

RIZIKOVÉ SPRÁVANIE DOSPIEVAJÚCICH – VÝSKUMNÉ VÝSLEDKY A DIAGNOSTICKÉ VÝZVY

Michal Čerešník

Katedra pedagogickej a školskej psychológie, Pedagogická fakulta, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

Anotácia: V našom príspevku sa primárne venujeme výskumným výsledkom v oblasti rizikového správania dospievajúcich v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania. Koncepčne vychádzame z teórie Jessora a predmetom nášho záujmu je screeningové mapovanie závislostného správania, delikventného správania a šikany. Ako výskumný nástroj sme využili metódu VRSA (Výskyt rizikového správania adolescentov; pôvodne v autorstve Dolejš, Skopal). Dáta sme získali od reprezentatívnej vzorky dospievajúcich (viac než 1700). Okrem výskumných záverov v príspevku prezentujeme diagnostické výzvy v zmysle transformácie diagnostickej metódy (VRSA) a jej obsahovej diferenciacie vo vzťahu k veku.

Kľúčové slová: rizikové správanie, dospievajúci, závislosti, delikvencia, šikanovanie, syndróm rizikového správania v dospievaní

Syndróm rizikového správania v dospievaní

História pojmu „rizikové správanie v dospievaní“ je relatívne krátka, hoci treba povedať, že fenomén, ktorý sa za týmto pojmom skrýva, má s určitosťou dlhšie trvanie. Iniciatívu v tejto oblasti prevzal R. Jessor, ktorý od 70-tych rokov 20-teho storočia realizoval série výskumov zameraných na psychosociálny vývin v období dospievania (napr. Jessor, Jessor, 1977). Jeho longitudinálne výskumné sledovanie dospievajúcich vo veku 14 až 22 rokov viedlo k formulácii dvoch základných konceptov s označením syndróm rizikového správania (*risk behavior syndrom*) a syndróm problémového správania (*problem behavior syndrom*). Ide o súbory symptomatických jednotiek, o ktorých predpokladáme, že vznikajú na rovnakom podklade. Postupne sa pre tieto dva syndrómy vžil jednotný názov „syndróm rizikového správania v dospievaní“ – SRS-D, v ktorom zásadnú úlohu zohráva posledná časť, tzn. „v dospievaní“. Tá naznačuje, že niektoré z prejavov správania sú problematické len vo vzťahu k veku, resp. k obdobiu dospievania.

Je nutné poznamenať, že identifikácii tohto fenoménu, tzn. relatívne vysokému výskytu rizikového (problematického) správania predchádzali spoločenské a kultúrne zmeny (oslabenie socializačných a individuálnych funkcií rodiny, urbanizácia a neosobné vzťahy, permanentné zmeny na trhu práce, digitalizácia a automatizácia v smere hypotézy o technologickej singularite, atď.), ktoré spôsobili, že najrizikovejšou etapou ľudského života prestalo byť skoré detstvo (z dôvodu ľahšej zraniteľnosti detského organizmu a nižšej odolnosti voči chorobám) a stalo sa ním obdobie dospievania (Kagan, 1991). Podľa správy Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) z roku 1993 bol rizikový životný štýl vo vekovej skupine 15 až 19 ročných najčastejšou príčinou úmrtia. V roku 2014 vydala WHO správu s názvom „Zdravie pre svet dospievajúcich“ (*Health for the World's Adolescents*), v ktorej sa konštatuje, že celosvetovo sú najčastejšími príčinami smrti u dospievajúcich (vek 10 až 19

rokov) dopravné nehody (krajiný s vysokým príjmom), HIV (africký región), samovraždy (región juhovýchodnej Ázie), respiračné ochorenia (krajiný s nízkym príjmom) a interpersonálne násilie (USA).

Ak zdieľame názor R. Jessora o tom, že SRS-D zohráva špecifickú úlohu v živote dospelých, musíme sa pýtať, aký benefit im produkcia problémového správania prináša. R. Jessor predpokladá, že ide o (1) pozitívne uspokojenie vo vývinových problémoch, (2) riešenie aktuálneho osobného problému a (3) náhradu niečoho, čo im chýba. Tieto benefity sú zrejme dostatočne silné na to, aby dospelí ignorovali závažné dôsledky svojho správania, ako sú napríklad predčasné tehotenstvo, látkové či nelátkové závislosti, školské neúspechy a pod. Zároveň však platí, že dospelí sa správajú rizikovo len v niektorých oblastiach a v ostatných je ich fungovanie primerané. V súlade s psychologickým odkazom humanistických smerov o akceptácii človeka preto nehovoríme o problematických dospelých, ale o problematickom správaní. Potešujúcim faktom je tiež alternácia pojmu SRS-D s pojmom sociálno-patologické javy, ktorý sa prestáva považovať za správny z dôvodu nálepkovania, predčasného uzavretia diagnostickej úvahy a hypotézy a krátkodobej predikovateľnosti správania.

R. Jessor (napr. 1998) rozdelil rizikové správanie do troch okruhov. Sú nimi zneužívanie (abúzus) návykových látok, poruchy správania (delikvencia) a rizikové sexuálne správanie. Zo správ WHO (2014a, 2014b) vyplýva, že narastá podiel šikanujúceho správania (rozdiely medzi krajinami však môžu byť aj 50 %), vo vekovej skupine 12 až 18 ročných je 15 %-ná prevalencia suicíd, 70 % dospelých vo veku 13 až 15 rokov komunikuje skúsenosť so sexom (rozdiely v regiónoch sú veľké), každý/každá člen/členka vo vekovej skupine 15+ vypil/vypila na Slovensku v roku 2010 priemerne 13 litrov čistého alkoholu, na Slovensku v roku 2011 vo vekovej skupine 15+ fajčilo 39 % mužov a 19 % žien. To sú niektoré z alarmujúcich čísel, ktoré poukazujú na opodstatnenosť vymedzenia rizikového správania v troch kategóriách podľa Jessora a na nutnosť identifikácie rizikového správania dospelých v skorých štádiách.

