Obsah

ČLÁNKY Z PRIESKUMU, VÝSKUMU A ANALÝZY

Sociálno-emocionálne zdravie žiakov pri prechode
z 1. stupňa na 2. stupeň ZŠ v kontexte školskej začlenenosti **(3)**
Eva Gajdošová – Silvia Majerčáková Albertová – Andrea Košíková – Erik Radnóti

Preventívne programy v systéme poradenstva a prevencie
na Slovensku: vývoj, štruktúra a regionálne rozdiely **(22)**
Mária Janková

Úzkosť, stres, depresia a sociálno-emocionálne zdravie
u stredoškolských žiakov: koreláty, rodové rozdiely a implikácie
pre školskú psychológiu **(33)**
Eva Gajdošová – Erik Radnóti – Marianna Sečíková

Šikanovanie v detstve ako následok kriminality v dospievaní **(44)**
Roman Keruľ – Ladislav Jurkaš – Jozef Smoliga – Tomáš Doboš

Zariadenia poradenstva a prevencie v školskom roku 2024/2025
(59)
Tomáš Runa

Analýza dynamiky úrovne kriminality mladistvých a delikvencie
maloletých v rokoch 2010 – 2024
Aké sú trendy v súčasnosti? **(65)**
Samuel Hubočan

INFORMAČNÉ ČLÁNKY

Celoslovenská porada koordinátorov ochrany detí pred násilím
v Tatranskej Lomnici **(77)**
Mária Janková

Contents

ARTICLES BASED ON SURVEY, RESEARCH AND ANALYSIS

Socio-emotional health of students during the transition from 1st to 2nd grade of elementary school in the context of school inclusion **(3)**
Eva Gajdošová – Silvia Majerčáková Albertová – Andrea Košíková – Erik Radnóti

Prevention programs in the counseling and prevention system in Slovakia: development, structure, and regional differences **(22)**
Mária Janková

Anxiety, stress, depression, and socio-emotional health of secondary school pupils: correlates, gender differences, and implications for school psychology **(33)**
Eva Gajdošová – Erik Radnóti – Marianna Sečíková

Bullying in childhood as a precursor to criminality in adolescence **(44)**
Roman Keruľ – Ladislav Jurkaš – Jozef Smoliga – Tomáš Doboš

Counselling and prevention facilities in the 2024/2025 school year **(59)**
Tomáš Runa

Analysis of the dynamics of the level of juvenile crime and minor delinquency in the Slovak Republic from 2010 to 2024. What are the current trends? **(65)**
Samuel Hubočan

INFORMATIVE ARTICLES

Nationwide meeting of coordinators for the protection of children from violence in Tatranská Lomnica **(77)**
Mária Janková

Sociálno-emocionálne zdravie žiakov pri prechode z 1. stupňa na 2. stupeň ZŠ v kontexte školskej začlenenosti

Eva GAJDOŠOVÁ – Silvia MAJERČÁKOVÁ ALBERTOVÁ – Andrea KOŠÍKOVÁ – Erik RADNÓTI

Fakulta psychológie, Paneurópska vysoká škola v Bratislave

Abstrakt: *príspevok sa zaoberá sociálno-emocionálnym zdravím a školskou začlenenosťou žiakov pri prechode na druhý stupeň základnej školy. Cieľom výskumu bolo zistiť úroveň týchto premenných, preskúmať vzťah medzi nimi a analyzovať rozdiely vzhľadom na pohlavie a región. Výskumný súbor tvorilo 250 žiakov 5. ročníka základnej školy zo šiestich miest Slovenska. Na meranie sociálno-emocionálneho zdravia bol použitý dotazník Sociálno-emocionálneho zdravia (SEHS-S Brief) a na meranie školskej začlenenosti Škála školskej začlenenosti (SBS), ktorá zahŕňa dimenzie sociálna akceptácia a sociálne vylúčenie. Výsledky poukázali na vysokú úroveň sociálno-emocionálneho zdravia, aj školskej začlenenosti a štatisticky významný, stredne silný pozitívny vzťah medzi premennými.*

Klúčové slová: *školská začlenenosť, sociálna akceptácia, sociálne vylúčenie, sociálno-emocionálne zdravie, prechod z 1. stupňa na 2. stupeň ZŠ.*

1 Úvod

V ostatných rokoch sa na Slovensku zvyšuje záujem o pozitívnu psychológiu a s ňou súvisiace oblasti, ktoré podporujú duševné zdravie. Jednou z nich je sociálno-emocionálne zdravie, ktoré zdôrazňuje pozitívne stránky fungovania jednotlivca a jeho vzťahov. Keďže žiaci trávia veľkú časť času v škole, práve školské prostredie je dôležitý priestor na jeho podporu. Tá môže prispieť k lepšiemu zvládaniu záťaže, vyššej školskej úspešnosti a celkovému rozvoju osobnosti (Roľková & Jačková 2021).

Sociálno-emocionálne zdravie súvisí aj s aktuálnymi problémami, ako je nárast agresie, šikanovania či úzkostných a depresívnych prejavov u detí a adolescentov. V tejto súvislosti Gajdošová et al. (2018) poukazujú na dôležitosť sledovania aktuálnej úrovne duševného zdravia žiakov, najmä jeho sociálno-emocionálnych aspektov.

Jedným z významných faktorov súvisiacich so sociálno-emocionálnym zdravím je školská začlenenosť, teda miera, do akej sa žiaci cítia byť súčasťou školského prostredia (Goodenow, 1993). Výskumy poukazujú na to, že pocit prijatia v škole súvisí s lepšou psychickou pohodou, kvalitou sociálnych vzťahov a celkovým fungovaním žiakov. Napriek významu týchto premenných však nie je dostatočne preskúmané ako spolu súvisia v konkrétnejších vývinových obdobiach, najmä v období prechodu na druhý stupeň základnej školy. Keďže piaty ročník základnej školy je obdobie špecifickej vývinovej fázy, v ktorej sa žiaci musia vyrovnať nielen s vývinovými zmenami, ale aj s požiadavkami nového školského prostredia, čo môže ovplyvňovať ich sociálne vzťahy, aj prežívanie v škole.

Našim cieľom bolo zistiť, aká je úroveň sociálno-emocionálneho zdravia a školskej začlenenosti žiakov 5. ročníka základnej školy a preskúmať vzťah medzi týmito premennými. Zároveň sa zameriavame na zistenie rozdielov v týchto premenných v závislosti od vybraných socio-demografických faktorov.

1.1 Duševné zdravie

Duševné zdravie je neoddeliteľnou súčasťou celkového zdravia človeka a významne ovplyvňuje jeho každodenné fungovanie. Súčasné psychologické prístupy zdôrazňujú, že duševné zdravie nemožno redukovať len na absenciu psychických porúch, ale predovšetkým na prítomnosť pozitívnych psychických zdrojov a silných stránok jednotlivca (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Tento posun v chápaní duševného zdravia je typický pre pozitívnu psychológiu, ktorá sa sústreďuje na pozitívne emócie (napr. radosť, nádej, sebadôveru či well-being), pozitívne vlastnosti človeka, ako altruizmus, psychickú odolnosť alebo pokoru a tiež na jeho schopnosti, napríklad nadanie a inteligenciu (Gajdošová et al., 2018).

Kladné vnímanie duševného zdravia potvrdzuje aj Svetová zdravotnícka organizácia (2004), ktorá ho definuje ako *„stav pohody (z angl. well-being), v ktorom jednotlivec uplatňuje svoje vlastné schopnosti, dokáže zvládať bežné životné stresy, pracovať produktívne a prispievať svojej komunite“*. Táto definícia zdôrazňuje, že duševné zdravie zahŕňa nielen vnútorné prežívanie jednotlivca, ale aj jeho fungovanie v sociálnom prostredí.

1.2 Sociálno-emocionálne zdravie

Sociálno-emocionálne zdravie predstavuje jednu zo základných zložiek celkového duševného zdravia a patrí ku kľúčovým témam pozitívnej psychológie (Gajdošová et al., 2018). Z obsahového hľadiska zahŕňa emocionálnu a sociálnu oblasť fungovania jednotlivca. Sociálna oblasť zodpovedá schopnosti jedinca nadväzovať a udržiavať blízke a pozitívne vzťahy so svojím okolím (Majerčáková Albertová, 2017). Nejde pritom len o množstvo vzťahov, ale najmä ich kvalitu a mieru, do akej napĺňajú potrebu zmysluplného medziľudského prepojenia (Doyle & Link, 2024). Emocionálna oblasť

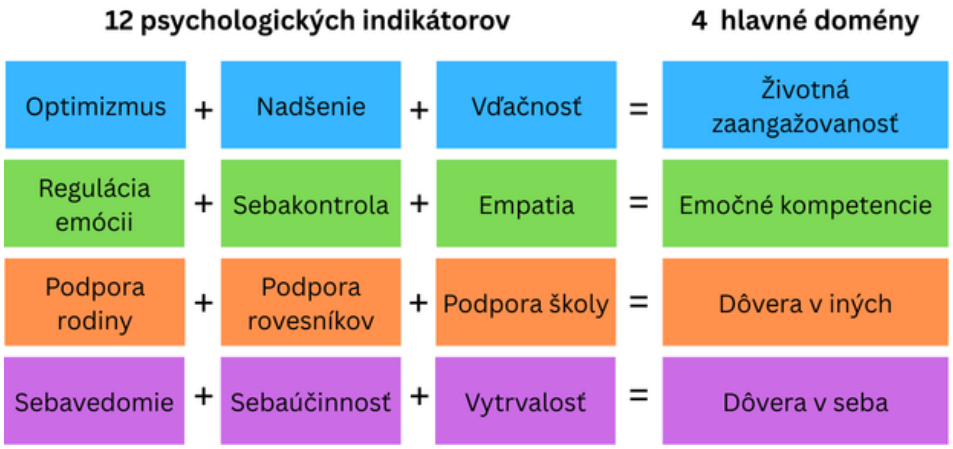
sa týka schopnosti regulovať emócie, teda sledovať ich, hodnotiť a upravovať tak, aby jedinec dokázal primerane fungovať v bežnom živote (Thompson, 1994).

Odborníci zdôrazňujú prepojenie sociálno-emocionálneho zdravia so sociálno-emocionálnymi zručnosťami, medzi ktoré patria napríklad sociabilita, spolupráca, sebaúčinnosť, sebakontrola či dôvera (Steponavičius et al., 2023). Ide o konkrétne prejavy sociálno-emocionálneho zdravia.

V prostredí rodiny, školy a spoločnosti sa sociálno-emocionálne zdravie prejavuje najmä v schopnosti vytvárať bezpečné vzťahy, regulovať emócie a aktívne sa zapájať do učenia a objavovania (Szobiová & Gažová, 2020).

Model sociálno-emocionálneho zdravia podľa Furlonga pozostáva zo štyroch základných domén, pričom každá z nich je tvorená tromi psychologickými indikátormi, ktoré autor označuje ako *„pozitívne psychologické stavebné kamene“ (positive psychological building blocks*; Furlong et al., 2014). Pre lepšiu prehľadnosť je model znázornený na *obrázku 1*.

Obrázok 1 *Model sociálno-emocionálneho zdravia M. Furlonga (2020, s. 7)*



Výskumy poukazujú na to, že sociálno-emocionálne zdravie úzko súvisí s celkovým psychickým fungovaním žiakov. U adolescentov bol potvrdený silný pozitívny vzťah medzi sociálno-emocionálnym zdravím a psychologickým well-beingom (Roľková & Štrpková, 2021), pričom vyššia úroveň sociálno-emocionálneho zdravia súvisela aj s vyšším prežívaním šťastia (Gajdošová et al., 2018; Roľková & Zelinková, 2019). Na druhej strane sa ukazuje, že nižšia úroveň sociálno-emocionálneho zdravia je spojená s vyššou mierou rizikového správania (Roľková & Zelinková, 2022). V zahraničných výskumoch bol koncept kovitality zároveň spájaný s nižšími depresívnymi symptómami, vyšším prosociálnym správaním, nižšou mierou viktimizácie a agresívneho správania a tiež s lepšími akademickými výsledkami (Wang et al., 2018).

1.3 Školská začlenenosť

Viaceré psychologické teórie sa zaoberajú potrebou patriť do sociálneho prostredia. Maslow (1943) zaradil potrebu lásky, náklonnosti a príslušnosti medzi základné ľudské potreby a poukázal na význam jej napĺňania pre psychickú pohodu a fungovanie jednotlivca. Na tento prístup nadviazali Baumeister a Leary (1995), ktorí formulovali hypotézu potreby patriť (*the need to belong*). Podľa týchto autorov je vytváranie a udržiavanie stabilných medziľudských vzťahov vrodenou a univerzálnou motiváciou človeka. Tieto teoretické prístupy sa stali východiskom pre neskoršie chápanie vzťahu žiakov k školskému prostrediu a pre presnejšie vymedzenie školskej začlenenosti (Slaten et al., 2016).

Podľa Arslana a Duru (2017) je školská začlenenosť konštrukt, ktorý vzniká v interakcii medzi žiakom a školským prostredím a súvisí so sebaponímaním žiaka. Školská začlenenosť má podľa nich dve základné dimenzie:

- sociálnu akceptáciu (*social acceptance*) a
- sociálne vylúčenie (*social exclusion*).

Dimenzia sociálnej akceptácie zachytáva pozitívne skúsenosti žiakov v školskom prostredí, ako sú pocit prijatia, dôležitosti a podpory. Naopak, dimenzia sociálneho vylúčenia sa vzťahuje na negatívne skúsenosti spojené s pocitmi odmietania, osamelosti a nepatričnosti.

Prijatie v škole je dlhodobo spájané s priaznivým psychologickým vývinom. Výskumy ukazujú, že vyššia miera školského prijatia súvisí s vyššou emocionálnou pohodou a nižšou mierou psychických ťažkostí u žiakov (Arslan, 2021). Žiaci, ktorí sa cítia prijatí, zároveň vykazujú vyššiu školskú motiváciu, angažovanosť, samostatnosť a autonómiu (Osterman, 2000).

