snižují příznaky ADHD a zároveň přispívají k zlepšení nálady a zmírňují hyperaktivitu (Drtílková, 2007).

Dle Drtílkové (2007) lze k léčbě ADHD využít také antipsychotik, a to zejména u dětí, které zároveň trpí poruchami chování s agresivními projevy.

## **Psychoterapie**

Psychoterapie je důležitou složkou léčebného plánu, nejúčinnější je v kombinaci s farmakologickou léčbou. Při dlouhodobě trvajících příznacích ADHD nedochází k dostatečnému vybudování dovedností, které ovlivňují kvalitu budoucího života. V rámci psychoterapeutické léčby je naším cílem dítě naučit základním dovednostem, které jim pomohou se začlenit do společnosti (Munden & Arcelus, 2008).

Dle Goetze a Uhlíkové (2009) se k léčbě ADHD nejvíce využívá kognitivně behaviorální psychoterapie, neboli KBT, která se zdá být pro léčbu ADHD nejvíce prospěšná. Dle Drtílkové, Šerého a kolektivu (2007) behaviorální terapie využívá principů učení, aby dosáhla žádaných vzorců chování výměnou za reakce nežádoucí. Chování se snaží změnit hledáním jeho spouštěčů a jeho následků. Kognitivní terapie pracuje s myšlenkami a postoji k sobě a druhým lidem. KBT nemá za cíl vyléčit ADHD, ale klade důraz na zaměření se na konkrétní problémy, kdy se dítě rozborem svého chování snaží nacvičit chování vhodnější. Problém musí být definován co nejpřesněji, stejně tak popsání chování, konkrétní frekvence, intenzita a trvání. V rámci psychoterapie se také rodiče dozvídají, jak přistupovat k dítěti, jak se zachovat v určitých každodenních situacích. Jednou z technik je trénink sebeovládání, tato metoda je důležitá právě pro děti s ADHD, které bývá díky symptomům ADHD narušené. Munden a Arcelus (2008) uvádí další metody, které se osvědčily u dětí s ADHD. Jednou z nich je analýza ABC, která pracuje na principu předcházení negativním událostem. Jako další je uváděna pozitivní podpora, kdy je pro dítě důležité ocenění.

## Režimová a výchovná opatření

Děti se symptomy ADHD by měly také zažívat pocit úspěchu, který jim nejčastěji mohou poskytnout rodiče. Porozuměním a zastáním ze strany rodičů můžeme předejít tomu, aby u dítěte došlo ke snížení sebedůvěry, což může být zapříčiněno neúspěchy ve škole i v běžném životě. Dítě by poté chodilo do školy se strachem a odporem, časem by mohlo dojít u dětí k projevům úzkosti a deprese nebo odmítavosti a vzdorovitosti. Naopak usnadněním pro dítě budou jasná pravidla, která se budou týkat školních a domácích povinností a režimu dne. S režimem dne souvisí také systém odměn, kterým můžeme u dítěte posilovat pozitivní chování. Abychom nepodporovali chování nežádoucí, je vhodné mu věnovat co nejmenší pozornost, pokud se nejedná o chování, které by ohrožovalo zdraví jedince nebo okolí (Drtílková, 2007).

## 1.8 Exekutivní funkce a ADHD

Pojem exekutivní funkce označuje soubor psychických procesů, které jsou zodpovědné za ovládání a řízení kognitivních, behaviorálních a emočních funkcí. Zajišťují tak plánování a organizaci činností při řešení nově vzniklých problémů. „*Specifické subdomény exekutivních funkcí tvoří soubor kontrolních nebo řídicích funkcí, zahrnující schopnost iniciovat specifické chování, potlačit jiné chování nebo podněty, vybrat příslušné cíle, plánovat, organizovat a řešit složité problémy, změnit strategie řešení problémů, když je to nutné, kontrolovat a vyhodnocovat své chování.*“ (Gioia et al., 2011, s. 7). Pozorovat chování dětí a to, jak řeší problémy je velmi náročné, proto je nejspolehlivější metodou oslovit nejbližší dítěte, kteří jsou schopni poskytnout informace o chování jedince, které se vztahuje k exekutivním funkcím. Nejčastěji bývají osloveni právě rodiče a učitelé daného jedince.

U dětí bývá pozorováno osm hlavních oblastí exekutivních funkcí, jež hrají hlavní roli v řízení chování. Tyto oblasti se zaměřují na kontrolu impulzů, emoční kontrolu, kognitivní flexibilitu, pracovní paměť, sebemonitorování, plánování a určování priorit, zahájení činnosti a na organizaci. Nacházíme zde důležitý vztah mezi exekutivními funkcemi a diagnostikou ADHD, protože právě některé oblasti exekutivních funkcí vytvářejí základ ADHD. Je důležité však upozornit na rozdíly mezi exekutivními funkcemi a diagnózou ADHD, kdy exekutivní funkce jsou neuropsychologickým modelem, který je odvozen z pozorování chování a ADHD je medicínská diagnóza, která je podložena skupinou pozorovaných příznaků (Gioia et al., 2011).

Oblast kontroly impulzů bývá nápomocna při rozlišování forem ADHD, a to konkrétně hyperaktivní-impulzivní a formy kombinované. Oblast pracovní paměti by měla být užitečná při stanovování formy ADHD s převažující poruchou pozornosti. Děti s typem ADHD s dominující poruchou pozornosti mívají problémy v oblasti pracovní paměti. Děti s typem ADHD s převažujícími příznaky hyperaktivity a impulzivity vykazují problémy

převážně v oblasti inhibice a jedinci s kombinovaným typem ADHD v oblastech inhibice i pracovní paměti. Oblast pracovní paměti vysoce koreluje se škálou pozornosti, například s tou ve škále Connersové. Oblast inhibice silně koreluje s metodami, které měří impulzivitu, neklid, hyperaktivitu, agresí a problémy s chováním (Gioia et al., 2011).

## 2 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ

Lidé se mohou chovat rizikově v každém věku, ale právě dospívání bývá spojováno s komplexní změnou osobnosti, kdy se mění základní potřeby související ve vztahu k sobě samému, ale i k ostatním lidem. Adolescent hledá sám sebe a v této době může být nejvíce ohrožen rizikovým chováním. Jako nejdynamičtější období je považováno právě prvních 20 let věku člověka, kdy u jedince pozorujeme rozmanité a rozsáhlé evoluční změny napříč oblastmi biologickými, psychologickými, sociálními a duchovními. Právě v tomto období dochází k odhalování výskytu možných poruch chování a projevů nepřizpůsobivosti (Vágnerová, 2005). Dle Širůčkové (2015) je nárůst rizikového chování v dospívání způsoben změnou myšlení, kdy u jedince dochází k rozvíjení abstraktního myšlení. Jedinci na toto konto považují svoje myšlenky a nápady za nejučinnější. V nejzazších mezích dochází k tomu, že jsou povolovány hranice a adolescenti se cítí neohroženi a dochází tak k experimentování, jehož následkem se může rozvinout rizikové chování.

Dle Říčana (2004) začíná období puberty přibližně s nástupem 11. roku a končí v 15 letech ukončením povinné školní docházky. Každé dítě prožívá období pubescence individuálně, pro některé dítě je to velmi bouřlivé období, pro vyspělé pubescenty je to již nakročení do světa dospělých. U většiny pubescentů můžeme pozorovat změnu ve vztahu k rodičům, dalším autoritám i vrstevníkům. Kdežto vrstevníci bývají právě ti, kteří jsou pro mladého člověka vzorem a ovlivňují jeho názory. Adolescent uznává normy a hodnoty této vrstevnické skupiny, kterými se posléze i řídí. Další etapou je období dospívání, které trvá do 20 let věku jedince. Chování adolescenta závisí na konkrétním myšlení jedince, jeho uvažování, psychice a tím, jak se dokáže vypořádat s přizpůsobováním se společnosti.

Velmi probíraným tématem v oblasti rizikového chování je vliv dnešní doby a to jak často uspěchaný životní styl na dospívající jedince působí. Výzkumy prokázaly, že mladí lidé dospívají rychleji než v minulosti, dochází u nich k časnějším změnám v organismu. Nesmírný vliv na dospívající jedince má dnešní konzumní společnost a technická vyspělost, která se stále zvyšuje. Dospívající jsou zaměstnání sledováním dění na internetu a sociálních sítích. Tento virtuální svět se pro ně stal náhradou vrstevnické skupiny. Rodiče nejsou dětem takovým příkladem, často kvůli pracovnímu vytížení spoléhají na výchovný vliv ze strany institucí, jakou je škola nebo zájmové kroužky (Matoušek & Kroftová, 1998).

V dnešní době je často zkoumána existence a důsledky rizikového chování u mládeže. Rizikovému chování se snažíme předcházet preventivními a léčebnými intervencemi. Důležité je, aby bylo rizikové chování u mládeže pod dohledem odborníků, kteří se touto problematikou zabývají. Pro včasný screening rizikového chování by v budoucnu mohl být používán právě nástroj VRCHA, který jsme použili v naší diplomové práci. Nejčastěji se vyskytujícím rizikovým chováním u mládeže je šikana a agresivita ve školách, užívání návykových látek, záškoláctví, nelátkové závislosti (mobilní telefon, PC,

gambling), kriminální jednání, vandalismus, užívání steroidů, rizikové sexuální chování, rasismus a xenofobie, týrání a zneužívání dětí (Miovský & Zapletalová, 2006). Často dochází k tomu, že jeden typ rizikového chování je doprovázen jiným rizikovým chováním. Příkladem může být mladistvost, který pod vlivem návykových látek páchá trestnou činnost. To potvrzuje Širůčková (2015) i ve své další publikaci, kde uvádí, že příčinou je jistá propojenost mezi jednotlivými projevy rizikového chování, která se později stává formou životního stylu. Jako příklad udává propojenost mezi konzumací alkoholu, užíváním cigaret a marihuany v souvislosti s delikventním jednáním a předčasným zahájením pohlavního života. Širůčková (2015) v další ze svých publikací tuto spojitost, kdy se jednotlivé formy rizikového chování vyskytují současně, označuje jako syndrom rizikového chování.

V mnohých výzkumech je však dokázáno, že některé druhy rizikového chování mohou být spouštěčem závažných poruch, které mohou mít zdravotní a psychosociální důsledky. Jako příklad uvedeme užívání marihuany v adolescenci, která je podle výzkumníků startovací drogou a může se tak usnadnit přechod k užívání dalších návykových látek (Širůčková, 2015). S tímto tvrzením souhlasí také Lessem s kolektivem (2006), kteří potvrzují, že pravděpodobnost, že bude jedinec v dospělosti užívat nelegální návykové látky je dvojnásobná u těch osob, které v dospívání užívali marihuanu, než u osob, které marihuanu neužívali (in Širůčková, 2015). Z tohoto důvodu je důležité neopomínat a nezlehčovat i sebemenší rizikové chování, protože může vyústit v chování závažnější, což může ovlivnit budoucí kvalitu života daného jedince. Objasněním může být úvaha, která se zabývá stabilitou rizikového chování během vývoje. Stabilním chováním pro jedince se stává to, které nese riziko návyku, jenž není závislé na sociálním kontextu. Příkladem je užívání drog nebo gamblerství, u kterého dochází k vytvoření autonomního motivačního systému, kde není zapotřebí vnějšího posilování, i přesto že se prvotně rozvinuly v návaznosti na sociálním kontextu. Na sociální prostředí se naopak váže delikventní nebo agresivní forma rizikového chování. Předpokladem tedy je, že pokud dojde k odloučení od rizikové skupiny, například odchodem na střední školu, může dojít i k odeznění rizikového chování. Potíže nastávají v tom případě, když se stává daná forma rizikového chování prostředkem, který má za cíl zvládnutí a překonání nějakého problému. To může být nebezpečné z důvodu vytvoření stabilních vzorců chování. Rizikové chování se tak stává formou strategie zvládnutí stresu (Širůčková, 2015).

## 2.1 Termín rizikové chování

Rizikového chování popisuje konkrétní vzorce chování u jednotlivců nebo skupin. Je prokázáno, že vedou k nárůstu rizik, jakými jsou například rizika zdravotní, sociální, psychologická, vývojová, fyziologická a výchovná, která se netýkají jenom jedince samotného, ale i celé společnosti (Miovský & Zapletalová, 2006; Dolejš & Skopal, 2015, in Dolejš, 2010). Lang (2006) uvádí, že termínem rizikové chování rozumíme takové

chování, které zahrnuje projevy od nenápadných signálů až po ty závažné, avšak nejsou projevem patologie (in Dolejš & Skopal, 2015).

Dle Dolejše a Skopala (2015) je termín rizikové chování úzce spojen s několika pojmy, které se vzájemně doplňují nebo překrývají, tyto pojmy mohou popisovat chování jako delikventní, abnormální, asociální, agresivní, kriminální, antisociální, nepřizpůsobivé, problémové nebo návykové. V následujícím textu budeme také narážet na možný překryv pojmů rizikové chování a poruch chování, kdy v některé literatuře je rizikové chování začleněno pod diagnózu poruchy chování. Ve všech případech se jedná o chování a jednání, které je společensky nepřijatelné. V tomto směru se vyvíjí také společnost a dochází ke změnám, které se týkají toho, jaké chování je ještě „normální“ a jaké už nebude společností akceptováno. Tyto normy jsou vytvářeny v jednotlivých kulturách, skupinách nebo také v běžné rodině, kdy dochází k vzájemnému předávání těchto informací o tom, co je žádoucí a naopak. Širůčková (2015) uvádí, že příkladem může být rozdílný pohled na konzumaci alkoholu u adolescentů, kdy pro někoho bude akceptován přípitek alkoholem na rodinné oslavě a stejně tak může být u někoho jiného akceptována pravidelná konzumace alkoholu o víkendech. *„Norma přináší jedinci informace o optimálním chování vedoucím k dosažení pozitivních cílů, o možném charakteru, rozsahu a pravděpodobnosti vyžadování odpovědnosti a o možných následcích.“* (Dolejš, 2010, s. 12). Je mnoho druhů norem, pro naše účely jsou však nejdůležitější normy sociální. Sociální normy obsahují určitý vnitřní obsah, jenž vytváří jednotlivé zákazy, příkazy a zároveň práva a povinnosti. Vzniká určitá hierarchie, která určuje nadřazenost jednotlivých zákazů. Pokud je překročena norma, chování již není společností akceptováno a stává se chováním rizikovým, deviantním, delikventním a patologickým (Dolejš, 2010).

Pokud se budeme více zabírat terminologií, kterou jsme uvedli v předešlém textu, dojdeme k tomu, že pojem rizikové chování je takovou záštitou a střešou nad všemi ostatními termíny, protože v sobě zahrnuje projevy od prostého problémového chování, jakými je například vykřikování při vyučování, až po delikventní chování, kterými může být krádež a šikana. Pokud použijeme příklady dalších druhů terminologie, tak se na jednom konci může nacházet disociální chování, které se projeví pouhým lhaním nebo podváděním, ve středu se bude nacházet asociální chování, které se projeví vandalismem a na vzdáleném konci bude antisociální chování, které se vyznačuje agresivitou a fyzickým násilím namířeným na druhé osoby (Dolejš, 2010).

Právě zrychlené tempo dnešní doby, které s sebou nese rozsáhlý civilizační rozvoj, změny tradičních hodnot a technologický vývoj, má obrovský vliv na vývoj jednotlivce. Mohou se tak stát mediátory mezi chováním pubescentů a rizikovými podněty. Tato tvrzení byla prokázána realizovanými výzkumy, které dokazují vyšší výskyt kriminality páchané mladistvými ve městech než na venkově, zvyšující se výskyt agresivity adolescentů vůči vrstevníkům a dospělým, snižující se úctu k autoritám a rostoucí závislost na internetu.

## 2.2 Příčiny vzniku rizikového chování

Jak u ADHD, které jsme probrali v první kapitole, tak i u rizikového chování je odhalení příčin vzniku velmi komplikované. Konkrétně u těchto dvou oblastí může dojít k provázanosti, kdy jeden faktor působí na druhý a není úplně jasné, zda například přítomné symptomy ADHD mají odpovědnost za to, že se jedinec začne chovat v budoucnu rizikově.

Podle Dolejše a Skopala (2015) jsou příčiny vzniku rizikového chování multifaktoriální, jedná se vždy o výsledek interakce několika proměnných, a to konkrétně biologických, psychologických, sociálních a duchovních. Některé teorie zkoumají tyto proměnné jednotlivě, musíme na ně však nahlížet jako na celek. Faktory biologické jsou považovány za vrozené, můžeme mezi ně zařadit pohlaví, tělesnou konstituci, hormonální systém, odolnost vůči fyzické bolesti, vrozená tělesná postižení a jiné. Dalšími vrozenými faktory jsou faktory psychologické, které ovlivňují temperament, kognici a charakter jedince. Tuto skupinu tvoří právě rysy osobnosti, které mohou mít za následek budoucí výskyt rizikového chování. Spojitost byla například nalezena mezi impulzivitou, úzkostí a problémovým užíváním alkoholu a delikvencí. Třetí skupinou jsou sociální faktory, nejvíce jedince ovlivňuje to, jak dokáže vnímat a hodnotit své chování, ale také chování svých vrstevníků. Právě sociální prostředí hraje jednu z nejdůležitějších rolí, která přispívá ke vzniku jednotlivých forem rizikového chování. Mezi duchovní faktory může patřit ztráta smyslu života.

Miovský a Zapletalová (2006) ve své práci uvádějí faktory, které mohou ovlivňovat rizikové chování u dospívajících. Mohou se jimi stát rodiče, média, škola a biologické faktory. Dále to, jakou roli zastává otec a matka, častými neperspektivními vlivy je přítomnost psychóz nebo poruch příjmu potravy u matky. Jak je nahlíženo v rodině na trest a respektování řádu. Neméně důležitým faktorem je láska a vztah, zejména je myšleno na protektivní výchovu ze strany matky. Nesmíme také opomenout sníženou citlivost k násilí, agresivitu, snášenlivost k projevům násilí a dalšímu nežádoucímu chování. Nejen v rodině, ale i ve vrstevnické skupině je ovlivňujícím faktorem možná absence komunikace.

Na toto téma navazuje také Jessor (1991), který tyto faktory dále rozděluje na protektivní a rizikové. Protektivní, neboli ochranné faktory jsou tvořeny proměnnými, které pomáhají dospívajícímu, aby se vyhýbal rizikovým aktivitám. „*Protektivní faktory nalezneme na úrovni: a) osobnosti jedince – vysoká inteligence, sebeúcta, sebedůvěra, pozitivní orientace na školu, vlastní zdraví; b) chování jedince – přijímání a plnění povinností (školních, domácích, společenských) a zapojení do dobrovolnických aktivit vyžadujících altruistické, empatické chování; c) sociálního prostředí – vlastní primární rodina (otevřená komunikace, podpora adolescenta, pozitivně orientovaná výchova), vrstevnické skupiny (sociální opora) a společnost.*“ (Jessor, 1991, in Dolejš & Skopal, 2015, s. 13). Těmito rizikovými faktory jsou takové proměnné, situace a události, které mohou zvyšovat výskyt společensky neakceptovatelného chování. „*Skupina rizikových*

*faktorů je tvořena proměnnými na úrovni: a) osobnosti jedince – zdravotní hendikep, některé osobnostní rysy (impulzivita, extroverze, neuroticismus), dětské traumatické zážitky; b) chování jedince – odmítání, nedodržování psaných a nepsaných společenských pravidel, školní neúspěch, pořizování si zbraní; c) sociální prostředí – vlastní primární rodina (příliš autoritativní nebo naopak liberální výchova, rizikové aktivity rodičů), vrstevnické skupiny (silnější orientace než na rodinu, hodnoty skupiny, rizikové aktivity u vrstevníků) a společnost (chudoba, prostor k nelegální činnosti).“ (Jessor, 1991, in Dolejš & Skopal, 2015, s. 13).*

## **2.3 Rizikové faktory v daných oblastech**

V následujícím textu se budeme podrobněji zabývat nejčastějšími oblastmi, které na jedince mohou působit rizikově. Do těchto oblastí bude zahrnuta rodina, škola, působení vrstevníků, společnosti a samotný jedinec jako osobnost.

### **Rizikové faktory v rodině**

O rodině hovoříme jako o sociální skupině, která zprostředkovává biologické, ekonomické, sociální a psychologické funkce. Rodina dokáže svým členům poskytnout nezbytné zázemí, uspokojuje základní potřeby a je zprostředkovatelem zkušeností, jež není možné získat jiným způsobem (Vágnerová, 2008). Evropa je v posledních letech svěťadílem, kde klesá počet uzavřených sňatků, snižuje se počet narozených dětí, lidé vstupují do manželství v pozdějším věku, zvyšuje se počet rodin, kde dítě vychovává pouze jeden z rodičů, rodiny jsou tvořeny nižším počtem členů, zvyšuje se počet lidí, kteří zakládají rodiny s dětmi bez oficiálního sňatku, zakládá se stále více rodin s absencí dětí, zvyšuje se počet rozvodů a klesá počet lidí, kteří po rozvodu znovu uzavírají sňatek (Matoušek & Matoušková, 2011).

V případě, že je rodina z nějakého hlediska dysfunkční, mohou být některé potřeby dítěte neuspokojeny, ve výsledku se stává tato rodina pro dítě zdrojem zátěže. Zvláště závažná situace nastává u dětí, u nichž ještě nedošlo k úplnému rozvoji osobnosti. Z důvodu narušených funkcí v rodině může u jedince dojít k deformaci vývoje, zapříčiněného působením různých negativních vlivů a chybějících zkušeností. Rodina je jednotkou, kde se normální a stejně tak i rizikové chování jednotlivých členů rodiny promítá do interakcí daného rodinného systému, dochází tak k jeho ovlivnění a deformaci (Vágnerová, 2008). Pro rozvoj osobnosti dítěte jsou klíčové rodinné vazby, prvotní je vazba mezi matkou a samotným dítětem, ale později se k tomu přidává i vazba mezi otcem a zbylými členy rodiny. Děti, které jsou od raného věku součástí ústavní péče, mají oslabenou schopnost k navazování uspokojivých vztahů a zároveň u nich dochází ke zkreslení reality o dění mimo daný ústav. Rizikové chování u těchto dospívajících může vyplývat z projevu naivity a vidění světa skrze vrstevníky, jež nemohlo být korigováno z důvodu nepřítomnosti rodiče, ke kterému by dítě mělo dlouhotrvající respekt a také



k ostatním institucím mimo ústav. Pro tyto dospívající je snadnější adaptace na prostředí ústavu, než na samostatný život mimo ústav. Pro adolescenty může být poté vězení známým a bezpečným prostředím, které mohou nevědomky upřednostnit před svobodou spojenou s náročností samostatného života (Matoušek & Matoušková, 2011).

Významným rizikovým faktorem je neúplná rodina, kde není přítomen jeden z rodičů. Výzkumy dokazují, že u těchto dětí se častěji vyskytují poruchy chování, psychologický stres, podprůměrné výsledky ve škole, nízké sebevědomí a celkově vyšší náchylnost k rizikovému chování (Matoušek, Kodymová & Koláčková, 2005). U rizikově chovajících se adolescentů bývá nejčastěji nepřítomen otec, příčinou může být rozvod nebo s matkou dítěte ani nezapočal vztah. Chlapci chybí vzor, s kterým by se identifikoval, v případě dívky dochází k postrádání modelu mužského chování, dětem chybí opora a autorita i v druhém rodiči. Nevlastní otec v takovéto rodině může být pro děti přínosem i naopak komplikací (Matoušek & Matoušková, 2011). Rizikovým faktorem je samotný rozvod rodičů, ale mnohonásobně rizikovější je pro dítě vzájemné chování rodičů po rozvodu, kdy jsou do rozepří mezi rodiči často zapleteny děti. Tyto stresové situace mohou mít podíl na vzniku rizikového chování u mladistvých (Látalová, 2013). Na toto téma můžeme navázat rodinnými konflikty, protože naprosto bezkonfliktní rodina nepřipraví jedince na mezilidské vztahy mimo rodinu. Přiměřené množství rodinných konfliktů může dospívajícího připravit na zvládání strategie konfliktů a schopnost jejich řešení v běžné společnosti (Charvát & Nevorálová, 2015). Matoušek a Matoušková (2011) také potvrzují, že naopak velké množství otevřených konfliktů mezi rodiči, ale i konfliktů mezi sourozenci může vést ke kriminálnímu chování dítěte. Dítě má poté potřebu z tohoto prostředí uniknout, náhradou mu může být právě vrstevnická skupina nebo se může úplně osamostatnit, pokud již dosáhlo přiměřeného věku.

V současné době je výzkumy potvrzeno, že rizikově chovající se adolescenti vyrůstali v prostředí, kde rodiče nebyli důslední ve vytváření zábran, které by se týkaly asociálního chování. Dále může docházet k tomu, že rodiče používají nesoudržný systém výchovy, v jednom případě dítě trestají a podruhé za totéž unikne bez trestu. U rizikové mládeže zastává nejčastěji právě matka nekritickou roli k dítěti, kdežto otec zastává roli kritickou, která může působit až žárlivě a odmítavě vůči dítěti. Souvislost s budoucím rizikovým chováním dítěte má prokazatelně také nedostatečný dohled rodičů. Míní se tím, zda se rodiče zajímají o to, kde a jakým způsobem jejich dítě tráví volný čas, s jakými vrstevníky se stýká a v jakém stavu se vrací domů. Při nedůsledném monitorování svého dítěte se zvyšuje riziko, že se jedinec může dopouštět kriminálního jednání. K rizikovému chování u adolescentů však může vést i výchova, která zahrnuje tvrdou rodičovskou disciplínu, jež je spojována s agresivním chováním vůči dítěti a jsou zde používány časté tělesné tresty (Matoušek & Matoušková, 2011).