Vymedzenie rizikového správania však nie je jednoznačné. Viacero autorov a autoriiek pristupuje k tomuto problému značne diverzifikovane (napr. Miovský, Zapletalová, 2006; Dolejš, 2010; Širůčková, 2012; Nielsen Sobotková a kol., 2014). V jednom sa však mnohé definície zhodujú. Rizikové správanie je inkluzívny pojem, ktorý v sebe zahŕňa rozmanité formy správania od najmenej závažných (z hľadiska škodlivosti pre organizmus a jeho okolie) až po tie najzávažnejšie. Možno práve z dôvodu mnohoznačnosti tohto termínu D. Smartová a kol. (2004) uvádzajú, že až 50 % dospelých sa správalo spôsobom, ktorý považujeme za rizikový.

Rizikové správanie predstavuje dynamickú tému, v ktorej momentálne neexistuje všeobecný konsenzus v tom, čo sú závažné kategórie sýtiace spomínaný pojem. Situácia je komplikovaná aj nutnosťou zohľadnenia vekových, socio-kultúrnych či regionálnych špecifik konkrétnej dospelujúcej kohorty. Napríklad vieme, že z hľadiska rizikových aktivít v oblasti sexuálneho správania má zmysel pýtať sa na stretnutie s prostitútkou v západnej časti Čiech alebo na skúsenosť so sexuálnym kontaktom v skorých štádiách dospelovania vo východnej časti Slovenska. V iných častiach Slovenska, resp. Českej republiky je pravdepodobnosť výskytu kladných odpovedí takto stanovených položiek málo pravdepodobná.

Dospelie ako kľúčový pojem SRS-D

Dospelie predstavuje relatívne krátky úsek ľudskej ontogenézy (zhruba 10 rokov, podľa zvolenej taxonómie), ktorý je veľmi dynamický, a to nielen vo vzťahu k tomu, čo sa v tomto

období normatívne deje, ale aj vo vzťahu k tomu, že sa dané normatívy pôsobením spoločensko-kultúrnych, technických, politických a iných vplyvov menia.

O dospievaní, či už ho chápeme ako pubertu, adolescenciu alebo oboje, existuje dostatok špecializovaných publikácií (napr. Macek, 2003; Santrock, 2013). Majú komplexný charakter a sú čitateľsky dostupné. Preto by sme chceli aspoň v stručnosti upozorniť na niektoré zmeny, ktoré vnímame ako kľúčové vo vývine individuality, ale aj spoločenskosti, potenciálne však vo vzťahu k rizikovému správaniu.

Nechceme podceňovať pediatricky významné zmeny endokrinného systému súvisiace s rastovou rýchlosťou, vývinom genitálií a pubického ochlpenia (Root, 1973), ktoré sú klasifikované podľa Tannerových tabuliek (bližšie napr. Pomahačová, Kalvachová, 2013), zmeny v psychosociálnom vývine, špeciálne v sexualite v období dospievania, prípadne iné významné zmeny a procesy. Domnievame sa však, že to, čo by malo byť kľúčové pre obdobie dospievania a tým, čím by mali ľudia pred vstupom do dospelosti disponovať s ako aspoň čiastočne rozvinutými dispozíciami, sú schopnosť sebaexplorácie a zameranie sa na osobnostný rast, s tým súvisiaca osobná identita (hoci stále ako premenlivý geštalt), jasne rozvinutá schopnosť abstrahovať a formalizovať informácie, rozvinuté morálne usudzovanie s viazanosťou na najvyššie morálne princípy a rozvinuté sebaregulačné stratégie, v ktorých sa uplatňuje nielen „dopriatie si“, ale aj „odopieranie si“.

Za všetky tieto „devízy“ môže významná neurobiologická zmena, ktorú F. Koukolík a J. Drtilová (2006) nazývajú ako dozrievanie prefrontálnej kôry a P. Kabíček (2014) túto oblasť špecifikuje na (1) mezokortikolimbický systém (zodpovedný za reguláciu emócií, rozhodovanie, impulzivitu a riadenie systému odmiern), (2) frontostriálny systém (zodpovedný za sebakontrolu, impulzivitu) a (3) orbitofrontálny kortex (zodpovedný za motiváciu, reguláciu emócií, vyhľadávanie nového, ale najmä sebakontrolu a inhibíciu impulzivity). V podstate hovoríme o tom, že práve na začiatku obdobia dospievania by mal začať dlhodobý proces synaptického prerezávania, ktorý zvyrazňuje ľudský rozmer človeka spočívajúci v rozvoji exekutívnych funkcií (schopnosť tvoriť, uskutočňovať plány, rešpektovať pravidlá sociálneho správania, riešiť problémy, adaptovať sa na neočakávané udalosti, aktívne využívať pracovnú pamäť) a vo vedomom riadení vlastných emócií.

Mnoho dospievajúcich však v týchto vývinových úlohách nie je podporovaná a zlyháva. Preto sa relatívne často v dospievajúcej populácii vyskytuje SRS-D a je potrebné venovať mu pozornosť aj z hľadiska výskumu ako základu intervenčných stratégií v práci školskej psychologičky/školského psychológa.