Uspokojivé vzťahy v školskom prostredí môžu podporovať aj rozvoj pozitívnych vlastností. Žiaci, ktorí sa cítia akceptovaní, častejšie prejavujú vyššiu mieru sebaregulácie a zároveň dosahujú vyššiu sebaúčinnosť (Osterman, 2000; Vieno et al., 2007). Výskumy zároveň naznačujú, že školská začlenenosť súvisí s vyššou mierou optimizmu, nadšenia a vytrvalosti v školskom prostredí (Wilkins et al., 2015), ako aj s vďačnosťou (Furlong, Froh et al., 2013).

Vyšší pocit školskej spolupatričnosti je spojený s nižšou mierou absencie a predčasného ukončenia školskej dochádzky *(dropout),* čo naznačuje jeho ochrannú úlohu v školskom fungovaní žiakov (Korpershoek et al., 2020).

1.4 Prechod žiakov z 1. stupňa na 2. stupeň základnej školy

Prechod z prvého na druhý stupeň základnej školy predstavuje pre žiakov významnú zmenu, ktorá prináša viaceré sociálne, emocionálne, akademické a organizačné výzvy (Mandy et al., 2016). Hoci ide o prirodzený krok, viaceré výskumy ukazujú, že pre časť žiakov je obdobím zvýšenej záťaže. Griebel a Berwangerová (2006) zistili, že približne

polovica žiakov zvláda prechod bez výraznejších ťažkostí, zatiaľ čo pre druhú polovicu je tento proces náročný a stresujúci. Podobne Jindal-Snape et al. (2023) uvádzajú, že 22 % žiakov hodnotilo svoj prechod negatívne, zatiaľ čo zvyšok ho vnímal ako pozitívny alebo mierne pozitívny. Autori zároveň zdôrazňujú, že zvládanie prechodu je ovplyvnené kombináciou individuálnych charakteristík žiaka, jeho očakávaní, vzťahov s učiteľmi a rovesníkmi, podpory zo strany školy, rodinného a sociálno-ekonomického zázemia (Jindal-Snape et al., 2023).

Prvou výzvou je zmena v organizácii školského prostredia. Na prvom stupni vyučuje žiakov zvyčajne jeden triedny učiteľ, zatiaľ čo na druhom stupni sa žiaci stretávajú s viacerými predmetovými učiteľmi, pričom každý má rozdielny štýl výučby, komunikácie a hodnotenia (Končeková, 2013). Van Rens et al. (2020) upozorňujú, že práve rozdiely v organizácii medzi prvým a druhým stupňom môžu zvyšovať obavy a prispievať k zníženej istote žiakov. U detí sa po prechode často objavujú pocity, *„že sa strácajú“* alebo, že *„zrazu nič nezvládajú“* (Dvořák, 2011).

Zvýšená náročnosť učiva, vyšší počet predmetov a vyššie nároky na samostatnosť môžu adaptáciu sťažovať (Howe, 2011). Takéto akademické ťažkosti môžu viesť k negatívnym postojom k učeniu, ako sú nuda, strach zo školy či pocity nezvládania požiadaviek (Dvořák, 2011). Harris a Nowland (2020) zároveň upozorňujú, že pretrvávajúce školské ťažkosti môžu negatívne ovplyvniť sebahodnotenie a psychickú pohodu žiakov.

Okrem rovesníkov je významná aj podpora učiteľov. Napriek tomu výskumy naznačujú, že učitelia na druhom stupni sa častejšie sústreďujú na akademickú adaptáciu žiakov, zatiaľ čo sociálne a emocionálne potreby sú ponechávané na samotných žiakoch (Harris & Nowland, 2020). Žiaci v tomto kontexte opisujú pocity emocionálnej stratenosti a vnímajú učiteľov ako menej dostupných v porovnaní s prvým stupňom (Trotman et al., 2015).

1.5 Cieľ výskumu, výskumné otázky a hypotézy

Primárnym cieľom nášho výskumu bolo zistiť úroveň sociálno-emocionálneho zdravia a školskej začlenenosti žiakov 5. ročníka ZŠ pri prechode z 1. stupňa na 2. stupeň ZŠ. Sekundárnym cieľom bolo skúmať súvislosť medzi sociálno-emocionálnym zdravím a školskou začlenenosťou vo vybranom výskumnom súbore a terciárnym cieľom sledovať rozdiely v sociálno-emocionálnom zdraví a školskej začlenenosti vzhľadom na vybrané sociodemografické premenné (pohlavie, región – východné a západné Slovensko).

Na základe týchto cieľov sme formulovali výskumné otázky:

VO1: Aká je úroveň sociálno-emocionálneho zdravia žiakov 5. ročníka ZŠ?

VO2: Existuje vzťah medzi sociálno-emocionálnym zdravím a pohlavím?

VO3: Existuje rozdiel v sociálno-emocionálnom zdraví medzi chlapcami a dievčatami?

VO4: Existuje vzťah medzi sociálno-emocionálnym zdravím a regiónmi Slovenska?

VO5: Existuje rozdiel v sociálno-emocionálnom zdraví medzi žiakmi z východného a západného regiónu Slovenska?

VO6: Aká je úroveň školskej začlenenosti žiakov 5. ročníka ZŠ?

VO7: Aká je úroveň dimenzii školskej začlenenosti (sociálna akceptácia a sociálne vylúčenie)?

VO8: Existuje vzťah medzi školskou začlenenosťou a pohlavím?

VO9: Existuje vzťah medzi školskou začlenenosťou a regiónom?

VO10: Existuje rozdiel v školskej začlenenosti medzi žiakmi z východného a západného regiónu Slovenska?

VO11: Existuje vzťah medzi sociálno-emocionálnym zdravím a sociálnou akceptáciou?

VO12: Existuje vzťah medzi sociálno-emocionálnym zdravím a sociálnym vylúčením?

Na základe teoretických východísk a empirických zistení sme formulovali hypotézu:

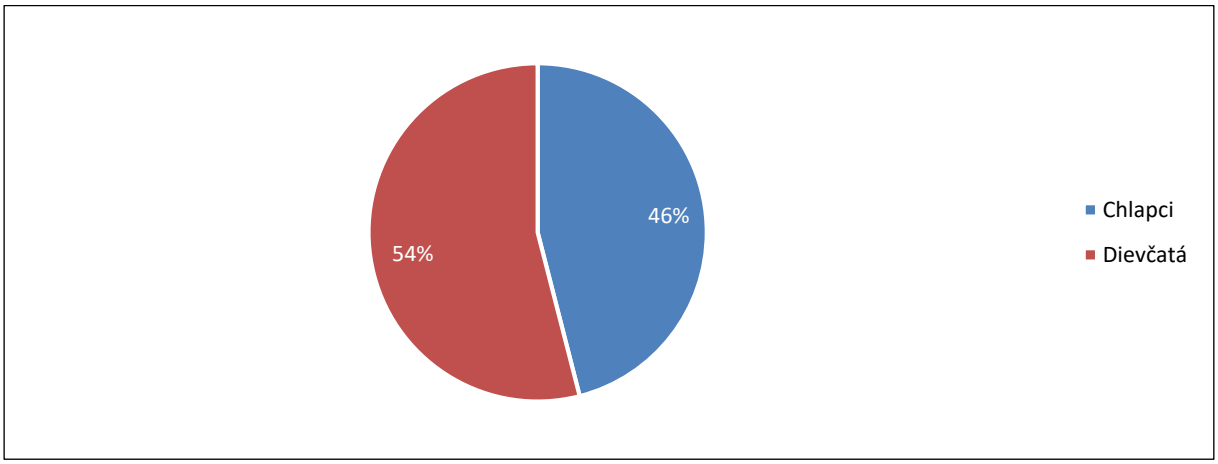
VH1: Predpokladáme, že existuje pozitívny vzťah medzi školskou začlenenosťou a sociálno-emocionálnym zdravím (Hennelová & Šemberová, 2025; Majerčáková Albertová, 2019).

2 Metóda

2.1 Výskumný súbor

Výskumný súbor tvorili žiaci 5. ročníka základných škôl, spolu 250 žiakov. Podľa pohlavia bolo vo výskumnom súbore zastúpených 115 chlapcov (46 %) a 135 dievčat (54 %) *(graf 1)*.

Graf 1 *Zastúpenie participantov podľa pohlavia*



Dáta boli zbierané v šiestich základných školách v rôznych mestách Slovenska: Košice (n = 54), Levice (n = 52), Stropkov (n = 46), Nitra (n = 37), Kúty (n = 33) a Nové Mesto nad Váhom (n = 28). Pre účely analýzy boli mestá zároveň rozdelené podľa regiónu na východný región (100 žiakov; 40 %) a západný región (150 žiakov; 60 %).

Podrobné zastúpenie participantov podľa miest a regiónov je uvedené v *tabuľke 1*. Zber dát prebiehal v júni 2025 v rámci projektu GA-AA. Dotazníky boli administrované metódou ceruzka – papier.

Tabuľka 1 *Zastúpenie participantov podľa miest a regiónov*

Región	Mesto	n	%
Východný región			
	Košice	54	21,6
	Stropkov	46	18,4
	Spolu	100	40,0
Západný región			
	Nitra	37	14,8
	Nové Mesto nad Váhom	28	11,2
	Levice	52	20,8
	Kúty	33	13,2
	Spolu	150	60,0
Celkom		250	100

2.2 Výskumné metódy

Škála školskej začlenenosti (SBS)

Na meranie úrovne školskej začlenenosti sme použili Škálu školskej začlenenosti *(School Belongingness Scale)* od autorov Arslan & Duru (2017). Je to sebaposudzovací nástroj zameraný na zachytenie subjektívneho pocitu príslušnosti žiaka ku škole.

Škála školskej začlenenosti pozostáva z 10 položiek rozdelených do dvoch dimenzii: **sociálna akceptácia** *(social acceptance)* a **sociálne vylúčenie** *(social exclusion)*. Dimenzia akceptácie zachytáva mieru do akej sa žiak cíti byť súčasťou školy (napr. *„Cítim, že do tejto školy skutočne patrím.“*), zatiaľ čo dimenzia vylúčenia sa zameriava na prežívanie odmietania alebo osamelosti v školskom prostredí (napr. *„V tejto škole nemám blízke/úprimné vzťahy.“).*

Participanti odpovedajú na 4-bodovej Likertovej škále (1 = nikdy, 2 = niekedy, 3 = často, 4 = veľmi často). Celkové skóre vzniká sčítaním všetkých 10 položiek, pričom položky zamerané na sociálne vylúčenie sa pred výpočtom skóre reverzne skórujú. Vyššie hodnoty celkového skóre tak odrážajú vyššiu mieru školskej začlenenosti (Arslan & Duru, 2017).

Škála preukázala dobrú vnútornú konzistenciu ($\alpha = 0.86$). Dobrá reliabilita bola zistená aj pri subškále akceptácie ($\alpha = 0.83$) a subškále vylúčenia ($\alpha = 0.85$) (Arslan & Duru, 2017).

Dotazník sociálno-emocionálneho zdravia (SEHS-S Brief)

Pri zbere dát bol použitý dotazník *Social Emotional Health Survey – Secondary, Brief (SEHS-S Brief),* ktorý slúži na meranie sociálno-emocionálneho zdravia žiakov

druhého stupňa základnej školy. V našom výskume bola použitá slovenská verzia dotazníka. Je to skrátená 12-položková verzia pôvodného 36-položkového dotazníka Social Emotional Health Survey – Secondary. Každá položka predstavuje jeden indikátor modelu kovitality. Jednotlivé položky boli vybrané na základe ich najvyššej korelácie s celkovým skóre pôvodnej 36-položkovej verzie, pričom skrátená verzia vykazuje s plnou verziou veľmi vysokú mieru zhody (r = .98) (Furlong, 2020). Participanti odpovedali na položky pomocou 4-bodovej Likertovej škály (1 = úplne nepravdivé, 2 = trochu pravdivé, 3 = takmer pravdivé 4 = veľmi pravdivé).

Celkové skóre dotazníka predstavuje index kovitality a vypočítava sa ako súčet odpovedí vo všetkých 12 položkách (rozsah 12 – 48 bodov). Vyššie skóre znamená vyššiu úroveň sociálno-emocionálneho zdravia. Na základe celkového skóre sme participantov rozdelili do troch kategórií:

- nízka úroveň SEZ (12 – 23 bodov),
- stredná úroveň SEZ (24 – 35 bodov),
- vysoká úroveň SEZ (36 – 48 bodov).

2.3 Výskumný plán a procedúra

Výskum bol realizovaný ako kvantitatívny neexperimentálny výskum s verifikačno-exploračným korelačným dizajnom. Spracovanie a vyhodnotenie získaných dát sa uskutočnilo v štatistickom programe SPSS 26.

3 Výsledky

3.1 Sociálno-emocionálne zdravie

Prehľad frekvenčnej analýzy odpovedí na jednotlivé položky je uvedený v *tabuľke* 2. Pri frekvenčnej analýze odpovedí boli za vyjadrenie súhlasu považované odpovede *„takmer pravdivé“* a *„veľmi pravdivé“,* zatiaľ čo odpovede *„úplne nepravdivé“* a *„trochu pravdivé“* boli považované za vyjadrenie nesúhlasu. Vo všetkých položkách dotazníka prevažoval súhlas nad nesúhlasom.

Najvyšší podiel súhlasu bol zaznamenaný pri položkách zameraných na dôveru v iných, konkrétne pri indikátoroch podpora rodiny a podpora rovesníkov. S výrokom o vzájomnom pomáhaní a podpore v rodine súhlasilo až 88,0 % participantov, pričom len 1,6 % ho označilo ako úplne nepravdivý. Podobne, 83,2 % participantov súhlasilo s výrokom že majú rovesníka, ktorému na nich skutočne záleží, zatiaľ čo úplný nesúhlas vyjadrilo iba 5,6 % žiakov.

Jemne rozporné výsledky sa objavili pri položkách súvisiacich s dôverou v seba. **Pocit zmyslu života (indikátor sebavedomia) označilo ako pravdivý 85,6 % žiakov, pričom viac ako polovica z nich (56,0 %) uviedla najvyšší stupeň súhlasu.** Pri výroku o opakovanom

pýtaní sa učiteľa v situáciách neporozumenia učivu (indikátor vytrvalosti) síce súhlasilo 52,8 % žiakov, avšak až 18,4 % ho označilo ako úplne nepravdivý, čo je najvyšší podiel úplného nesúhlasu spomedzi všetkých položiek dotazníka.