U námi zkoumané skupiny dětí, které jsou součástí ústavní péče, může často docházet během dětství k citové deprivaci. „*Citová deprivace vzniká tehdy, když potřeba*

*citové jistoty a bezpečí není uspokojována v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu.*“ (Langmeier & Matějček, 1974, in Vágnerová, 2008, s. 597). Tento rizikový faktor může závažným způsobem poškodit vývoj osobnosti dítěte, když rodiče neprojevují vůči dítěti žádné kladné city. Je mnoho druhů deprivace, ale právě citová deprivace se může z velké části podílet na možném výskytu budoucího rizikového chování u takto deprivovaného dítěte. Je prokázáno, že si citově strádající dívky v adolescenci pro partnerský vztah nacházejí o mnoho let starší muže, přičemž tato známost bývá náhodná. Jindy se citová deprivace může kompenzovat nevhodnými vrstevnickými skupinami, užíváním návykových látek nebo se dospívající snaží osamostatnit. Nedostatečný citový vztah k dítěti se ve vysoké míře může vyskytovat v rodinách, kde rodič často střídá partnery nebo se může jednat o děti, které byly nechtěné (Langer, 1994).

V dřívější době bylo rizikové chování mládeže prisuzováno pouze rodinám z nejhudších vrstev, často lidem s nižším stupněm vzdělání. Dnešní společnost již toto pravidlo vyvrací, rizikové chování mládeže se nevyhýbá střední vrstvě a ani nejlépe zabezpečeným rodinám (Matoušek & Matoušková, 2011). Ale i přes toto navýšení se stále nejrizikověji chovají adolescenti, kteří vyrůstají v rodinách, jejichž finanční situace je tíživá. Nejčastěji jsou to rodiny, které žijí ze sociálních dávek, protože rodiče jsou nezaměstnaní, u některých rodičů úplně chybí kvalifikace nebo mají tu nejnižší kvalifikaci. Příčinou vyššího výskytu rizikového chování mezi mládeží z vyšších vrstev může být klesající vliv rodiny na chování jedince (Matoušek & Kroftová, 2003).

Na vzniku rizikového chování se v neposlední řadě také podílí možná psychopatologie jejich rodičů, jakou například může být závislost na alkoholu nebo jiných návykových látkách, agresivita a další projevy sociální nepřizpůsobivosti (Látalová, 2013). Tímto způsobem jednající rodič má poté ve všech sférách výchovy špatný vliv na dítě, není dítěti příkladným vzorem (Matoušek & Matoušková, 2011).

### **Rizikové faktory ve škole**

Přechod do školy je pro každé dítě náročnou fází, kdy se dítě musí přizpůsobit novému způsobu života, jakým je pravidelné vstávání, časové rozpětí vyučovacích hodin a následná domácí příprava na školu. Dle Matouška a Matouškové (2011) je škola institucí, která předává dítěti vědomosti, ale vedle toho se také zajímá o socializaci dítěte a o jeho vývoj, jak osobnostní, tak morální. V poslední době dochází k tomu, že v mnoha případech klesá vliv rodiny na dítě a škola se stává tak jednou z institucí, která se snaží vychovávat daného jedince a připravit ho tak na běžný život.

Rizikové chování mládeže, do kterého spadá hlavně delikventní jednání, je nejčastěji spojováno s nemajetností, nezaměstnaností, s nízkým stupněm vzdělání nebo neukončeným základním vzděláním. Pokud budeme hledat příčiny tohoto sociálního selhání, začneme u toho, jakým způsobem na jedince působila rodina nebo škola (Matoušek & Matoušková, 2011). Právě výše zmíněná škola se může stát rizikovým faktorem pro vývoj osobnosti jedince. V prostředí školy může docházet k projevům agrese,

šikany, násilí a v závažnějších případech k sexuálnímu zneužívání. Tyto projevy nemusí být vždy směřované od spolužáků k danému jedinci, ale může dojít i k šikaně ze strany učitele. Učitelé jsou bráni jako osobnosti a autority a pro vývoj dítěte je důležité, jakým způsobem na dané dítě působí. Je výzkumy prokázáno, že pokud učitel na dítě klade vysoké nároky a dítě je pod neustálým tlakem, dochází u dítěte ke snižování sebevědomí a sebeúcty, jež mohou podnítit budoucí vznik rizikového chování, jakými jsou například poruchy příjmu potravy nebo užívání návykových látek (Látalová, 2013). Matoušek a Kroftová (2003) také uvádějí, že sociálním selháním jsou ohroženy hlavně děti, které ve škole neprospívají, vyskytuje se u nich vyšší míra agresivity a jsou členy nějaké nezdravé vrstevnické skupiny, na kterou nepůsobí vliv učitele, ani školy.

Vzniku asociálních vrstevnických skupin může napomáhat i neangažovanost učitele, kdy učitel svým hodnocením rozděluje třídu na nadané a méně nadané děti. Toto hodnocení může probíhat formou známek, poznámek, oznámení rodičům. Méně nápadnou formou jsou nemístné poznámky vůči dítěti při vyučování, přehlížení snaživosti dítěte nebo nepřiměřené reakce na jeho neznalost učiva. Toto rozdělování může být učitelem cílené nebo nevědomé, ale je rizikem pro vznik skupin, kde se budou navzájem podporovat ti jedinci se stejnými nedostatky nebo naopak. Může tak dojít k utvoření skupiny, která bude mít v budoucnu problémy s rizikovým chováním (Matoušek & Matoušková, 2011). Dle Průchy (1997) jsou více nadané děti v bližším kontaktu s učitelem, sedávají v předních lavicích, jsou aktivnější při hodinách, jsou celkově více navázané na učitele, kdežto méně nadané děti sedávají v zadních lavicích, při hodinách jsou nenápadné, neaktivní. Právě u těchto dětí můžeme v budoucnu předpokládat vyšší riziko sociálního selhání (in Matoušek & Matoušková, 2011). Nezájem učitele nebo přímo mířená agresivita vůči některým jedincům má také spojitost s šikanováním v dané třídě. Učitel se pak stane tím, kdo namíří pomyslný prst na oběť šikany a dokáže tak pachatelům šikany, že daný jedinec je v nějakém ohledu méněcenný a ti mají poté pocit, že ho mohou beztrápně napadat (Matoušek & Matoušková, 2011).

Mezi rizikové faktory ve školním prostředí patří nedostatečná znalost pedagoga, kdy je při práci s dětmi důležité porozumět psychickým jevům dětí a adolescentů. Neznalý pedagog může často používat nevhodné metody, jakými jsou metody represivní a imperativní. Během těchto metod používá nepřiměřený křik, který může na mnohé jedince působit negativně, až traumaticky, pociťují strach a úzkost nebo je naopak popudí vůči učiteli, kdy může dojít až k agresivním projevům. V těchto případech mohou i neagresivní žáci reagovat nepřiměřeným způsobem a může dojít k slovnímu nebo fyzickému napadení učitele. Tento negativní zásah do individuality dítěte, v něm může zanechat negativní stopy do budoucího života (Langer, 1994).

Rizikovým faktorem ve školním prostředí může být i špatně fungující minimální preventivní program, který má za úkol nejen snižovat rizikové faktory, ale také posilovat faktory protektivní.

## Rizikové faktory ve vrstevnické skupině

Vrstevnická skupina je sociální skupinou, která bývá nejčastěji tvořena jedinci stejného věkového rozpětí. Obecně můžeme skupiny rozdělit na formální a neformální, formální skupinou rozumíme například školu nebo organizované zájmové kroužky. Do neformální skupiny spadá právě vrstevnická skupina, ta přitom vzniká oddělením jedinců ze skupiny formální. Vrstevnická skupina je nejčastěji tvořena mladými lidmi, kteří společně navštěvují jednu instituci, příkladem jsou spolužáci z třídního kolektivu, učiliště nebo klienti nízkoprahových služeb pro mládež. Vrstevnická skupina je jedním z prostředků k nalezení vlastního já, v dospívání má na jedince větší vliv než rodina (Matoušek & Matoušková, 2011).

I přes obrovský vliv vrstevnických skupin dochází k tomu, že o zařazení do těchto skupin ve většině případů rozhodují sami jedinci, adolescenti si vybírají takovou skupinu, která uznává podobné hodnoty jako jejich původní rodina (Matoušek & Matoušková, 2011). Protože dle Vágnerové (2008) není vliv vrstevnické skupiny až tak významný, když rodina poskytuje dítěti vhodné zázemí. *„Rodina je do značné míry určující a kterákoli vývojově následující sociální skupina, která musí navazovat na základy, jež položila.“* (Vágnerová, 2008, s. 782). Kdežto pro jedince vyrůstajícího v dysfunkční rodině je vrstevnická skupina mnohem důležitější, protože právě tato skupina mu dokáže poskytnout chybějící zázemí (Matoušek & Matoušková, 2011). Ve vrstevnické skupině je na řadu jedinců kladen tlak ze strany vrstevníků, děti jsou skupinou ovlivňovány a je pro ně důležité, aby je skupina přijala. Poté dochází k tomu, že i jinak smýšlející jedinci, kteří by za normálních okolností nepodporovali rizikové chování, jsou k tomuto chování skupinou tlačeni. Jedinci, jenž nesouhlasí s chováním skupiny, a dokážou se vzepřít tomuto vrstevnickému tlaku, bývají sebevědomí, sebejistí a nezávislí. Kdežto ti jedinci, kteří toto chování pouze tolerují a nejsou schopni se proti němu ohradit, bývají méně sebevědomí a nejistí (Fontana, 2003). Rodiči více kontrolovanou skupinou jsou dospívající dívky, kdežto chlapci mají větší možnost stýkat se s vrstevnickými skupinami (Matoušek & Matoušková, 2011).

Vrstevnická skupina klade na své členy nemálo nároků, být plnohodnotným členem je často spojováno se stresem, zda v dané skupině jedinec obstojí. Skupina může klást nároky nejen na vzhled a styl oblékání, ale také na to, jakým způsobem se jedinec vyjadřuje, jaký druh hudby preferuje, jaký má postoj vůči škole, k partnerům, rodičům, sexu, kouření, alkoholu nebo užívání jiných návykových látek (Matoušek & Matoušková, 2011).

Charvát a Nevoralová (2015) ve své publikaci uvádějí, jakými rizikovými faktory může být adolescent ohrožen ve vrstevnické skupině. Na adolescenta může působit rizikově vrstevnický tlak, vyloučení ze skupiny vrstevníků, nebo pokud je členem skupiny prosazující rizikové chování nebo pozitivní postoj k němu.

## Rizikové faktory ve společnosti

*„Společnost určuje, co z člověka bude, jeho vlastnosti nabývají nějakou hodnotu jen v určitém sociálním kontextu a také se za těchto okolností rozvíjejí. To může probíhat různě, dobře i špatně. A často bez možnosti jedince tento proces nějak ovlivnit.“* (Gruen, 2001, in Vágnerová, 2008, s. 649). Když se bavíme o negativním působení společnosti, mohou existovat situace, kdy tyto sociální vlivy jedince zatěžují a ohrožují jeho budoucí vývoj. Tyto nepříznivé vlivy mohou ovlivňovat jak jedince, tak celou skupinu jedinců (Vágnerová, 2008).

V současné době je vliv společnosti takový, že dochází ke stále se zdokonalujícímu fungování sociálních sítí a stále důvěryhodnějším ztvárnění večerních filmů, kdy se mladiství diváci mohou ztotožnit s hlavním hrdinou. Dle Matouška a Matouškové (2011) mají na samotného jedince velký vliv média, kdy zejména prostřednictvím televize dochází k předávání negativního chování. Negativním chováním v tomto případě rozumíme násilí, které je součástí mnoha snímků a dětem tak předává docela přesný návod, jak si mohou vybudovat respekt mezi ostatními vrstevníky. Násilí v televizi může oslabit citlivost jedince na násilí v běžném životě. Média mají vliv na socializaci dnešních dětí a mládeže, televize je nejčastěji využívaným médiem, kdy její sledování vytlačuje všechny ostatní mimoškolní aktivity dětí. U mladistvých dochází k poklesu zájmu o četbu knih, časopisů a novin, návštěvu divadel a výstav, děti také méně navštěvují pravidelné sportovní kroužky.

Sociální sítě řadíme mezi elektronická média, která jsou používána ke komunikaci mezi jedinci, kteří nejsou spolu v přímém kontaktu a využívají k šíření informací elektronická zařízení, jakými jsou například chytré telefony. Při této komunikaci musí být jedinec připojen k internetu, ten je v současné době dostupný na mnoha veřejných místech, ale i v rámci některých škol (Vacek, 2015). Závažným rizikovým chováním se v poslední době stává častější sledování pornografie mládeží, kdy převážně chlapci vyhledávají tuto formu materiálu k získávání sexuálních zkušeností. Dochází zde k propojení informačních technologií, kdy mladiství dokážou navázat vztah s opačným pohlavím pouze přes sociální sítě a nedokážou tak nabýt zkušenosti běžným způsobem komunikace. Sexuální zkušenosti poté získávají prostřednictvím sledování pornografie. V běžném životě tak může dojít k rizikovým situacím, kdy má chlapec na dívku takové sexuální požadavky, které není dívka schopna splnit. Výsledkem může být to, že chlapec odmítnutí dívky nerespektuje, pohlavní styk a dané praktiky si vynutí násilím. Tento čin je poté posuzován jako znásilnění.

## Rizikové faktory na úrovni jedince

Širůčková (2015) ve své publikaci uvádí, že osobnost jedince, jeho vlastnosti, postoje a zájmy jsou dědičné. I přesto že jsou tyto proměnné považované za nejzásadnější v ovlivnění rozvoje rizikového chování, tak jsou výzkumníky nejméně prozkoumané. Tyto proměnné jsou jedincem obtížně ovlivnitelné. „*Motivace, postoje, sebehodnota a seberegulační mechanismy osobnosti indikují určitou dispozici k rizikovému chování. Míra motivace jedince dosahovat svých cílů a očekávání úspěchu v jejich naplňování ovlivňují způsoby chování, které si k tomu jedinec vybírá. V situacích opakovaného nebo předpokládaného neúspěchu může volit právě rizikové způsoby chování, díky kterým svých cílů dosáhne, anebo mu alespoň umožní se s neúspěchy vyrovnat.*“ (Širůčková, 2015, s. 55-56). Genetická predispozice bývá odpovědná například za hyperaktivitu a za sníženou sebekontrolu, avšak tyto vlohy sami o sobě nevedou k rizikovému chování. Tyto predispozice pouze zvyšují pravděpodobnost toho, že na jedincovo chování mohou mít vliv další činitelé, bez kterých by se rizikové chování neuskutečnilo. Abychom tomu rozuměli, tak genetické vlohy zvyšují práh pro působení vlivů rizikového prostředí (Matoušek & Matoušková, 2011).

Nesnadno se u dospívajících odlišují povahové změny vyvolané dospíváním od vrozených povahových rysů. Rizikové chování v dospívání může po dosažení dospělosti zmizet nebo přetrvá jako projev osobnostní struktury. Nesmíme také opomenout možnost, že se u jedince může projevit některé z psychických onemocnění, jehož příznaky můžeme připisovat výše zmíněným povahovým rysům nebo změnám v dospívání (Matoušek & Kroftová, 2003).

Za zmínění také stojí příslušnost k pohlaví ve spojitosti s rizikovým chováním. Již v předešlých kapitolách jsme uvedli informaci, že jedinci mužského pohlaví se častěji dopouštějí rizikového chování, a to nezávisle na etnické příslušnosti (Matoušek & Matoušková, 2011).

Dle Charváta a Nevoralové (2015) jsou ohroženi zejména adolescenti s nepříznivým genetickým profilem, neurokognitivními změnami, poruchami emocionality, impulzivitou, úzkostmi, depresemi, deficitem v sociálních dovednostech, hostilitou a agresivitou, nízkým sebevědomím a sebehodnocením, negativními životními událostmi a traumatickými zážitky, těžkostmi s učením, problémy ve vazbě na matku a s časnými začátky rizikového chování.

## 2.4 Formy rizikového chování

Rizikové chování je rozděleno do heteronomních kategorií popisujících různé typy chování, jež se mohou pohybovat na horní hranici běžného chování, kdy jedinec provozuje extrémní adrenalinové sporty nebo může jeho chování dosahovat až projevů na hranici patologie, kde jako příklad můžeme uvést abúzus návykových látek nebo pokusy

o sebevraždu. Dle Zemanové a Dolejše je výskyt rizikového chování ovlivněn věkem jedince a s narůstajícím věkem přibývá rizikového chování.

*„Společným jmenovatelem všech forem rizikového chování je kritérium prepatologické úrovně sledovaného jevu, tzn., že teoretické systémy zabývající se rizikovým chováním nepřesahují do popisu patologické roviny problematiky (např. závislostní chování).“* (Širůčková, 2015, s. 161). V mnoha případech se jednotlivé formy rizikového chování mohou u jedince vyskytovat společně, potom se jedná o jev, který můžeme označit jako syndrom rizikového chování (Kabíček, Csémy, Hamanová et al., 2010).

Čím časněji a ve větší intenzitě se objeví projevy rizikového chování, tím více neblahý to může mít dopad pro budoucí život jedince (Látalová, 2013). *„Rovněž velká část adolescentů participuje ve více formách rizikového chování současně.“* (Hamanová & Hellerová, 2000, in Charvát & Nevoralová, 2015, s. 59). V současné společnosti nesmíme přehlížet téma, které se zabývá teorií šíření novinek, kdy je nám představováno, jak se mohou šířit formy rizikového chování společností. Příklad je uveden na experimentování s návykovými látkami, kdy jako první látku vyzkouší „inovátor“, který poté svoje zkušenosti šíří mezi své přátele. Někteří z těchto přátel zkušenost šíří mezi další okruh svých přátel, tak tento okruh nabývá větších rozměrů. Negativní roli v tomto šíření hrají masmédiá (EMCDDA, 2010; Ferrence, 2001, in Charvát & Nevoralová, 2015).

V literatuře můžeme dohledat několik klasifikací, které se zabývají formami rizikového chování. Řada z nich je však neucelená, buď vyzdvihuje některé formy rizikového chování a bere je jako zastřešující pro několik dalších forem rizikového chování, nebo naopak některé druhy rizikového chování zcela postrádá. Pro naši výzkumnou práci použijeme klasifikaci, která byla vytvořena Dolejšem (2010), jenž je také spoluautorem dotazníku VRCHA, který byl použit pro získání dat týkajících se rizikového chování u dětí v dětském domově v naší výzkumné práci. Bude tak logicky zachována propojenost mezi teoretickou částí a získanými daty v praktické části práce. Za zmínění však stojí klasifikace vytvořená ve spolupráci Miovského a kolektivu (2015). Tato klasifikace obsahuje stejné položky forem rizikového chování, rozdíl spočívá v pojmenování kategorií, pod kterými jsou jednotlivé formy rizikového chování vypsány. Dle Širůčkové (2015) jsou to tyto oblasti: interpersonální agresivní chování (násilné chování, týrání, šikana, rasová nesnášenlivost, extremismus, diskriminace některých skupin); delikventní chování ve vztahu k hmotnému majetku (krádeže, sprejerství, vandalismus); rizikové zdravotní návyky (kouření, užívání alkoholu, užívání drog, zahrnují se sem i nezdravé stravovací návyky, nedostatečná nebo i naopak nadměrná pohybová aktivita); sexuální chování (předčasné zahájení pohlavního styku, nechráněný pohlavní styk, promiskuita, pohlavní styk s rizikovým partnerem, předčasné mateřství či rodičovství); rizikové chování ve vztahu k společenským institucím (záškoláctví, neplnění školních povinností, nedokončení studia na střední škole); prepatologické hráčství; rizikové sportovní aktivity (adrenalinové a extrémní sporty).

V následujících podkapitolách budeme popisovat obecné vymezení každé dané formy rizikového chování. Tato klasifikace byla vytvořena dle Dolejše (2010).

### **Užívání a zneužívání legálních a nelegálních látek**

Mezi nejčastěji mládeží užívané legální návykové látky patří alkoholické nápoje a tabákové výrobky. Z nelegálních látek adolescenti nejčastěji experimentují s marihuanou, pervitinem, halucinogenními houbami, kokainem a extází (Dolejš, 2010).

Experimentování a riskování je jednou z důležitých součástí adolescence. Dospívající zkoušejí věci, které jsou pro ně nové a dosud neprozkoumané, právě také experimentování s návykovými látkami je něčím novým a pro mnohé adolescenty velkým neznámým. Výzkumy udávají, že děti začínají experimentovat s drogami již mezi dvanáctým a třináctým rokem (Hajný, 2001). Právě v období dospívání dochází k nejvyššímu riziku vzniku závislosti na návykových látkách (Vágnerová, 2008). U mnohých dochází k plynulému přechodu od užívání tabáku a alkoholu k užívání nelegálních drog, jakými jsou marihuana, pervitin a heroin. Marihuana je v tomto případě nejčastěji užívanou nelegální drogou mezi mladistvými. Výzkumy potvrzují, že u mnoha uživatelů pervitinu nebo heroinu byla startovací drogou právě marihuana, nelze však říci, že by kouření marihuany vedlo k užívání dalších drog. Za zmínění také stojí užívání těkavých látek. Tyto návykové látky nejčastěji užívají děti a mladiství nejnižší sociální vrstvy, za tohoto předpokladu by mohly být tyto látky užívány i dětmi dětského domova se školou (Hajný, 2001). Právě těkavé látky jsou nejnebezpečnějšími drogami, jelikož dochází v mnoha případech k neodhadnutí dávky, což může mít až fatální následky. Nejčastěji užívanou těkavou látkou je rozpouštědlo toluen, jež ovlivňuje funkci rozumových schopností a trvale tak poškozuje mozek (Sananim, 2007; MŠMT, 2017).

Užívání tabáku a alkoholu je společností přijatelné, pokud nedojde k překročení určité meze. Konkrétně v České republice je alkohol společností tolerován ve velké míře, ale jen do té chvíle, než mladistvý pod vlivem alkoholu usedne za volant motorového vozidla a způsobí dopravní nehodu (Sananim, 2007).

První zkušenost s tabákovými výrobky a alkoholem je pro adolescenty zprostředkovaná v rámci vrstevnických skupin, jež posilují tento návyk a užívání návykových látek je pro ně normou. „*Sledujeme-li kuřáky od chvíle, kdy začali kouřit, je zřejmé, že prvotním důvodem ke kouření je vliv druhých lidí kolem nich. Studie 12-18letých mladistvých kuřáků (a tvoří v tomto věku již 15 % populace) ukázaly, že to naléhání, přání, svádění či ostrakismus jejich kamarádů a kamarádek (kdo nekouří je „srab“), co je vedlo k tomu, aby to zkusili (jde o tzv. peer pressure – tlak sobě rovných). Start kouření bývá proto označován též jako „sociální nakažlivost“ – sociální ovlivnění zrodu rizikového chování.*“ (Křivohlavý, 2009, s. 191). Jako impulz k počátečnímu užití slouží pocit nudy, zvědavosti, potřeba zažít něco nového, vzrušující a navíc tabuizovaného. Významný je v tomto případě také sociální model, který tvoří lidé užívající drogy a stávají se tak pro dospívajícího atraktivní. Neméně významným činitelem může být zátěžová situace



v životě adolescenta, která se může stát spouštěčem k experimentování s návykovými látkami (Kožený, Csémy & Tišanská, 2008, in Dolejš, 2010; Hajný, 2001; Vágnerová, 2008). Nešpor, Pernicová a Csémy (1999) ve své publikaci zmiňují, že mladistvým jsou návykové látky zpřístupněny z hlediska snadné dostupnosti a reklamy.

Co se týče alkoholu, byla provedena studie HBSC, která se zaměřila na pití alkoholu u českých dětí školního věku. Většina dětí uvedla první zkušenost s alkoholem ve věku od 11 do 13 let. První výzkumnou skupinou byly děti ve věku 11 let, kde asi 9 % chlapců a 4 % dívek užívají pravidelně alkohol. S věkem narůstá prevalence pravidelného užívání alkoholu, kdy ve druhé výzkumné skupině ve věku 15 let již konzumuje pravidelně alkohol jedna třetina chlapců a jedna pětina děvčat. Nejčastěji konzumovaným alkoholickým nápojem je pivo a víno (MŠMT, 2017).

Sovinová, Sadílek a Csémy (2009) ve své studii uvádějí, že více jak tři čtvrtiny současných uživatelů tabáku začali kouřit do 18 let věku, a to nejčastěji v posledním ročníku základní školy nebo v průběhu docházky na střední školu nebo učiliště. Za posledních několik let však došlo k posunu počátku užívání tabáku do mladšího věku, konkrétně do období 13-14 let. V roce 1997 uvedlo 12,5 % dotazovaných, že měli první zkušenost s užíváním tabáku v 15 letech, v roce 2008 již tuto zkušenost mělo 22,7 % dotazovaných. Tato studie tudíž potvrzuje snižující se věkovou hranici pro první experimentování s návykovými látkami.