Metóda

Ako výskumnú metódu výskumu sme použili dotazník Výskyt rizikového správania adolescentov (VRSA; Čerešník, 2013), ktorý je slovenskou modifikáciou pôvodného českého dotazníka Výskyt rizikového chování u adolescentů (VRCHA; Dolejš, Skopal, 2013). Dotazník obsahuje 18 položiek zoskupených do troch subškál:

abúzus psychoaktívnych látok. Je zameraná na aktivity, pri ktorých človek užíva, resp. zneužíva legálne či nelegálne látky, na ktoré môže vzniknúť psychická a/alebo fyzická závislosť. Možné bodové rozpätie v tejto subškále je 0 až 7 bodov.

delikvencia. Je zameraná na skúsenosti s odcudzovaním vecí alebo s falšovaním a/alebo poškodzovaním cudzích vecí. Možné bodové rozpätie v tejto subškále je 0 až 7 bodov.

šikanovanie. Je zameraná na skúsenosti so šikanujúcim správaním v podobe objektu šikanovania. Možné bodové rozpätie v tejto subškále je 0 až 4 body.

Dotazník tiež poskytuje celkové skóre rizikového správania v bodovom rozpätí 0 až 18 bodov. Úlohou participantov/participantiek je vyjadrenie súhlasu alebo nesúhlasu s danými položkami dotazníka (odpovede áno – nie).

Získavanie dát bolo súčasťou väčšieho diagnostického balíka, ktorý bol primárne orientovaný na depistážne aktivity. Preto nestanovujeme žiadne hypotézy. V časti o výsledkoch ponúkame niektoré z výskumných zistení týkajúcich sa slovenskej, ale aj českej populácie. Podrobnejšie sa možno s ďalšími výsledkami oboznámiť v publikáciách Čerešníka a Gatiala (2014), Čerešníka a Dolejša (2015).

Primárnym cieľom tohto výskumného sledovania bola identifikácia rôznych prejavov rizikového správania na Slovensku v rôznych vekových skupinách dospievajúcich vo veku 10 až 15 rokov.

Výskumnú vzorku tvorilo 1706 dospievajúcich všetkých krajov Slovenska okrem bratislavského kraja (z dôvodu nenadviazania adekvátnej spolupráce; údaje sú dopĺňané). Zastúpenie oboch pohlaví a ročníkov bolo relatívne vyrovnané. Špecifikácia vzorky vzhľadom na vek a navštevovaný ročník školy (na gymnáziu transformovaný) je uvedený v tabuľke 1.

Tabuľka 1

Špecifikácia výskumnej vzorky vzhľadom na vek a navštevovaný ročník

	ročník			vek	
	N	%		N	%
5. ročník	305	17,9	10 rokov	206	12,1
6. ročník	341	20	11 rokov	287	16,8
7. ročník	365	21,4	12 rokov	369	21,6
8. ročník	345	20,2	13 rokov	361	21,2
9. ročník	350	20,5	14 rokov	337	19,8
			15 rokov	146	8,6
Σ	1706	100		1706	100

Vysvetlivky: N = početnosť

Výsledky

Analýzu dát sme realizovali v štatistických programoch SPSS 20.0 a Statistica 7.0. Použili sme metódu t-test, F-test, chí-kvadrát a pravdepodobnostný kalkulátor na odhad významnosti rozdielov medzi slovenskou a českou populáciou. Výsledky sú uvedené v tabuľkách 2 až 5 a doplnené grafmi 1 až 5.

Tabuľka 2

Medzipohlavné porovnanie výskytu rizikového správania

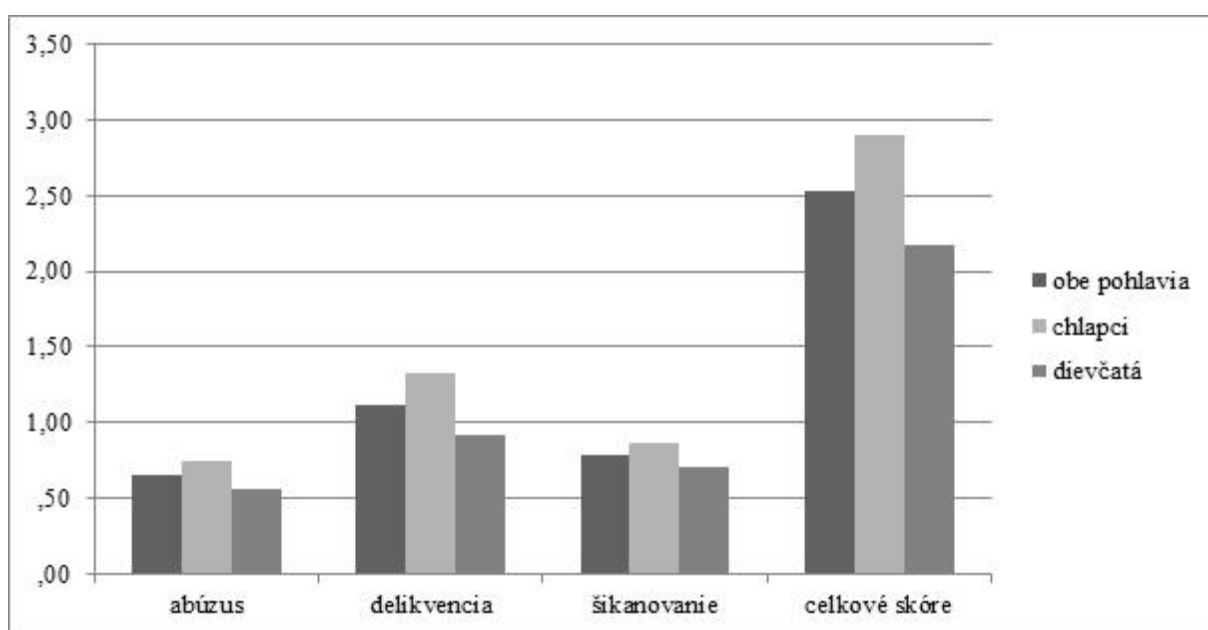
	pohlavie	N	M	SD	SEM	t	p
abúzus	chlapci	812	0,75	1,343	0,047	3,095	0,002