V oblasti životnej zaangažovanosti (indikátory vďačnosti a nadšenia) síce prevažoval súhlas, avšak menej jednoznačný než pri položkách o podpore. **Pocity vďačnosti označilo ako pravdivé približne 70 % žiakov a pocity nadšenia 62,4 %.**

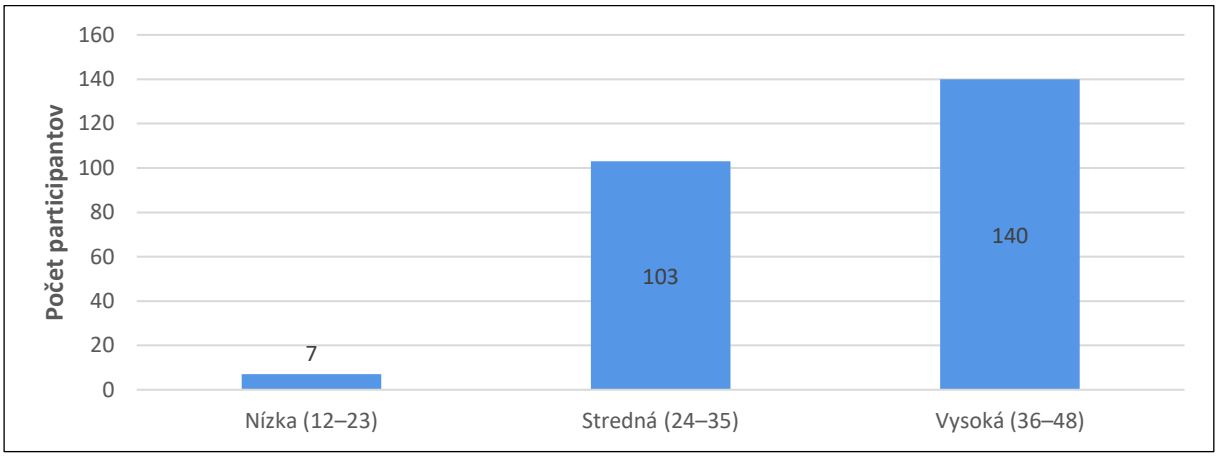
V doméne emočných kompetencií bol najvyšší podiel súhlasu zaznamenaný pri indikátore sebakontroly, konkrétne pri položke o **prijímaní zodpovednosti za vlastné činy. S týmto výrokom súhlasilo 81,2 % žiakov,** pričom úplný nesúhlas bol zriedkavý (4,8 %).

Tabuľka 2 *Frekvencie odpovedí v dotazníku SEHS-S*

Znenie položiek dotazníku SEHS-S		**Úplne nepravdivé**	**Trochu pravdivé**	**Takmer pravdivé**	**Veľmi pravdivé**	**Spolu**
1. Veľa vecí robím dobre.	Riadkové %	2.8	30.8	54.8	11.6	100.0
2. Mám zmysel života.	Riadkové %	4.8	9.6	29.6	56.0	100.0
3. Keď niečomu nerozumiem, pýtam sa na to opakovane učiteľa, kým tomu neporozumiem.	Riadkové %	18.4	28.8	26.8	26.0	100.0
4. V škole je učiteľ alebo iný dospelý, ktorý verí, že budem úspešný.	Riadkové %	6.0	25.2	35.2	33.6	100.0
5. Moji členovia rodiny si navzájom pomáhajú a podporujú sa.	Riadkové %	1.6	10.4	22.0	66.0	100.0
6. Mám priateľa v mojom veku, ktorému na mne skutočne záleží.	Riadkové %	5.6	11.2	23.2	60.0	100.0
7. Prijímam zodpovednosť za svoje činy.	Riadkové %	4.8	14.0	42.4	38.8	100.0
8. Snažím sa pochopiť čo iní ľudia cítia a ako rozmýšľajú.	Riadkové %	3.6	21.2	38.8	36.4	100.0
9. Rozmýšľam prv než konám.	Riadkové %	8.8	28.4	44.0	18.8	100.0
10. Veľa dní sa cítim vďačný.	Riadkové %	6.8	23.2	36.4	33.6	100.0
11. Veľa dní sa cítim byť nadšený.	Riadkové %	9.2	28.4	38.8	23.6	100.0
12. Zvyčajne očakávam, že budem mať dobrý deň.	Riadkové %	10.0	20.4	38.0	31.6	100.0

Vysokú úroveň sociálno-emocionálneho zdravia dosiahlo až 140 žiakov (56,0 %), zatiaľ čo nízku úroveň (12 – 23 bodov) dosiahlo len 7 žiakov (2,8 %), ako je znázornené v *grafe 2*.

Graf 2 *Rozdelenie participantov podľa úrovne sociálno-emocionálneho zdravia*



Tabuľka 3 *Deskriptívna štatistika dotazníka SEHS-S*

Premenná	M	SD	Mdn	IQR	Šikmosť	Špicatosť	Min T/E	Max T/E
Sociálno-emocionálne zdravie	36.20	6.20	37.00	8.25	-0.584	0.201	12/15	48/48

T = Teoretické; E = Empirické

Sociálno-emocionálne zdravie a pohlavie

Vzťah medzi sociálno-emocionálnym zdravím a pohlavím je zanedbateľný (η_{mod} = 0.034; *tabuľka 4*). **Analýza nepreukázala štatisticky, ani vecne významný rozdiel v úrovni sociálno- emocionálneho zdravia medzi chlapcami a dievčatami** (p = 0.590; r = 0.034).

Sociálno-emocionálne zdravie a región

Vzťah medzi regiónom a sociálno-emocionálnym zdravím bol zanedbateľný (ηmod = 0.007; *tabuľka 4*). **Medzi žiakmi zo západného a východného regiónu nebol zistený štatisticky, ani vecne významný rozdiel v úrovni sociálno-emocionálneho zdravia** (p = 0.910; r = 0.007 ; *tabuľka 5*).

Tabuľka 4 *Korelácie regiónu a sociálno-emocionálneho zdravia*

Premenná	Sociálno-emocionálne zdravie
Región	.007

Tabuľka 5 *Komparácie mediánov sociálno-emocionálneho zdravia medzi východným a západným regiónom*

Región	Sociálno-emocionálne zdravie			Mann-Whitney U test	
	N	Mdn	IQR	rm	p
Východ	100	36.50	8.00	.007	.910
Západ	150	37.00	9.00		

3.2 Školská začlenenosť

Frekvencie odpovedí na jednotlivé položky Škály školskej začlenenosti sú uvedené v *tabuľke 6*. **Najvyšší podiel odpovedí *„často“* a *„veľmi často“* sa objavil pri položke o pocite prijatia v škole, ktorú takto hodnotilo 68,8 % žiakov. Viac než polovica žiakov (64,4 %) zároveň uviedla, že do tejto školy skutočne patrí.** Pozitívne odpovede prevažovali aj pri položke zameranej na úprimné vzťahy so spolužiakmi a učiteľmi, kde ich uviedli asi dve tretiny žiakov (66,0 %).

Aj pri položkách formulovaných v negatívnom smere prevažovali odpovede naznačujúce pozitívnu skúsenosť. Väčšina žiakov uviedla, že nikdy nemá pocit, že do školy nepatrí (60,8 %) a že sa v školskom prostredí necíti vylúčená (73,6 %). Len malá časť žiakov označila tieto pocity ako časté alebo veľmi často prítomné.

Menej jednoznačné odpovede sa ukázali pri položkách o nezapájaní sa do školských aktivít a pocitu, že si ich ostatní v škole nevšímajú. V oboch prípadoch bola najčastejšou odpoveďou možnosť *„niekedy“* (41,6 % a 45,2 %). Podobný výsledok sa ukázal aj pri položke zameranej na vnímaný záujem zo strany ostatných v škole, kde odpoveď *„niekedy“* uviedla takmer polovica žiakov (46,4 %).

Tabuľka 6 *Frekvencie odpovedí v Škále školskej začlenenosti*

Znenie položiek dotazníku ŠŠZ		„Nikdy“	„Niekedy“	„Často“	„Veľmi často“	Spolu
1. Na tejto škole môžem byť skutočne sám sebou.	Riadkové %	7.6	40.8	33.2	18.4	100.0
2. Cítim sa, ako by som do tejto školy nepatril.	Riadkové %	60.8	27.2	8.4	3.6	100.0
3. Mám úprimné vzťahy so spolužiakmi a učiteľmi.	Riadkové %	6.0	28.0	41.6	24.4	100.0
4. Mám pocit že sa do mnohých aktivít v škole nezapájam.	Riadkové %	39.6	41.6	13.2	5.6	100.0
5. Cítim, že ma ostatní ľudia na škole prijali.	Riadkové %	5.6	25.6	35.2	33.6	100.0
6. Na tejto škole sa cítim vylúčený.	Riadkové %	73.6	19.6	4.0	2.8	100.0
7. Cítim, že do tejto školy skutočne zapadám.	Riadkové %	9.2	26.4	35.6	28.8	100.0
8. Spolužiaci, učitelia a vedenie školy si ma zvyčajne nevšímajú.	Riadkové %	43.2	45.2	7.2	4.4	100.0
9. Myslím, že sa o mňa ostatní na tejto škole zaujímajú.	Riadkové %	16.0	46.4	30.4	7.2	100.0
10. Na škole nemám blízke, úprimné vzťahy.	Riadkové %	45.6	33.2	14.0	7.2	100.0

3.2.1 Školská začlenenosť a pohlavie

Vzťah medzi školskou začlenenosťou a pohlavím bol zanedbateľný (η_{mod} = .019). Podobne zanedbateľné hodnoty sa ukázali aj pri sociálnej akceptácii (η = .064) a sociálnom vylúčení (η_{mod} = .072), pozri *tabuľku 7*.

Tabuľka 7 *Korelácie pohlavia a škál školskej začlenenosti*

Premenná	Školská začlenenosť	Sociálna akceptácia	Sociálne vylúčenie
Pohlavie	.019	.064	.072

Rozdiel v úrovni školskej začlenenosti medzi chlapcami a dievčatami nebol štatisticky významný (p = .770). Hodnota rm = .019 poukazuje na zanedbateľný rozdiel medzi skupinami. Medián bol v oboch skupinách rovnaký (Mdn = 31), pričom medzikvartilové rozpätie dosiahlo hodnotu IQR = 6 u chlapcov a IQR = 7 u dievčat *(tabuľka 8)*.

Tabuľka 8 *Komparácie mediánov školskej začlenenosti medzi vzorkou chlapcov a dievčat*

Pohlavie	Školská začlenenosť			Mann-Whitney U test	
	N	Mdn	IQR	r_m	p
Chlapci	115	31.00	6.00	.019	.770
Dievčatá	135	31.00	7.00		

3.2.2 Školská začlenenosť a región

Hodnota modifikovaného koeficientu eta poukazuje na zanedbateľný vzťah medzi regiónom a školskou začlenenosťou (η_{mod} = .030). Zanedbateľný vzťah bol zistený aj pri subškálach sociálnej akceptácie (η = .010) a sociálneho vylúčenia (η_{mod} = .055; *tabuľka 9*).

Tabuľka 9 *Korelácie regiónu a škál školskej začlenenosti*

Premenná	Školská začlenenosť	Sociálna akceptácia	Sociálne vylúčenie
Región	.030	.010	.055

Podrobné výsledky porovnania školskej začlenenosti podľa regiónu sú v *tabuľke 10*.

Porovnanie úrovne školskej začlenenosti medzi žiakmi z východného a západného regiónu nepreukázalo štatisticky, ani vecne významný rozdiel (p = .638; rm = .030). Medián školskej začlenenosti bol v oboch regiónoch rovnaký (Mdn = 31).

Tabuľka 10 *Komparácie mediánov školskej začlenenosti medzi východným a západným regiónom*

Región	Školská začlenenosť			Mann-Whitney U test	
	N	Mdn	IQR	r_m	P
Východ	100	31.00	7.00	.030	.638
Západ	150	31.00	6.00		

3.3 Sociálno-emocionálne zdravie a školská začlenenosť

Výsledky korelačnej analýzy medzi sociálno-emocionálnym zdravím a školskou začlenenosťou uvádzame v *tabuľke 11*. Korelačná analýza preukázala **stredne silný, pozitívny vzťah medzi sociálno-emocionálnym zdravím a školskou začlenenosťou** (rm = .381; p < .001).

Tabuľka 11 *Korelácie sociálno-emocionálneho zdravia a škál školskej začlenenosti*

Premenná	Školská začlenenosť	Sociálna akceptácia	Sociálne vylúčenie
Sociálno-emocionálne zdravie	.381**	.818**	-.505**
**p<.010			

4 Diskusia

4.1 Interpretácia výsledkov

Cieľom výskumu bolo zistiť úroveň sociálno-emocionálneho zdravia a školskej začlenenosti žiakov 5. ročníka po prechode na 2. stupeň základnej školy a preskúmať vzťah medzi týmito premennými. Ďalším cieľom bolo skúmať, či sa úroveň sociálno-emocionálneho zdravia a školskej začlenenosti líšia podľa vybraných sociodemografických premenných, konkrétne pohlavia a regiónu.

Sociálno-emocionálne zdravie

Výsledky ukázali, že väčšina žiakov sa pohybovala v pásme vysokej úrovne sociálno-emocionálneho zdravia. Tento výsledok považujeme za priaznivý, keďže naznačuje, že žiaci na začiatku druhého stupňa základnej školy dosahujú vysokú úroveň pozitívnych sociálno-emocionálnych zdrojov, napríklad sebadôveru, optimizmus alebo schopnosť regulovať emócie, ktoré im v tomto období môžu pomáhať zvládať nové školské nároky. Takto vysokú úroveň sociálno-emocionálneho zdravia možno čiastočne vysvetliť vývinovým obdobím žiakov. Žiaci piateho ročníka sú na začiatku ranej adolescencie, ktorá ešte nemusí byť sprevádzaná výraznejšími ťažkosťami v duševnom zdraví (Kessler et al., 2005). Podobné zistenia uvádzajú aj Hennelová a Šemberová (2025), ktoré vo svojom výskume zistili, že najvyššiu úroveň sociálno-emocionálneho zdravia dosahovali práve žiaci piateho ročníka, pričom v ďalších ročníkoch sa jeho úroveň postupne znižovala.