Studie ESPAD z roku 2011 udává, že 43,4 % středoškolské mládeže má zkušenost s užitím nelegálních drog a až 18,5 % mladistvých nelegální drogy užívá pravidelně. Dále až 60 % adolescentů konzumuje pravidelně alkohol a 26 % jsou pravidelnými kuřáky. První experiment s užitím drogy před dosažením patnáctého roku uvádí 15 % účastníků v České republice (in Kalina et al., 2015).

## **Kriminalita**

Pojem kriminalita pod sebou skrývá delikventní chování mládeže, jakým rozumíme krádeže, vandalismus a sprejerství. „*Kriminální chování a také delikvenci můžeme dále označit jako projev poruchy sociálně adaptačních schopností a dovedností.*“ (Vágnerová, 2008, s. 805). Jsou to závažné jevy, jež jsou ohrožující pro společnost a její hodnoty. Termín delikvence se používá ve spojitosti s označením mladistvých ve věku od 15-18 let a mladých dospělých ve věku od 18-24 let, kteří spáchali trestný čin. Delikvenci lze dále rozdělit na dětskou delikvenci a kriminalitu mladistvých, kdy zásadní rozdíl určuje věková hranice. Dětská delikvence je páchána dětmi do 15 let, jejich chování se vyznačuje spontánností, kdy děti páchají trestnou činnost bez rozmyšlení a připravenosti. Kriminalita mladistvých neboli juvenilní kriminalita je páchána jedinci ve věku 15-18 let. Tito jedinci jsou často ovlivněni vrstevníky, proto je trestná činnost páchána ve velké míře ve skupině nebo alespoň s nějakým spolupachatelem. Jedinci jsou často emočně ovlivněni momentální situací zisku, ale akce jsou již předem více plánovány. Závažnost kriminálního jednání přirozeně roste s věkem a dochází k jejímu prohlubování (Hartl & Hartlová, 2000). Dle

Mühlpachra (2002) je jednání mladistvých při přípravě trestného činu nedokonalé, jedinci nejsou schopni čin naplánovat do detailů a připravit se na záložní varianty, pokud by nastala nepředvídatelná situace. Pro mladé pachatele je charakteristická neúměrná tvrdost, jejím projevem je devastace, ničení majetku a veřejného zařízení.

Mezi faktory, jež mohou ovlivnit pravděpodobnost vzniku delikventního chování, patří nepochybně pohlaví, kdy je dokázáno, že chlapci se obecně dopouštějí delikventního a kriminálního chování častěji než dívky. Významným faktorem je také věk, delikventního jednání se dopouštějí z největší části mladí jedinci do věku 26 let. Velmi častá je u delikventních jedinců přítomná impulzivita spojená se symptomy ADHD a poruchy chování. Obecně lze říci, že se delikventního chování dopouštějí převážně jedinci s nižšími rozumovými schopnostmi. Roli hrají i takzvané sociální faktory, jedince ovlivňuje jeho rodina a vrstevníci (Fischer & Škoda, 2014).

Sejčová (2002) se ve svém výzkumu zaměřila na charakteristiku delikventní mládeže, kdy popsala typickou osobnost a prostředí dospívajících, ve kterém vyrůstají.

- mladiství častěji pocházejí z neúplných rodin, rozvrácených rodin, mají vyšší počet sourozenců;
- v rodině se vyskytuje vysoká prevalence kriminality, rodiče jsou soudně stíháni nebo jim byl udělen trest odnětí svobody;
- mladiství jsou častěji tělesně trestáni;
- rodiče se často chovají impulzivně a agresivně;
- mladiství mají často problémy v rámci vzdělávání, konflikty s pedagogy, vrstevníky, záškoláctví;
- jsou nespokojení, dochází u nich k častým změnám chování;
- smýšlejí z větší části materialistickým způsobem;
- své vzory si vybírají záporného charakteru;
- volný čas tráví spíše rizikově, neúčastní se žádných volnočasových aktivit
- často jsou obětí delikventního činu, i přesto jsou k tomuto chování tolerantní;
- v rámci školních aktivit u nich pozorujeme menší motivaci, očekáváním je pro ně neúspěch (in Dolejš, 2010).

Mezi nejčastěji mládeží páchané majetkové činy patří krádež věcí a aut, krádež jízdních kol, násilné vloupání do bytů a chat, podvody, zpronevěra, vloupání do restaurací a obchodů. Násilná trestná činnost se vyskytuje u mládeže v několikanásobně nižší míře než majetková trestná činnost (Matoušek & Kroftová, 2003). Mezi mladšími dětmi může docházet prostřednictvím krádeží k uplatňování lepšího postavení v kolektivu. Příkladem jsou krádeže v obchodech, kdy nejmladší z vrstevníků musí ukrást láhev alkoholu, aby byl přijat do skupiny (Martínek, 2009).

Lepík a Dolejš (2010) ve svém rozsáhlém výzkumu, jenž čítal 2256 mladistvých respondentů, uvádí procentuální zastoupení některých delikventních činů. Alespoň jednou

odcizilo zboží v obchodě 40,41 % adolescentů. Minimálně jednou vzalo 35,84 % mladistvých rodičům peníze bez jejich vědomí. Konflikt s policií mělo 30,76 % chlapců a 15,85 % dívek, v tomto případě dochází k potvrzení teorie, že delikventního jednání se dopouštějí častěji chlapci než děvčata.

### **Šikana, hostilita a agresivní chování**

Všechny tyto typy rizikového chování mají společný charakter, kdy mladiství porušují sociální normy a používají násilí k omezování základních práv ostatních (Vágnerová, 2008). Agresivita a násilí vyvolává v jedinci takové chování, jehož jasným cílem je poškození jiného organismu nebo neživého předmětu (Fischer & Škoda, 2014). Hostilitou označujeme nepřátelský postoj vůči sobě samému a okolí, jenž je doprovázen agresivním chováním (Vágnerová, 2008).

V následujícím textu se již zaměříme na konkrétní definici šikany, jež je u mládeže nejčastější formou agresivního jednání a je cílena proti dětem a mládeži ve školním prostředí nebo zájmových skupinách. „*Šikanování je jakékoliv chování, jehož záměrem je ublížit jedinci, ohrozit nebo zastrašovat jiného žáka, případně skupinu žáků. Je to cílené a obvykle opakované užití násilí jedincem nebo skupinou vůči jedinci či skupině žáků, kteří se neumí nebo z nejrůznějších důvodů nemohou bránit. Zahrnuje jak fyzické útoky v podobě bití, vydírání, loupeží, poškozování věcí druhé osobě, tak i útoky slovní v podobě nadávek, pomluv, vyhrožování či ponižování. Může mít i formu sexuálního obtěžování až zneužívání. Šikana se projevuje i v nepřímé podobě jako nápadné přehlížení a ignorování žáka či žáků třídní nebo jinou skupinou spolužáků. Nebezpečnost působení šikany spočívá zvláště v závažnosti, dlouhodobosti a nezřídka v celoživotních následcích na duševním a tělesném zdraví.*“ (MŠMT, 2017, s. 1). Dle Udatné (2015) je šikanování jev, jenž se může za daných podmínek rozvinout v jakémkoliv kolektivu nebo skupině a aktérem se stane prakticky kterýkoliv jedinec. Šikana ovlivňuje prožívání, vývoj osobnosti a vztah k normám, a to i za předpokladu, že je jedinec v roli oběti, pachatele nebo pouze v roli pozorovatele šikany. K šikaně dochází u dětí školního, ale i předškolního věku, ve škole, v zájmových kroužcích, ale i v rodině.

Obecně je známo, že šikanujícími se častěji stávají chlapci, kteří své oběti šikanují samostatně nebo ve skupinách a používají přitom spíše fyzickou agresi. V posledních letech došlo k nárůstu šikany mezi dívkami, kde dochází především k šikaně ve skupině, kdy si skupina dívek najde jako oběť nejslabší článek z kolektivu. Dívky často své oběti napadají verbálně nebo nepřímými způsoby (Kyriacou, 2005). Fontana (2003) dále uvádí, že šikana mezi dívkami bývá méně nápadná. Oběť šikany bývá vyloučena ze skupinových činností, je kolektivem dívek ignorována a dochází k šíření pomluv na její osobu.

Zvláštní formou šikany je kyberšikana, která je díky stále se vyvíjejícím komunikačním technologiím čím dál častějším jevem. Je formou agrese, jež je cílena na jedince nebo skupinu jedinců prostřednictvím informačních a komunikačních prostředků, jakými jsou chytré telefony, počítače a tablety (Kopecký & Szotkowski, 2017).

Šikana se nejčastěji vyskytuje na základních školách, praktických školách a učilištích. Nejzávažnější případy šikany pozorujeme v rámci ústavní výchovy, zejména v dětských domovech se školou a výchovných ústavech (Kolář, 2001).

V mnohé odborné literatuře se autor snaží o typickou charakteristiku oběti a jeho trýznitele. Pokud budeme popisovat oběť šikany, lze však pouze tvrdit, že se jedná o děti, které se mohou lišit rasou, náboženstvím, inteligenční úrovní, sociálním a ekonomickým statutem (Fontana, 2003). Pro agresory je typické, že pocházejí z liberalisticky nebo naopak autoritářsky smýšlející rodiny, která postrádá dostatečnou míru citu, respektu a zodpovědnosti. U obětí šikany bývá výchova na druhou stranu úzkostně přehnaná, což zapříčiňuje to, že jsou jedinci v cizím prostředí méně flexibilní, chovají se introvertně a z tohoto důvodu mívají méně kamarádů mezi vrstevníky (Dolejš, 2010).

Dle Koláře (2001) se až 8,5-27 % dětí na základních školách, středních školách a učilištích stane obětí šikany. Ve výzkumu Červeného a Kubešové (1996) bylo zjištěno, že 48,3 % mladistvých bylo někdy v životě obětí šikany, z toho u 1,44% mladistvých šlo o dlouhodobý a pravidelný jev (in Dolejš, 2010). Nejrozšířenější formou šikany se stává verbální agrese, kterou zažije jednou za měsíc až 25,6 % jedinců. Svědkem šikany, kdy dochází k posmívání a zesměšňování jedince ve vrstevnické skupině, bývá až 51,4 % adolescentů (Dolejš, 2010).

### **Problémové sexuální aktivity**

Jedná se o „*soubor behaviorálních projevů doprovázejících sexuální aktivity a vykazujících prokazatelný nárůst zdravotních, sociálních a dalších typů rizik.*“ (Jonášová, 2015, s. 2).

Dle Širůčkové (2015) můžeme mezi rizikové sexuální chování adolescentů zařadit předčasné zahájení sexuálního života, nechráněný pohlavní styk, promiskuitu, pohlavní styk s rizikovým partnerem a předčasné rodičovství. Jonášová (2015) doplňuje tyto typy rizikového sexuálního chování ještě o pravidelné sledování pornografie před dosažením 15. roku, vysokou frekvenci pohlavního styku, prostituci, drastické sexuální praktiky a prezentování erotického materiálu s vlastní osobou na internetu.

Předčasné zahájení pohlavního života přináší mnohá rizika, jakými je nechtěné těhotenství spojené s interrupcí, psychosociální poruchy a pohlavně přenosné choroby. Předčasné započetí sexuálního života může být ovlivněno mnoha faktory. Právě dívky v ústavní výchově mohou trpět citovou deprivací, kdy u nich nebyly uspokojeny základní potřeby. Toto emoční strádání se snaží nalézt u často starších partnerů, kde hledají zázemí a jistoty (Vaníčková, 1999). Předčasný pohlavní život můžeme pozorovat také u dívek z neúplných rodin, u kterých je pohlavní aktivita zahájena v dřívějším věku než u dívek z úplných rodin. Tyto dívky mají také skoro o jedenkrát tolik sexuálních partnerů než

dívky vyrůstající v úplné rodině (Calhoun & Friel, 2001; Klavs et al., 2005). Dívky, jež začínají předčasný pohlavní život, trpí často nízkým sebevědomím a dosahují nižšího stupně vzdělání (Price & Hyde, 2009). Magnani (2001) však tvrdí, že naopak i přehnaně vysoké sebevědomí u dívek může vést k rizikovému chování v podobě předčasného zahájení pohlavního styku.

Výzkum pod vedením Lepíka, Dolejše, Miovského a Vacka (2010) přináší znepokojivé výsledky, kdy 11,7 % chlapců a 8,2 % dívek šestých ročníků uvedlo, že již měli pohlavní styk. V porovnání s devátým ročníkem základní školy mělo pohlavní styk již 32,8 % chlapců a 26,2 % dívek.

Výzkumy týkající se rizikového reprodukčního chování potvrzují, že až 46,8 % sexuálně aktivních adolescentů nepoužilo při pohlavním styku ochranu v podobě kondomu. Bylo prokázáno, že s narůstajícím věkem klesá procento adolescentů, kteří při pohlavním styku používají jako ochranu kondom. Toto tvrzení může být zdůvodněno užíváním jiné antikoncepční metody nebo nárůstem trvalých vztahů mezi adolescenty, kdy již kondom přestávají používat (Lepík, Dolejš, Miovský & Vacek, 2010).

Pravidelným sledováním pornografie na internetu může dojít k ovlivnění sexuálního chování, sexuálních postojů a hodnot mladých jedinců. Časté sledování pornografie vede k odcizení nejen od druhých, ale i od sebe sama, může vést až k sociální izolaci. Jedinci, kteří sledují pravidelně internetovou pornografii, pokládají sexuální praktiky v daných snímcích za realistické. To s sebou nese problémy v běžném sexuálním životě, kdy se jedinec snaží napodobit herce z daného filmu. Ybarra a Mitchell (2005) ve své studii uvádějí, že až 87 % chlapců ve věku 14-17 let má nějakou zkušenost se sexuálním materiálem na internetu. Z toho ti, kteří sledovali tento materiál záměrně, mají více zkušeností s užíváním návykových látek a delikventním chováním (in Krčmářová, 2012).

Výzkumy uvádějí, že adolescenti často provozují pohlavní styk pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky, tyto známosti bývají náhodné a často dochází k nechráněnému pohlavnímu styku (Kotchick, 2001). Lepík, Dolejš, Miovský a Vacek (2010) ve své studii uvádějí, že drogu při souloži z jejich výzkumného vzorku užilo 5,65 % chlapců a 4 % dívek.

### **Školní problémy a přestupky**

Pod touto skupinou rizikového chování si můžeme představit takové chování, které není z krátkodobého hlediska tak závažné a rizikové, ale z dlouhodobého hlediska s sebou nese problémy pro budoucí život jedince, kdy může dojít k snížení uplatitelnosti v rámci pracovního trhu, což s sebou přináší riziko možného rozvoje dalších rizikových aktivit. Lze sem zejména zařadit selhávání v rámci výuky, záškoláctví, neplnění povinností ve škole a předčasné ukončení vzdělávání (Širůčková, 2015).

Nejčastějším typem rizikového chování týkajícího se školní problematiky je záškoláctví. Záškolák je adolescent, jenž úmyslně zameškává školní vyučovací hodiny, aniž by měl pro absenci zásadní důvody, dopouští se tak neomluvené nepřítomnosti bez vědomí zákonných zástupců nebo pedagogů (Stonišová et al., 2012; Kyriacou, 2005). Záškoláctví se vyskytuje na všech typech škol, od základní školy, přes školu praktickou, speciální a také na středních školách, kde s věkem roste jeho četnost. Existuje několik kategorií záškoláctví, můžeme odkázat na dělení dle Vágnerové (2005), která dělí na záškoláctví impulzivního charakteru a na plánované, účelové. Dále Kyriacou (2005) popisuje pravé záškoláctví, záškoláctví s vědomím rodičů, záškoláctví s klamáním rodičů, útky ze školy a odmítání školy. Pro naši práci je však nejdůležitější rozeznat ten okamžik, kdy dítě chodí za školu z důvodu úzkosti spojené s nějakým problémem nebo je to spojeno s dalšími formami rizikového chování.

Jak už jsme naznačili výše, záškoláctví se však často může pojít s dalšími formami rizikového chování, jakými je nejčastěji užívání návykových látek, hazardní hry, kriminalita, dětská prostituce, jež mohou negativně ovlivňovat osobnostní vývoj adolescenta (Miovský et al., 2010). Záškoláctví je spojované s kriminalitou nejčastěji v zahraničí, kdy v Anglii děti za školou páchají pouliční kriminalitu, drobné krádeže, krádeže aut a vandalismus (Kyriacou, 2005). Tuto kriminální činnost často páchají za účelem získání návykové látky (Stonišová et al., 2012).

Ve výzkumu Beinarta a kolektivu (2002) byla prevalence záškoláctví v šestém ročníku u chlapců 11 % a u dívek 7 %, v ročníku devátém chodilo za školu 38 % chlapců a 42 % dívek. Z tohoto tvrzení vyplývá, že se s věkem prevalence záškoláctví zvyšuje (in Dolejš, 2010). Mezi další školní prohřešky často patří přítomnost žáka ve škole pod vlivem alkoholu nebo marihuany (Blatný et al., 2006, in Dolejš, 2010).

### **Extremistické, hazardní a sektářské aktivity**

Pod těmito formami rizikového chování si nejčastěji můžeme představit extremismus spojený s fyzickou agresivitou vůči nějaké části společnosti, ve velké míře bývá spojován s rasismem. Sektářské aktivity jsou převážně spojované s nějakým náboženským hnutím, kde jedinci mezi svými členy šíří svou vlastní ideologii. Zvláštní formou rizikového chování je hazardní hraní či hráčství, které však může posléze přerůst do patologického hráčství. A poslední formou jsou hazardní aktivity, mezi které patří také extrémní adrenalinové sporty (Miovský et al., 2015). Dále v textu tyto jednotlivé formy rizikového chování probereme podrobněji.

Extremismem můžeme vyznačit sociálně patologické jevy, které se vyskytují v organizovaných skupinách, jejíž příznivci nerespektují základní lidská práva a odmítají základní hodnoty a normy dané společností. Jejich činy jsou často spojeny s násilím a jsou motivované nenávistí (Chmelík 2012, in Sochůrek, 2009). Dle Vykopalové (2001) sem mohou patřit různé projevy extremistického jednání, jakými je například fašismus, rasismus, antisemitismus, kulturní a náboženský fanatismus (in Dolejš, 2010). Rasismem

a xenofobií označujeme „soubor projevů směřujících k potlačení zájmů a práv menšin, které pro potřeby prevence třídíme do obou uvedených kategorií, tedy zastávání rasové nerovnocennosti v jakémkoli smyslu slova, podporování rasové nesnášenlivosti a netoleranci vůči menšinám a odlišnostem.“ (Miovský et al., 2015, s. 115). V současné době jsou nejčastěji utlačovány menšiny s odlišnou barvou pleti (Charvát, 2007). Lepík, Dolejš, Miovský a Vacek (2010) ve své studii popisují, že až 36,4 % adolescentů má negativní vztah k romské komunitě, 11 % adolescentů vůči Rusům a 7,8 % adolescentů vůči asijsky mluvící komunitě. Toto nenápadné rasové chování, kdy nám není pouze někdo sympatický, může přerůst do velmi rizikového chování, kdy se může mládež stát součástí některých extremistických spolků, které právě potlačují práva a svobodu těchto minorit.

Dle Miovského a kolektivu (2015) můžeme sektu popsat jako „určitou ohraničenou sociální skupinu, jejíž členové sdílí ideologický koncept, jehož prostřednictvím se skupina vymezuje vůči svému okolí, přičemž dochází k postupné sociální izolaci, manipulaci a dalším extrémním zásahům do soukromí participujících osob.“ (Miovský et al., 2015, s. 115). Tyto skupiny jsou ohrožující pro adolescenty, jež procházejí nějakým obdobím krize a mohou u těchto hnutí hledat podporu.

Hazardním hraním nebo hráčstvím popisujeme takové jednání, kdy do hry investujeme nevratné finance s vidinou mnohonásobného zisku (Maierová & Charvát, 2017). Jak už bylo v diplomové práci výše zmíněno, tak právě hazardní hraní je často spojováno s trávením volného času adolescentů v době školní výuky. Výroční zpráva z roku 2015, která se zaměřila na hazardní hraní, udává výčet mnoha forem hraní, jakými jsou například výherní automaty, sázkové hry prostřednictvím loterijního systému, sportovní sázky, karetní hry a sázkové hry přes internet. U adolescentů se stávají velmi oblíbenými hazardní hry po internetu, jež jsou mladistvým díky všude přítomnému internetovému připojení velmi dostupné (in Maierová & Charvát, 2017). Těmito formami rizikového chování trpí častěji chlapci oproti dívkám (Vágnerová, 2002). Když se podíváme blíže na výzkumy zaměřené na problematiku hazardních her a závislosti na internetu, tak podle studie ESPAD prováděné v roce 2015 v České republice, stráví 41,5 % adolescentů ve všední den u internetu 4 a více hodin, o víkendu je to až 53,4 % adolescentů. Denně hraje počítačové hry 27,6 % studentů a až 83,9 % studentů je denně připojeno k internetu. Hazardní hry hrálo za poslední dvanáct měsíců 9,1 % adolescentů, z toho je u 2,7 % riziko, že u nich dojde k rozvoji problémového hráčství (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016).

Pod hazardní aktivity patří také extrémní adrenalinové sporty, avšak mezi těmito činnostmi shledáváme velký rozdíl. Extrémní sporty jsou aktivity, které jsou provozovány za účelem zážitku a adrenalinu, i když je při nich zvýšené riziko úrazu, tak se nejedná o hazard se životem. Prostřednictvím hazardního chování dochází k ohrožení života jedince, příkladem je jízda mezi vagóny tramvají nebo metra, výškové přeskokování mezi

domy, experimenty s výbušninami nebo experimentování se stavem vědomí (Dolejš, 2010).

### **Ostatní formy rizikového chování**

Mezi další formy rizikového chování u adolescentů se může řadit hned několik činností. Dle Krejčířové a Skopalové (2007) to může být právě závislost na nakupování (in Dolejš, 2010). Vykopalová (2001) tento seznam ještě rozšiřuje o další impulzivní formy, jakými mohou být kleptomanie, pyromanie, trichotilomanie a jiné (in Dolejš, 2010).

Dolejš (2010) se ve své práci však nejvíce zaměřuje na poruchy příjmu potravy, jakými je anorexie a bulimie. Zabývá se s nimi hlavně z toho důvodu, že až v 90 – 95 % se tyto poruchy příjmu potravy vyskytují u adolescentů ve věku 14 – 18 let. Dle MŠMT (2017) jsou obě poruchy příznačné nadměrným strachem z tloušťky, tělesnou nespokojeností a výraznou snahou o dosažení štíhlosti. Mentální anorexie má za cíl úmyslné snižování tělesné hmotnosti všemi možnými prostředky, jakými může být zvracení, nadměrné cvičení, užívání laxativ a diuretik. Dle Vykopalové (2001) může toto jednání vést až k sebevražedným pokusům, závažným psychickým poruchám a naprostému vyhladovění (in Dolejš, 2010). Dle MŠMT (2017) má až 6 % dívek v období puberty některý z anorektických příznaků. Carr-Gregg a Shale (2010) ve své publikaci uvádějí, že ač se mentální anorexie vyskytuje častěji u dívek, tak až 25 % chlapců trpí anorexií. U mladých dospělých mužů se zvyšuje počet případů, kdy dodržují přísnou dietu v kombinaci s nadměrným cvičením. Často v těchto případech dochází ke zneužívání steroidů. Mentální bulimie je však z velké většiny problémem dívek a žen, a to převážně ve věkovém rozpětí 18 – 35 let. Vznik této poruchy se objevuje již většinou v adolescenci, spouštěčem mohou být stresové situace spojené s ukončováním studia a následným přestupem do pracovního procesu (Hartl & Hartlová, 2000). U dospívajících dívek pozorujeme opakované etapy přejídání, nutkavé myšlenky týkající se jídla, vyvolávané zvracení, užívání projímadel spojené s průjmy se střídá s hladověním (Dolejš, 2010).



### 3 ÚSTAVNÍ VÝCHOVA A PÉČE

Ústavní výchova je formou výchovného opatření, jejímž cílem je zabezpečit vývoj daného jedince prostřednictvím bezpečného prostředí. To se děje ve spolupráci mnoha odborníků, kteří se snaží na jedince působit výchovným, edukačním a resocializačním způsobem, aby bylo dosaženo pozitivních změn v rámci jeho vývoje. Dítě je umístěno do institucionální péče z důvodu nefunkčnosti rodinné výchovy, kdy rodiče nejsou schopni zvládat výchovu dítěte nebo je výchova z nějakého důvodu ohrožena a nemůže dojít k jejímu zabezpečení. Ústavní výchova je stanovena soudem a nařizuje se dětem ve věku od 3 – 18 let. Avšak dané zařízení může vybraným jedincům bez výrazných výchovných problémů poskytnout péči až do jejich 26 let, a to za předpokladu řádného studia, které by jedince připravilo pro budoucí uplatnění na pracovním trhu (Doležalová, 2015). Ústavní výchova může být zrušena na žádost zákonných zástupců, u daného jedince však musí dojít k výchovnému zlepšení nebo musí dojít k pominutí důvodu nařízení ústavní výchovy (Pipeková, 2006).