	dievčatá	849	0,56	1,196	0,041		
delikvencia	chlapci	808	1,33	1,702	0,060	5,536	< 0,001
	dievčatá	855	0,92	1,376	0,047		
šikana	chlapci	815	0,86	1,028	0,036	3,081	0,002
	dievčatá	854	0,71	0,972	0,033		
celkové skóre	chlapci	792	2,90	3,303	0,117	4,852	< 0,001
	dievčatá	840	2,17	2,781	0,096		

Vysvetlivky: N = početnosť, M = priemer, SD = štandardná odchýlka, SEM = štandardná chyba priemeru, t = t-hodnota, p = signifikancia

Graf 1

Medzipohlavné porovnanie výskytu rizikového správania



Tabuľka 3

Porovnanie výskytu rizikového správania v jednotlivých ročníkoch

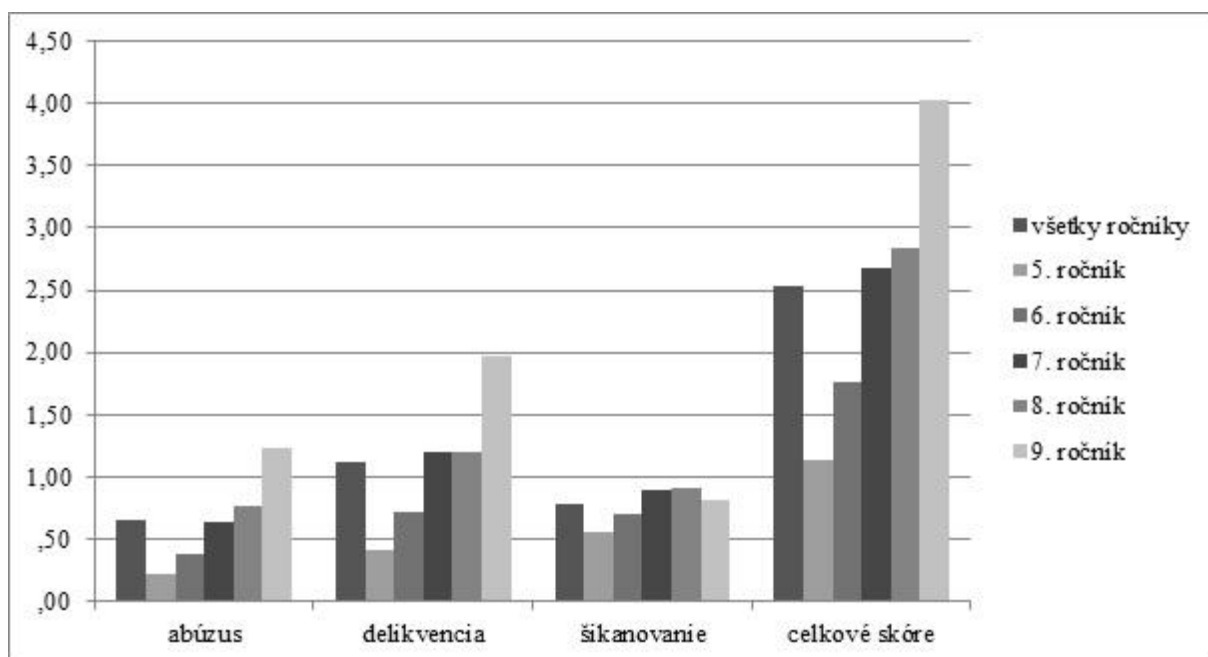
	ročník	N	M	SD	SEM	F	p
abúzus	5.	291	0,21	0,807	0,047	32,485	< 0,001
	6.	336	0,38	0,979	0,053		
	7.	360	0,64	1,334	0,070		
	8.	336	0,76	1,289	0,070		
	9.	340	1,22	1,537	0,083		
delikvencia	5.	290	0,41	0,974	0,057	53,432	< 0,001
	6.	336	0,71	1,227	0,067		
	7.	356	1,19	1,709	0,091		
	8.	339	1,20	1,378	0,075		
	9.	344	1,98	1,811	0,098		

šikana	5.	292	0,55	0,878	0,051	7,281	< 0,001
	6.	336	0,69	1,004	0,055		
	7.	359	0,89	1,044	0,055		
	8.	338	0,91	1,065	0,058		
	9.	346	0,82	0,952	0,051		
vrsta	5.	286	1,13	2,089	0,124	45,415	< 0,001
	6.	333	1,76	2,542	0,139		
	7.	352	2,67	3,374	0,180		
	8.	331	2,84	2,812	0,155		
	9.	332	4,03	3,406	0,187		

Vysvetlivky: N = početnosť, M = priemer, SD = štandardná odchýlka, SEM = štandardná chyba priemeru, F = F-hodnota, p = signifikancia

Graf 2

Porovnanie výskytu rizikového správania v jednotlivých ročníkoch



Tabuľka 4

Porovnanie výskytu rizikového správania na Slovensku a v Českej republike v jednotlivých vekových skupinách