Sociálno-emocionálne zdravie a sociodemografické premenné

Výsledky nepreukázali rozdiely v sociálno-emocionálnom zdraví medzi chlapcami a dievčatami. Z uvedeného vyplýva, že chlapci aj dievčatá dosahovali porovnateľnú úroveň sociálno-emocionálneho zdravia. Tento výsledok možno čiastočne vysvetliť vekom žiakov, keďže rodové rozdiely v emocionálnom prežívaní alebo psychickej

pohode sa často výraznejšie prejavujú až v neskoršom období adolescencie (González-Carrasco et al., 2017; Yoon et al., 2022).

Podobne sme nezistili ani rozdiely medzi regiónmi. Výsledky tak poukazujú na to, že sociálno-emocionálne zdravie žiakov môže byť viac ovplyvňované bezprostredným sociálnym prostredím, ako sú rodinné vzťahy, rovesnícke vzťahy alebo školská klíma (Butler et al., 2022).

Školská začlenenosť

Výsledky poukázali na pomerne vysokú úroveň školskej začlenenosti žiakov, keďže medián celkového skóre dosiahol hodnotu 31 bodov zo 40 možných. Z daného výsledku tak vyplýva, že väčšina žiakov vníma školu ako prostredie, v ktorom sa cíti byť súčasťou kolektívu a kam patrí.

Pri analýze jednotlivých dimenzií sa ukázalo, že žiaci pomerne často uvádzali skúsenosti so sociálnou akceptáciou (M = 13.56; SD = 3.03 z maximálneho skóre 20), čo naznačuje, že sa v škole vo veľkej miere cítia prijatí a vnímajú pozitívne vzťahy so spolužiakmi a učiteľmi. V dimenzii sociálneho vylúčenia dosahovali žiaci o niečo vyššie hodnoty než v dimenzii sociálnej akceptácie, čo však po reverznom skórovaní poukazuje na nízku mieru prežívaného sociálneho vylúčenia. Znamená to, že pocity nepatrenia, prehliadania zo strany ostatných, či absencia blízkych vzťahov sa u žiakov nevyskytovali často.

Obe dimenzie sa pritom nevylučujú, keďže žiaci môžu v školskom prostredí zažívať zároveň pozitívne aj negatívne sociálne skúsenosti (Arslan & Duru, 2017).

Školská začlenenosť a sociodemografické premenné

V našom výskume sa nepreukázali štatisticky ani vecne významné rozdiely v úrovni školskej začlenenosti medzi chlapcami a dievčatami. Pohlavie teda pravdepodobne nesúvisí s mierou školskej začlenenosti žiakov v tomto veku. Zistenia sú v súlade s predchádzajúcimi výskumami (Majerčáková Albertová, 2019; Vaz et al., 2015) a podporujú hypotézu VH1.

Rozdiely sa nepotvrdili ani v prípade regiónu. Úroveň školskej začlenenosti bola podobná u žiakov z východného aj západného Slovenska. Podobne ako pri sociálno-emocionálnom zdraví možno tieto zistenia vysvetliť tým, že školská začlenenosť viac súvisí s bezprostredným sociálnym prostredím žiakov, než širším regionálnym kontextom.

Sociálno-emocionálne zdravie a školská začlenenosť

Výsledky preukázali stredne silný pozitívny vzťah medzi sociálno-emocionálnym zdravím a školskou začlenenosťou, čím sa potvrdila hypotéza VH1. Tento výsledok je v súlade s predchádzajúcimi výskumami (Hennelová & Šemberová, 2025; Silvia Majerčáková Albertová, 2019). Zistenia naznačujú, že žiaci s vyššou úrovňou sociálno-emocionálnych zdrojov vnímajú školské prostredie pozitívnejšie a častejšie sa cítia byť súčasťou kolektívu.

Zároveň možno tento vzťah vysvetliť priamo cez jednotlivé dimenzie sociálno-emocionálneho zdravia. V našom výskume sa napríklad ukázala vysoká miera súhlasu v dimenzii dôvery v seba. Žiaci, ktorí si viac dôverujú, môžu byť istejší v sociálnych situáciách, čo im môže uľahčovať zapájanie sa do kolektívu a tým zároveň podporovať ich vnímanie prijatia zo strany spolužiakov a učiteľov.

Pri analýze jednotlivých dimenzií školskej začlenenosti sa ukázalo, že sociálno-emocionálne zdravie silne pozitívne súvisí so sociálnou akceptáciou. Žiaci s vyššou úrovňou sociálno-emocionálneho zdravia tak častejšie prežívajú pocity prijatia a podpory zo strany spolužiakov a učiteľov. Dobré vzťahy so spolužiakmi a učiteľmi poskytujú žiakom dôležitú sociálnu podporu, ktorá súvisí s vyššou psychickou pohodou, sebaúčinnosťou a životnou spokojnosťou (Danielsen et al., 2009). Zároveň sa preukázal aj silný pozitívny vzťah medzi sociálno-emocionálnym zdravím a sociálnym vylúčením. Vzhľadom na reverzné skórovanie tejto škály však tento výsledok poukazuje na to, že žiaci s vyššou úrovňou sociálno-emocionálneho zdravia sa menej často cítia v školskom prostredí sociálne izolovaní alebo osamelí. Podobné zistenia uvádzajú aj Wang et al. (2021), ktorí poukazujú na to, že sociálno-emocionálne zdravie môže pôsobiť ako ochranný faktor znižujúci prežívanie osamelosti u žiakov základných škôl.

4.2 Implikácie

Zistenia poukazujú na význam pocitu prijatia v školskom prostredí pre sociálno-emocionálne zdravie žiakov. Vytváranie podporného a bezpečného prostredia v triede, v ktorom sa žiaci cítia prijatí a rešpektovaní, môže prispievať k ich psychickej pohode. Výsledky výskumu môžu slúžiť ako podnet pre tvorbu preventívnych programov a intervencií zameraných na podporu sociálnych vzťahov v triede, rozvoj sociálno-emocionálnych kompetencií.

Zdroje

ALINK, K., DENESSEN, E., VEERMAN, G. J. & SEVERIENS, S. (2023). Exploring the concept of school belonging: A study with expert ratings. *Cogent Education, 10*(2). https://doi.org/10.1080/2331186X.2023.2235979

ALLEN, K. (2025). School belonging: Evidence, experts, and everyday gaps. *Educational Psychology Review, 37*(3). https://doi.org/10.1007/s10648-025-10055-x

ALLEN, K. A., GREENWOOD, C. J., BERGER, E., PATLAMAZOGLOU, L., REUPERT, A., WURF, G., MAY, F., O'CONNOR, M., SANSON, A., OLSSON, C. A. & LETCHER, P. (2024). Adolescent school belonging and mental health outcomes in young adulthood: Findings from a multi-wave prospective cohort study. *School Mental Health, 16*, 149–160. https://doi.org/10.1007/s12310-023-09626-6

ANDERMAN, L. H. (2003). Academic and social perceptions as predictors of change in middle school students' sense of school belonging. *The Journal of Experimental Education, 72*(1), 5–22. https://doi.org/10.1080/00220970309600877

ARSLAN, G. (2018). Exploring the association between school belonging and emotional health among adolescents. *International Journal of Educational Psychology, 7*(1), 21–41. https://doi.org/10.17583/ijep.2018.3117

ARSLAN, G. (2021). School belongingness, well-being, and mental health among adolescents: Exploring the role of loneliness. *Australian Journal of Psychology, 73*(1), 70–80. https://doi.org/10.1080/00049530.2021.1904499

ARSLAN, G. & DURU, E. (2017). Initial development and validation of the school belongingness scale. *Child Indicators Research, 10*(4), 1043–1058.

BANDURA, A. (1997). Self-efficacy in changing societies. Cambridge University Press

BAUMEISTER, R. F. & LEARY, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin, 117*(3), 497–529.

BUTLER, N., QUIGG, Z., BATES, R., JONES, L., ASHWORTH, E., GOWLAND, S. & JONES, M. (2022). The contributing role of family, school, and peer supportive relationships in protecting the mental wellbeing of children and adolescents. *School Mental Health, 14*(3), 776–788. https://doi.org/10.1007/s12310-022-09502-9

DANIELSEN, A. G., SAMDAL, O., HETLAND, J. & WOLD, B. (2009). School-related social support and students' perceived life satisfaction. *The Journal of Educational Research, 102*(4), 303–318. https://doi.org/10.3200/JOER.102.4.303-320

DOYLE, D. M. & LINK, B. G. (2024). On social health: History, conceptualization, and population patterning. *Health Psychology Review, 18*(3), 626-655. https://doi.org/10.1080/17437199.2024.2314506

DVOŘÁK, D. (2011). Přechod mezi stupni základní školy: Od teoretického konceptu k možnostem facilitace. In T. Janík, P. Knecht, & S. Šebestová (Eds.), *Smíšený design v pedagogickém výzkumu: Sborník příspěvků z 19. výroční konference České asociace pedagogického výzkumu* (pp. 57–61). Masarykova univerzita. https://doi.org/10.5817/PdF.P210-CAPV-2012-7

FURLONG, M. J., DOWDY, E., CARNAZZO, K., BOVERY, B. & KIM, E. (2014). Covitality: Fostering the building blocks of complete mental health. *NASP Communiqué, 42*(8), 1.

FURLONG, M. J., FROH, J. J., MULLER, M. E. & GONZALEZ, V. (2013). The role of gratitude in fostering school bonding. In D. J. Shernoff & J. Bempechat (Eds.), *National Society for the Study of Education yearbook: Engaging youth in schools: Empirically based models to guide future innovations* (pp. 58–79). Teachers College Record.

FURLONG, M. J., NYLUND-GIBSON, K., DOWDY, E., WAGLE, R., HINTON, T. & CARTER, D. (2020). *Modification and standardization of Social Emotional Health Survey-Secondary— 2020 edition*. Santa Barbara, CA, University of California Santa Barbara, International Center for School Based Youth Development.

FURLONG, M. J. (2020). SEHS-S Brief Covitality Exploration. Nepublikovaný rukopis.

FURLONG, M. J., YOU, S., RENSHAW, T. L., O'MALLEY, M. D. & REBELEZ, J. (2013). Preliminary development of the positive experiences at school scale for elementary school children. *Child Indicators Research, 6*(4), 753–775. https://doi.org/10.1007/s12187-013-9193-7

▣ GAJDOŠOVÁ, E. (2018). Sociálno-emocionálne zdravie ako významný indikátor kvality školy. In E. Gajdošová, M. Madro, & M. Valihorová (Eds.), *Duševné zdravie a wellbeing virtuálnej generácie: Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie* (pp. 245–253). IPčko.

▣ GAJDOŠOVÁ, E. & MAJERČÁKOVÁ ALBERTOVÁ, S. (2018). Overovanie medzinárodných dotazníkov školskej klímy na Slovensku. In E. Gajdošová (Ed.), *Duševné zdravie a well-being virtuálnej generácie: Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie* (pp. 284–290). IPčko.

▣ GAJDOŠOVÁ, E., RADNOTI, E. & BISAKI, V. (2018). Sociálno-emocionálne zdravie a prežívanie šťastia u študentov stredných škôl. *Školský psychológ, 19*(1), 101-111.

▣ GEORGE, D. & MALLERY, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference* (4th ed.). Allyn & Bacon.

▣ GONZÁLEZ-CARRASCO, M., CASAS, F., MALO, S., VIÑAS, F. & DINISMAN, T. (2017). Changes with age in subjective well-being through the adolescent years: Differences by gender. *Journal of Happiness Studies, 18*(1), 63–88. https://doi.org/10.1007/s10902-016-9717-1

▣ GOODENOW, C. (1993). The psychological sense of school membership among adolescents: Scale development and educational correlates. *Psychology in the Schools, 30*(1), 79–90.

▣ HARRIS, J. & NOWLAND, R. (2020). Primary–secondary school transition: Impacts and opportunities for adjustment. *Journal of Education & Social Sciences, 8*(2), 55–69.

▣ HENNELOVÁ, K. & ŠEMBEROVÁ, M. (2025). Školská začlenenosť žiakov 2. stupňa ZŠ vo vzťahu k ich sociálno-emocionálnemu zdraviu. In E. Gajdošová, L. Košťálová, & M. Paľová (Eds.), *Škola rozvoja a podpory jedinečných potencialít žiakov: Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie Asociácie školskej psychológie SR a Asociácie školskej psychológie ČR* (pp. 80–88). IPV Inštitút priemyselnej výchovy.

▣ HOWE, A. (2011). Introduction: Exploring the great divide. In A. Howe & V. Richards (Eds.), *Bridging the transition from primary to secondary school* (pp. 1–13). Routledge.

▣ JINDAL-SNAPE, D., BRADSHAW, P., GILBERT, A., SMITH, N. & KNUDSEN, L. (2023). Primary–secondary school transition experiences and factors associated with differences in these experiences: Analysis of the longitudinal growing up in Scotland dataset. *Review of Education, 11*(3). https://doi.org/10.1002/rev3.3444

▣ KONČEKOVÁ, Ľ. (2013). *Vývinová psychológia* (4th ed.). Vydavateľstvo Michala Vaška.

▣ KESSLER, R. C., AMMINGER, G. P., AGUILAR-GAXIOLA, S., ALONSO, J., LEE, S. & USTÜN, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry, 20*(4), 359–364. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c

▣ KORPERSHOEK, H., CANRINUS, E. T., FOKKENS-BRUINSMA, M. & DE BOER, H. (2019). The relationships between school belonging and students' motivational, social-emotional, behavioural, and academic outcomes in secondary education: A meta-analytic review. *Research Papers in Education, 35*(6), 641–680. https://doi.org/10.1080/02671522.2019.1615116

▣ MAJERČÁKOVÁ ALBERTOVÁ, S. (2017). Vplyv pozitívnej psychológie na sociálno-emocionálne zdravie žiakov základných škôl. *Školský psychológ*, 18(1), 180-185.