V rámci Evropy patří Česká republika mezi země, jež umisťují do institucionální péče vysoký počet dětí (Doležalová, 2015). Existují čtyři skupiny dětí, jimž je navrhována ústavní výchova, jsou to děti osamělé (sirotci), ohrožené (nevhodné rodinné zázemí), rizikové (výchovné problémy) a děti s trestnou zkušeností, které by v ní mohly nadále pokračovat (MV, 2007). V této souvislosti zmíníme kritéria, která jsou nejčastějším důvodem umístění daného jedince do ústavní péče. Jedinec se účastní protiprávního jednání (přestupky, trestná činnost), vyskytuje se u něj počáteční závislost na návykových látkách, často utíká z domova, nerespektuje rodiče, často střídá sexuální partnery nebo je členem rizikové vrstevnické skupiny. Tyto jednotlivé typy rizikového chování bývají u jedince nejprve řešeny výchovnými opatřeními v rámci domova, po neúspěšných pokusech je přistoupeno k zahájení ústavní výchovy (Matoušek & Matoušková, 2011). K této typologii dětí v ústavní péči se přidává také Doležalová (2015), která udává, že u převážné většiny jedinců v ústavní výchově jsou přítomné určité projevy rizikového chování nebo je u nich přítomna porucha chování. Dle Kurelové a kolektivu (2008) bývá velká část dětí, které jsou umístěny do ústavní péče, od dětství traumatizována a zanedbávána, jak po psychické stránce, tak po materiální. U těchto dětí bývá často přítomna citová deprivace a je narušen vývoj osobnosti (in Doležalová, 2015).

Podle zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů je cílem institucionálních zařízení předcházení vzniku a rozvoji negativního chování jedince nebo narušení zdravého vývoje. Dále se snaží o zmírnění nebo úplné odstranění příčin nebo důsledků již přítomných poruch chování. Hlavní prioritou je podpora zdravého osobnostního vývoje jedince. Dle Doležalové (2015) o tento zdravý

vývoj jedince usiluje tým profesionálů, konkrétně v zastoupení speciálních pedagogů, vychovatelů, etopeda, psychologa, terapeuta a dalších sociálních pracovníků.

*„Dítě nebo dospívající jedinec s výchovnými problémy se na žádost rodiny, častěji ovšem na základě soudního rozhodnutí může ocitnout v zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, mezi která patří diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou a výchovný ústav. Pobyt v takovém zařízení sice může být v konkrétním případě a situaci relativně lepším řešením než ponechání jedince v patologickém prostředí rodiny, ovšem nedokáže uspokojit většinu jeho důležitých emočních a vztahových potřeb. Dítě nebo dospívající se tu navíc většinou setkává se skupinou dalších rizikových vrstevníků, kteří jej mohou stimulovat v negativním směru.“* (Slowík, 2007, s. 140).

### **Dětský domov se školou**

Dle zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů zajišťuje dětský domov se školou péči dětem s nařízenou ústavní výchovou, jsou-li u nich přítomné závažné poruchy chování nebo je-li u nich přítomna přechodná nebo trvalá duševní porucha, která vyžaduje výchovně léčebnou péči. Méně často je poskytována dětem s nařízenou ochrannou výchovou nebo nezletilým matkám. Dle Bendla (2004) jsou do dětského domova se školou umísťovány děti zhruba od 6 let do ukončení povinné školní docházky. Pokud dojde v průběhu docházky k odeznění výchovných problémů nebo důvodu umístění dítěte do ústavní péče, může dojít k přesunu dítěte na běžnou základní školu. To se nejčastěji praktikuje v podobě dlouhodobé povolenky, kdy dítě pobývá u rodiny a navštěvuje svou původní školu, až poté bývá žádáno o zrušení ústavní výchovy. Pokud nemůže být dítě po ukončení povinné školní docházky pro své výchovné problémy zařazeno do dalšího vzdělávacího procesu, je jedinec přemístěn do výchovného ústavu, v rámci něhož navštěvuje další stupeň vzdělávání.

Dětský domov se školou má podobnou strukturu jako běžný dětský domov, jen s tím rozdílem, že součástí tohoto zařízení je základní škola, kterou navštěvují ty děti, které mají povinnou školní docházku. V základní škole při dětském domově je dětem poskytováno vzdělání, které odpovídá jejich věku a možnostem jedinců vzhledem k jejich postižení. Vzdělání je dětem poskytováno speciálními pedagogy, kteří často přizpůsobují výuku jedincům, kterým je pro jejich psychiatrické problémy vytvořen individuální studijní plán. I přes individuální přístup dochází u těchto dětí k selhávání, kdy dítě utíká ze zařízení, je agresivní vůči vrstevníkům, ale i vůči dospělým. Toto zařízení ústavní výchovy je zřizováno v resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (Doležalová, 2015).

Dětské domovy se školou jsou organizovány formou rodinných skupin, které jsou tvořeny malou skupinou dětí v počtu 6 – 8 dětí. Skupiny jsou často tvořeny s ohledem na věk a pohlaví jedinců. Těchto rodinných skupin může být v těchto zařízeních až šest. Rodinná skupina bývá tvořena společnou kuchyní a obývacím pokojem, kde mohou děti

trávit společný čas. Dále je dětem k dispozici pokoj, který většinou sdílí ještě s některým z vrstevníků daného zařízení. Samozřejmostí je sociální zařízení a dále se v bytové jednotce nachází pokoj vychovatelů. Výhodou této rodinné skupiny je zapojení dětí do chodu domácnosti, jsou tak připravovány na budoucí odchod ze zařízení a na zařazení do běžné společnosti, jsou jim tak zajišťovány podmínky pro rozvoj a osamostatnění se.

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část diplomové práce neboli výzkumná část slouží k aplikaci těchto získaných teoretických poznatků do praxe. Zabýváme se výzkumem, který by mohl přinést nové informace týkající se rizikového chování ve spojitosti s přítomnými symptomy ADHD u dětí v ústavní péči. Dále v této části podrobně popisujeme dotazníky, pomocí kterých jsme potřebná data získali. Následné výsledky jsou pro nás poté lépe čitelné.

## 4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Stále častěji zmiňovaným tématem je zvýšený výskyt rizikového chování u dětí v ústavní péči. Toto problémové chování ovlivňuje celkové zařazení těchto dětí do společnosti, mají výchovné problémy ve škole, špatný prospěch, často dochází k obvinění mladistvých z trestných činů. Všechno toto rizikové chování se promítá do dospělosti. Zvlášť vysoký výskyt rizikového chování se vyskytuje u dětí v dětských domovech, které jsou do těchto zařízení pro toto chování často umístěny. Příčiny rizikového chování jsou různé, v poslední době se však zvyšuje výskyt ADHD u dětí, které je jednou z příčin rizikového chování. Další z příčin mohou být přítomné poruchy chování, ale také deprivace u dětí (Doležalová, 2015). Chceme vědět, zda a v jaké míře, případně závažnosti se spolu vyskytují symptomy ADHD a rizikové chování.

## 5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A CÍLE

### 5.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je detailní zmapování výskytu rizikového chování v souvislosti s výskytem symptomů ADHD u dětí v kontextu vybraných zařízení ústavní výchovy a péče. V rámci rizikového chování je cílem popsat jednotlivé složky rizikového chování v závislosti na pohlaví, věku a vzdělávacím programu.

Zaměřili jsme se na jednotlivé oblasti rizikového chování, kterými jsou interpersonální agresivní chování, delikventní chování ve vztahu k hmotnému majetku, rizikové zdravotní návyky, sexuální chování a rizikové chování ve vztahu k společenským institucím (Širůčková, 2015), a to prostřednictvím dotazníku VRCHA neboli Dotazníku na přítomnost rizikového chování (Dolejš & Skopal, 2015). Následně jsme se pokusili určit, jaký je výskyt tohoto rizikového chování u dětí ve vybraných zařízeních ústavní výchovy a péče. Dalším cílem je najít provázanost mezi rizikovým chováním a symptomy ADHD.

### 5.2 Výzkumné otázky

- 1) Jaké rizikové chování se dle VRCHA vyskytuje u dětí v dětských domovech?
- 2) Jaké genderové rozdíly v rizikovém chování pozorujeme u dětí dětského domova se školou?
- 3) Jak často se toto vysoce rizikové chování vyskytuje se symptomy ADHD?
- 4) Vyskytují se v ústavní péči děti se symptomy ADHD zcela bez rizikového chování?
- 5) S jakou složkou rizikového chování dle VRCHA se současně vyskytují symptomy ADHD?

## 6 ZÁKLADNÍ A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Základním souborem jsou všechny děti v celé České republice, které jsou umístěny do ústavní péče. Dle Jindrové (2012) se rizikové chování vyskytuje na každé škole, četnost a míra rizikového chování se v adolescenci zvyšuje. Dle Doležalové (2015) má většina dětí v ústavní péči určitý stupeň projevů rizikového chování, které je přítomné v souvislosti s různými diagnózami, jako je např. porucha chování, ADHD. V běžné populaci je ADHD diagnostikováno u 3 - 7 % dětské populace (Cáhová, Pejčochová & Ošlejšková, 2010).

Výzkum je realizován v konkrétním zařízení ústavní péče, a to konkrétně v dětském domově se školou, se kterým řešitel úzce spolupracuje. Jedná se o zařízení, které má kapacitu pro 48 dětí, ale tato kapacita nemusí být vždy naplněna. Díky této spolupráci je možné analyzovat jednotlivé případy detailně a do maximální možné hloubky.

Kritéria pro zařazení do studie jsou taková, že respondent musí být aktuálním klientem daného zařízení. Dále musí být dodržena věková hranice v rozmezí 9 - 18 let.

Ke zvolení výběrového souboru je použita nepraviděpodobnostní metoda výběru, a to metoda záměrného (účelového) výběru přes instituce. Využíváme určitého typu služby, která je určena pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá (Mioviský, 2006). V této výzkumné činnosti je to právě pravděpodobná přítomnost symptomů ADHD u dětí z dětského domova se školou a zároveň pravděpodobnost přítomnosti rizikového chování u těchto dětí.

Do výzkumu jsou zapojeni všichni aktuální jedinci dětského domova se školou, v této chvíli se jedná o 44 respondentů, konkrétně 13 dívek ve věku od 13 do 15 let a o 31 chlapců ve věku od 9 do 18 let. Tuto mužskou převahu můžeme vysvětlit na podkladech z teoretické části práce, kde popisujeme, že se chlapci chovají rizikověji než dívky v mnoha směrech, příkladem může být delikventní jednání a užívání návykových látek. To mohou být taky nejčastější typy rizikového chování, které mají za následek umístění dítěte do ústavní péče, konkrétně do dětského domova se školou. Dle MŠMT (2012) bylo v roce 2010/2011 do dětského domova se školou umístěno 583 chlapců a 177 dívek. Menší část respondentů jsou žáci základní školy praktické, jenž je typ školského zařízení, kde se vzdělávají děti, které by neobstály na běžné základní škole. Největší část respondentů jsou žáci běžné základní školy a zbylá část respondentů jsou studenti, kteří navštěvují nedaleké střední odborné učiliště. V první fázi jsme u nich provedli výzkum týkající se diagnostiky ADHD. U všech respondentů jsme se poté zaměřili na výskyt rizikového chování a příčiny vzniku tohoto chování.

Následující Tabulka 1 popisuje u celého souboru respondentů jejich celkové hodnocení za poslední pololetní vysvědčení. Toto celkové hodnocení v tabulce porovnáváme dle pohlaví, věku a vzdělávacího programu. Dle pohlaví jsou dívky v školních dovednostech úspěšnější než chlapci. V další části tabulky potvrdíme, že

s věkem klesá úspěšnost ve školských dovednostech. Mezi úspěšností dětí základní školy praktické a dětí základní školy nejsou výrazné rozdíly.

**Tabulka 1:** Popis výzkumného souboru z hlediska rizikového chování ve vztahu ke vzdělání dle pohlaví, věku a vzdělávacího programu – celkové hodnocení

Celkové hodnocení	Pohlaví			Věk				Vzdělávací program		
	Chlapci	Dívky	Celkem	9-12	12-15	16-18	Celkem	ZŠP	ZŠ	Celkem
Prospěl	23	11	34	8	22	5	35	11	22	33
Neprospěl	8	2	10	1	4	4	9	4	7	11

V následujících tabulkách jsme se zaměřili na proměnné týkající se vzdělání, které mohou být v blízkém vztahu s výskytem rizikového chování. Konkrétně jsme uvedli pro celý výzkumný soubor průměrný počet zameškaných hodin za poslední pololetí v daném dětském domově se školou, dále průměrný počet zameškaných hodin za poslední půl rok v jejich původní škole, z které přicházeli do DDS. Další proměnnou byl průměr z průměrné známky za poslední pololetí v DDS. V neposlední řadě jsme se zaměřili na průměrné hodnocení chování respondenta v původní škole, protože právě tento průměr může vypovídat o přemístění do DDS, kdy je dětem udělován nižší stupeň pro jejich rizikové chování.

V tabulce 2 byly popsány tyto proměnné dle typu vzdělávacího programu, kdy děti běžné základní školy, tak děti základní školy praktické neměly výrazně rozdílný průměr omluvených zameškaných hodin. Razantní rozdíl byl pozorován až u neomluvených hodin, kdy se u dětí běžné základní školy vyskytovaly až několikanásobně větší počty zameškaných neomluvených hodin. Tato data však nemohla být zkreslena přítomností studentů učilišť, kteří mohli častěji zanedbávat školní docházku, protože rozložení těchto studentů bylo mezi oběma typy vzdělávacího programu podobné. Další proměnnou, kterou jsme v této tabulce sledovali, byla průměrná známka, zde jsme sledovali, že děti běžné základní školy byly úspěšnější než děti praktické školy. Poslední proměnnou v této tabulce bylo průměrné hodnocení chování v původní škole, kdy lepších výsledků dosáhly děti praktické školy oproti dětem běžné základní školy.



**Tabulka 2:** Popis výzkumného souboru z hlediska rizikového chování ve vztahu ke vzdělání dle konkrétního vzdělávacího programu

Proměnné	Počet	N platných	Vzdělávací program		
			ZŠP (N=15)	ZŠ (N=29)	Průměr
∅ zameškané hodiny	O	44	47,3	49,7	48,5
	N		7	37,8	22,4
∅ zameškané hodiny *	O	44	79,8	83,3	81,5
	N		19,8	51,4	35,6
∅ z průměrné známky		44	2,8	2,5	2,7
∅ hodnocení chování *		44	1,5	2,2	1,9

(Poznámka: ∅ zameškané hodiny – O=omluvené, N=neomluvené, \* v tomto případě značí školu, z které je dítě přemístěno do ústavní péče, ZŠP=Základní škola praktická, ZŠ=Základní škola)

Tabulka 3 upozornila na proměnné týkající se rizikovosti ve vztahu k vzdělání dle různorodosti pohlaví. Překvapujícím zjištěním byly obecně převyšující počty omluvených i neomluvených hodin u dívek v porovnání s chlapci, a to jak v DDS, tak v původní škole, kterou dívky navštěvovaly před umístěním do DDS. Právě tato forma rizikového chování, jakým je záškoláctví, může být hlavním důvodem umístování dívek do dětských domovů se školou. S tím souvisí i průměrné hodnocení chování dívek, kdy jim byl udělován nižší stupeň než chlapcům. Rozdíl mezi průměrnou známkou chlapců a dívek není nijak zvlášť významný.

**Tabulka 3:** Popis výzkumného souboru z hlediska rizikového chování ve vztahu ke vzdělání dle pohlaví

Proměnné	Počet	N platných	Pohlaví		Průměr
			Dívky (N=13)	Chlapci (N=31)	
∅ zameškané hodiny	O	44	68,9	36,1	52,5
	N		35,3	23,9	29,6
∅ zameškané hodiny *	O	44	110,5	70,2	90,4
	N		94,7	17,8	56,3
∅ průměrná známka		44	2,6	2,7	2,7
∅ hodnocení chování *		44	2,2	1,9	2,1

(Poznámka: ∅ zameškané hodiny – O=omluvené, N=neomluvené, \* v tomto případě značí školu, z které je dítě přemístěno do ústavní péče)

Poslední tabulka 4 se zaměřila na vztah proměnných týkajících se rizikovosti ve vzdělání ve spojitosti s věkem. Zde byly použity tři věkové kategorie podle VRCHA (Dolejš & Skopal, 2015), aby mohlo dojít k patřičné propojenosti. Proměnná, která se týkala průměrných zameškaných hodin v DDS potvrdila, že s věkem stoupá počet zameškaných hodin, jak omluvených, tak neomluvených. Zajímavost jsme shledali u další proměnné, která se týkala průměru zameškaných hodin v původní škole respondentů, kdy největší počet neomluvených zameškaných hodin měla skupina respondentů ve věku 13-15 let, tedy žáci vyšších ročníků základní školy. S tím je zase spojeno také průměrné hodnocení chování, kdy tato skupina měla nejčastěji sníženou známku z chování. Průměrná známka je zase ovlivněna věkem, tedy s věkem se u respondentů zhoršuje prospěch.

**Tabulka 4:** Popis výzkumného souboru z hlediska rizikového chování ve vztahu ke vzdělání dle věku

Proměnné	Počet	N platných	Věk			
			9 - 12	13 - 15	16 - 18	Průměr
∅ zameškané hodiny	O	44	27	52,6	60,9	46,8
	N		1,7	30,6	45	25,8
∅ zameškané hodiny *	O	44	91,1	83,6	70,1	81,6
	N		14,2	55,1	25,4	31,6
∅ průměrná známka		44	2,3	2,6	3,2	2,7
∅ hodnocení chování *		44	1,7	2,1	1,6	1,8

(Poznámka: ∅ zameškané hodiny – O=omluvené, N=neomluvené, \* v tomto případě značí školu, z které je dítě přemístěno do ústavní péče)

Pokud budeme porovnávat rizikovost v rámci vzdělání u proměnné, která se týká průměru zameškaných hodin, jak omluvených, tak neomluvených, s touto stejnou proměnnou v původní škole dle vzdělávacího programu, pohlaví nebo věku, tak ve všech případech můžeme jednoznačně potvrdit, že děti, které navštěvovali svou původní školu, a byly umístěny u svých rodin, měly vyšší počet omluvených a hlavně neomluvených hodin.

## 7 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT

V rámci výběrového šetření byla data nasbírána pomocí dvou dotazníků. „Výběrové šetření znamená shromáždění dat od určitého počtu jednotek, obvykle v jednom časovém okamžiku, s cílem získat systematicky množinu kvantifikovatelných údajů o určitém počtu proměnných, které se pak analyzují, aby se našly vztahy mezi nimi.“ (Bryman, 1989, in Hendl, 2009, s. 57). Konkrétně se jednalo o dotazník BRIEF neboli Hodnocení exekutivních funkcí u dětí, který mezi dětmi dětského domova zjišťoval přítomnost symptomů ADHD (Gioia et al., 2011). Pomocí druhého dotazníku VRCHA neboli Výskyt rizikového chování u adolescentů (Dolejš & Skopal, 2015) byl u všech respondentů zjišťován výskyt rizikového chování.

### 7.1 Dotazník na přítomnost symptomů ADHD

Dotazník BRIEF neboli Hodnocení exekutivních funkcí u dětí (Gioia et al., 2011) slouží k zhodnocení a posouzení exekutivních funkcí u dětí, jak v domácím, tak ve školním prostředí. Z tohoto důvodu dotazník vyplňuje jak rodič, tak třídní učitel dítěte. Tato metoda je vhodná pro děti ve věku 5 - 18 let, může být použita u dětí s poruchami učení, poruchou pozornosti a hyperaktivity, pervazivní vývojovou poruchou, depresí a dalšími psychiatrickými poruchami. Verze pro rodiče i učitele obsahuje celkem 86 položek v osmi různých škálách, které jsou pro určení exekutivních funkcí rozhodující: Inhibice, Přesun pozornosti, Emoční kontrola, Iniciativa, Pracovní paměť, Plánování a organizace, Organizace pomůcek a Kontrola chování. Tyto klinické škály jsou dále tvořeny Indexem regulace chování (BRI), Indexem metakognice (MI) a jejich celkovým skórem Globální exekutivní kompozit (GEC). Právě Pracovní paměť a Inhibice jsou důležité pro diagnostiku ADHD. Dále jsou v dotazníku BRIEF vytvořeny dvě škály, které hodnotí validitu, jednou je Škála inkonzistence, tedy rozporuplnost odpovědí respondentů a druhou Škála negativity, která odhalí nepřiměřené negativní hodnocení dítěte respondenty. V následující části textu tyto jednotlivé škály podrobněji popíšeme dle Gioia a kolektivu (2011).

#### **Inhibice**

Cílem této škály je hodnotit inhibiční kontrolu, tedy jak je jedinec schopný nejednat impulzivně a zadržet určité vlastní chování ve vhodnou dobu. Neschopnost inhibice chování je základním ukazatelem exekutivních funkcí. Velmi důležitým ukazatelem se však stává u diagnostiky ADHD v obecné rovině a pak zvláště u kombinované formy ADHD, kde převažuje hyperkineticko-impulzivní typ.

### **Přesun pozornosti**

Tato škála se zaměřuje na to, zda je jedinec schopen svobodně a vědomě změnit činnost od jedné aktivity nebo problémů k další aktivitě, jak to vyžaduje situace. Klíčovými aspekty přesunu je schopnost v nejširším významu přesunout pozornost, flexibilitu při řešení problémů a schopnost rychlého započetí soustředěnosti.

### **Emoční kontrola**

Škála Emoční kontroly se zaměřuje na jedincovu emocionální oblast, jak je schopen tyto emoční reakce regulovat. Jedinci s obtížemi v oblasti emoční kontroly mohou projevat přehnané emoční reakce vyjádřené jak labilitou, tak výbušností.

### **Iniciativa**

Položky Iniciativy hodnotí schopnost započít nějaký úkol nebo činnost, schopnost reagovat na problémy a řešit je, dále kreativitu a samostatnou tvořivost jedince. Problémy v iniciativě jsou často spojeny s vysokou motivací dítěte uspět v daném úkolu a zároveň neschopností s jeho započtím.

### **Pracovní paměť**

Škála Pracovní paměti hodnotí schopnost jedince udržet v paměti ty informace, které potřebuje k splnění daného úkolu. Pracovní paměť je rozhodujícím faktorem při plnění složitějších úkolů. Při slabé pracovní paměti musí docházet k neustálému opakování úkonů a podávání informací. Předpokladem je také udržení přiměřené výkonnosti a pozornosti, kdy právě jedinci s oslabením pracovní paměti nejsou schopni u činnosti vydržet takovou dobu, protože mají problém udržet informace potřebné k zvládnutí úkolu, tyto dvě roviny na sebe vzájemně působí a nelze je tak jednoznačně rozlišit. Škála pracovní paměti je druhou důležitou složkou při diagnostice ADHD, a to převážně pro typ, kde převažuje porucha pozornosti.

### **Plánování a organizace**

Škála Plánování a organizace je zaměřená na to, zda je dítě schopné organizovat svoje aktuální i budoucí úkoly. Složka plánování konkrétně hodnotí schopnost plánovat budoucí činnosti, schopnost stanovit si cíle a učinit kroky pro jejich splnění. Složka organizace se zaměřuje na schopnost vnést řád do nově nabytých informací, aby došlo k jejich utřídění a následně k jejich nejlepšímu využití.

### **Organizace pomůcek**

Škála Organizace pomůcek se zabývá schopností obecného udržování pořádku, jak při činnostech spojených s povinnostmi, tak volným časem. Zjišťuje, jak je dítě schopné fungovat ve svém světě, často je to spojeno s nepřipraveností dětí, kdy jim organizace pomůcek způsobuje problémy ve školním i domácím kolektivu.

## **Kontrola chování**

Škála Kontrola chování posuzuje osobní funkce kontroly, zda je jedinec schopen náhledu na své chování a jednání vůči ostatním. Dále tato škála hodnotí kontrolu práce, zda dítě dokáže zhodnotit svůj pracovní výkon. U dětí s nízkým skóre v této škále dochází k selhávání v kontrole práce a její průběh je celkově narušen.

Dotazník byl vyhodnocován na základě výpočtu hrubých skóre, kdy jsme sečetli bodové hodnoty jednotlivých položek. Poté byly tyto hrubé skóre převedeny s pomocí normalizačních tabulek na T-skóre a percentily. Hrubý skóre BRI byl získán sečtením hrubých skóre škál Inhibice, Přesunu pozornosti a Emoční kontroly. Hrubý skóre MI, jsme získali obdobným způsobem, když jsme sečetli hrubé skóre škál Iniciativa, Pracovní paměť, Plánování a organizace, Organizace pomůcek a Kontroly chování. GEC byl vypočítán součtem hrubých skóre BRI a MI. Následně jsme všechny tyto hodnoty převedli pomocí normalizačních tabulek na T-skóre a percentily. Na závěr byl vytvořen profil BRIEF, kdy jsme jednotlivé T-skóre přenesli do předtištěného grafu a vytvořili jsme tak křivku. Z grafu jsme poté mohli vyčíst, zda jsou výsledné hodnoty u jednotlivých škál významné v rovině exekutivních funkcí. Tato hranice je vymezena hodnotou T-skóre, který je roven nebo vyšší 65. Tuto hodnotu pak můžeme považovat za významně zvýšenou a má tak klinickou významnost.