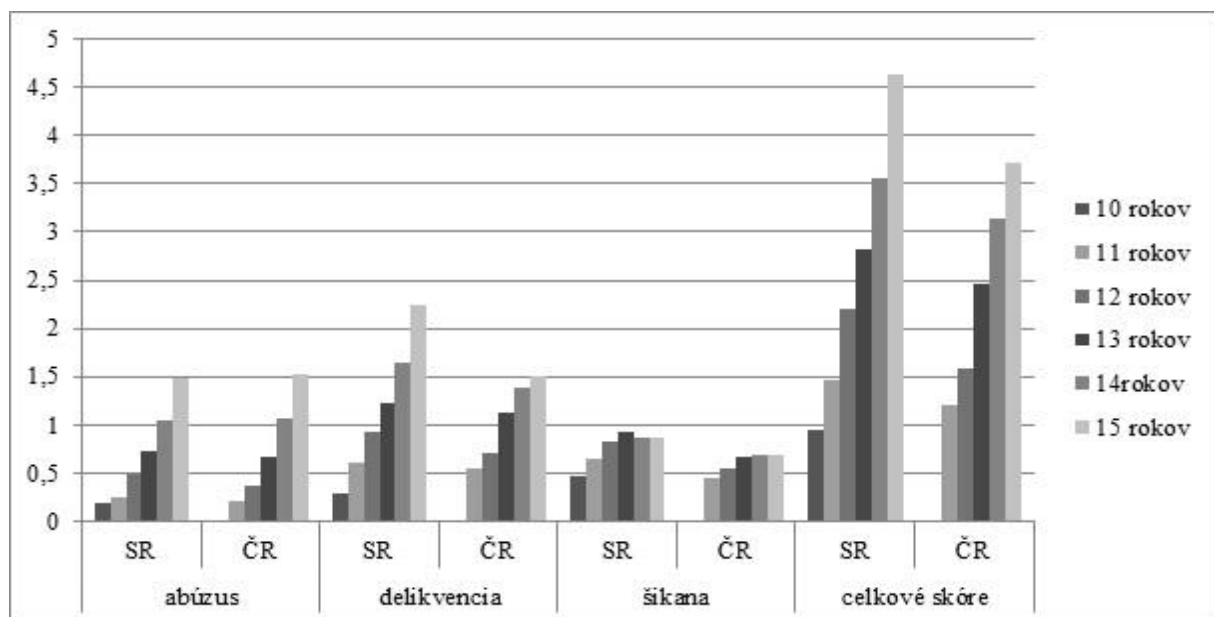
	ČR				SR				p
	Vek	N	AM	SD	Vek	N	AM	SD	
Abúzus	10	-	-		10	196	0,19	0,820	-
Delikvencia		-	-			195	0,29	0,820	-
Šikanovanie		-	-			197	0,47	0,790	-

Celkové skóre		-	-			193	0,94	1,950	-
Abúzus	11	573	0,21	0,540	11	282	0,25	0,760	0,376
Delikvencia		573	0,54	0,990		283	0,61	1,140	0,355
Šikanovanie		572	0,45	0,780		282	0,64	0,930	0,002
Celkové skóre		572	1,20	1,720		280	1,47	2,130	0,047
Abúzus	12	951	0,36	0,770	12	362	0,48	1,110	0,027
Delikvencia		951	0,70	1,120		359	0,92	1,450	0,004
Šikanovanie		951	0,54	0,890		362	0,82	1,070	0,001
Celkové skóre		950	1,59	2,130		356	2,20	3,030	0,001
Abúzus	13	1019	0,66	1,040	13	355	0,73	1,370	0,317
Delikvencia		1020	1,13	1,360		354	1,23	1,520	0,248
Šikanovanie		1020	0,67	0,990		356	0,92	1,030	0,001
Celkové skóre		1019	2,46	2,570		347	2,82	3,020	0,032
Abúzus	14	1081	1,07	1,440	14	330	1,04	1,450	0,741
Delikvencia		1081	1,38	1,470		330	1,65	1,720	0,005
Šikanovanie		1081	0,69	0,950		330	0,86	1,040	0,006
Celkové skóre		1081	3,14	2,870		323	3,56	3,340	0,027
Abúzus	15	506	1,52	1,730	15	138	1,49	1,620	0,855
Delikvencia		505	1,51	1,560		144	2,25	1,840	0,001
Šikanovanie		506	0,68	0,950		144	0,86	0,960	0,046
Celkové skóre		504	3,72	3,200		135	4,63	3,410	0,004

Vysvetlivky: N = početnosť, M = priemer, SD = štandardná odchýlka, p = signifikancia

Graf 3

Porovnanie výskytu rizikového správania na Slovensku a v Českej republike v jednotlivých vekových skupinách