MAJERČÁKOVÁ ALBERTOVÁ, S. (2019). *Sociálno-emocionálne zdravie žiakov základných škôl v kontexte osobnosti a školskej začlenenosti* [Doctoral dissertation, Paneurópska vysoká škola]. Centrálny register záverečných a kvalifikačných prác.

MANDY, W., MURIN, M., BAYKANER, O., STAUNTON, S., HELLRIEGEL, J., ANDERSON, S. & SKUSE, D. (2016). The transition from primary to secondary school in mainstream education for children with autism spectrum disorder. *Autism, 20*(1), 5–13. https://doi.org/10.1177/1362361314562616

MASLOW, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50*(4), 370–396.

OSTERMAN, K. F. (2000). Students' need for belonging in the school community. *Review of Educational Research, 70*(3), 323–367.

ROĽKOVÁ, H. & JAČKOVÁ, S. (2020). Sociálno-emocionálne zdravie a sociálna atmosféra na stredných školách. In L. Pavera (Ed.), *Pohledy na středoškolského učitele odborných předmětů* (pp. 167–173). Extrasystem.

ROĽKOVÁ, H. & ZELINKOVÁ, V. (2019). Vzťah sociálno-emocionálneho zdravia a subjektívneho prežívania šťastia. *Školský psychológ / Školní psycholog*, *20*(2), 50-57.

ROĽKOVÁ, H. & ZELINKOVÁ, V. (2022). Vzťah rizikového správania a sociálno-emocionálneho zdravia adolescentov. In E. Gajdošová (Ed.), *Pozitívna psychológia pre pozitívny život: Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie k 10. výročiu Fakulty psychológie Paneurópskej vysokej školy* (pp. 164–171). Paneurópska vysoká škola.

SELIGMAN, M. E. P. & CSIKSZENTMIHALYI, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5–14. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5

SLATEN, C. D., FERGUSON, J. K., ALLEN, K., BRODRICK, D. & WATERS, L. (2016). School belonging: A review of the history, current trends, and future directions. *The Educational and Developmental Psychologist, 33*(1), 1–15. https://doi.org/10.1017/edp.2016.6

SPERNES, K. (2020). The transition between primary and secondary school: A thematic review emphasising social and emotional issues. *Research Papers in Education, 37*(3), 303–320. https://doi.org/10.1080/02671522.2020.1849366

STEPONAVIČIUS, M., GRESS-WRIGHT, C. & LINZARINI, A. (2023). *Social and emotional skills: Latest evidence on teachability and impact on life outcomes*. OECD Education Working Papers No. 286. https://doi.org/10.1787/ba34f086-en

SZOBIOVÁ, E. & GAŽOVÁ, V. (2020). Sociálno-emocionálne zdravie a sebahodnotenie adolescentov. In E. Gajdošová, M. Madro & M. Valihorová (Eds.), *Duševné zdravie v školách v kontexte kríz a krízovej intervencie. Zborník príspevkov z online medzinárodnej vedeckej konferencie* (pp. 131–144). IPV Inštitút priemyselnej výchovy.

ŠTRPKOVÁ, P. & ROĽKOVÁ, H. (2020). Sociálno-emocionálne zdravie a psychologický well-being u adolescentov. In E. Gajdošová, M. Madro, & M. Valihorová (Eds.), *Duševné zdravie v školách v kontexte kríz a krízovej intervencie. Zborník príspevkov z online medzinárodnej vedeckej konferencie* (pp. 119–130). IPV Inštitút priemyselnej výchovy.

THOMPSON, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59,* 25-52.

VÁGNEROVÁ, M. (2000). Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří. Portál.

▣ VAN RENS, M. L. G. A. (2020). *The transition from primary to secondary education: A study of the voices of children and teachers in the Netherlands* (Doctoral thesis, Maastricht University). Maastricht University. https://doi.org/10.26481/dis.20200904mr

▣ VAZ, S., DESOUZA, L. M., CAÇOLA, P., CORDOVIL, R. & DE MATOS, M. G. (2015). Belongingness in early secondary school: A longitudinal study from primary to secondary education. *European Journal of Psychology of Education, 30*(1), 107–125. https://doi.org/10.1007/s10212-014-0220-5

▣ VIENO, A., SANTINELLO, M., PASTORE, M. & PERKINS, D. D. (2007). Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: An integrative model. *American Journal of Community Psychology, 39*(1–2), 177–190. https://doi.org/10.1007/s10464-007-9095-2

▣ GONZÁLEZ-CARRASCO, M., CASAS, F., MALO, S., VIÑAS, F. & DINISMAN, T. (2017). Changes with age in subjective well-being through the adolescent years: Differences by gender. *Journal of Happiness Studies, 18*(1), 63–88. https://doi.org/10.1007/s10902-016-9717-1

▣ WANG, C., YANG, C., JIANG, X. & FURLONG, M. (2018). Validation of the Chinese version of the Social Emotional Health Survey–Primary. *International Journal of School & Educational Psychology*, 6(1), 62–74. https://doi.org/10.1080/21683603.2016.1272026

▣ WILKINS, B., BOMAN, P. & MERGLER, A. (2015). Positive psychological strengths and school engagement in primary school children. *Cogent Education, 2*(1), 1095680. https://doi.org/10.1080/2331186X.2015.1095680

▣ SVETOVÁ ZDRAVOTNÍCKA ORGANIZÁCIA. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice.* World Health Organization.

▣ YOON, Y., EISENSTADT, M., LEREYA, S. T. & DEIGHTON, J. (2023). Gender difference in the change of adolescents' mental health and subjective wellbeing trajectories. *European Child & Adolescent Psychiatry, 32*(9), 1569–1578. https://doi.org/10.1007/s00787-022-01961-4

Preventívne programy v systéme poradenstva a prevencie na Slovensku: vývoj, štruktúra a regionálne rozdiely

Mária JANKOVÁ

CVTI SR, Bratislava

Abstrakt: *článok analyzuje vývoj, štruktúru a dosah preventívnych programov realizovaných v systéme poradenstva a prevencie na Slovensku v šk. rokoch 2022/2023 až 2024/2025. Vychádza z administratívnych dát Centrálneho registra preventívnych programov CVTI SR a zameriava sa na počet programov, ich autorstvo, cieľové skupiny, dĺžku trvania a regionálne rozloženie účastníkov. Výsledky poukazujú na stabilný počet preventívnych programov, vysoký podiel vlastnej tvorby a dominanciu krátkodobých univerzálnych intervencií, zároveň však odhaľujú pokles celkového počtu účastníkov. Zistenia naznačujú posun k práci v menších skupinách a poukazujú na potrebu systematickejšieho rozvoja dlhodobých a selektívnych foriem prevencie.*

Kľúčové slová: *poradenstvo a prevencia, preventívne programy, školské prostredie, deti a mládež.*

Úvod

Prevencia rizikového správania detí a mládeže patrí medzi základné úlohy systému školského poradenstva a prevencie na Slovensku. Školské prostredie koncentruje nielen výchovno-vzdelávacie procesy, ale aj široké spektrum sociálnych, psychických a behaviorálnych rizík, ktoré môžu negatívne ovplyvňovať vývin žiakov, ich duševné zdravie, školskú úspešnosť a vzťahy v kolektíve (WHO a UNESCO, 2021; OECD, 2021). Význam prevencie v školách sa v ostatných rokoch ešte posilňuje v dôsledku narastajúcej komplexnosti problémov, s ktorými sa školy stretávajú – od tradičných foriem rizikového správania až po výzvy spojené s digitálnym prostredím, duševným zdravím a zvýšenou mierou stresu u detí a dospievajúcich (Smahel et al, 2020; WHO, 2025).

Kľúčovú úlohu pri realizácii preventívnych intervencií zohrávajú centrá poradenstva a prevencie (CPP) a špecializované centrá poradenstva a prevencie (ŠCPP), ktoré prostredníctvom preventívnych programov, skupinových intervencií a vzdelávacích aktivít podporujú žiakov, učiteľov aj rodičov a vytvárajú prepojenie medzi školou, rodinou a odbornou pomocou (NIVAM, 2023). Napriek ich významu však doposiaľ existuje len obmedzený počet analytických výstupov, ktoré by systematicky mapovali rozsah, štruktúru a vývoj preventívnych programov realizovaných v systéme poradenstva a prevencie na celoslovenskej úrovni.

Cieľom tohto článku je analyzovať vývoj, štruktúru a regionálne rozloženie preventívnych programov realizovaných CPP a ŠCPP na Slovensku v školských rokoch 2022/2023 až 2024/2025. Článok vychádza zo sekundárnej analýzy administratívnych údajov evidovaných v systéme EVUPP a zameriava sa na počet a typ preventívnych programov, ich autorstvo, cieľové skupiny, trvanie, špecifikáciu prevencie a počet zapojených účastníkov. Osobitná pozornosť je venovaná regionálnym rozdielom a ich implikáciám pre plánovanie a rozvoj preventívnych opatrení.

Ambíciou článku nie je hodnotiť efektivitu jednotlivých preventívnych programov, ale poskytnúť analytický obraz o tom, ako je prevencia v systéme poradenstva a prevencie v súčasnosti nastavená, aké trendy možno v jej vývoji identifikovať a kde sa nachádzajú potenciálne slabé miesta, či priestor na ďalší rozvoj. Zistenia môžu slúžiť ako podklad pre odbornú diskusiu, metodické usmerňovanie preventívnej praxe a tvorbu cielenejších preventívnych politík na národnej aj regionálnej úrovni.

Metodologické východiská

Článok vychádza zo sekundárnej analýzy administratívnych údajov evidovaných v elektronickom systéme EVUPP (Evidencia výkonov zariadení poradenstva a prevencie), ktorý slúži na systematické zaznamenávanie činnosti centier poradenstva a prevencie (CPP) a špecializovaných centier poradenstva a prevencie (ŠCPP) na Slovensku. Tento systém poskytuje štandardizované údaje o rozsahu a charaktere preventívnych aktivít realizovaných v systéme poradenstva a prevencie a je využívaný najmä na monitorovanie výkonov a plánovanie kapacít na národnej a regionálnej úrovni (MŠVVaM SR, 2025).

Analýza zahŕňa údaje za tri po sebe nasledujúce školské roky – 2022/2023, 2023/2024 a 2024/2025 – čo umožňuje sledovať vývoj preventívnych programov v čase. Zahrnuté boli všetky preventívne programy vykázané zariadeniami poradenstva a prevencie v systéme EVUPP bez ohľadu na ich tematické zameranie, dĺžku či cieľovú skupinu. Jednotkou analýzy bol preventívny program ako samostatná evidovaná aktivita. Pri analytickom spracovaní sa pozornosť sústredila na základné charakteristiky preventívnych programov, najmä ich počet a vývoj v čase, autorstvo, cieľové skupiny, trvanie, špecifikáciu prevencie (univerzálna, selektívna, indikovaná) a počet zapojených účastníkov. Osobitná pozornosť bola venovaná regionálnemu členeniu údajov podľa krajov, čo umožnilo identifikovať priestorové rozdiely v rozsahu a štruktúre preventívnych aktivít.

Analytický prístup mal prevažne deskriptívno-komparatívny charakter. Údaje boli spracované pomocou základných štatistických postupov a prezentované prostredníctvom absolútnych a relatívnych ukazovateľov, pričom dôraz sa kládol na identifikáciu trendov a rozdielov medzi regiónmi a typmi zariadení. Vzhľadom na analytický a opisný cieľ článku neboli použité inferenčné štatistické metódy. Použitý metodologický prístup má svoje limity. Administratívne údaje z EVUPP neumožňujú hodnotiť kvalitu ani efektivitu preventívnych programov a neposkytujú informácie o ich konkrétnom obsahu či dopadoch. Zároveň nemožno vylúčiť určitú mieru rozdielov v spôsobe evidencie medzi jednotlivými zariadeniami. Napriek týmto obmedzeniam

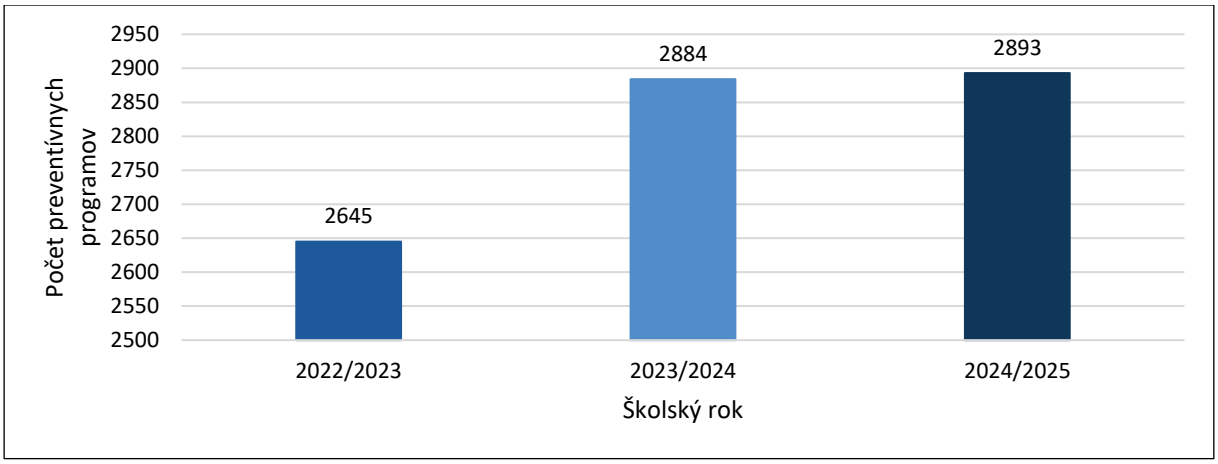
predstavujú údaje z EVUPP jedinečný a systematický zdroj informácií o preventívnej činnosti v systéme poradenstva a prevencie, ktorý umožňuje zachytiť celoslovenské trendy a regionálne špecifiká.