V rámci diplomové práce, kdy byly děti umístěny v dětském domově se školou, byl dotazník vyplňován třídním učitelem a dotazník pro rodiče vyplňovali denní vychovatelé, kteří byli zároveň klíčovými vychovateli dítěte a plnohodnotně tak zastoupili mimoškolní výchovu dítěte, protože byli s dítětem v blízkém kontaktu. Klíčovému vychovateli a třídnímu učiteli byly podány podrobné informace o postupu vyplňování dotazníku. Z důvodu pracovní zaneprázdněnosti a velkému počtu učitelů i vychovatelů byly dotazníky vyplňovány v jejich osobním volnu a tedy bez přítomnosti řešitele. Použitý dotazník byl vyplňován klasickou metodou tužka-papír.

## **7.2 Dotazník na přítomnost rizikového chování VRCHA**

Dotazník na přítomnost rizikového chování VRCHA (Dolejš & Skopal, 2015) je rozdělen do tří hlavních okruhů, kterými je abúzus neboli zkušenosti s užíváním návykových látek, delikvence a šikana. Dotazník se skládá z 18 položek, kde se faktor abúzu zabývá zneužíváním alkoholu, cigaret, marihuany, zneužíváním léků a pohlavním stykem. Faktor delikvence se zabývá zkušenostmi s krádežemi, odcizením peněz, falšováním podpisu nebo ničením cizího majetku. Třetím pozorovaným faktorem je šikana, tento faktor je zaměřen na oběť šikany, jak z hlediska fyzické a verbální agrese nebo formou kyberšikany.

Dotazník Výskyt rizikového chování u adolescentů VRCHA byl oficiálně navržen pro adolescenty, kteří tento dotazník vyplňují samostatně. Pro naši práci byly podmínky

vyplňování změněny tak, že dotazník s dítětem vyplnil výzkumník. Důvodem byl blízký vztah mezi výzkumníkem a dětmi dětského domova se školou. Výhodu jsme shledávali v možné důvěře mezi dítětem a výzkumníkem, která by mohla vést k pravdivým odpovědím. Rozhovor probíhal s každým dítětem individuálně v oddělené místnosti. Tímto oddělením se docílilo zklidnění, kdy dítě mohlo plně věnovat pozornost otázkám z dotazníku. Individuální rozhovor také na děti působil bezpečněji, z důvodu anonymity, kdy byl každému dítěti vysvětlen záměr diplomové práce a byly popsány jednotlivé postupy zacházení s jejich osobními údaji. Každému dítěti byly tyto informace poskytnuty jinou formou, v závislosti na věku dítěte nebo psychické vyspělosti. Méně vyspělým dětem nebo dětem s psychickým omezením, byly otázky předčítány a v některých případech byly doplňovány příklady, které by jim otázku více přiblížily.

Dotazník byl vyhodnocován pomocí vyhodnocovacího klíče, kdy je za každou kladnou odpověď připočten do celkového součtu jeden bod. Nejdříve byly zvlášť sečteny subškály pro abúzus, delikvenci a šikanu. Na závěr byly všechny tyto tři škály sečteny dohromady a vyšel nám tak celkový skóre rizikovosti. Hodnoty jednotlivých subškál a celkového skóre byly poté zařazeny do jednotlivých stupňů rizikovosti, které se dělí na nerizikovost, běžnou rizikovost, zvýšenou rizikovost a vysokou rizikovost (Dolejš & Skopal, 2015).

### **7.3 Studium dokumentace**

Další metodou získávání dat byla práce s existujícími dokumenty, konkrétně s vysvědčením jednotlivých respondentů za dané pololetí v dětském domově se školou a poté za poslední pololetí v původní škole, z které bylo dítě do DDŠ přemístěno. Vysvědčení sloužila jako zdroj dat pro podrobné popsání výzkumného souboru. Dle Miovskeho (2006) byla tato data získána ještě před vznikem daného výzkumu. S těmito daty přicházíme do styku už ve fixované formě. Data byla získána a fixována obvyklým způsobem.

Konkrétně jsme se zaměřili na počet zameškaných hodin, a to omluvených a neomluvených. Dále nás zajímalo celkové hodnocení jednotlivých respondentů, průměrná známka a v neposlední řadě také hodnocení chování. Výsledky studia dokumentace byly zaznamenány do xls tabulky pro případné snadnější vyhodnocení.

## 8 METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT

### 8.1 Metody zpracování

Data byla získána pomocí dotazníku BRIEF neboli Hodnocení exekutivních funkcí u dětí (Gioia et al., 2011), který nám napomohl k zjištění přítomných symptomů ADHD u dětí v dětském domově se školou. Získaná data byla vyhodnocena za spolupráce školní psycholožky, která je oprávněna tento diagnostický nástroj používat. K vyhodnocení byla použita příručka BRIEF, kde je popsán přesný postup.

Dotazník Výskyt rizikového chování u adolescentů VRCHA (Dolejš & Skopal, 2015) byl vyhodnocen dle klíče obsaženého v příložené příručce dotazníku, podle něhož bylo následně možné adolescenta zařadit do čtyř stupňů rizikivosti. Tento dotazník byl vyhodnocen samotným řešitelem diplomové práce.

### 8.2 Analýza dat

Veškerá data, která byla získána pomocí dotazníku BRIEF neboli Hodnocení exekutivních funkcí u dětí (Gioia et al., 2011), Dotazníku na přítomnost rizikového chování VRCHA (Dolejš & Skopal, 2015) a existujících dokumentů respondentů, byla zkontrolována a přepsána do xls tabulky pomocí programu MS Excel a následně sumarizována.

Vyhodnocena byla s pomocí deskriptivních statistických metod neboli popisných metod. Tyto metody nám pomohou porozumět konkrétnímu problému, proto je důležité znát souvislosti o sběru dat, dokázat využít numerické výpočty a statistické grafy. V našem případě jsme nejvíce využívali aritmetického průměru. Datová analýza má za cíl zobrazit data tabulkově a graficky na základě výpočtů statistických charakteristik, abychom vyzdvihli jejich statistické vlastnosti a mohlo tak dojít ke srovnávání jednotlivých kategorií a podskupin dat, které si výzkumník zvolí před samotným výzkumem nebo v jeho průběhu (Hendl, 2009). V našem případě nás zajímala přítomnost symptomů ADHD u respondentů dětského domova se školou, konkrétně hodnoty proměnných Inhibice a Pracovní paměť, které jsme nejprve porovnávali dle pohlaví respondentů a poté podle toho, zda dotazník vyplňoval učitel nebo rodič (vychovatel). Složky rizikového chování (abúzus, delikvence, šikana, celkový skór) jsme rozdělili do stupňů rizikivosti (nerizikovost, běžná rizikovost, zvýšená rizikovost, vysoká rizikovost) dle pohlaví respondentů, konkrétně u skupiny dívek a chlapců. Dále jsme tyto proměnné rozdělili dle vzdělávacího programu do stupňů rizikivosti (nerizikovost, běžná rizikovost, zvýšená rizikovost, vysoká rizikovost), a to mezi běžnou základní školou a základní školou praktickou. V neposlední řadě jsme se zaměřili na porovnání jednotlivých složek rizikového chování (abúzus, delikvence, šikana,

celkový skór) dle věku do stupňů rizikivosti (nerizikovost, běžná rizikovost, zvýšená rizikovost, vysoká rizikovost), kde jsme vytvořili tři věkové kategorie, které tvořily děti od 9 do 12 let, druhou kategorií děti od 13 do 15 let a poslední kategorií adolescenti ve věku od 16 do 18 let.

Dále jsme se zaměřili na posouzení vzájemných vztahů mezi proměnnými za pomoci korelační analýzy, jež nám poskytla odpovědi na výzkumné otázky, v kterých jsme se ptali na vzájemný vztah mezi přítomnými symptomy ADHD a rizikovým chováním. *„Korelace označuje míru stupně asociace dvou proměnných. Říká se, že dvě proměnné jsou korelované, jestliže určité hodnoty jedné proměnné mají tendenci se vyskytovat společně s určitými hodnotami druhé proměnné. Míra této tendence může sahát od neexistence korelace až po absolutní korelaci.“* (Hendl, 2009, s. 250).

Konkrétně jsme se zaměřili na vzájemný vztah mezi jednotlivými složkami rizikového chování (abúzus, delikvence, šikana, celkový skór) dle pohlaví respondentů a dále u celého souboru respondentů bez ohledu na pohlaví. A v neposlední řadě jsme se zaměřili na vzájemný vztah vybraných škál (Inhibice a Pracovní paměť) u dotazníku BRIEF neboli Hodnocení exekutivních funkcí u dětí (Gioia et al., 2011) a složek rizikového chování (abúzus, delikvence, šikana, celkový skór) dle dotazníku Výskyt rizikového chování u adolescentů VRCHA (Dolejš & Skopal, 2015). Pro naši výzkumnou práci byl použit neparametrický Spearmanův korelační koeficient pořadí, který je spolehlivý vůči odlehlým odchylkám, dokáže zachytit monotónní vztahy a nepotřebuje tak normalitu dat. Proměnné mohou mít tak vzestupný či sestupný charakter. Spearmanův korelační koeficient měří sílu vztahu mezi proměnnými X a Y, používáme ho převážně tehdy, když nelze předpokládat linearitu očekávaného vztahu nebo nejsou proměnné rozděleny v normalitě. Míru korelace udává korelační koeficient, jenž nabývá hodnot od -1 až po +1. Hodnota korelačního koeficientu -1 vyjadřuje zcela nepřímou závislost. Pravidlem je, že o kolik se zvětší hodnoty v první skupině proměnných, o tolik se poté zmenší hodnoty v druhé skupině proměnných. Hodnota korelace +1 je vyznačována zcela přímou závislostí. V případě, že se korelační koeficient rovná 0, není mezi znaky žádná lineární závislost, která by byla statisticky zjistitelná. Pokud je korelační koeficient roven nule, není vyloučeno, že na sobě mohou být veličiny závislé, tento vztah však nemůžeme vyjádřit lineární funkcí (Hendl, 2009).

*„Východiskem každé statistické analýzy jsou zachycená primární data nějakého pozorování nebo experimentu. Důležitými prostředky v předběžné, explorační analýze i při konečné prezentaci dat jsou grafické metody a znázornění dat pomocí tabulek. Rozhodnutí, zda zobrazit údaje pomocí obrázku nebo tabulkou, je do jisté míry věcí citu. Grafické metody jsou celkově vhodné pro ukázání širších kvalitativních vlastností dat. Tabelační metody jsou určitě vhodnější, jestliže vybrané údaje chceme uvést v přesném tvaru nebo když se očekává, že tyto údaje budou zapotřebí k dalším výpočtům.“* (Hendl, 2009, s. 92). Pro naši výzkumnou práci byly použity zejména přehledné tabulky.



## 9 ETICKÉ ASPEKTY STUDIE

Respondenti byli svěřeni do péče dětského domova, přičemž dětský domov disponoval generálním souhlasem od rodičů, že děti mohou podstupovat jak vyšetření lékařská, tak šetření výzkumná.

Součástí etického ošetření výzkumné činnosti s dětmi v DDŠ bylo, že řešitel měl schválené povolení v podobě souhlasu o provedení výzkumného šetření.

Všichni respondenti byli na začátku výzkumu seznámeni s důvodem a účelem sběru dat. Výzkumu se respondenti účastnili dobrovolně, svou účast ve výzkumu mohli kdykoliv v průběhu sběru dat odmítnout. Dále byli seznámeni s tím, jak bude s výslednými daty nakládáno. Byli informováni o anonymitě, která byla s touto výzkumnou prací spojena a o ochraně jejich osobních údajů a práv. Osobní údaje byly pro zachování anonymity v celé výzkumné práci pozměněny. Anonymity jsme docílili již přenesením získaných dat do excelového formátu, kde respondenty nalezneme pod číselným kódem. Anonymita byla zachována také při prezentaci konkrétního zařízení.

V průběhu a po provedení výzkumného šetření nepředpokládáme žádnou újmu na zdravotním ani psychickém stavu respondentů.

Vzhledem k povinnosti archivace dokumentů byly dotazníky uloženy v archivu konkrétního dětského domova, z tohoto důvodu byly dotazníky označeny datem sběru.

Informace z výzkumné činnosti byly poskytnuty řediteli školy a dále na vyžádání respondentům, kterým byly interpretovány výsledky studie.

## 10 VÝSLEDKY

V následující kapitole jsou popsány výsledky, které byly získány v rámci našeho výzkumného šetření. Celá kapitola je rozdělena na několik oddílů, abychom docílili přehlednosti výsledků. V první řadě je pod touto částí znázorněna tabulka s rozložením respondentů dle pohlaví, která je důležitá pro přehlednost všech ostatních výsledků. V první podkapitole jsme se zaměřili na výsledky získané prostřednictvím dotazníku BRIEF. V druhé podkapitole jsme zobrazili výsledky získané v rámci dotazníku VRCHA a ve třetí podkapitole pak došlo k pozorování vzájemných vztahů mezi metodami BRIEF a VRCHA.

Během výzkumu a sběru dat nastalo pouze několik drobných problémů, které byly spojeny s fluktuací respondentů. V několika případech došlo k předčasnému odchodu respondentů ze zařízení, důvodem bylo buď zrušení ústavní výchovy, dlouhodobá propustka nebo přeražení do výchovného ústavu. Situace byla řešena tak, že řešitel s konkrétními respondenty navázal kontakt prostřednictvím nového zařízení nebo přes zákonné zástupce. V těchto případech se jednalo o plnoleté respondenty. Další komplikací byla návratnost dotazníků BRIEF, to se týkalo konkrétně verze pro rodiče/vychovatele. Verze dotazníku spolu s instrukcemi o vyplnění byla vždy předána konkrétnímu klíčovému vychovateli daného respondenta. V několika případech muselo dojít k opakovanému vyžádání vyplněného dotazníku. Tyto drobné komplikace však nijak neovlivnily následnou analýzu dat a výsledky.

Reprezentativnost námi vybraného vzorku byla dle našeho názoru zachována, jelikož právě dětský domov se školou je místem, kam jsou umísťovány děti s takovými projevy rizikového chování nebo symptomy ADHD, které jim znemožňují navštěvovat běžnou základní školu. Z tohoto důvodu je na námi vybraném vzorku možné pozorovat různé formy rizikového chování, které se mohou vyskytovat už u dětí nižšího věku. Také rozložení pohlaví není nijak překvapivým zjištěním, protože rozložení dívek a chlapců v našem výzkumném souboru odpovídá obecnému rozložení pohlaví v ústavní péči.

Tabulka 5 znázorňuje rozdělení celkového vzorku respondentů dle pohlaví. Chlapci tvoří velkou převahu nad dívkami, kdy tento jev byl zdůvodněn již v předešlém odstavci, je to způsobeno častějším výskytem rizikového chování u chlapců, jehož důsledkem je umístění do ústavní péče. Důležitým zjištěním je nízký věk chlapců umístěných v ústavní péči oproti dívkám. Předpokladem časnějšího výskytu rizikového chování u chlapců může být inklinace k některým formám rizikového chování, jakou je například delikvence, které se obecně dívky dopouštějí méně než chlapci. Naopak dívky jsou do ústavní výchovy umísťovány v pozdějším věku, to může být odůvodněno přítomností syndromu rizikového chování, kdy se u dívek často s nástupem adolescence vyskytují typické formy rizikového chování, jakými je zneužívání návykových látek, delikvence, předčasné zahájení

pohlavního života, to vše bývá spojeno se záškoláctvím, to může vést k následnému umístění do ústavní výchovy.

**Tabulka 5:** Věk respondentů dle pohlaví

Pohlaví	N platných	Minimum	Maximum	Průměr	Sm. odch.
Chlapci	31	9	18	14,10	2,599
Dívky	13	12	15	14,23	1,013

## 10.1 BRIEF neboli Hodnocení exekutivních funkcí u dětí

V následující podkapitole jsou prezentovány výsledky získané pomocí dotazníku BRIEF neboli Hodnocení exekutivních funkcí u dětí (Gioia et al., 2011), které bylo důležité získat pro následnou analýzu vztahů mezi přítomnými symptomy ADHD a rizikovým chováním. Naše pozornost je zaměřena převážně na škály Inhibice a Pracovní paměť, které jsou diagnostickými vodítky k diagnóze ADHD.

Tabulka 6 se soustřeďuje na popis minimálních a maximálních hodnot T-skóru u jednotlivých škál dotazníku BRIEF ve verzi pro rodiče (vychovatele) u chlapců. Důležitým ukazatelem je aritmetický průměr, který v tomto případě vypovídá u škály Inhibice a Pracovní paměť o obecně zvýšené hodnotě a je tak klinicky významným ukazatelem možné přítomnosti symptomů ADHD. Škála Negativity a Inkonzistence posuzují validitu poskytnutých informací. Průměrná hodnota se pohybuje v rovině přijatelnosti u obou škál. Maximální hodnota u škály Negativity však dosáhla roviny nevalidity, zde to může být vysvětleno negativistickým vnímáním dítěte nebo mohou tyto výsledky vypovídat o přítomnosti těžkých exekutivních dysfunkcí u daného dítěte.

**Tabulka 6:** Výsledky pro BRIEF verze pro rodiče (vychovatele) – chlapci

Škála/Index	N platných	Minimum T-skóre	Maximum T-skóre	Průměr T-skóre	Sm. odch.
<b>Inhibice</b>	<b>31</b>	<b>42</b>	<b>103</b>	<b>73,71</b>	<b>17,594</b>
Pozornost	31	40	91	68,55	14,035
Emoční kontrola	31	41	91	68,19	13,951
Iniciativa	31	43	89	65,77	11,747
<b>Pracovní paměť</b>	<b>31</b>	<b>48</b>	<b>90</b>	<b>70,42</b>	<b>11,546</b>
Plánování a organizace	31	41	84	65,94	9,532
Organizace pomůcek	31	43	72	60,42	8,955
Kontrola chování	31	45	82	70,23	9,517
BRI	31	42	96	73,19	15,808

MI	31	44	86	68,87	10,052
GEC	31	44	90	72,35	12,216
Negativita	31	0	9	2,42	2,110
Inkonzistence	31	0	7	2,68	1,815

Tabulka 7 je obdobou předchozí tabulky s tím rozdílem, že se u chlapců zaměřuje na verzi pro učitele. Popisuje minimální a maximální hodnoty T-skórů a aritmetický průměr u jednotlivých škál dotazníku BRIEF. Konkrétně aritmetický průměr u škály Inhibice a Pracovní paměti vykazuje výrazně zvýšené hodnoty, které mohou být ukazateli přítomných symptomů ADHD. Průměrná hodnota škály Negativity a Inkonzistence se pohybuje v rovině přijatelnosti u obou škál a není tak narušena validita získaných informací. Škála Negativity však dosahuje vyšších hodnot než ve verzi pro rodiče (vychovatele), může to být spojeno s obecně vyšším tlakem na pozornost dítěte v rámci výuky. Maximální hodnota u škály negativity však dosáhla roviny nevalidity stejně jako ve verzi pro rodiče (vychovatele), i zde to může být vysvětleno negativistickým vnímáním dítěte nebo mohou tyto výsledky vypovídat o přítomnosti těžkých exekutivních dysfunkcí u daného dítěte.

**Tabulka 7:** Výsledky pro BRIEF verze pro učitele – chlapci

Škála/Index	N platných	Minimum T-skóre	Maximum T-skóre	Průměr T-skóre	Sm. odch.
<b>Inhibice</b>	<b>31</b>	<b>53</b>	<b>99</b>	<b>83,81</b>	<b>13,521</b>
Pozornost	31	49	131	95,39	26,245
Emoční kontrola	31	54	107	90,39	15,303
Iniciativa	31	51	101	79,52	15,815
<b>Pracovní paměť</b>	<b>31</b>	<b>52</b>	<b>111</b>	<b>84,58</b>	<b>19,146</b>
Plánování a organizace	31	53	98	77,71	13,919
Organizace pomůcek	31	44	136	92,45	28,437
Kontrola chování	31	59	99	81,52	12,982
BRI	31	56	115	93,03	17,860
MI	31	55	112	86,42	18,926
GEC	31	56	121	93,48	20,773
Negativita	31	0	9	3,65	2,550
Inkonzistence	31	0	7	2,45	1,912

V tabulce 8 jsou pro lepší přehlednost zobrazeny samostatně škály Inhibice a Pracovní paměť, protože ty jsou pro naši výzkumnou činnost stěžejní. Tato tabulka se zaměřuje na chlapce, u nichž porovnává průměrné hodnoty T-skórů výše zmíněných škál, které byly získány prostřednictvím dotazníku, který vyplnil zvláště třídní učitel a zvláště klíčový vychovatel. Můžeme pozorovat, že ve verzi pro učitele jsou průměrné hodnoty

T-skórů vyšší, a to jak u škály Inhibice, tak u Pracovní paměti. Je zřejmé, že chlapci mají větší problémy s kontrolou impulzů a pracovní paměti právě ve školním prostředí, ač je jim poskytován individuální přístup díky malé obsazenosti tříd. Naopak v rámci rodinné skupiny není dětem poskytována tak vysoká míra pozornosti v porovnání se zdravě fungujícím rodinným prostředím.

**Tabulka 8:** Porovnání průměrných hodnot T-skórů u Inhibice a Pracovní paměti dle verze pro rodiče (vychovatele) a verze pro učitele – chlapci

Škála/Index	Průměrná hodnota T-skóru		Rozdíl
	Učitel	Rodič/vychovatel	
Inhibice	83,81	73,71	10,1
Pracovní paměť	84,58	70,42	14,16

V deváté tabulce se tentokrát soustředíme na populaci dívek v souvislosti s výskytem symptomů ADHD. Popisujeme zde minimální a maximální hodnoty T-skórů u jednotlivých škál dotazníku BRIEF ve verzi pro rodiče neboli vychovatele. I v tomto případě je důležitým ukazatelem aritmetický průměr z T-skórů, který se pohybuje u škály Inhibice a Pracovní paměti nad stanovenou hranici 65 T-skórů a je tak ukazatelem klinické významnosti v souvislosti s diagnostikou ADHD. Škála Negativity a Inkonzistence se pohybuje v rovině přijatelnosti u obou škál. Maximální hodnota u škály Negativity však dosáhla roviny nevalidity stejně jako u chlapců, i zde to může být vysvětleno negativistickým vnímáním dítěte nebo mohou tyto výsledky vypovídat o přítomnosti těžkých exekutivních dysfunkcí u daného dítěte.

**Tabulka 9:** Výsledky pro BRIEF verze pro rodiče (vychovatele) – dívky

Škála/Index	N platných	Minimum	Maximum	Průměr	Sm. odch.
<b>Inhibice</b>	<b>13</b>	<b>44</b>	<b>103</b>	<b>70,54</b>	<b>16,364</b>
Pozornost	13	41	98	66,15	13,440
Emoční kontrola	13	40	89	58,54	11,428
Iniciativa	13	49	86	69,54	12,481
<b>Pracovní paměť</b>	<b>13</b>	<b>43</b>	<b>93</b>	<b>74,08</b>	<b>16,337</b>
Plánování a organizace	13	56	84	70,15	7,862
Organizace pomůcek	13	50	72	59,54	7,763
Kontrola chování	13	57	84	68,85	8,265
BRI	13	40	102	66,85	14,938
MI	13	53	92	72,54	11,414
GEC	13	48	96	71,31	13,073
Negativita	13	0	9	2,23	2,862
Inkonzistence	13	0	5	2,85	1,625

V Tabulce 10 jsme se zaměřili na výsledky získané ve verzi pro učitele, kde je u dívek sledována minimální a maximální hodnota T-skóru a aritmetický průměr u jednotlivých škál dotazníku BRIEF. Zajímavým zjištěním jsou zvýšené průměrné hodnoty některých škál oproti získaným hodnotám u chlapců v rámci školního prostředí. Konkrétně došlo k výraznému zvýšení u inhibice, pozornosti, emoční kontroly, plánování a organizace a kontrole chování. K lehkému zvýšení došlo také u škály Pracovní paměť. Toto zjištění by mohlo být podkladem pro tvrzení, že se u dívek v ústavní péči vyskytují častěji poruchy exekutivních funkcí než u chlapců. Stejně jako v předchozích případech, tak i u dívek ve školním prostředí vykazují škály Inhibice a Pracovní paměť výrazně zvýšené hodnoty, jež mohou být ukazateli ADHD. Průměrná hodnota škály Negativity a Inkonzistence se pohybuje v rovině přijatelnosti u obou škál a není tak narušena validita získaných informací. Maximální hodnota u škály negativity i inkonzistence dosáhla diskutabilní roviny, což je výhodnější z hlediska možné zkreslení výsledků.