Tabuľka 5

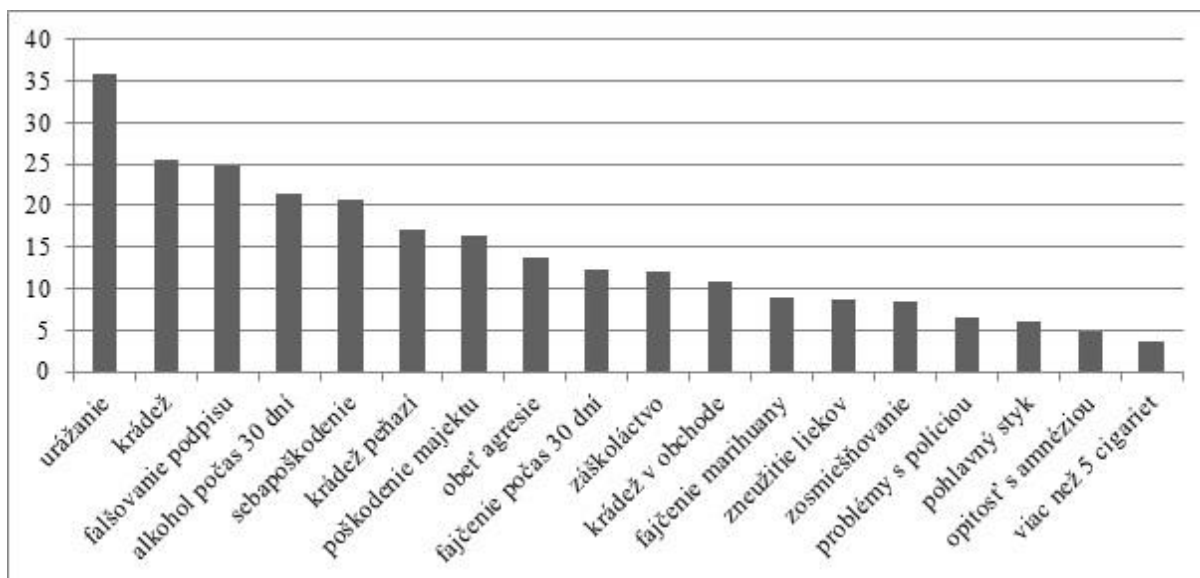
Porovnanie výskytu prejavov rizikového správania na Slovensku a v Českej republike

	Položky dotazníka VRSA	ČR		SR		rozdiel %	χ^2	p
		N	%	N	%			
abú zus	Pil/pila si počas posledných 30 dní nejaký alkoholický nápoj?	1304	31,2	365	21,4	9,8	42,351	< 0,001
	Fajčil/ fajčila si alebo inak užil/ užila marihuanu („trávu“) alebo hašiš niekedy počas svojho života?	451	10,9	153	9,0	1,9		
	Fajčil/ fajčila si počas posledných 30 dní cigarety (tabak)?	451	10,9	208	12,2	-1,3		
	Vyfajčíš denne viac než 5 cigariet?	125	3,0	61	3,6	-0,6		
	Bol/ bola si niekedy počas posledných 30 dní opitý/ opitá tak, že si mal/ mala problémy s chôdzou, s hovorením, zvracal/ zvracala si alebo si si nepamätal/ nepamätala, čo sa stalo?	163	3,9	83	4,9	-1,0		
	Užil/ užila si niekedy počas života lieky bez toho, aby si ich potreboval/ potrebovala (zdravotné problémy) a aby o tom vedeli rodičia?	372	9,0	147	8,6	0,4		
Mal/ mala si niekedy počas svojho života pohlavný styk?	230	5,6	104	6,1	-0,6			
deli kve ncia	Sfalšoval/ sfalšovala si niekedy podpis rodičov?	1250	29,9	421	24,7	5,2	52,085	< 0,001
	Ukradol/ ukradla si niekedy peniaze rodičom alebo niekomu inému?	498	11,9	290	17,0	-5,1		
	Bol/ bola si niekedy počas svojho života "za školou"?	347	8,3	205	12,0	-3,7		
	Ukradol/ ukradla si niekedy niečo?	974	23,3	433	25,4	-2,1		
	Poškodil/poškodila si niekedy počas života cudzí majetok len tak pre zábavu?	623	15,0	278	16,3	-1,3		
	Mal/ mala si niekedy „opletačky“ s políciou kvôli tomu, čo si urobil/ urobila?	309	7,4	112	6,6	0,8		
Ukradol/ ukradla si niekedy niečo v obchode?	447	10,7	184	10,8	-0,1			
šika na	Už si si niekedy počas života zámerne fyzicky ublížil/ ublížila?	1050	25,2	355	20,8	4,4	125,117	< 0,001
	Urážali ťa spolužiaci/ spolužiačky niekedy počas posledných 30 dní?	736	17,6	610	35,8	-18,2		
	Ublížil ti niekto alebo ťa zosmiešňoval v posledných 30 dňoch na internete (sociálne siete, nevhodné videá, blogy a iné)?	297	7,1	143	8,4	-1,3		
	Ublížil ti niekto zo spolužiakov/ spolužiačok počas posledných 30 dní?	489	11,7	235	13,8	-2,1		