Vývoj a rozsah preventívnych programov

Analýza údajov zo systému EVUPP ukazuje, že preventívna činnosť centier poradenstva a prevencie a špecializovaných centier poradenstva a prevencie predstavuje stabilnú a významnú súčasť ich odborných aktivít. V sledovanom období troch školských rokov (2022/2023 – 2024/2025) bol zaznamenaný vysoký počet realizovaných preventívnych programov, pričom celkový objem preventívnych aktivít sa medzi jednotlivými rokmi menil len mierne. Tento vývoj naznačuje, že prevencia je v systéme poradenstva a prevencie dlhodobo etablovanou oblasťou, ktorá nepodlieha výrazným výkyvom.

Medziročné porovnanie poukazuje na mierny nárast počtu preventívnych programov v školskom roku 2023/2024, po ktorom nasleduje v roku 2024/2025 stabilizácia. Tento trend môže súvisieť s návratom k plnému rozsahu preventívnych aktivít po pandemickom období, ako aj so zvyšujúcimi sa nárokmi škôl na podporu v oblasti prevencie rizikového správania a duševného zdravia žiakov. Celkový vývoj počtu preventívnych programov v sledovanom období znázorňuje *graf 1.*

Graf 1 *Vývoj počtu preventívnych programov (2022/2023 – 2024/2025)*



Zdroj: CVTI SR

Podľa regionálneho rozloženia sa ukazuje, že preventívne programy nie sú na území Slovenska rozložené rovnomerne. Medzi krajmi sú výrazné rozdiely v absolútnom počte realizovaných programov, čo dokumentuje t*abuľka 1* s údajmi za školský rok 2024/2025. Najvyšší objem preventívnych aktivít dlhodobo vykazujú kraje s vyššou koncentráciou zariadení poradenstva a prevencie a s vyšším počtom škôl a žiakov, zatiaľ čo v niektorých regiónoch je rozsah preventívnych programov podstatne nižší. Tieto rozdiely však odrážajú skôr rozdielne kapacity, personálne zabezpečenie a veľkosť spádových oblastí než samotnú mieru potreby prevencie.

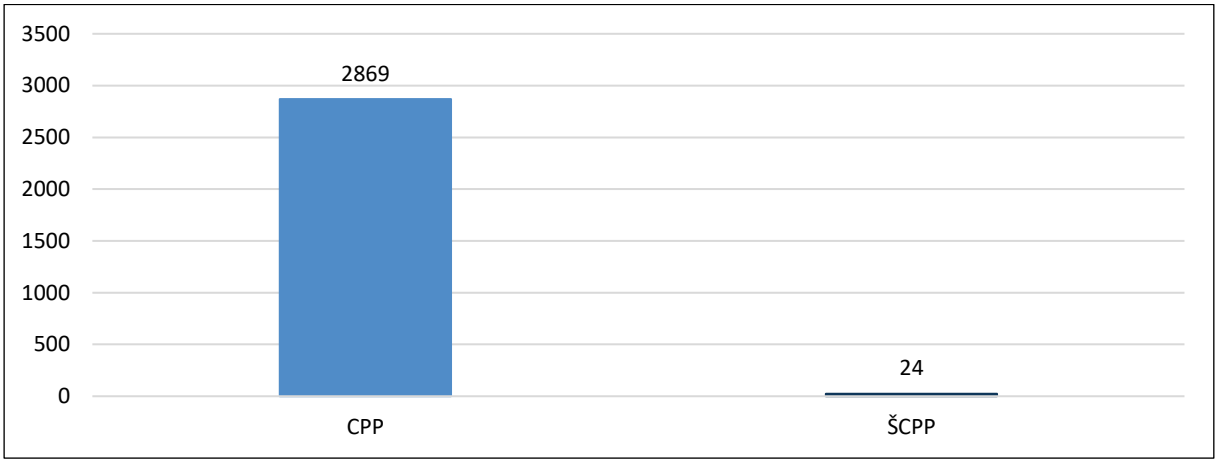
Tabuľka 1 *Počet preventívnych programov podľa kraja (šk. r. 2024/2025)*

Kraj	Počet PP	Podiel (%)
BA	147	5,1
TT	130	4,5
TN	302	10,4
NR	135	4,7
ZA	**1148**	39,7
BB	381	13,2
PO	244	8,4
KE	406	14,0

Poznámka: Podiel (%) sa vzťahuje na celkový počet PP v SR v šk. roku 2024/2025 (N = 2 893). Zdroj: CVTI SR.

Porovnanie podľa typu zariadenia ukazuje, že centrá poradenstva a prevencie realizujú výrazne vyšší počet preventívnych programov než špecializované centrá poradenstva a prevencie. Tento rozdiel zodpovedá širšiemu a univerzálnejšiemu poslaniu CPP v systéme poradenstva a prevencie, zatiaľ čo ŠCPP sa viac orientujú na špecifické cieľové skupiny a odborné intervencie. Rozdiely v rozsahu preventívnych programov podľa typu zariadenia sú znázornené v *grafe 2.*

Graf 2 *Počet preventívnych programov podľa typu zariadenia (šk. r. 2024/2025)*



Zdroj: CVTI SR

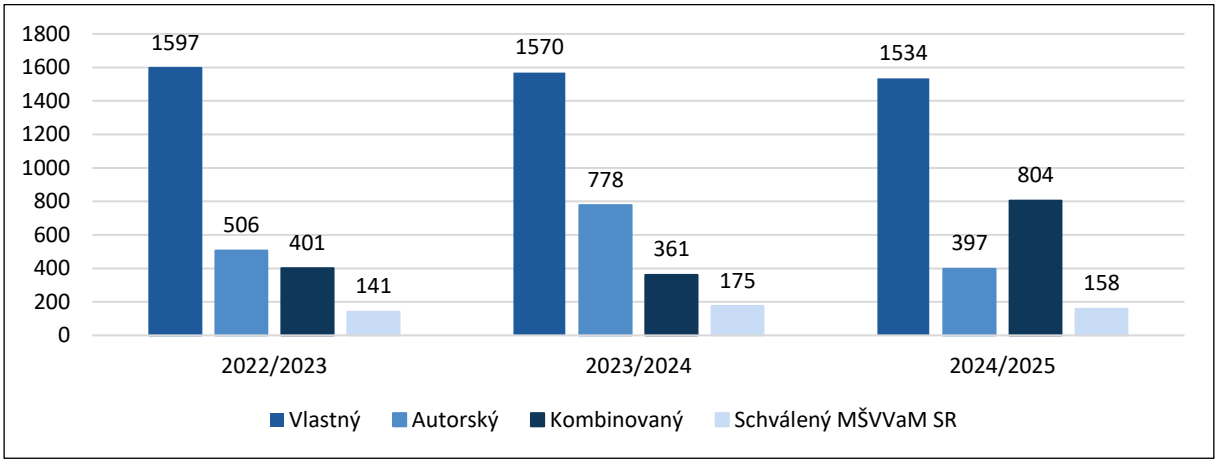
Celkovo možno konštatovať, že systém poradenstva a prevencie na Slovensku disponuje robustnou sieťou preventívnych programov, ktorá je schopná reagovať na potreby škôl v rôznych regiónoch. Zároveň však identifikované regionálne rozdiely poukazujú na nerovnomerné zaťaženie jednotlivých zariadení a na potrebu systematického monitorovania a zohľadňovania regionálnych špecifík pri plánovaní a metodickom usmerňovaní preventívnych aktivít na národnej úrovni.

Štruktúra preventívnych programov

Štruktúra preventívnych programov realizovaných zariadeniami poradenstva a prevencie v období školských rokov 2022/2023 až 2024/2025 vykazuje dlhodobo stabilné, avšak

mierne sa meniace vzorce autorstva. Vo všetkých sledovaných rokoch jednoznačne dominujú vlastné preventívne programy, ktorých počet sa pohybuje na vysokej úrovni a len mierne klesá – z 1 597 programov v školskom roku 2022/2023 na 1 534 programov v roku 2024/2025 (*graf 3*). Tento vývoj potvrdzuje stabilnú orientáciu zariadení na internú tvorbu preventívnych intervencií, ktoré umožňujú flexibilné prispôsobovanie sa potrebám škôl a cieľových skupín. Autorské programy zaznamenali výraznejšie výkyvy, s kulmináciou v školskom roku 2023/2024 a následným poklesom v roku 2024/2025. Naopak, kombinované programy vykazujú postupný nárast a v ostatnom sledovanom roku dosiahli 804 programov, čo poukazuje na rastúcu tendenciu prepájania vlastných prístupov s overenými externými metodikami. Programy schválené Ministerstvom školstva, výskumu, vývoja a mládeže SR zostávajú vo všetkých rokoch najmenej zastúpenou kategóriou, čo naznačuje, že centrálne schválené programy zohrávajú v praxi skôr doplnkovú úlohu.

Graf 3 *Vývoj počtu preventívnych programov podľa autorstva (2022/2023 – 2024/2025)*



Zdroj: CVTI SR

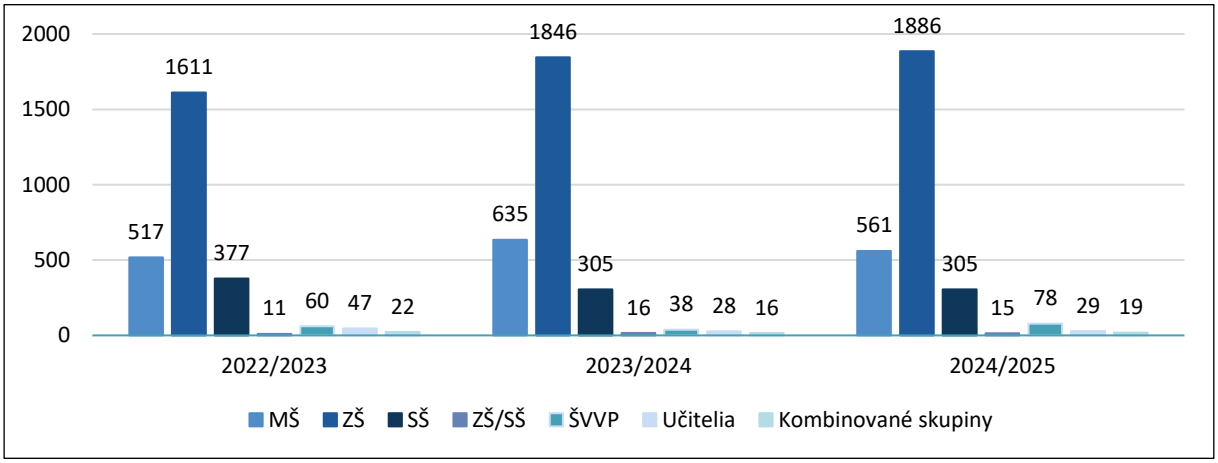
Podľa cieľových skupín sa potvrdzuje výrazná orientácia preventívnych programov na žiakov základných a stredných škôl (*graf 4*). Najvyšší počet programov je dlhodobo realizovaný v základných školách, pričom ich počet v sledovanom období stabilne rastie.

Podobný, hoci menej výrazný trend možno pozorovať aj pri stredných školách.

Prevencia zameraná na materské školy je početne slabšie zastúpená, ale aj tu je zrejmý mierny nárast oproti začiatku sledovaného obdobia.

Programy určené pre žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, kombinované skupiny, ako aj aktivity zamerané na učiteľov a odborných zamestnancov zostávajú dlhodobo marginálnou súčasťou systému. To poukazuje na pretrvávajúcu orientáciu preventívnych aktivít predovšetkým na priamu prácu so žiakmi, zatiaľ čo systematické posilňovanie preventívnych kompetencií dospelých aktérov v školskom prostredí zatiaľ nie je prioritou.

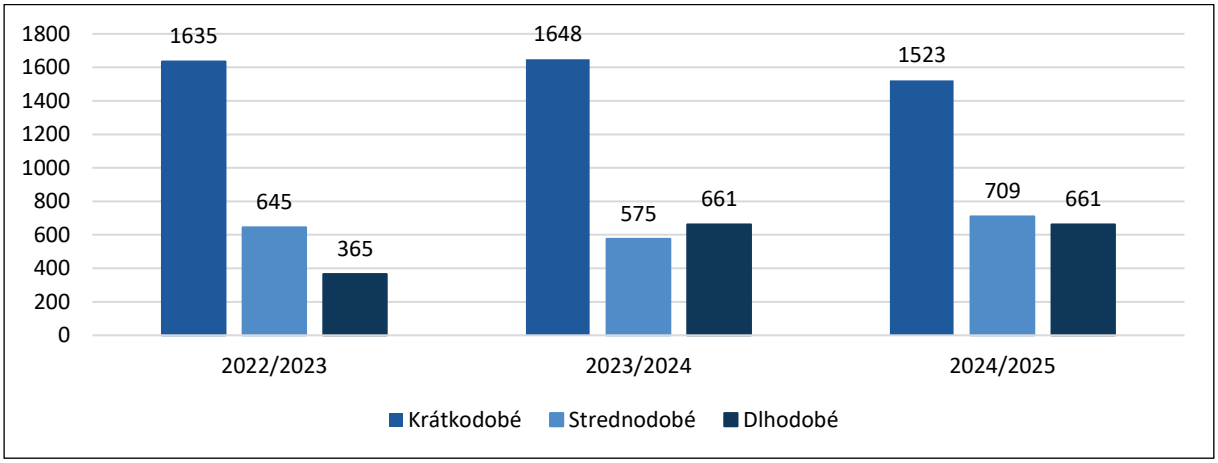
Graf 4 *Vývoj počtu preventívnych programov podľa cieľových skupín (2022/2023 – 2024/2025)*



Zdroj: CVTI SR

Podľa dĺžky realizácie preventívnych programov pretrváva dominancia krátkodobých intervencií *(graf 5)*, hoci ich počet v ostatnom sledovanom roku mierne klesol. Napriek tomu sú krátkodobé programy naďalej najrozšírenejšou formou prevencie. Zároveň je však zreteľný nárast strednodobých a dlhodobých programov, ich zastúpenie sa v porovnaní s predchádzajúcimi rokmi posilnilo. Tento posun možno interpretovať ako postupný odklon od prevažne jednorazových intervencií smerom k systematickejším a kontinuálnejším formám prevencie, ktoré sú podľa odborných zdrojov účinnejšie pri ovplyvňovaní správania a postojov detí a mladých ľudí (Nation et al., 2003; OECD, 2021).