**Tabulka 10:** Výsledky pro BRIEF verze pro učitele – dívky

Škála/Index	N platných	Minimum	Maximum	Průměr	Sm. odch.
<b>Inhibice</b>	<b>13</b>	<b>63</b>	<b>120</b>	<b>92,38</b>	<b>15,798</b>
Pozornost	13	76	147	107,77	22,764
Emoční kontrola	13	64	127	97,46	18,733
Iniciativa	13	64	101	82,38	12,731
<b>Pracovní paměť</b>	<b>13</b>	<b>61</b>	<b>113</b>	<b>87,46</b>	<b>15,867</b>
Plánování a organizace	13	69	107	86,46	10,760
Organizace pomůcek	13	63	137	91,54	21,888
Kontrola chování	13	73	113	92,85	13,490
BRI	13	69	133	103,08	17,100
MI	13	73	117	92,00	14,759
GEC	13	77	129	99,69	15,887
Negativita	13	0	7	2,38	2,534
Inkonzistence	13	2	8	3,85	1,772

Tabulka 11 zobrazuje porovnání škál Inhibice a Pracovní paměti z hlediska školního a mimoškolního prostředí u dívek. Můžeme zde sledovat opět vysoký rozdíl mezi průměrnými hodnotami T-skóru ve verzi pro rodiče a ve verzi pro učitele. Škála Inhibice vykazuje zvláště vysoký rozdíl, kdy výsledky uvádějí, že dívky mají znatelně větší problémy s kontrolou impulzů v rámci školního prostředí. Tento rozdíl může být stejně jako u chlapců způsoben vysokými nároky, které jsou na ně ve školním prostředí kladeny. V rámci rodinné skupiny nejsou na dívky kladeny tak vysoké nároky vzhledem k početnosti skupiny.

**Tabulka 11:** Porovnání průměrných hodnot T-skóru u Inhibice a Pracovní paměti dle verze pro rodiče (vychovatele) a verze pro učitele – chlapci

Škála/Index	Průměrná hodnota T- skóru		Rozdíl
	Učitel	Rodič/vychovatel	
Inhibice	92,38	70,54	<b>21,84</b>
Pracovní paměť	87,46	74,08	<b>13,38</b>

V následující tabulce jsou uvedeny průměrné hodnoty vybraných škál z dotazníku BRIEF, které jsou důležité při diagnostice ADHD, konkrétně se jedná o škály Inhibice a Pracovní paměť. Průměrné skóre těchto škál je uvedeno pro obě verze dotazníku, tedy pro rodiče (vychovatele) i pro učitele. Tato tabulka se zaměřuje na konkrétní hodnoty u respondentů mužského pohlaví, jež jsou seřazeni sestupně podle věku. Symptomy ADHD splňují ti respondenti, kteří měli v obou verzích dotazníku hodnotu T-skóru rovnu nebo vyšší 65 nebo ti jedinci, kteří měli alespoň v jedné škále, jak ve školním prostředí, tak v mimoškolním prostředí, hodnotu T-skóru rovnu nebo vyšší 65. Tabulka uvádí, že se v dětském domově se školou u chlapců ve velké míře vyskytují příznaky ADHD, ať už se jedná o kombinovanou formu ADHD nebo o typ s převahou poruchy pozornosti nebo typ s převahou hyperaktivity a impulzivity. Z celkového počtu 31 chlapců jich 17 vykazuje příznaky kombinované formy ADHD, u 4 je přítomen typ s převahou hyperaktivity a impulzivity a u dvou se vyskytuje typ s převahou poruchy pozornosti. Zbývajících 8 chlapců nevykazuje žádné příznaky ADHD.

**Tabulka 12:** Přítomnost symptomů ADHD u dětí DDŠ v závislosti na škálách inhibice a pracovní paměť - chlapci

Počet respondentů	Věk	Průměrné skóre				Příznaky ADHD
		Verze pro rodiče/vychovatele		Verze pro učitele		
		Inhibice	Pracovní paměť	Inhibice	Pracovní paměť	
Chlapec 1	9	<b>75</b>	<b>78</b>	<b>82</b>	<b>83</b>	✓
Chlapec 2	10	<b>82</b>	<b>80</b>	<b>73</b>	<b>74</b>	✓
Chlapec 3	10	<b>82</b>	<b>65</b>	<b>71</b>	57	✓
Chlapec 4	10	62	<b>65</b>	<b>82</b>	57	✗
Chlapec 5	11	<b>65</b>	58	<b>71</b>	52	✓
Chlapec 6	12	<b>68</b>	62	53	<b>66</b>	✗
Chlapec 7	12	<b>73</b>	<b>73</b>	<b>75</b>	<b>78</b>	✓
Chlapec 8	12	<b>88</b>	62	<b>89</b>	<b>66</b>	✓
Chlapec 9	13	<b>81</b>	<b>73</b>	<b>87</b>	<b>76</b>	✓
Chlapec 10	13	<b>78</b>	<b>75</b>	<b>84</b>	<b>85</b>	✓
Chlapec 11	13	<b>97</b>	<b>77</b>	<b>99</b>	<b>104</b>	✓
Chlapec 12	13	43	58	62	52	✗

Chlapec 13*	14	<b>103</b>	<b>77</b>	64	56	<b>x</b>
Chlapec 14	14	<b>66</b>	56	<b>75</b>	<b>80</b>	✓
Chlapec 15	14	<b>72</b>	<b>71</b>	<b>99</b>	<b>101</b>	✓
Chlapec 16	14	<b>81</b>	<b>85</b>	<b>99</b>	<b>108</b>	✓
Chlapec 17	15	<b>69</b>	<b>77</b>	<b>80</b>	<b>101</b>	✓
Chlapec 18	15	<b>100</b>	<b>85</b>	<b>99</b>	<b>108</b>	✓
Chlapec 19	15	48	50	58	63	<b>x</b>
Chlapec 20	15	<b>75</b>	<b>90</b>	<b>91</b>	<b>101</b>	✓
Chlapec 21*	15	45	48	<b>94</b>	<b>87</b>	<b>x</b>
Chlapec 22	15	<b>103</b>	<b>85</b>	<b>99</b>	<b>111</b>	✓
Chlapec 23	15	60	<b>66</b>	<b>88</b>	<b>101</b>	✓
Chlapec 24	16	<b>94</b>	<b>87</b>	<b>96</b>	<b>108</b>	✓
Chlapec 25*	17	54	50	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>x</b>
Chlapec 26	17	<b>84</b>	<b>79</b>	<b>99</b>	<b>97</b>	✓
Chlapec 27	17	<b>66</b>	<b>79</b>	<b>91</b>	<b>91</b>	✓
Chlapec 28	18	<b>78</b>	<b>69</b>	<b>99</b>	<b>97</b>	✓
Chlapec 29	18	<b>97</b>	<b>74</b>	<b>96</b>	<b>108</b>	✓
Chlapec 30	18	54	<b>71</b>	<b>72</b>	<b>73</b>	✓
Chlapec 31*	18	42	58	<b>91</b>	<b>101</b>	<b>x</b>

(Poznámka: \* tímto označením upozorňujeme na diskutabilní výsledek, hodnota škály se výrazně liší ve školním a mimoškolním prostředí)

Tabulka 13 se stejně jako předchozí tabulka zaměřuje na průměrné hodnoty vybraných škál z dotazníku BRIEF, které jsou důležité při diagnostice ADHD, konkrétně se jedná o škály Inhibice a Pracovní paměť. I v tomto případě je průměrné skóre těchto škál uvedeno z pohledu rodičů (vychovatelů) a učitelů. Tato tabulka sleduje konkrétní hodnoty u respondentů ženského pohlaví. ADHD se může vyskytovat u těch jedinců, kteří měli v obou verzích dotazníku hodnotu T-skóru rovnu nebo vyšší 65 nebo u těch jedinců, kteří měli alespoň v jedné škále, jak ve školním prostředí, tak v mimoškolním prostředí, hodnotu T-skóru rovnu nebo vyšší 65. Výsledné hodnoty potvrzují vysoký výskyt symptomů ADHD u dívek dětského domova se školou. Kombinovaný typ ADHD se vyskytuje u 8 dívek, typ s převahou poruchy pozornosti je přítomen u 2 dívek, u žádné dívky není přítomen typ s převahou hyperaktivity a impulzivity. U 3 dívek nejsou přítomny symptomy ADHD.



**Tabulka 13:** Přítomnost symptomů ADHD u dětí DDŠ v závislosti na škálách inhibice a pracovní paměť – dívky

Počet respondentů	Věk	Průměrné skóre				Příznaky ADHD
		Verze pro rodiče/vychovatele		Verze pro učitele		
		Inhibice	Pracovní paměť	Inhibice	Pracovní paměť	
Dívka 1	12	91	84	120	113	✓
Dívka 2	13	73	79	105	92	✓
Dívka 3	13	49	43	85	61	✗
Dívka 4	14	61	77	97	100	✓
Dívka 5	14	67	82	104	103	✓
Dívka 6	14	72	89	74	81	✓
Dívka 7	15	70	74	94	77	✓
Dívka 8*	15	58	64	94	90	✗
Dívka 9	15	87	92	80	71	✓
Dívka 10	15	103	93	111	110	✓
Dívka 11*	15	44	43	80	71	✗
Dívka 12	15	75	77	94	87	✓
Dívka 13	15	67	66	63	81	✓

(Poznámka: \* tímto označením upozorňujeme na diskutabilní výsledek, hodnota škály se výrazně liší ve školním a mimoškolním prostředí)

## 10.2 Výskyt rizikového chování u adolescentů VRCHA

**Výzkumná otázka č. 1:** Jaké rizikové chování se dle VRCHA vyskytuje u dětí v dětských domovech?

**Výzkumná otázka č. 2:** Jaké genderové rozdíly v rizikovém chování pozorujeme u dětí dětského domova se školou?

Následující podkapitola se věnuje výsledkům získaným prostřednictvím Dotazníku na přítomnost rizikového chování VRCHA (Dolejš & Skopal, 2015) u dětí dětského domova se školou. Zaměřujeme se zejména na jednotlivé složky rizikového chování, jakými jsou abúzus, delikvence a šikana, v souvislosti se zařazením respondentů do stupňů rizikovitosti dle pohlaví, věku a vzdělávacího programu. Na závěr uvádíme vzájemné vztahy mezi jednotlivými složkami rizikového chování z pohledu věku a pohlaví. V této podkapitole nacházíme podklady pro zodpovězení výše uvedených výzkumných otázek, v kterých se zaměřujeme na konkrétní popis rizikového chování a na porovnání rizikového chování u dívek a chlapců.

V tabulce 14 rozdělujeme chlapce do stupňů rizikivosti v rámci jednotlivých složek rizikového chování. Vysoká rizikivost se u chlapců vyskytuje nejvíce ve vztahu k abúzu a delikvenci. Delikvence se vyskytuje ve vysoké míře rizikivosti u 19 chlapců. U abúzu návykových látek potvrdilo vysokou rizikivost 15 chlapců. Překvapujícím zjištěním je výskyt šikany, kdy 11 chlapců uvedlo, že nemají žádné problémy se šikanou. V celkovém skóru poté 71 % chlapců vykazuje vysokou rizikivost.

**Tabulka 14:** Rozdělení do stupňů rizikivosti dle pohlaví a jednotlivých složek rizikového chování a celkového skóru VRCHA – chlapci

Rizikové chování	N platných	Počet respondentů a procentuální zastoupení ve stupních rizikivosti			
		Nerizikivost	Běžná rizikivost	Zvýšená rizikivost	Vysoká rizikivost
Abúzus	31	5 (16,1 %)	4 (12,9 %)	7 (22,6 %)	15 (48,4 %)
Delikvence	31	3 (9,7 %)	2 (6,5 %)	7 (22,6 %)	19 (61,3 %)
Šikana	31	11 (35,5 %)	7 (22,6 %)	7 (22,6 %)	6 (19,4 %)
<b>Celkový skór VRCHA</b>	<b>31</b>	<b>2 (6,5 %)</b>	<b>4 (12,9 %)</b>	<b>3 (9,7 %)</b>	<b>22 (71,0 %)</b>

Následující tabulka popisuje, jak vysoká míra rizikivosti se u dívek vyskytuje u jednotlivých složek rizikového chování. Oproti chlapcům se dívky chovají velmi rizikivě. Jak udávají výsledky, tak bez několika výjimek vykazují dívky nejvyšší stupeň rizikivosti ve složce abúzus a hned v druhém pořadí ve složce delikvence. Tyto obrovské rozdíly mohou být způsobeny výběrem výzkumného souboru, kdy minimální věk umístěných chlapců dosahuje 9 let, kdežto minimální věk dívek 12 let. V průměrném věku respondentů však neshledáváme žádné rozdíly, průměrný věk dívek umístěných v DDŠ je 14,2 let a průměrný věk chlapců je 14,1 let. Na základě těchto výsledků můžeme tvrdit, že se dívky dětského domova se školou dopouštějí rizikového chování v pozdějším věku než umístění chlapci. Šikana je u dívek rozprostřena rovnoměrně ve všech stupních rizikivosti. Všechny dívky dětského domova se školou se chovají vysoce rizikivě.

**Tabulka 15:** Rozdělení do stupňů rizikivosti dle pohlaví a jednotlivých složek rizikového chování a celkového skóru VRCHA – dívky

Rizikové chování	N platných	Počet respondentů a procentuální zastoupení ve stupních rizikivosti			
		Nerizikivost	Běžná rizikivost	Zvýšená rizikivost	Vysoká rizikivost
Abúzus	13	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (7,7 %)	12 (92,3 %)
Delikvence	13	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (23,1 %)	10 (76,9 %)
Šikana	13	4 (30,8 %)	4 (30,8 %)	3 (23,1 %)	2 (15,4 %)
<b>Celkový skór VRCHA</b>	<b>13</b>	<b>0 (0 %)</b>	<b>0 (0 %)</b>	<b>0 (0 %)</b>	<b>13 (100 %)</b>

Tabulka 16 se již soustředí na rozdělení do stupňů rizikivosti dle věku, v tomto případě se zaměříme konkrétně na abúzus návykových látek. Nejméně ohroženou skupinou jsou respondenti ve věku 9 - 12 let, naopak nejvíce ohroženou skupinou jsou respondenti ve věku 13 - 15 let.

**Tabulka 16:** Rozdělení celého souboru respondentů dle věku do stupňů rizikivosti u rizikového chování – abúzus

Věk	N platných	Počet respondentů a procentuální zastoupení dle stupňů rizikivosti u abúzu			
		Nerizikovost	Běžná rizikovost	Zvýšená rizikovost	Vysoká rizikovost
9 - 12	9	5 (55,6 %)	1 (11,1 %)	1 (11,1 %)	2 (22,2 %)
13 - 15	27	0 (0 %)	1 (3,7 %)	5 (18,5 %)	21 (77,8 %)
16 - 18	8	0 (0 %)	2 (25 %)	2 (25 %)	4 (50 %)

V následující tabulce jsme se zaměřili na rizikové chování delikvence, které je rozděleno do stupňů rizikivosti dle věku. Na rozdíl od abúzu došlo u delikvence k zvýšení rizikivosti u skupiny respondentů ve věku 9 - 12 let. Nejvyšší rizikovost můžeme tentokrát pozorovat u obou skupin respondentů ve věku 13 - 15 let a 15 - 18 let.

**Tabulka 17:** Rozdělení celého souboru respondentů dle věku do stupňů rizikivosti u rizikového chování – delikvence

Věk	N platných	Počet respondentů a procentuální zastoupení dle stupňů rizikivosti u delikvence			
		Nerizikovost	Běžná rizikovost	Zvýšená rizikovost	Vysoká rizikovost
9 - 12	9	3 (33,3 %)	0 (0 %)	4 (44,4 %)	2 (22,2 %)
13 - 15	27	0 (0 %)	1 (3,7 %)	5 (18,5 %)	21 (77,8 %)
16 - 18	8	0 (0 %)	1 (12,5 %)	1 (12,5 %)	6 (75 %)

Dalším rizikovým chováním, na které se zaměřuje Tabulka 18, je šikana. Také zde je šikana zkoumána z hlediska stupňů rizikivosti dle věku respondentů. Výskyt šikany se u všech věkových kategorií pohybuje rovnoměrně napříč všemi stupni rizikivosti. U nejmladší skupiny respondentů se však pohybuje spíše v rozmezí nerizikivosti a běžné rizikivosti.

**Tabulka 18:** Rozdělení celého souboru respondentů dle věku do stupňů rizikivosti u rizikového chování – šikana

Věk	N platných	Počet respondentů a procentuální zastoupení dle stupňů rizikivosti u šikany			
		Nerizikovitost	Běžná rizikovitost	Zvýšená rizikovitost	Vysoká rizikovitost
9 - 12	9	4 (44,4 %)	3 (33,3 %)	1 (11,1 %)	1 (11,1%)
13 – 15	27	8 (29,6 %)	7 (25,9 %)	7 (25,9 %)	5 (18,5 %)
16 – 18	8	3 (37,5 %)	1 (12,5 %)	2 (25 %)	2 (25 %)

Tabulka 19 je souhrnem prevalence rizikového chování prostřednictvím celkového skóru VRCHA, který je tvořen součtem všech tří složek rizikového chování. Výsledky celkového skóru budou opět rozděleny do stupňů rizikivosti dle věku respondentů. Výskyt rizikového chování je nejvyšší u skupiny respondentů, kteří navštěvují vyšší ročníky základní školy, v tomto případě je až 96,3 % vysoce rizikových. U respondentů, kteří navštěvují již odborné učiliště, se vyskytuje vysoká rizikovitost u 75 %. U skupiny respondentů ve věku 9 - 12 let je rizikovitost rozprostřena hlavně do tří stupňů rizikivosti, a to konkrétně nerizikovitosti, běžné rizikovitosti a vysoké rizikovitosti.

**Tabulka 19:** Rozdělení celého souboru respondentů dle věku do stupňů rizikivosti u celkového skóru VRCHA

Věk	N platných	Počet respondentů a procentuální zastoupení dle stupňů rizikivosti u celkového skóru VRCHA			
		Nerizikovitost	Běžná rizikovitost	Zvýšená rizikovitost	Vysoká rizikovitost
9 - 12	9	2 (22,2 %)	4 (44,4 %)	0 (0 %)	3 (33,3 %)
13 – 15	27	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (3,7 %)	26 (96,3 %)
16 – 18	8	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (25 %)	6 (75 %)

V následující tabulce pozorujeme procentuální zastoupení respondentů ve stupních rizikivosti dle typu vzdělávacího plánu. U respondentů základní praktické školy sledujeme přibližně u poloviny z nich vysokou míru rizikivosti u složek abúzus a delikvence. Míra rizikivosti šikany je u respondentů základní školy praktické oproti předchozím výsledkům znatelně vyšší, až u 33,3 % se vyskytuje vysoká rizikovitost. U respondentů běžné základní školy je stupeň vysoké rizikivosti u šikany přítomný u 13,8 %. Respondenti běžné základní školy jsou také rizikovější skupinou, co se týče abúzu návykových látek a delikvence než respondenti základní školy praktické. To se promítne také na celkovém skóru, kdy žáci běžné základní školy jsou obecně rizikovější než žáci základní školy praktické.

**Tabulka 20:** Rozdělení celého souboru respondentů dle vzdělávacího programu do stupňů rizikovosti u jednotlivých složek rizikového chování a celkového skóru VRCHA

Rizikové chování	N platných	Vzdělávací program	Počet respondentů a procentuální zastoupení dle stupňů rizikovosti u celkového skóru VRCHA			
			Nerizikovost	Běžná rizikovost	Zvýšená rizikovost	Vysoká rizikovost
Abúzus	15	ZŠP	3 (20 %)	2 (13,3 %)	2 (13,3 %)	8 (53,3 %)
Delikvence	15		1 (6,7 %)	3 (20%)	3 (20 %)	8 (53,3 %)
Šikana	15		5 (33,3 %)	3 (20 %)	2 (13,3 %)	5 (33,3 %)
Celkový skór VRCHA	15		1 (6,7 %)	2 (13,3 %)	3 (20 %)	9 (60 %)
Abúzus	29	ZŠ	2 (6,9 %)	2 (6,9 %)	6 (20,7 %)	19 (65,5 %)
Delikvence	29		2 (6,9 %)	0 (0 %)	6 (20,7 %)	21 (72,4 %)
Šikana	29		10 (34,5 %)	8 (27,6 %)	7 (24,1 %)	4 (13,8 %)
Celkový skór VRCHA	29		1 (3,4 %)	2 (6,9 %)	0 (0 %)	26 (89,7 %)

V následujících dvou tabulkách jsou uvedeny minimální a maximální souhlasné hodnoty položek dotazníku u jednotlivých složek rizikového chování. Dále se můžeme zaměřit na průměr souhlasných odpovědí u daného rizikového chování. V první tabulce jsou tyto hodnoty vztaženy k chlapcům a v druhé tabulce k dívkám. Největší zajímavost sledujeme v porovnání minimálního počtu souhlasně zodpovězených položek u chlapců a dívek. Souhlasné odpovědi dívek jsou u abúzu vždy minimálně tři a u delikvence dvě. Naopak u chlapců došlo k tomu, že se u všech složek rizikového chování vyskytl případ, že respondent na všechny položky odpověděl nesouhlasně. Průměr kladných odpovědí potvrzuje tvrzení, že dívky umístěné v dětském domově se školou mají větší zkušenost s užíváním návykových látek a s delikvencí než umístění chlapci.

**Tabulka 21:** Formy rizikového chování a jednotlivé zastoupení položek dle pohlaví - chlapci

Rizikové chování	N platných	Minimum	Maximum	Průměr	Sm. odch.
Abúzus	31	0	7	3,32	2,301
Delikvence	31	0	7	4,23	2,404
Šikana	31	0	4	1,32	1,275
Celkový skór VRCHA	31	0	18	8,87	4,710

**Tabulka 22:** Formy rizikového chování a jednotlivé zastoupení položek dle pohlaví  
– dívky

Rizikové chování	N platných	Minimum	Maximum	Průměr	Sm. odch.
Abúzus	13	3	6	5,0	1,000
Delikvence	13	2	7	4,85	1,819
Šikana	13	0	4	1,31	1,251
Celkový skór VRCHA	13	7	15	11,15	2,340

V Tabulce 23 se již dostáváme, k vzájemnému vztahu jednotlivých položek dotazníku VRCHA v závislosti na věku. V tomto konkrétním případě sledujeme tyto proměnné u chlapců dětského domova se školou. Díky daným výsledkům můžeme tvrdit, že s věkem u chlapců v ústavní péči, konkrétně v dětském domově se školou, roste takové rizikové chování, jakým je užívání návykových látek a delikvence. Z toho vyplývá, že čím je člověk starší, tak s větší pravděpodobností bude užívat návykové látky a bude se chovat delikventně. U těchto chlapců roste s věkem všeobecný výskyt rizikového chování. Dále u chlapců nalézáme vzájemný vztah mezi delikvencí a abúzem návykových látek, v závislosti jedné proměnné roste výskyt i druhé proměnné. S abúzem návykových látek se zvyšuje výskyt delikvence a naopak s delikvencí se zvyšuje výskyt abúzu návykových látek. Naopak výsledky potvrzují, že věk u chlapců dětského domova se školou neovlivňuje výskyt šikany a ta zároveň není ovlivněna žádnou jinou složkou rizikového chování, jakou je abúzus nebo delikvence. Četnost šikany tak nesouvisí s věkem, může se vyskytovat už ve školce nebo v dospělosti na pracovišti.

**Tabulka 23:** Vzájemný vztah mezi jednotlivými složkami rizikového chování dle VRCHA v souvislosti s věkem – chlapci (N=31)

Proměnná		Abúzus	Delikvence	Šikana	Celkový skór	Věk
Abúzus	Hodnota	1,000	,840**	,011	,924**	,554**
	N platných	31	31	31	31	31
Delikvence	Hodnota	,840**	1,000	-,009	,921**	,571**
	N platných	31	31	31	31	31
Šikana	Hodnota	,011	-,009	1,000	,207	,227
	N platných	31	31	31	31	31
Celkový skór	Hodnota	,924**	,921**	,207	1,000	,620**
	N platných	31	31	31	31	31
Věk	Hodnota	,554**	,571**	,227	,620**	1,000
	N platných	31	31	31	31	31

Následující tabulka popisuje vzájemný vztah mezi jednotlivými složkami rizikového chování u dívek v souvislosti s věkem. U dívek potvrzujeme vzájemný vztah mezi složkou abúzus a celkový skór a složkou delikvence a celkový skór. Výsledky celkového skóru VRCHA potvrzují, že jsou dívky vysoce rizikové právě ve složkách abúzus návykových látek a delikvence. U dívek nenacházíme žádný statisticky významné hodnoty u jednotlivých složek rizikového chování v závislosti na věku. Dívky jsou umístovány do dětského domova se školou v pozdějším věku než chlapci, důvodem umístění je však vysoká míra rizikovosti. U mladších chlapců se v některých případech jedná spíše o důsledky spojené s určitými psychiatrickými poruchami, které vedou k následnému umístění do dětského domova se školou.

**Tabulka 24:** Vzájemný vztah mezi jednotlivými složkami rizikového chování dle VRCHA v souvislosti s věkem – dívky (N=13)

Proměnná		Abúzus	Delikvence	Šikana	Celkový skór	Věk
Abúzus	Hodnota	1,000	,526	,018	<b>,717**</b>	,244
	N platných	13	13	13	13	13
Delikvence	Hodnota	,526	1,000	-,263	<b>,849**</b>	,141
	N platných	13	13	13	13	13
Šikana	Hodnota	,018	-,263	1,000	,202	-,171
	N platných	13	13	13	13	13
Celkový skór	Hodnota	<b>,717**</b>	<b>,849**</b>	,202	1,000	,033
	N platných	13	13	13	13	13
Věk	Hodnota	,244	,141	-,171	,033	1,000
	N platných	13	13	13	13	13

(Poznámka: \*\*statisticky významné na hladině 0,01)

V Tabulce 25 pozorujeme vzájemné vztahy mezi složkami rizikového chování v souvislosti s věkem u všech respondentů. Tyto výsledky jsou ovlivněny zařazením chlapců, u nichž se vyskytují statisticky významné hodnoty právě u složek abúzus a delikvence ve vztahu k věku. Kdežto u dívek jsou tyto hodnoty statisticky nevýznamné. Z tohoto důvodu raději využijeme výsledky, které jsou analyzovány dle pohlaví výše.