Vysvetlivky: N = početnosť, χ^2 = hodnota chí-kvadrátu, p = signifikancia

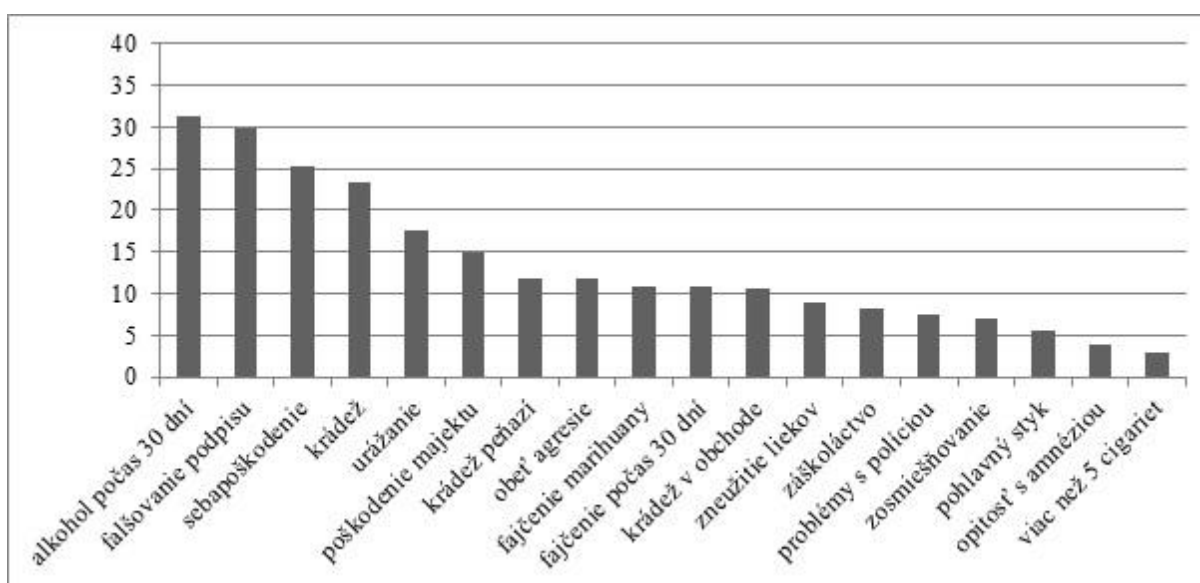
Graf 4

Výskyt prejavov rizikového správania na Slovensku (poradie podľa dôležitosti)



Graf 5

Výskyt prejavov rizikového správania v Českej republike (poradie podľa dôležitosti)



Z uvedených výsledkov môžeme konštatovať, že:

- chlapci produkujú viac rizikového správania ako dievčatá (tabuľka 2, t-hodnoty v rozmedzí 3,081 až 5,536, všetky významné; graf 1), v celkovom skóre dosiahli chlapci priemerné skóre o 0,73 bodu vyššie ako dievčatá,
- so zvyšujúcim sa vekom sa zvyšuje aj výskyt rizikového správania (tabuľka 3, F-hodnoty v rozmedzí 7,281 až 53,432, všetky významné; graf 2), rizikové správanie kulminuje v deviatom ročníku, výnimku tvorí šikanovanie, výskyt ktorého kulminuje v ôsmom ročníku,

- podobný trend zvyšujúceho sa výskytu rizikového správania spoločne so zvyšujúcim sa vekom v Českej republike (tabuľka 4, graf 3), pričom platí, že slovenskí dospelávajúci sú rizikovejší ako českí, najmä v šikanovaní a celkovom skóre rizikového správania,
- profil rizikového správania na Slovensku a v Českej republike je odlišný (tabuľka 5, hodnoty χ^2 v rozmedzí 42,351 až 125,117, všetky významné; grafy 4 a 5), na Slovensku dominujú ako prejavy rizikového správania urážanie, krádeže a falšovanie podpisu rodičov, v Českej republike sú najčastejšie problémy s alkoholom, falšovaním podpisov a sebapoškodzovaním.

Diskusia

Mimo generalizovaných výsledkov by sme chceli tiež upozorniť na to, že diagnostika rizikového správania má svoje regionálne špecifiká. Napr. na školách na východe Slovenska s prevahou rómskeho žiactva sme ako najvýznamnejší problém zaznamenali skúsenosť s pohlavným stykom a to na úrovni takmer 50 %.

Tiež by sme chceli upozorniť na to, že na škole, v ktorej systémovo funguje školská psychologička/školský psychológ, sme zistili najmenší výskyt rizikového správania.

V absolútnych číslach je hrozbou číslo 1 alkohol, ktorý na konci základnej školy dosahuje prevalenčné hodnoty 95 až 99 %. Z hľadiska najvyššieho nárastu výskytu pri porovnaní 5. a 9. ročníka predstavuje obrovské riziko užívanie marihuany, výskyt ktorej stúpol desaťnásobne.

Pri hodnotení použitia metódy VRSA konštatujeme, že ide o screeningový nástroj. Ak by sme chceli detailnejšie skúmať rôzne prejavy potenciálne rizikového správania v dospievaní z hľadiska školskej psychológie, je nutné orientovať sa na päť základných kategórií rizikového správania, ktoré sa vyskytujú najčastejšie: závislostné správanie (látkové aj nelátkové závislosti), delikventné správanie, šikanovanie, rizikové sexuálne aktivity, rizikové stravovacie a pohybové aktivity. S tým súvisí transformácia metódy VRSA v súlade s týmito kategóriami a v súlade s obsahovým zameraním periodických štúdií zameraných na zisťovanie rizikového správania v dospievajúcej populácii, tzn. SAHA (*The Social and Health Assessment*), ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*), HBSC (*Health Behavior in School – aged Children*).

Súčasne by výskumný nástroj vyžadoval vytvorenie priestoru na modularitu, tzn. priestoru na formulovanie položiek špecifických pre konkrétneho klienta/klientu, resp. školu, či región. Celkom určite by v ňom mali mať svoje miesto aj anamnestické údaje (napr. o výchovnom štýle rodičov) a mapovanie denných rituálov (pravidelnosť stravovania, spánkový režim, trávenie a organizácia voľného času), ktoré priamo či nepriamo poukazujú na potenciál produkovať rizikové správanie. Špecifickou oblasťou by bolo sústredenie na moderné fenomény, ktoré neumožňujú jednoznačné zaradenie do vymedzených kategórií. Máme na mysli napr. užívanie alkopops (alkoholických nápojov s vysokým obsahom cukru), ktoré sýtia aj kategóriu užívanie návykových látok, aj rizikové stravovacie návyky a môžu byť tiež mediátorom rizikových sexuálnych aktivít.