Graf 5 *Vývoj počtu preventívnych programov podľa obdobia realizácie (2022/2023 – 2024/2025)*

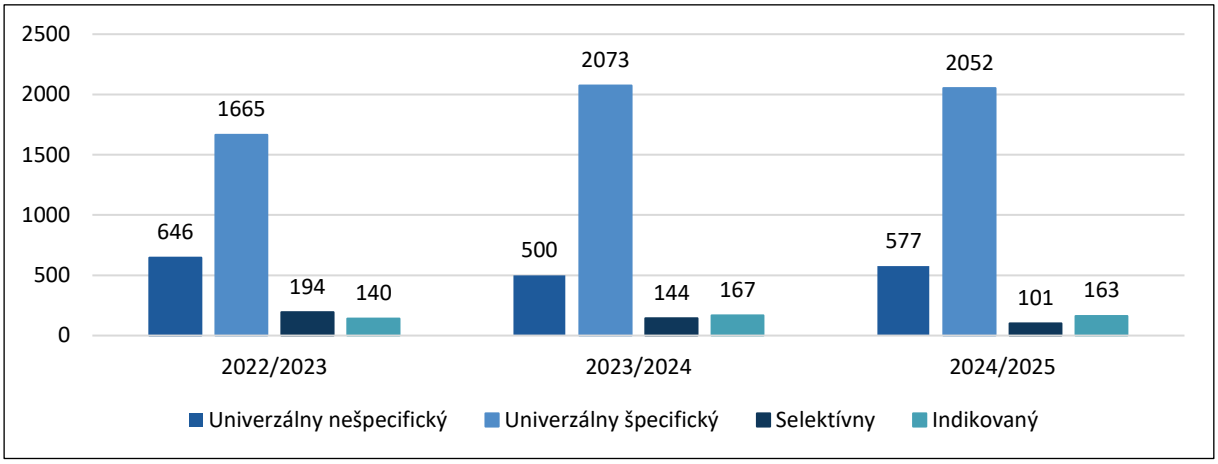


Zdroj: CVTI SR

Podľa typu prevencie dominujú vo všetkých sledovaných obdobiach univerzálne špecifické preventívne programy *(graf 6)*, ich počet výrazne vzrástol a v ostatnom sledovanom roku zostáva na vysokej úrovni. Univerzálne nešpecifické programy vykazujú relatívne stabilné zastúpenie s miernym nárastom. Selektívne a indikované formy prevencie sú menej časté a ich počet v sledovanom období skôr stagnuje. Tento stav poukazuje na pretrvávajúcu orientáciu preventívnych aktivít najmä na plošnú populáciu

žiakov, zatiaľ čo systematická práca s rizikovými skupinami a jednotlivcami zostáva menej rozvinutá, napriek dôrazom odbornej literatúry na význam selektívnej a indikovej prevencie (Gordon, 1983; Nation et al., 2003).

Graf 6 *Vývoj počtu preventívnych programov podľa obdobia realizácie (2022/2023 – 2024/2025)*



Zdroj: CVTI SR

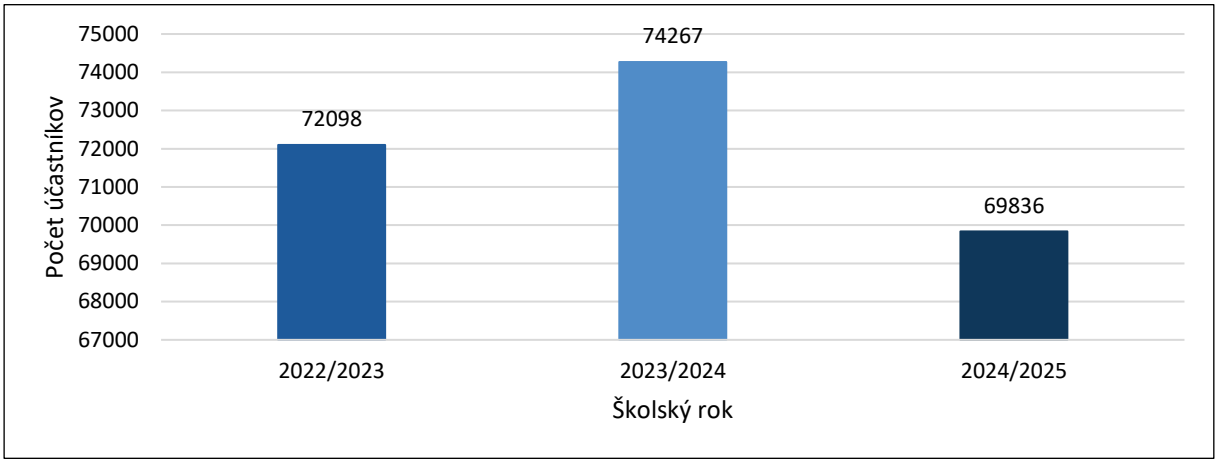
Možno konštatovať, že štruktúra preventívnych programov v systéme poradenstva a prevencie je charakteristická vysokým podielom vlastných programov, orientáciou na žiacku populáciu základných a stredných škôl a dominanciou krátkodobých, univerzálne zameraných foriem prevencie. Zistenia poukazujú na výrazný odborný potenciál zariadení a ich schopnosť flexibilne reagovať na potreby škôl, zároveň naznačujú priestor pre systematickejšie posilňovanie dlhodobých, selektívnych a viacúrovňových preventívnych prístupov, ktoré sú považované za účinnejšie pri predchádzaní rozvoju rizikového správania v školskom prostredí (Nation et al., 2003; OECD, 2021).

Dosah preventívnych programov: počet účastníkov

Dosah preventívnych programov možno hodnotiť nielen podľa ich počtu, ale aj podľa počtu osôb, ktoré sa na nich reálne zúčastnili. Tento ukazovateľ poskytuje dôležitú informáciu o tom, do akej miery preventívne aktivity zasahujú cieľové skupiny a aký je ich potenciálny spoločenský dosah. V sledovanom období školských rokov 2022/2023 až 2024/2025 sa pritom ukazuje zaujímavý, zdanlivo paradoxný vývoj: *zatiaľ čo počet realizovaných preventívnych programov zostáva stabilný alebo mierne rastie, počet ich účastníkov má klesajúcu tendenciu.*

Ako znázorňuje *graf 7,* v školskom roku 2022/2023 sa preventívnych programov zúčastnilo 72 098 osôb, v roku 2023/2024 došlo k miernemu nárastu na 74 267 účastníkov. Tento trend sa však v školskom roku 2024/2025 neudržal – počet účastníkov klesol na 69 836, čo je pokles o viac než 4 400 osôb oproti predchádzajúcemu roku a zároveň najnižšia hodnota v sledovanom období. Stabilita programovej ponuky tak nekorešponduje so stabilitou počtu zapojených účastníkov, to naznačuje zmenu charakteru preventívnych aktivít.

Graf 7 *Vývoj počtu účastníkov preventívnych programov (2022/2023 – 2024/2025)*



Zdroj: CVTI SR

Jedným z možných vysvetlení tohto vývoja je posun preventívnej praxe smerom k dlhodobejším a intenzívnejším formám práce. Ako ukazujú údaje o trvaní programov, v sledovanom období narástol počet strednodobých a dlhodobých programov, zatiaľ čo krátkodobé intervencie zaznamenali mierny pokles. Dlhodobé programy sú spravidla realizované v menších skupinách, pracujú s rovnakým kolektívom opakovane a kladú dôraz na kontinuitu a kvalitu procesu, čo môže viesť k nižšiemu celkovému počtu účastníkov, no potenciálne k vyššiemu individuálnemu dopadu.

Ďalším faktorom môžu byť kapacitné limity škôl, aj samotných centier poradenstva a prevencie. Organizácia preventívnych programov je personálne aj časovo náročná, najmä ak ide o aktivity realizované počas vyučovania alebo v úzkej spolupráci s pedagogickým zborom. V prostredí zvýšeného zaťaženia škôl môže byť preto preferovaná práca s menšími skupinami žiakov pred plošnými intervenciami, čo sa následne odráža v znižujúcom sa počte účastníkov.

Tabuľka 2 *Počet účastníkov preventívnych programov podľa kraja (šk. r. 2024/2025)*

Kategória	Počet účastníkov	Podiel (%)
BA	4 242	6,1
TT	3 983	5,7
TN	7 728	11,1
NR	2 243	3,2
ZA	21 336	30,6
BB	16 144	23,1
PO	5 762	8,3
KE	8 398	12,0

Poznámka: Podiel (%) sa vzťahuje na celkový počet účastníkov PP v SR v šk. roku 2024/2025 (N = 69 836). Zdroj: CVTI SR.

Významnú úlohu zohrávajú aj regionálne rozdiely. *Tabuľka 2* ukazuje, že rozloženie účastníkov preventívnych programov v školskom roku 2024/2025 len čiastočne kopíruje rozloženie počtu realizovaných programov. Najvyšší počet účastníkov bol zaznamenaný

v Žilinskom (21 336 osôb) a v Banskobystrickom kraji (16 144 osôb), to naznačuje, že v týchto regiónoch majú preventívne programy nielen vysokú frekvenciu, ale aj relatívne široký dosah. Naopak, v Nitrianskom, Trnavskom a Bratislavskom kraji je počet účastníkov výrazne nižší, čo môže odrážať menšie skupiny, odlišnú organizačnú prax alebo regionálne priority v oblasti prevencie.

Zároveň sa ukazuje, že niektoré kraje s nižším počtom preventívnych programov dosahujú vyšší počet účastníkov na jeden program, zatiaľ čo regióny s vysokou programovou aktivitou častejšie pracujú s menšími skupinami. To naznačuje, že preventívna prax nie je homogénna a že zariadenia v jednotlivých regiónoch volia rozdielne stratégie – buď širší zásah s vyšším počtom účastníkov, alebo intenzívnejšiu prácu s menšími skupinami.

Celkovo možno konštatovať, že pokles počtu účastníkov preventívnych programov nemožno automaticky interpretovať ako oslabenie preventívnej činnosti. Skôr poukazuje na kvalitatívnu zmenu v spôsobe realizácie prevencie – smerom k cielenejším, dlhodobejším a odborne náročnejším formám práce. Tento trend je v súlade so súčasnými odbornými prístupmi v oblasti prevencie, ale zároveň otvára otázku, ako zabezpečiť rovnováhu medzi kvalitou preventívnych intervencií a ich dostupnosťou pre čo najširší okruh detí a mladých ľudí.

Diskusia

Zistenia analýzy preventívnych programov realizovaných v systéme poradenstva a prevencie v rokoch 2022/2023 až 2024/2025 poukazujú na viaceré významné trendy s implikáciami pre plánovanie a rozvoj preventívnych aktivít v školskom prostredí. Výsledky potvrdzujú stabilnú pozíciu prevencie ako integrálnej súčasti práce zariadení poradenstva a prevencie, zároveň však odhaľujú štrukturálne a kapacitné limity, ktoré môžu ovplyvňovať jej dosah a účinnosť.

Jedným z kľúčových zistení je vysoký a dlhodobo stabilný podiel vlastných preventívnych programov. Táto skutočnosť svedčí o výraznom odbornom potenciáli pracovníkov systému, ich schopnosti reagovať na lokálne potreby škôl a flexibilne prispôsobovať obsah programov cieľovým skupinám. Relatívne nízke zastúpenie programov schválených rezortom a overených autorských modelov však poukazuje na riziko fragmentácie preventívnej praxe a nerovnomernej kvality intervencií, čo zvyšuje potrebu systematickejšieho prepájania vlastnej tvorby s overenými metodikami.

Podľa cieľových skupín dominuje orientácia prevencie na žiakov základných škôl, čo je v súlade s dôrazom na včasnú prevenciu. Nižšie zastúpenie programov pre stredné školy, rodičov a učiteľov však naznačuje obmedzené využívanie komplexného preventívneho prístupu, ktorý by zahŕňal širšie školské a rodinné prostredie.

Výrazná prevaha krátkodobých a univerzálnych programov poukazuje na orientáciu systému na plošné preventívne zásahy. Súčasne však nízke zastúpenie dlhodobých a selektívnych programov naznačuje obmedzené kapacity reagovať na potreby rizikových

skupín, hoci práve tieto formy sú v odbornej literatúre považované za účinnejšie pri komplexných formách rizikového správania.

Osobitnú pozornosť si zasluhuje paradox stability počtu preventívnych programov pri súčasnom poklese počtu účastníkov. Tento jav možno interpretovať ako posun smerom k intenzívnejšej práci v menších skupinách a k dlhodobejším intervenciám, ktoré znižujú kvantitatívny dosah, ale môžu zvyšovať kvalitu preventívneho pôsobenia. Regionálne rozdiely v počte účastníkov zároveň naznačujú nerovnomernú dostupnosť prevencie, čo poukazuje na potrebu citlivejšieho regionálneho plánovania.

Výsledky celkovo naznačujú, že systém poradenstva a prevencie disponuje stabilným základom, avšak jeho ďalší rozvoj si vyžaduje strategickejšie smerovanie, najmä v oblasti podpory dlhodobých a selektívnych programov a rozširovania práce s rodičmi a pedagogickými zamestnancami.

Záver a odporúčania pre prax

Analýza preventívnych programov realizovaných v systéme poradenstva a prevencie potvrdzuje, že prevencia je stabilnou a pevne zakotvenou súčasťou odborných činností zariadení. Kontinuálny počet realizovaných programov poukazuje na dlhodobý záujem škôl o preventívne aktivity, aj na odbornú pripravenosť pracovníkov poradenstva a prevencie. Zároveň však výsledky odhaľujú viaceré štrukturálne výzvy, ktoré môžu limitovať účinnosť a udržateľnosť preventívnych zásahov.