**Tabulka 25:** Vzájemný vztah mezi jednotlivými složkami rizikového chování dle VRCHA v souvislosti s věkem u celého souboru respondentů (N=44)

Proměnná		Abúzus	Delikvence	Šikana	Celkový skór	Věk
Abúzus	Hodnota	1,000	,763**	-,013	,888**	,458**
	N platných	44	44	44	44	44
Delikvence	Hodnota	,763**	1,000	-,077	,899**	,489**
	N platných	44	44	44	44	44
Šikana	Hodnota	-,013	-,077	1,000	,181	,144
	N platných	44	44	44	44	44
Celkový skór	Hodnota	,888**	,899**	,181	1,000	,504**
	N platných	44	44	44	44	44
Věk	Hodnota	,458**	,489**	,144	,504**	1,000
	N platných	44	44	44	44	44

(Poznámka: \*\*statisticky významné na hladině 0,01)

### 10.3 Vzájemné vztahy mezi BRIEF a VRCHA

**Výzkumná otázka č. 3:** Jak často se toto vysoce rizikové chování vyskytuje se symptomy ADHD?

**Výzkumná otázka č. 4:** Vyskytují se v ústavní péči děti se symptomy ADHD zcela bez rizikového chování?

**Výzkumná otázka č. 5:** S jakou složkou rizikového chování dle VRCHA se současně vyskytují symptomy ADHD?

V rámci této podkapitoly se pokoušíme odpovědět na výše zmíněné výzkumné otázky, které se týkají hlavně četnosti rizikového chování v souvislosti s přítomným ADHD. Tato podkapitola se zabývá vzájemnými vztahy mezi oběma použitými dotazníky, a to konkrétně dotazníkem BRIEF neboli Hodnocení exekutivních funkcí u dětí (Gioia et al., 2011) a dotazníku VRCHA neboli Dotazník na přítomnost rizikového chování (Dolejš & Skopal, 2015).

Tabulka 26 se zaměřuje na počet respondentů a jejich procentuální zobrazení ve stupních rizikivosti v rámci přítomnosti symptomů ADHD. Tato konkrétní tabulka se orientuje na abúzus návykových látek, kdy až u 75 % dětí s přítomnými příznaky ADHD pozorujeme zvýšený nebo vysoký stupeň rizikivosti v této složce rizikového chování. Zároveň jsou zde případy, kdy se respondenti s ADHD chovají zcela nerizikově a nemají tak žádnou zkušenost s abúzem návykových látek. Jedinci, u nichž nejsou přítomny symptomy ADHD dosahují také vysokého a zvýšeného stupně rizikivosti, a to až v téměř v 90 %.



**Tabulka 26:** Rozdělení celého souboru respondentů do stupňů rizikivosti dle přítomnosti symptomů ADHD – abúzus

Přítomnost příznaků ADHD	Počet a procentuální zastoupení respondentů ve stupních rizikivosti				Celkem
	Nerizikovost	Běžná rizikovost	Zvýšená rizikovost	Vysoká rizikovost	
ADHD +	5 (15,2 %)	3 (9,1 %)	7 (21,2 %)	18 (54,5 %)	33 (100%)
ADHD -	0 (0 %)	1 (9,1 %)	1 (9,1 %)	9 (81,8 %)	11 (100%)

(Poznámka: ADHD + přítomné symptomy ADHD, ADHD – bez symptomů ADHD)

Následující tabulka popisuje procentuální zastoupení respondentů ve stupních rizikivosti dle přítomnosti příznaků ADHD. Zaměřuje se na rizikové chování spojené s delikvencí u respondentů dětského domova se školou. Výskyt delikvence se pohybuje u dětí s přítomnými symptomy ADHD na úrovni zvýšené a vysoké rizikivosti až u 75 %. I v tomto případě se v dětském domově se školou vyskytují děti s příznaky ADHD, které se ve vztahu k delikvenci chovají nerizikově, avšak oproti abúzu návykových látek jich je méně. Respondenti bez příznaků ADHD jsou v rámci delikvence velmi riziková.

**Tabulka 27:** Rozdělení celého souboru respondentů do stupňů rizikivosti dle přítomnosti symptomů ADHD – delikvence

Přítomnost příznaků ADHD	Počet a procentuální zastoupení respondentů ve stupních rizikivosti				Celkem
	Nerizikovost	Běžná rizikovost	Zvýšená rizikovost	Vysoká rizikovost	
ADHD +	3 (9,1 %)	2 (6,1 %)	7 (21,2 %)	21 (63,6 %)	33 (100%)
ADHD -	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (27,3 %)	8 (72,7 %)	11 (100%)

(Poznámka: ADHD + přítomné symptomy ADHD, ADHD – bez symptomů ADHD)

Tabulka 28 se soustřeďuje na výskyt šikany vzhledem k přítomnosti symptomů ADHD. U dětí s ADHD je šikana zastoupena ve všech stupních rizikivosti rovnoměrně, v mnoha případech se nevyskytuje u těchto dětí vůbec. U dětí s ADHD se šikana vyskytuje častěji než u dětí bez příznaků ADHD.

**Tabulka 28:** Rozdělení celého souboru respondentů do stupňů rizikivosti dle přítomnosti symptomů ADHD – šikana

Přítomnost příznaků ADHD	Počet a procentuální zastoupení respondentů ve stupních rizikivosti				Celkem
	Nerizikovost	Běžná rizikovost	Zvýšená rizikovost	Vysoká rizikovost	
ADHD +	10 (30,3 %)	8 (24,2 %)	7 (21,2 %)	8 (24,2 %)	33 (100%)
ADHD -	5 (45,5 %)	3 (27,3 %)	3 (27,3 %)	0 (0 %)	11 (100%)

(Poznámka: ADHD + přítomné symptomy ADHD, ADHD – bez symptomů ADHD)

Následující tabulka je souhrnem předchozích složek rizikového chování v podobě celkového skóru VRCHA, kdy jsou všichni respondenti zařazeni do stupňů rizikivosti v závislosti na přítomnosti ADHD. Výskyt rizikového chování je ve stupních zvýšenosti a vysoké rizikivosti přítomný až u 85 % dětí s přítomnými příznaky ADHD. U dvou respondentů s ADHD nenalézáme rizikovitost ani v jedné ze složek, můžeme tak potvrdit, že se v dětském domově vyskytují také děti s ADHD zcela bez rizikového chování. U respondentů bez příznaků ADHD pozorujeme obecně vysoký výskyt rizikového chování.

**Tabulka 29:** Rozdělení celého souboru respondentů do stupňů rizikivosti dle přítomnosti symptomů ADHD – celkový skór VRCHA

Přítomnost příznaků ADHD	Počet a procentuální zastoupení respondentů ve stupních rizikivosti				Celkem
	Nerizikovitost	Běžná rizikovitost	Zvýšená rizikovitost	Vysoká rizikovitost	
ADHD +	2 (6,1 %)	3 (9,1 %)	3 (9,1 %)	25 (75,8 %)	33 (100%)
ADHD -	0 (0 %)	1 (9,1 %)	0 (0 %)	10 (90,9 %)	11 (100%)

(Poznámka: ADHD + přítomné symptomy ADHD, ADHD – bez symptomů ADHD)

Tabulka 30 popisuje vzájemné vztahy mezi vybranými složkami exekutivních funkcí a složkami rizikového chování u všech respondentů dětského domova se školou. Konkrétně se zaměřujeme na složky Inhibice a Pracovní paměť, které jsou diagnostickým vodítkem pro ADHD. Rozborem vzájemné interkorelace zjišťujeme statisticky významné korelace mezi škálami Inhibice a Pracovní paměť, jak u verze pro rodiče (vychovatele), tak u verze pro učitele. Vyplývá z toho, že když je u respondentů zvýšená hodnota Inhibice, tak je v nejčastějším případě zvýšena také hodnota Pracovní paměti a naopak. Hodnota Inhibice a Pracovní paměti je ve školním prostředí statisticky významná ve vztahu k šikaně. S abúzem návykových látek se zvyšuje výskyt delikvence a naopak s delikvencí se zvyšuje výskyt abúzu návykových látek. Rizikové chování se obecně nejčastěji vztahuje k abúzu návykových látek a k delikvenci.

**Tabulka 30:** Korelace mezi škálami Inhibice a Pracovní paměť a jednotlivými složkami rizikového chování dle VRCHA (N=44)

Proměnné	Inhibice R/V	Pracovní paměť R/V	Inhibice U	Pracovní paměť U	Abúzus	Delikvence	Šikana	Celkový skór VRCHA
<b>Inhibice R/V</b>	1,000	<b>,697**</b>	<b>,390**</b>	<b>,389**</b>	-,266	-,164	,191	-,197
<b>Pracovní paměť R/V</b>	<b>,697**</b>	1,000	<b>,475**</b>	<b>,574**</b>	-,010	-,042	,198	,010
<b>Inhibice U</b>	<b>,390**</b>	<b>,475**</b>	1,000	<b>,812**</b>	,180	,167	<b>,461**</b>	,259
<b>Pracovní paměť U</b>	<b>,389**</b>	<b>,574**</b>	<b>,812**</b>	1,000	,260	,220	<b>,401**</b>	,295
<b>Abúzus</b>	-,266	-,010	,180	,260	1,000	<b>,763**</b>	-,013	<b>,888**</b>
<b>Delikvence</b>	-,164	-,042	,167	,220	<b>,763**</b>	1,000	-,077	<b>,899**</b>
<b>Šikana</b>	,191	,198	<b>,461**</b>	<b>,401**</b>	-,013	-,077	1,000	,181
<b>Celkový skór VRCHA</b>	-,197	,010	,259	,295	<b>,888**</b>	<b>,899**</b>	,181	1,000

(Poznámka: \* statisticky významné na hladině 0,05; \*\* statisticky významné na hladině 0,01)

## 11 DISKUZE

Tato kapitola se bude zabývat reflexí výsledků a závěry, jež z nich vyplývají. Jejím cílem bude zamyšlení se nad přesností našeho výzkumného šetření, výsledná zjištění poté srovnáme s výsledky jiných obdobných prací. Na závěr se pokusíme zamyslet nad praktickým využitím poznatků a uvedeme doporučení pro další výzkum námi zpracovaného tématu.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat výskyt rizikového chování u dětí ústavní péče, konkrétně v takovém typu zařízení, kterým je dětský domov se školou. Toto zařízení je dle Doležalové (2015) typem zařízení, kam jsou umístovány převážně děti s poruchami chování, se symptomy ADHD a dalšími psychiatrickými komorbiditami, kdy je právě u těchto dětí pozorován vysoký výskyt rizikového chování. Z tohoto důvodu jsou právě respondenti dětského domova se školou ideálním výzkumným souborem, u něhož může dojít k zmapování výskytu rizikového chování v souvislosti s výskytem symptomů ADHD. Ve výzkumných otázkách jsme se ještě detailněji zabývali rozdíly rizikového chování ve vztahu k pohlaví. V České republice nalezneme mnoho výzkumů, které se zabývají výskytem rizikového chování u adolescentů, avšak tato pozornost je spíše směřována na běžnou populaci dětí, které vyrůstají v původních rodinách a navštěvují tak běžnou základní školu. Příkladem mohou být studie dle Csémy & Chomynové (2012), Lepíka et al. (2010), Skopala (2013), Vacka (2008) a Vacka, Šejvla a Miovskeho (2008). Méně prozkoumané se však zdá být toto téma právě u dětí s vysokým výskytem rizikového chování, jehož důsledky zapříčiňují umístění do ústavní výchovy. V tomto případě jsme narazili na výzkumnou práci Zemanové a Dolejše (2015), kteří se zabývají rizikovým chováním u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež.

V rámci naší výzkumné práce nás zajímalo právě zmapování rizikového chování u dětí dětského domova se školou. Výskyt rizikového chování u dětí v dětském domově se školou narůstá se zvyšujícím se věkem respondentů. Zemanová a Dolejš (2015) prokazují vzestup výskytu rizikového chování u adolescentů mezi 12. - 13. rokem. To je dle Dolejše a Čerešníka (2018) způsobeno tím, že: „*adolescenti mladší než 12 let jsou více orientováni na pedagoga, na jeho uznání a na výkon; adolescenti ve věku 13 let a starší už více inklinují k vrstevnické skupině a snaží se hledat svou identitu a své místo ve společnosti, a to někdy i prostřednictvím realizace rizikových aktivit.*“ (in Zemanová & Dolejš, 2015, s. 48). Delikvence je typem rizikového chování, které se nejčastěji vyskytuje u dětí dětského domova se školou. Skopal, Dolejš a Suchá (2014) také uvádějí delikvenci jako nejčastější formu rizikového chování u adolescentů. Dle věku se delikvence vyskytuje již u nejmladších respondentů jako jedna z prvních složek rizikového chování a s věkem se tak postupně zvyšuje její výskyt. U nejmladších respondentů tak ještě můžeme pozorovat jedince, u kterých se vyskytuje stupeň nerizikovosti, to už však u obou starších skupin říci nemůžeme. Nejvíce ohroženými skupinami, co se týče delikvence, jsou respondenti ve

věku 13 - 15 let a 16 - 18 let, u většiny z nich pozorujeme vysoce rizikové chování. Dle vzdělávacího programu pozorujeme znatelné rozdíly u delikventního chování základní školy a základní školy praktické, kdy děti základních škol jsou znatelně rizikovější než děti základních škol praktických. Dále u chlapců nalézáme vzájemný vztah mezi delikvencí a abúzem návykových látek, v závislosti jedné proměnné roste výskyt i druhé proměnné. S abúzem návykových látek se zvyšuje výskyt delikvence a naopak s delikvencí se zvyšuje výskyt abúzu návykových látek. Pro srovnání našich výsledků jsme využili data z výzkumné studie, která se zabývala výskytem rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení (Zemanová & Dolejš, 2015), při kterých byl ke sběru dat využit dotazník VRCHA. Srovnání těchto dvou skupin nám přijde velmi logické, protože právě děti dětského domova se školou bývají často původními klienty nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (NZDM). Jak vypovídá Zemanová a Dolejš (2015), klienti NZDM jsou považováni za rizikovou populaci s vysokou prevalencí experimentování s návykovými látkami, záškoláctvím a pácháním delikvence. Zemanová a Dolejš (2015) potvrzují, že až třetina klientů NZDM má zkušenost se záškoláctvím, vandalismem, krádežemi a někdy v životě už mělo problémy s policií. Až polovina klientů NZDM někdy zfalšovala podpis rodičů. Autoři také potvrzují, že s věkem klientů NZDM roste většina rizikových aktivit. Klienti NZDM se chovají rizikověji než jejich vrstevníci v běžné populaci. Dalším nejčastějším typem rizikového chování u dětí v DDŠ je abúzus návykových látek. Co se týče abúzu, tak nejméně ohroženi jsou respondenti nejmladší skupiny. Většina z nich, nemá s návykovými látkami, buď žádné zkušenosti, nebo mají pouze běžné zkušenosti. Najdou se však i tací, kteří jsou v takto nízkém věku vysoce rizikováni abúzu návykových látek. Nejvíce ohroženou skupinou vzhledem k abúzu jsou respondenti ve věku 13 - 15 let. V rámci vzdělávacího programu se chovají ve spojitosti s abúzem rizikověji respondenti základních škol oproti respondentům základních škol praktických. Dle Zemanové a Dolejš (2015) mají klienti NZDM vysokou zkušenost s užíváním marihuany, tuto zkušenost potvrdila téměř polovina respondentů ve věku 11 - 15 let. Také téměř polovina těchto respondentů NZDM pravidelně užívá tabákové a alkoholické výrobky. Jedna čtvrtina těchto respondentů NZDM prokázala zkušenost s pohlavním stykem. Posledním zkoumanou složkou rizikového chování je šikana, o níž můžeme říci, že u respondentů DDŠ neroste v závislosti na věku. Významným zjištěním je nárůst výskytu šikany u respondentů ZŠP v porovnání se základní školou. Terčem vulgárních urážek se stává až třetina respondentů NZDM. Šikana se u klientů NZDM vyskytuje spíše u mladší skupiny respondentů (Zemanová & Dolejš, 2015). Na základě výše uvedených výsledků studií usuzujeme, že vzhledem k podobné typologii dětí umístovaných do ústavní péče a klientů navštěvujících NZDM, může dojít k porovnání daných výsledků. Domníváme se, že respondenti DDŠ a klienti NZDM jsou srovnatelnou skupinou adolescentů, u nichž se vyskytuje podobný typ rizikového chování, avšak respondenti DDŠ jsou rizikovější než klienti NZDM.

Rizikové chování chlapců a dívek se liší v mnoha směrech i v obecné populaci adolescentů. Z všeobecných poznatků jsou k rizikovému chování náchylnější chlapci v porovnání s dívkami (Dolejš et al., 2014; Zimmerman, 2010; Woods et al., 2010). V naší výzkumné práci se však toto tvrzení nepotvrdilo. Všechny dívky dětského domova se školou vykazují v celkovém skóru nejvyšší stupeň rizikivosti, kdežto u chlapců se vysoký stupeň rizikivosti vyskytuje pouze u 71 % z nich. Při konkrétním porovnání jednotlivých složek rizikového chování působí dívky rizikověji v rámci abúzu návykových látek a také delikvence. Rozdíl u výskytu delikvence není mezi dívkami a chlapci až tak závratný v porovnání s rozdílem u výskytu abúzu. U téměř všech dívek nalézáme vysoký stupeň rizikivosti spojený s abúzem návykových látek. Oproti tomu přibližně třetina chlapců nemá s abúzem návykových látek žádné zkušenosti nebo se pohybuje ve stupni běžné rizikivosti. U šikany nebyly v rámci pohlaví zjištěny žádné významné statické rozdíly. Zemanová a Dolejš (2015) uvádějí, že dívky NZDM jsou v celkovém skóru méně rizikové než chlapci. Chlapci vykazují vyšší hodnoty ve složkách delikvence i abúzu návykových látek. Toto významné zjištění, o vysoké rizikivosti dívek v dětském domově se školou, s sebou přináší řadu výzkumných otázek, kdy nás zajímá, proč právě dívky vykazují v DDŠ takto vysokou rizikovitost a zda výzkum nemohly ovlivnit nějaké vedlejší faktory. Jsme si vědomi, že mohlo dojít k možnému zkreslení z důvodu vyššího zastoupení chlapců nežli dívek. Avšak příčinu shledáváme v tom, že dívky dětského domova se školou jsou umisťovány do ústavní péče převážně z důvodu záškoláctví, které je poté spojené s dalším rizikovým chováním, jakým je experimentování s návykovými látkami, delikvence, sexuálně rizikové chování, které může vést až k prostituci. Dívky jsou do dětského domova se školou umisťovány nejčastěji v posledních ročnících základní školy, to může být spojeno právě s již zmíněným hledáním vlastní identity, kdy dívky začínají inklinovat spíše k vrstevnickým skupinám (Dolejš & Čerešník, 2015, in Zemanová & Dolejš, 2015). Kdežto u chlapců jsou příčiny umístění spíše psychiatrického rázu, kdy se u nich častěji vyskytují poruchy chování, ADHD a další psychiatrické komorbidity. Tyto příčiny mohou být důvodem nařízení ústavní výchovy již v tak nízkém věku chlapců.

Následující část se zaměřuje na vzájemné vztahy mezi rizikovým chováním a přítomností symptomů ADHD, a to konkrétně na četnost rizikového chování vyskytujícího se s ADHD. Mnoho odborníků uvádí, že ADHD je spojováno s výskytem rizikového chování, a to převážně s abúzem návykových látek (Munden & Arcelus, 2008; Kaye, Darke & Torok, 2013; Goetz & Uhlíková, 2009). Na základě tohoto tvrzení by měl být výskyt rizikového chování četnější u respondentů s přítomnými příznaky ADHD než u respondentů bez příznaků ADHD. Výsledky naší studie tento předpoklad neprokázaly, ADHD nemá u dětí dětského domova vliv na výskyt rizikového chování. Naopak u dětí bez příznaků ADHD se vyskytuje vyšší prevalence rizikového chování než u dětí s ADHD. Tato vysoká prevalence rizikového chování u dětí bez ADHD může být však způsobena přítomností poruch chování nebo jiných komorbidit, které mohou být u dětí bez ADHD

diagnostikovány. Dle celkového skóru se rizikové chování vyskytuje u dětí s ADHD v 75,8 % a u dětí bez ADHD v 90,9 %.

S věkem je v této práci spojeno mnoho otázek, kterými jsme se už zabývali v předešlé části diskuze. Jak už bylo také mnohokrát zmíněno, tak rizikové chování roste v závislosti na věku, tudíž u nejmladší skupiny respondentů by se mělo vyskytovat rizikové chování v nižší míře (Zemanová & Dolejš, 2015). V této části diskuze se zaměříme na skutečnost, zda se mohou v DDŠ vyskytovat děti s ADHD zcela bez příznaků rizikového chování, což můžeme předpokládat právě u mladší skupiny respondentů. V rámci celkového skóru rizikového chování nalézáme pouze dva jedince s ADHD, kteří nejeví žádné známky rizikovosti. Pokud se podrobněji podíváme na jednotlivé složky rizikového chování, tak nejvíce jedinců s ADHD nejeví známky rizikovosti ve vztahu k šikaně a poté ve vztahu k abúzu návykových látek. U delikvence se již tato nerizikovost snižuje a nacházíme zde vyšší počet jedinců s ADHD, kteří jsou v nějaké míře riziková. Jedinci s ADHD, u kterých nejsou zaznamenány žádné projevy rizikového chování, jsou respondenty nejmladší skupiny.

Poslední výsledky popisují, které složky rizikového chování se nejčastěji vyskytují u dětí s ADHD. Vzájemný vztah mezi rizikovým chováním a přítomnými symptomy ADHD byl u dětí dětského domova se školou prokázán prostřednictvím korelace pouze ve složce šikany, kde jedinci s ADHD vykazují vysokou rizikovost oproti jedincům bez příznaků ADHD. U delikvence a abúzu návykových látek nebyla pomocí korelace prokázána u dětí s ADHD žádná statisticky významná hodnota. To také potvrzuje podrobnější zkoumání jednotlivých složek, kdy se abúzus a delikvence vyskytují ve vyšší míře u dětí bez příznaků ADHD nežli u dětí s přítomnými příznaky ADHD, to je pak také promítnuto v celkovém skóru rizikového chování. Vysoká míra rizikovosti u všech dětí v dětském domově se školou může být také ovlivněna tím, jakou dobu je již dítě v péči ústavního zařízení. Troller-Renfree, Nelson, Zeanah a Fox (2016) ve své studii uvádějí, že děti vyrůstající v institucích jsou vystaveny zvýšenému riziku vzniku internalizačních a externalizačních problémů, a může tak dojít k rozvoji psychopatologie. Tyto děti vykazují častěji poruchy chování a symptomy ADHD. Na základě těchto tvrzení můžeme uvážit, že vysoká rizikovost u dětí bez příznaků ADHD může být způsobena institucionalizací, kdy na děti působí mnoho negativních vlivů a může tak dojít k rozvoji rizikového chování.

Ke zkreslení výsledků diplomové práce mohlo dojít v rámci získávání dat prostřednictvím dotazníku BRIEF, kdy se v některých případech výsledky ve verzi pro učitele a pro rodiče/vychovatele u jednotlivých respondentů znatelně lišily. Tito jedinci byli ve výsledcích označeni hvězdičkou. U těchto konkrétních případů došlo k opětovné kontrole validity prostřednictvím škály negativity a inkonzistence. Výraznější problémy se vyskytovaly u respondentů ve škole než v rámci mimoškolního prostředí. To může být ve školním prostředí zdůvodněno vysokými nároky na pozornost jedince. V mimoškolním prostředí se naopak jedinci nemusí dostávat takové pozornosti, jakou by potřeboval

z důvodu početné rodinné skupiny, kdy musí vychovatel rozložit svou pozornost mezi několik jedinců. Na samotného jedince tak nejsou kladeny příliš vysoké nároky. U dotazníku VRCHA, který se zabývá výskytem rizikového chování, mohlo dojít ke zkreslení výsledků z důvodu výzkumníkovi přítomnosti při vyplňování dotazníku, respondenti tak mohli zamlčet některé informace. Domníváme se však, že blízký vztah mezi respondenty a výzkumníkem mohl naopak docílit toho, že se respondenti cítili bezpečně a odpovídali tak pravdivěji, než jak by tomu bylo v rámci třídního kolektivu. Při individuálním kontaktu byly respondentovi poskytnuty všechny informace týkající se etických principů. Domníváme se, že ve třídním kolektivu by tyto informace neměly takovou váhu a respondenti by poté mohli mít strach odpovídat pravdivě. Respondenti se často dotazovali na anonymitu, obávali se toho, zda o nich nebudou tyto choulostivé informace uveřejněny. Zároveň nám tento postup při vyplňování dotazníku poskytl mnoho zajímavých informací. Například došlo k takové situaci, kdy měl výzkumník důvěryhodné informace od pracovníků dětského domova, že má konkrétní dívka problémy s krádežemi, kdy při odjezdu na povolenku odváží vybavení dětského domova. Následně tato dívka odpověděla v dotazníku záporně na otázku týkající se toho, zda někdy odcizila věc, která jí nepatřila. Dalším příkladem je případ chlapce, který při běžném hovoru se spolužáky mluvil o intimnostech s dívkami a při vyplňování dotazníku se při otázce dotazující se na pohlavní styk začervenal a při opakovaném dotázání odpověděl, že pohlavní styk ještě neměl. Domníváme se, že pokud by tento dotazník vyplňoval samostatně v rámci třídy, mohl by o odpovědi zalhat.