Záverom by sme chceli zdôrazniť, že diagnostika rizikového správania je jednou z mnohých činností, ktorá spadá do kompetencie školskej psychologičky/školského psychológa. Domnievame sa, že aj keby sa nevenoval/a žiadnej inej činnosti ako je preventívna a korektívna práca s rizikovými deťmi, je prítomnosť školskej psychologičky/školského psychológa na školách viac ako potrebná. Je o to významnejšia, že v súčasnom stave je potrebné paralelne viesť obe aktivity (preventívnu aj intervenčnú), aktívne pracovať s deťmi a podieľať sa tak vytváraní pozitívnej školskej atmosféry. Z toho

vyplýva nutnosť posilňovania kompetencií školskej psychologičky/školského psychológa v zmysle celoživotného vzdelávania sa v oblasti efektívnych stratégií pri boji s rizikovým správaním (napr. chceme upozorniť na nízku schopnosť učiteliek/učiteľov, ale školských psychologičiek/školských psychológov identifikovať šikanujúce správanie a adekvátne riešiť danú situáciu). Výzvou je tiež obsahové rozšírenie metodických usmernení, na Slovensku 7/2006-R a v Českej republike 24246/2008-6, ktoré by, podľa nášho názoru, nemali byť zamerané len na depistáž šikanovania.

A nakoniec taká jednoduchá poznámka. Rýchla a dobrá diagnostika je predpokladom rýchlej a dobrej intervencie. Očakávanie vládnej podpory a legislatívnych úprav v súlade s aktuálnymi zisteniami je naivné. Na ilustráciu, českej vláde trvalo 4 roky, kým zareagovala na zistenia štúdie ESPAD z roku 2011 o tom, že česká dospelávajúca populácia je prvá v Európe vo výskyte pitia alkoholických nápojov a rozhodla o investovaní do preventívnych programov, ktoré majú pomôcť zmeniť tento neutušený stav. Preto je nutné, aby sme pomoc a zmenu navodili z vnútra a nečakali, kým nás k tomu niekto „donúti“.

Literatúra

- Čerešník, M. Dolejš, M. (2015). Spoločný projekt dvoch národov alebo podobnosti a rozdiely v procese a výsledkoch výskumu zameraného na rizikové správanie a osobnostné rysy dospelávajúcich na Slovensku a v Českej republike. In E. Maierová, L. Šrámková, K. Hosáková, M. Dolejš, O. Skopal (Eds.) *PhD Existence 2015: Česko-slovenská psychologická konferencia (nejen) pro doktorandy a o doktorandech*. Olomouc: Univerzita Palackého, pp. 203-219.
- Čerešník, M., Gatial, V. (2014). *Rizikové správanie a vybrané osobnostné premenné dospelávajúcich v systéme nižšieho sekundárneho vzdelávania*. Nitra: PF UKF.
- Dolejš, M. (2010). *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Jessor, R. (1998). *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Jessor, R., Jessor, S.L. 1977. *Problem Behavior and Psychosocial Development*. New York: Academic Press.
- Kabíček, P. (2014). Vývoj v dospívání. In P. Kabíček, L. Csémy, J. Hamanová a kol. (Eds.) *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, pp. 17-31.
- Kagan, J. 1991. Etiologies of adolescents and risk. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 12, No. 5., pp. 591 – 596.
- Koukolík, F., Drtilová, J. (2006). *Vzpoura deprivantů. Nestvůry, nástroje, obrana*. Praha: Galén.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.
- Metodické usmernenie MŠVVŠ SR č. 7/2006-R
- Metodický pokyn MŠMT ČR 24246/2008-6
- Miovský, M., Zapletalová, J. (2006). Primární prevence rizikového chování na rozcestí: specializace versus integrace. In *Primární prevence rizikového chování: specializace versus integrace*. Tišnov: SCAN.

- Nielsen Sobotková, V. a kol. 2014. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada.
- Pomahačová, R., Kalvachová, B. (2013). *Dětská endokrinologie do kapsy*. Praha: Mladá fronta.
- Root, A.W. (1973). Endocrinology od puberty. *Journal of Pediatrics*, Vol. 83, No. 1, pp. 1-19.
- Santrock, J. (2013). *Adolescence*. New York: McGraw Hill.
- Smart, D. et al. (2004). Patterns of antisocial behavior from early adolescence to late adolescence. In *Trends & Issues in crime and criminal justice series*. Canberra: Australian Institute of Criminology, No. 290.
- Širůčková, M. (2012). Rizikové chování. In M. Miovský a kol. (Eds.) *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Togga, pp 127-132.
- WHO. (1993). *The Health of Young People*. Ženeva: WHO.
- WHO. (2014a). *Health for the world's adolescents*. Ženeva: WHO.
- WHO. (2014b). *World Health Statistics 2014*. Ženeva: WHO.

Kontakt

PhDr. Michal Čerešník, PhD.
Katedra pedagogickej a školskej psychológie,
Pedagogická fakulta, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Dražovská 4
94974 Nitra, Slovensko
mceresnik@ukf.sk
+421 37 6408 289

RISK BEHAVIOR OF ADOLESCENTS – RESEARCH OUTCOMES AND DIAGNOSTICS CHALLENGES

Abstract: In our contribution we focused on the research outcomes in the area of the risk behavior of the adolescents in the system of the lower secondary education. Conceptually we are inspired by the Jessor theory and the object of our interest is screening of the addictive behavior, delinquent behavior and bullying. As the research method we used the method AARB (Appearance of the adolescent risk behavior; originally in the authorship of Dolejš and Skopal). The data were acquired from the representative sample of the adolescents (more than 1700). Except the research outcomes we present the diagnostics challenges in the sense of the transformation of the diagnostic method AARB and its content differentiation in the relation to the age of the adolescents.

Key words: risk behavior, adolescents, addictions, delinquency, bullying, risk behavior syndrom in adolescence