V rámci doporučení by bylo vhodné se zaměřit na zdokonalení preventivních opatření. Dětský domov se školou má vypracován minimální preventivní program, na základě něhož pořádá mimořádné přednášky nebo besedy. Avšak vzhledem k vysoké rizikovitosti respondentů se domníváme, že se tato opatření zdají být nedostačující. K této práci by bylo vhodné přizvat odborníky, kteří by prevenci prováděli diferencovaně a strategicky podle věku, specifických vzdělávacích potřeb a mentální úrovně (Doležalová, 2015). V našem případě by stálo za zvážení, zda bychom se neměli zaměřit zvlášť na rizikovou skupinu děvčat, u kterých jsme shledali specifickou charakteristiku rizikového chování, která je spojena se záškoláctvím, v souvislosti s nímž zaznamenáváme vysoký výskyt rizikovitosti ve vztahu k abúzu návykových látek, delikvenci a rizikovým sexuálními aktivitám. Zvláštní přístup by si také zasloužila skupina respondentů s přítomnými symptomy ADHD, u kterých byl prokázán vyšší výskyt šikany. Vzhledem k vysoké rizikovitosti dětí ve vztahu k návykovým látkám, by v tomto zařízení našel vysoké uplatnění adiktolog, který by s dětmi mohl intenzivně pracovat na této problematice. Dětem by tak mohlo být poskytnuto poradenství v oblasti návykových látek, diagnostika, individuální terapie, socioterapie a další tréninkové a nácvikové programy.

V rámci dalšího zkoumání by bylo zajímavé do tohoto výzkumného šetření zahrnout všechna zařízení tohoto typu, abychom tak mohli předejít možnému zkreslení výsledků a mohlo tak dojít k možnému zobecnění, kterého jsme v tomto případě nemohli



docílit z důvodu nízkého počtu respondentů. Poté by mohlo dojít k porovnání výsledků mezi těmito zařízeními. Další velmi zajímavou výzkumnou činností by bylo porovnání rizikivosti dětí v ústavní péči s všeobecnou populací. V neposlední řadě bychom se mohli zaměřit na jednotlivé otázky v rámci dotazníku na výskyt rizikového chování, výsledkem by bylo podrobnější popsání rizikového chování u dětí dětského domova se školou.

## ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zmapovat výskyt rizikového chování u dětí dětského domova se školou a následně zkoumat jeho vzájemné vztahy se symptomy ADHD. V rámci rizikového chování bylo cílem popsat jednotlivé složky rizikového chování v závislosti na pohlaví, věku a vzdělávacím programu.

Na základě teoretických podkladů byl u respondentů se symptomy ADHD předpokládán vysoký výskyt rizikového chování, a to převážně ve spojitosti s abúzem návykových látek. Výsledky naší studie však tento předpoklad neprokázaly a u abúzu tak nelze potvrdit vzájemný vztah s přítomnými symptomy ADHD. Můžeme pouze potvrdit vzájemnou provázanost mezi přítomnými symptomy ADHD a šikanou, kdy právě u těchto dětí pozorujeme vysoký výskyt šikany. Z výzkumu této diplomové práce vyplývá, že delikvence je jednou z nejčastějších složek rizikového chování u dětí dětského domova se školou. Delikvence je takovým rizikovým chováním, které je nejméně závislé na pohlaví, věku i vzdělávacím programu. Abúzus návykových látek je druhou nejčastější složkou rizikového chování u dětí v DDŠ, jeho výskyt je již závislý převážně na věku, kdy u nejmladší skupiny dětí pozorujeme nejnižší prevalenci oproti starším respondentům. Kdežto šikana se u dětí v dětském domově se školou vyskytuje v každém věku, u obou pohlaví, i u obou vzdělávacích programů. Výjimku tvoří pouze děti se symptomy ADHD, u kterých se šikana vyskytuje ve větší míře než u dětí bez příznaků ADHD. Výsledky dále potvrzují všeobecné tvrzení, že s věkem roste rizikové chování. Velmi zajímavé je však zjištění, že v dětském domově se školou se rizikověji chovají dívky nežli chlapci. Tato rizikovost u dívek je zejména výrazná u abúzu návykových látek, kdy se více méně všechny dívky pohybují ve vysokém stupni rizikivosti týkajícího se užívání návykových látek. Tyto výsledky se liší od výsledků jiných studií. Dalším zjištěním je, že u dětí základní školy byla prokázána vyšší rizikovost než u dětí základní školy praktické.

Domníváme se, že cíle této diplomové práce byly naplněny, došlo tak k zmapování rizikového chování v souvislosti se symptomy ADHD a toto rizikové chování bylo posléze podrobně popsáno. Dále jsme se také věnovali konkrétním vztahům mezi jednotlivými složkami rizikového chování a symptomy ADHD. V rámci další výzkumné práce by bylo jistě přínosné zmapovat tyto vztahy mezi rizikovým chováním a symptomy ADHD u všech zařízení tohoto typu. Dále bychom se mohli podrobně zabývat jednotlivými položkami dotazníku pro výskyt rizikového chování, na jehož základě bychom dostali podrobnější popis rizikového chování. V rámci doporučení pro praxi by bylo vhodné zavést preventivní opatření týkající se rizikového chování, která by přihlížela ke stupni rizikivosti respondentů a dalším specifickým potřebám, které se týkají pohlaví, věku, mentální úrovně a jiných vzdělávacích potřeb.

## POUŽITÁ LITERATURA

- Adler, L. (2006). *Scattered Minds: Hope and Help for Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. New York: A Peeridge Book.
- Arria, A., Garnier-Dykstra, L., & Eric, D. (2011). *Persistent nonmedical use of prescription stimulants among college students: possible association with ADHD symptoms*. *Journal of attention disorders*.
- Bendl, S. (2004). *Neukázněný žák: Cesta institucionální pomoci*. Praha: ISV nakladatelství.
- Cahová, P., Pejčochová, J., & Ošlejšková, H. (2010). *Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita*. *Neurologia pre prax*. 367-371. Retrieved from <http://www.solen.sk/pdf/274cff01feffdb90da0fe69f9264df1c.pdf>
- Calhoun, E., & Friel, L. (2001). *Adolescent Sexuality: Disentangling the Effects of Family Structure and Family Context*. *Journal Of Marriage & Family*.
- Carr-Gregg, M., & Shale, E. (2010). *Pubertáči a adolescenti: průvodce výchovou dospívajících*. Praha: Portál.
- Csémy, L., & Chomynová, P. (2012). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)*. *Zaostřeno na drogy*, 1, 1-12.
- Dolejš, M. (2010). *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., & Skopal, O. (2015). *Výskyt rizikového chování u adolescentů (VRCHA): Příručka pro praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J. et al. (2014). *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Doležalová, P. (2015). *Prevence rizikového chování v podmínkách ústavní výchovy a péče*. In M. Miovský et al. *Prevence rizikového chování ve školství*, 127. Praha: Univerzita Karlova, 1. LF, Klinika adiktologie.
- Drtílková, I., Šerý, O. et al. (2007). *Hyperkinetická porucha/ADHD*. Praha: Galén.
- Fischer, S., & Škoda, J. (2014). *Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. Praha: Grada Publishing.
- Fontana, D. (2003). *Psychologie pro školní praxi*. Praha: Portál.
- Gioia, G., Isquith, P., Guy, S., & Kenworthy, L. (2011). *BRIEF: Hodnocení exekutivních funkcí u dětí*. Praha: Hogrefe Testcentrum.
- Goetz, M., & Uhlíková, P. (2009). *ADHD: Porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén.

- Hajný, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada Publishing.
- Hallowell, E., & Ratey, J. (2007). *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*. Praha: Návrat domů.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2009). *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál.
- Charvát, J. (2007). *Současný politický extremismus a radikalismus*. Praha: Portál.
- Charvát, M., & Nevoralová, M. (2015). *Faktory rizikové a protektivní*. In M. Miovský et al. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*, 58. Praha: Univerzita Karlova, 1. LF, Klinika adiktologie.
- Chomynová, P., Csémy, L., & Mravčík, V. (2016). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015*. Praha: Úřad vlády České republiky. Retrieved June 24, 2018, from: [https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/32196/734/zaostreno\\_2016-05\\_v03.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32196/734/zaostreno_2016-05_v03.pdf)
- Jonášová, I. (2015). *Co dělat, když – intervence pedagoga: Rizikové chování ve školním prostředí – rámcový koncept. Příloha č. 18 Rizikové sexuální chování*. Retrieved June 16, 2018, from: [http://www.msmt.cz/uploads/Priloha\\_18\\_Riziikove\\_sexualni\\_chovani.doc](http://www.msmt.cz/uploads/Priloha_18_Riziikove_sexualni_chovani.doc)
- Jindrová, M. (2012). *Rizikové chování dětí a jeho právní dopady: příručka učitele*. Praha: Univerzita Karlova, 1. LF, Klinika adiktologie.
- Kabíček, P., Csémy, L., Hamanová, J. et al. (2014). *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton.
- Kaye, S., Darke, S., & Torok, M. (2013). *Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among illicit psychostimulant users: a hidden disorder?* Retrieved June 24, 2018, from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23227816>
- Klavs, I., Rodriques, LC., Wellings, K., Weiss, HA., & Hayes, R. (2005). *Increased condom use at sexual debut in the general population of slovenia and association with subsequent condom use*. London: AIDS. Retrieved from: June 16, 2018, from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15990576>
- Kolář, M. (2001). *Bolest šikanování*. Praha: Portál.
- Kopecký, K., & Szotkowski, R. (2017). *Co dělat, když – intervence pedagoga: Rizikové chování ve školním prostředí – rámcový koncept. Příloha č. 7 Kyberšikana a další formy kybernetické agrese*. Retrieved June 16, 2018, from: [http://www.msmt.cz/uploads/Priloha\\_c\\_7\\_Kybersikana\\_d.docx](http://www.msmt.cz/uploads/Priloha_c_7_Kybersikana_d.docx)
- Kotchick, B. A. et al. (2001). *Adolescent sexual risk behavior: A multi-system perspective*. *Clinical Psychology*. Retrieved June 16, 2018, from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11413865>

- Krčmářová, B., Vacková, K., Hýbnerová, J., Veličková Hulanová, L., Langrová, A., Malíková, B. et al. (2012). *Sborník studií: děti a online rizika*. Praha: Sdružení Linka bezpečí
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kyriacou, CH. (2005). *Řešení výchovných problémů ve škole*. Praha: Portál.
- Langer, S. (1994). *Mládež problémová, její typy a možnosti uplatnění*. Hradec Králové: Kotva.
- Látalová, K. (2013). *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing.
- Lepík, F., Dolejš, M., Miovský, M., & Vacek, J. (2010). *Školní dotazníková studie o návykových látkách, dalších formách rizikového chování a pilotní studie o užívání těžkých látek na základních školách praktických: Karlovarský kraj*. Tišnov: Scan.
- Magnani, R. et al. (2001). *Correlates of sexual activity and condom use among secondary-school students in urban Peru*. *Studies in family planning*. Retrieved June 16, 2018, from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11326457>
- Maierová, E., & Charvát, M. (2017). *Co dělat, když – intervence pedagoga: Rizikové chování ve školním prostředí – rámcový koncept. Příloha č. 21 Hazardní hraní*. Retrieved June 16, 2018, from: [http://www.msmt.cz/uploads/priloha\\_21\\_hazardni\\_hrani.docx](http://www.msmt.cz/uploads/priloha_21_hazardni_hrani.docx)
- Martínek, Z. (2009). *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. Praha: Grada Publishing.
- Masopust, J., Mohr, P., Anders, M., & Příkryl, R. (2015). *Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti*. *Psychiatria pre prax*. Retrieved June 23, 2018, from: [http://www.psychiatriapreprax.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=7636&magazine\\_id=2](http://www.psychiatriapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=7636&magazine_id=2)
- Matoušek, O., Kodymová, P., & Koláčková, J. (2005). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.
- Matoušek, O., & Kroftová, A. (1998). *Mládež a delikvence: možné příčiny, současná struktura, programy prevence kriminality mládeže*. Praha: Portál.
- Matoušek, O., & Kroftová, A. (2003). *Mládež a delikvence*. Praha: Portál.
- Matoušek, O., & Matoušková, A. (2011). *Mládež a delikvence*. Praha: Portál.
- Mioviský, M., Adámková, T., Barták, M., Čablová, L., Čech, T., Doležalová, P. et al. (2015). *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Univerzita Karlova, 1. LF, Klinika adiktologie.
- Mioviský, M., Aujezká, A., Burešová, I., Čablová, L., Červenková, E., Jírová Exnerová, M. et al. (2015). *Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, 1. LF, Klinika adiktologie.

Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., & Novák, P. (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Tišnov: Sdružení SCAN.

Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., Novák, P., Barták, M., Bártík, P. et al. (2015). *Prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Univerzita Karlova, 1. LF, Klinika adiktologie.

Miovský, M., & Zapletalová, J. (2006). *Systém primární prevence rizikového chování na rozcestí: specializace versus integrace*. Praha: Konference Primární prevence rizikového chování III.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2012). *Zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy – počty zařízení a dětí/dívek – ve školním roce 2003/04 až 2010/2011*. Retrieved June 30, 2018, from: [http://www.msmt.cz/file/21319\\_1\\_1/](http://www.msmt.cz/file/21319_1_1/)

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2017). *Co dělat, když – intervence pedagoga: Rizikové chování ve školním prostředí – rámcový koncept. Příloha č. 4 Alkohol u dětí školního věku*. Retrieved June 16, 2018, from: [http://www.msmt.cz/uploads/Priloha\\_4\\_Alkohol.doc](http://www.msmt.cz/uploads/Priloha_4_Alkohol.doc)

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2017). *Co dělat, když – intervence pedagoga: Rizikové chování ve školním prostředí – rámcový koncept. Příloha č. 6 Školní šikanování*. Retrieved June 16, 2018, from: [http://www.msmt.cz/uploads/Priloha\\_6\\_Skolni\\_sikanovani.doc](http://www.msmt.cz/uploads/Priloha_6_Skolni_sikanovani.doc)

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2017). *Co dělat, když – intervence pedagoga: Rizikové chování ve školním prostředí – rámcový koncept. Příloha č. 3 Poruchy příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie)*. Retrieved June 16, 2018, from: [http://www.msmt.cz/uploads/Priloha\\_3\\_poruchy\\_prijmu\\_potravy.doc](http://www.msmt.cz/uploads/Priloha_3_poruchy_prijmu_potravy.doc)

Ministerstvo vnitra. (2007). *Hodnocení systému péče o ohrožené děti*. Praha: Ministerstvo vnitra – odbor prevence kriminality. Retrieved June 29, 2018, from: <http://www.mvcr.cz/soubor/hodnoceni-systemu3-pdf.aspx>

Mühlpachr, P. (2002). *Sociální patologie*. Brno: Pedagogická fakulta, Masarykova univerzita.

Munden, A., & Arcelus, J. (2008). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.

Paclt, I. et al. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing.

Pipeková, J. (2006). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.

Price, M. N., & Hyde, J. S. (2009). *When Two Isn't Better Than One: Predictors of Early Sexual Activity in Adolescence Using a Cumulative Risk Model*. *Journal Of Youth & Adolescence*. Retrieved June 16, 2018, from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19636771>

Říčan, P. (2004). *Cesta životem*. Praha: Portál.

- Sananim. (2007). *Drogy: otázky a odpovědi: příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Skopal, O. (2013). *Vztahy osobnostních charakteristik adolescentů s různými formami rizikového chování*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Skopal, O., Dolejš, M., & Suchá, J. (2014). *Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Slowík, J. (2007). *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing.
- Sochůrek, J. (2009). *Úvod do sociální patologie*. Liberec: Technická univerzita.
- Sovinová, H., Sadílek, P., & Csémy, L. (2009). *Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR; názory a postoje občanů ČR k problematice kouření (období 1997-2008)*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Stonišová, P., Hergetová, A., Boušková, Z., Goldmannová, M., Kopřivová, V., & Juříčka, R. (2012). *Zavádění preventivních opatření proti rizikovému chování ve škole: Metodika*. Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků.
- Širůčková, M. (2015). *Rizikové chování*. In M. Miovský et al. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování, 161*. Praha: Univerzita Karlova, 1. LF, Klinika adiktologie.
- Širůčková, M. (2015). *Rizikové chování a jeho psychosociální souvislosti*. In M. Miovský et al. *Prevence rizikového chování ve školství, 50*. Praha: Univerzita Karlova, 1. LF, Klinika adiktologie.
- Troller-Renfree, S., Nelson, C. A., Zeanah, C. H., & Fox, N. A. (2016). *Deficits in error monitoring are associated with externalizing but not internalizing behaviors among children with a history of institutionalization*. Association for Child and Adolescent Mental Health. Retrieved July, 13, 2018, from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27569003>
- Udatná, J. (2015). *Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi*. In M. Miovský et al. *Prevence rizikového chování ve školství, 171*. Praha: Univerzita Karlova, 1. LF, Klinika adiktologie.
- Vacek, J. (2015). *Elektronická média v primární prevenci*. In M. Miovský et al. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování, 46*. Praha: Univerzita Karlova, 1. LF, Klinika adiktologie.
- Vacek, J. (2008). *Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách: Praha*. Tišnov: Sdružení SCAN.
- Vacek, J., Šejvl, J., & Miovský, M. (2008). *Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách: Plzeň, 2008. Závěrečná zpráva z výzkumu*. Tišnov: Sdružení SCAN.

Vaničková, E. (1999). *Sexuální násilí na dětech: výskyt, podoby, diagnostika, terapie, prevence*. Praha: Portál.

Vágnerová, M. (2002). *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál.

Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie 1: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.

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

Wilens, T. E., & Fusillo, S. (2007). *When ADHD and substance use disorders intersect: relationship and treatment implications*. *Current psychiatry*. Retrieved June 16, 2018, from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17915081>

Woods, E. R., Buka, S. L., Martin, C. R., Salganik, M., Howard, M. B., Gue-guen, J. A., Brooks-Gunn, J. F., & McCormick, M. C. (2010). *Assessing youth risk behavior in a clinical trial setting: Lessons from the infant health and development program*. *Journal of Adolescent Health*, 46(5), 429–436. Retrieved July 12, 2018, from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X09005990>

*Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů*. Retrieved June, 28, 2018, from: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-109#cast1>

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

Zimmermann, G. (2010). *Risk perception, emotion regulation and impulsivity as predictors of risk behaviours among adolescents in Switzerland*. *Journal Of Youth Studies*, 13(1), 83–99. Retrieved July, 12, 2018, from: <http://psycnet.apa.org/record/2010-00240-006>



# PŘÍLOHY

## **Příloha č. 1 Informovaný souhlas o provedení výzkumného šetření**

*Název a adresa zařízení:* .....

*Ředitel zařízení:* .....

### **INFORMOVANÝ SOUHLAS KE ZPRACOVÁNÍ DAT**

#### **Úvodní informace**

Název výzkumné práce: Rizikové chování a symptomy ADHD u dětí ve vybraných typech zařízení ústavní výchovy a péče

Řešitel: Denisa Šťastná, studentka adiktologie na 1. lékařské fakultě LF UK

Účel: magisterská práce v navazujícím magisterském studiu oboru adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

#### **Zabezpečení osobních údajů**

Po ukončení výzkumu budou vyplněné dotazníky ponechány v jednotlivých složkách žáků a poté archivovány. Dotazníky budou dále zpracovány anonymně.

V žádném výstupu z této výzkumné práce se neobjeví osobní údaje žáků ani údaje o zařízení. Žáky nebude možné ve výzkumné práci identifikovat. Řešitel výzkumné práce je vázán povinnou mlčenlivostí zdravotnického pracovníka.

#### **Prohlášení ředitele**

Jako pověřená osoba zákonnými zástupci, souhlasím s účastí ve výzkumu pro účely výše uvedené diplomové práce studentky oboru adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Účast žáků ve výzkumu je dobrovolná, respondent má právo svou účast ve výzkumu kdykoliv bez udání důvodů ukončit. Žáci budou seznámeni s účelem výzkumné činnosti, budou informováni o anonymitě a ochraně jejich osobních údajů.

Souhlasím se zpracováním údajů pro studijní účely, za podmínky, že výzkumník je povinen o nich zachovat mlčenlivost a zacházet s nimi takovým způsobem, aby nebylo možné identifikovat totožnost žáků, dále musí být zachována jejich osobní důstojnost a jejich práva.

Místo, datum: .....

Podpis ředitele: .....

## SEZNAM TABULEK

**Tabulka 1:** Popis výzkumného souboru z hlediska rizikového chování ve vztahu ke vzdělání dle pohlaví, věku a vzdělávacího programu – celkové hodnocení

**Tabulka 2:** Popis výzkumného souboru z hlediska rizikového chování ve vztahu ke vzdělání dle konkrétního vzdělávacího programu

**Tabulka 3:** Popis výzkumného souboru z hlediska rizikového chování ve vztahu ke vzdělání dle pohlaví

**Tabulka 4:** Popis výzkumného souboru z hlediska rizikového chování ve vztahu ke vzdělání dle věku

**Tabulka 5:** Věk respondentů dle pohlaví

**Tabulka 6:** Výsledky pro BRIEF verze pro rodiče (vychovatele) – chlapci

**Tabulka 7:** Výsledky pro BRIEF verze pro učitele – chlapci

**Tabulka 8:** Porovnání výsledků pro BRIEF verze pro rodiče (vychovatele) a verze pro učitele – chlapci

**Tabulka 9:** Výsledky pro BRIEF verze pro rodiče (vychovatele) – dívky

**Tabulka 10:** Výsledky pro BRIEF verze pro učitele – dívky

**Tabulka 11:** Porovnání rozdílů průměrných skóre pro BRIEF verze pro rodiče (vychovatele) a verze pro učitele ve škálách inhibice a pracovní paměť – dívky

**Tabulka 12:** Přítomnost symptomů ADHD u dětí DDŠ v závislosti na škálách inhibice a pracovní paměť - chlapci

**Tabulka 13:** Přítomnost symptomů ADHD u dětí DDŠ v závislosti na škálách inhibice a pracovní paměť – dívky

**Tabulka 14:** Rozdělení do stupňů rizikovosti dle pohlaví a jednotlivých složek rizikového chování a celkového skóru VRCHA - chlapci

**Tabulka 15:** Rozdělení do stupňů rizikovosti dle pohlaví a jednotlivých složek rizikového chování a celkového skóru VRCHA – dívky

**Tabulka 16:** Rozdělení celého souboru respondentů dle věku do stupňů rizikovosti u rizikového chování – abúzus

**Tabulka 17:** Rozdělení celého souboru respondentů dle věku do stupňů rizikovosti u rizikového chování – delikvence

**Tabulka 18:** Rozdělení celého souboru respondentů dle věku do stupňů rizikovosti u rizikového chování – šikana

**Tabulka 19:** Rozdělení celého souboru respondentů dle věku do stupňů rizikovosti u celkového skóru VRCHA

**Tabulka 20:** Rozdělení celého souboru respondentů dle vzdělávacího programu do stupňů rizikovosti u jednotlivých složek rizikového chování a celkového skóru VRCHA

**Tabulka 21:** Formy rizikového chování a jednotlivé zastoupení položek dle pohlaví - chlapci

**Tabulka 22:** Formy rizikového chování a jednotlivé zastoupení položek dle pohlaví - dívky

**Tabulka 23:** Vzájemný vztah mezi jednotlivými složkami rizikového chování dle VRCHY v souvislosti s věkem – chlapci (N=31)

**Tabulka 24:** Vzájemný vztah mezi jednotlivými složkami rizikového chování dle VRCHY v souvislosti s věkem – dívky (N=13)

**Tabulka 25:** Vzájemný vztah mezi jednotlivými složkami rizikového chování dle VRCHY v souvislosti s věkem u celého souboru respondentů (N=44)

**Tabulka 26:** Rozdělení celého souboru respondentů do stupňů rizikivosti dle přítomnosti symptomů ADHD – abúzus

**Tabulka 27:** Rozdělení celého souboru respondentů do stupňů rizikivosti dle přítomnosti symptomů ADHD – delikvence

**Tabulka 28:** Rozdělení celého souboru respondentů do stupňů rizikivosti dle přítomnosti symptomů ADHD – šikana

**Tabulka 29:** Rozdělení celého souboru respondentů do stupňů rizikivosti dle přítomnosti symptomů ADHD – celkový skóre VRCHA

**Tabulka 30:** Korelace mezi škálami Inhibice a Pracovní paměť a jednotlivými složkami rizikového chování dle VRCHY