Jedným z kľúčových zistení je výrazná orientácia systému na krátkodobé a univerzálne preventívne programy. Hoci tieto formy umožňujú osloviť široké spektrum žiakov, len v obmedzenej miere reagujú na potreby rizikových skupín. Pre prax z toho vyplýva potreba systematicky posilňovať selektívnu a indikovanú prevenciu, najmä pre žiakov so zvýšeným rizikom problémového správania alebo psychických ťažkostí.

Výsledky zároveň poukazujú na vysoký podiel vlastných preventívnych programov, čo možno vnímať ako prejav odborného potenciálu zariadení. Pre ďalší rozvoj praxe je však dôležité dôslednejšie prepájať vlastnú tvorbu s overenými preventívnymi modelmi a systematicky pracovať s hodnotením účinnosti programov, vrátane spätnej väzby od škôl a účastníkov.

Zistený nesúlad medzi stabilným počtom preventívnych programov a klesajúcim počtom účastníkov naznačuje, že hodnotenie prevencie by nemalo vychádzať výlučne z kvantitatívnych ukazovateľov. Kvalitatívne aspekty, ako intenzita práce, kontinuita intervencie a prepojenie s prostredím školy, sú pre posudzovanie účinnosti rovnako dôležité.

Regionálne rozdiely v dosahu preventívnych programov poukazujú na potrebu diferencovaného regionálneho plánovania a lepšieho zohľadňovania kapacitných možností jednotlivých zariadení. Posilnenie spolupráce na regionálnej úrovni môže prispieť k efektívnejšiemu využívaniu existujúcich zdrojov.

Na záver možno konštatovať, že systém prevencie na Slovensku disponuje pevnými základmi, avšak jeho ďalší rozvoj si vyžaduje strategické posilňovanie kvality, cielenosti a prepojenia jednotlivých úrovní preventívneho pôsobenia.

Zdroje

GORDON, R. S., 1983. *An operational classification of disease prevention*. Public Health Reports. 98(2), 107–109. Dostupné na: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6856733/

NÁRODNÝ INŠTITÚT VZDELÁVANIA A MLÁDEŽE (NIVAM), 2023. *Prevencia na podporu fyzického zdravia a duševného zdravia a prevencia rizikového správania v škole*. Bratislava: NIVAM. Dostupné na: https://podporneopatrenia.minedu.sk/data/att/134/27422.7fa195.pdf

MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VÝSKUMU, VÝVOJA A MLÁDEŽE SLOVENSKEJ REPUBLIKY (MŠVVaM SR), 2025. *Metodické usmernenie pre zariadenia poradenstva a prevencie k zaznamenávaniu výkonov do systému EvuPP od septembra 2025* (č. 2025/15636:1-E1660). Bratislava: MŠVVaM SR. Dostupné na: https://www.minedu.sk/data/att/6af/34501.9571d8.pdf

NATION, M., CRUSTO, C., WANDERSMAN, A., KUMPFER, K. L., SEYBOLT, D., MORRISSEY-KANE, E. a DAVINO, K., 2003. *What works in prevention: Principles of effective prevention programs*. American Psychologist. 58(6–7), 449–456. Dostupné na: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12971191/

OECD, 2021. *Education at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/b35a14e5-en. Dostupné na: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2021/09/education-at-a-glance-2021_dd45f55e/b35a14e5-en.pdf

SMAHEL, D. et al., 2020. *EU Kids Online 2020: Survey results from 19 countries*. EU Kids Online. https://doi.org/10.21953/lse.47fdeqj01ofo. Dostupné na: https://www.eukidsonline.ch/files/Eu-kids-online-2020-international-report.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) a UNESCO, 2021. *WHO guideline on school health services*. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-002939-2. Dostupné na: https://www.who.int/publications/i/item/9789240029392

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2025. *Mental health of adolescents*. WHO Fact sheet. Dostupné na: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

Úzkosť, stres, depresia a sociálno-emocionálne zdravie u stredoškolských žiakov: koreláty, rodové rozdiely a implikácie pre školskú psychológiu

Eva GAJDOŠOVÁ – Erik RADNÓTI – Marianna SEČÍKOVÁ

Paneurópska vysoká škola, Fakulta psychológie,
Ústav školskej a pracovnej psychológie, Bratislava

Abstrakt: *v tejto štúdii sme sa pozreli na to, ako sa sociálno-emocionálne zdravie stredoškolákov spája s ich prežívaním depresie, úzkosti a stresu. Zaujímalo nás tiež, či sa tieto ukazovatele líšia medzi dievčatami a chlapcami, v rôznych vekových skupinách a podľa rodinného zázemia (typ rodiny, počet súrodencov). Výskumu sa zúčastnilo 181 žiakov jednej strednej odbornej školy vo veku 15 až 19 rokov (priemerný vek 17,15 roka; 71,3 % dievčat). Sociálno-emocionálne zdravie sme merali dotazníkom Social Emotional Health Survey-Secondary (SEHS-S; Furlong et al., 2020) a depresiu, úzkosť a stres dotazníkom Depression Anxiety Stress Scales (DASS-42; Lovibond & Lovibond, 1995). Pri analýze dát sme použili neparametrické štatistické metódy, najmä Spearmanov korelačný koeficient, Mann-Whitneyho U test a korelačný pomer eta. Zistili sme, že čím vyššie bolo celkové sociálno-emocionálne zdravie žiakov, tým nižšia bola ich miera depresie, úzkosti a stresu. Najsilnejšie negatívne vzťahy sa ukázali pri dimenzii životná zaangažovanosť, ktorá zahŕňa napríklad optimizmus či vďačnosť; pri depresii išlo o vzťah strednej sily. Dievčatá mali v priemere vyššie skóre depresie, úzkosti a stresu a zároveň nižšiu úroveň sociálno-emocionálneho zdravia než chlapci, zatiaľ čo typ rodiny a počet súrodencov nezohrali významnú úlohu. Výsledky podporujú tzv. duálny model duševného zdravia, podľa ktorého nie je podstatné len to, či mladí ľudia nemajú psychické ťažkosti, ale aj to, či majú pozitívne psychologické zdroje. Sociálno-emocionálne zdravie sa v našej vzorke ukázalo ako dôležitý ochranný faktor voči úzkosti, stresu a depresii v školskom prostredí.*

Kľúčové slová: *sociálno-emocionálne zdravie, depresia, úzkosť, stres, adolescenti, kovitalita, rodové rozdiely.*

Úvod

Duševné zdravie adolescentov patrí medzi kľúčové témy modernej psychológie, pretože dospievanie je obdobím intenzívnych telesných, emocionálnych, poznávacích aj sociálnych zmien. Tieto zmeny môžu zvyšovať zraniteľnosť voči psychickým ťažkostiam, ale zároveň vytvárajú priestor na rozvoj osobných a sociálnych zdrojov, ktoré mladým ľuďom pomáhajú zvládať záťaž a budovať odolnosť (Jaworska & MacQueen, 2015; World Health Organization, 2025). Škola pritom neplní len vzdelávaciu funkciu – je aj dôležitým

prostredím, v ktorom sa vytvárajú vzťahy, prekonávajú náročné situácie a formuje sa psychická pohoda adolescentov (Pilková, 2017; Švamberk Šauerová & Jirásková, 2023). V súčasných prístupoch sa duševné zdravie nevníma len ako neprítomnosť diagnóz či symptómov, ale aj ako prítomnosť pozitívnych zdrojov, medzi ktoré patria psychologické silné stránky a sociálna opora (Galderisi et al., 2015; Keyes, 2002; World Health Organization, n.d.). V tomto kontexte naberá na význame pojem sociálno-emocionálne zdravie, ktoré Furlong a kolegovia (2014, 2020) popisujú ako viacrozmerný konštrukt zahŕňajúci rôzne aspekty pozitívneho fungovania adolescentov. Opiera sa o koncept kovitality – teda súčasný výskyt viacerých pozitívnych psychologických charakteristík, ktorých spoločný efekt je silnejší než účinok každej z nich samostatne (Furlong et al., 2020).

Popri tom sa v adolescencii relatívne často objavujú depresívne, úzkostné a stresové symptómy, ktoré môžu negatívne ovplyvniť školský výkon, vzťahy s rovesníkmi aj celkovú kvalitu života (Shrestha et al., 2023; Dong et al., 2025; Luo et al., 2026). Slovenské údaje zo štúdie HBSC (2021/2022) poukazujú na výrazné rodové a vekové rozdiely, pričom u dievčat vo vyššej adolescencii sa subjektívna pohoda zhoršuje a depresívne a úzkostné symptómy sú častejšie než u chlapcov (Bakalár et al., 2023).

Doterajšie výskumy ukazujú, že vyššia úroveň sociálno-emocionálneho zdravia sa spája s priaznivejšími ukazovateľmi psychického fungovania, kým nižšia kovitalita súvisí s väčšou psychickou nepohodou (Furlong et al., 2014; Petrulyté et al., 2024; Radnóti & Holbling, 2020). Stále však nie je celkom jasné, ktoré konkrétne dimenzie sociálno-emocionálneho zdravia najviac súvisia s úzkosťou, stresom a depresiou a aký význam majú pritom demografické faktory – pohlavie, vek, typ rodiny či počet súrodencov.

Cieľom tejto štúdie je preto po prvé preskúmať vzťah medzi celkovým sociálno-emocionálnym zdravím (a jeho jednotlivými dimenziami) a mierou depresívnych, úzkostných a stresových symptómov a po druhé zistiť, do akej miery tieto premenné súvisia s pohlavím, vekom, typom rodiny a počtom súrodencov. Teoretickým východiskom je duálny model duševného zdravia (Keyes, 2002; Suldo & Shaffer, 2008; Westerhof & Keyes, 2009), ktorý zdôrazňuje potrebu skúmať pozitívnu aj negatívnu dimenziu duševného zdravia súčasne (Magalhães, 2024).

Metóda

Účastníci a výber

Výskum sa uskutočnil v jednej strednej odbornej škole na Slovensku v 1. až 4. ročníku, pričom sme použili zámerný výber žiakov. Dotazník sme distribuovali online cez Google Forms po získaní písomného súhlasu riaditeľa školy; účasť bola dobrovoľná a anonymná. Celkovo sa zapojilo 181 žiakov vo veku 15 až 19 rokov (M = 17,15; SD = 1,128; medián = 17 rokov), pričom významne prevažovali dievčatá (71,3 %). Väčšina respondentov vyrastala v úplnej rodine (72,4 %), zvyšok v neúplných rodinách, v striedavej starostlivosti alebo u iných príbuzných; základné demografické údaje sú v *tabuľke 1*.

Tabuľka 1 *Vybrané charakteristiky výskumného súboru (n = 181)*

Premenná	Kategória	n	%
Pohlavie	muž	52	28,7
	žena	129	71,3
Typ rodiny	úplná rodina	131	72,4
	neúplná rodina	39	21,5
	striedavá starostlivosť	9	5,0
	iní príbuzní	2	1,1
Vek	15 rokov	10	5,5
	16 rokov	50	27,6
	17 rokov	47	26,0
	18 rokov	51	28,2
	19 rokov	23	12,7

Výskumné nástroje

Sociálno-emocionálne zdravie

sme merali dotazníkom *Social Emotional Health Survey-Secondary* (SEHS-S; Furlong et al., 2020). Dotazník obsahuje 36 položiek hodnotených na 4-bodovej škále od *„úplne nepravdivé“* po *„veľmi pravdivé“*. SEHS-S poskytuje celkový index kovitality a štyri hlavné domény: sebadôvera (sebaúčinnosť, sebauvedomenie, vytrvalosť), dôvera v iných (súdržnosť rodiny, podpora rovesníkov, podpora školy), emocionálna kompetencia (regulácia emócií, empatia, sebakontrola správania) a životná zaangažovanosť (vďačnosť, optimizmus, nadšenie). Slovenská verzia SEHS-S-2020 bola validovaná a vykazuje dobrú reliabilitu (α celkového skóre = 0,87; domény α = 0,70–0,88; Gajdošová et al., 2025), pričom v našom súbore sme zaznamenali veľmi vysokú vnútornú konzistenciu (α = 0,919).

Depresiu, úzkosť a stres

sme zisťovali pomocou dotazníka *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS-42; Lovibond & Lovibond, 1995) v slovenskej verzii (Hajdúk & Boleková, 2015). DASS-42 obsahuje 42 položiek rozdelených do troch subškál (depresia, úzkosť, stres) s odpoveďami na 4-bodovej Likertovej škále (0–3), pričom slovenská verzia preukazuje vysokú vnútornú konzistenciu (α pre depresiu = 0,94; úzkosť = 0,88; stres = 0,90) a dobrú konvergentnú validitu vo vzťahu k sebaúcte a životnej spokojnosti.

Postup a štatistická analýza

Zber dát prebiehal v akademickom roku 2025/2026 a žiaci vypĺňali dotazníky počas vyučovania v školských podmienkach prostredníctvom online formulára. Pri analýze sme vychádzali z toho, že ide o nenáhodný výber a dáta nie sú striktne normálne rozložené; preto sme uprednostnili neparametrické štatistické metódy. Na zisťovanie vzťahov medzi kvantitatívnymi premennými sme použili Spearmanov korelačný koeficient (r), pri vzťahoch s nominálnymi premennými korelačný pomer eta (η, resp. ηmod)

a na porovnanie dvoch skupín (napr. chlapci vs. dievčatá) Mann-Whitneyho U test. Vecnú významnosť rozdielov sme posudzovali pomocou Cohenovho d a hladinu štatistickej významnosti sme stanovili na $\alpha = 0,05$.

Výsledky

Deskriptívna analýza

Žiaci v priemere hodnotili svoje sociálno-emocionálne zdravie skôr pozitívne: priemerné skóre bolo M = 2,82 (SD = 0,463; Mdn = 2,86; IQR = 0,76) na škále od 1 do 4. Najvyššie mediány dosiahli dimenzie *Emocionálna kompetencia* (Mdn = 3,11; IQR = 0,78) a *Dôvera v iných* (Mdn = 3,00; IQR = 0,89), kým najnižšie skóre mala *Sebadôvera* (M = 2,63; SD = 0,508), čo môže signalizovať slabšie vnímanie vlastnej vytrvalosti či sebaúčinnosti. Z jednotlivých psychologických indikátorov vychádzala najvyššie *Podpora školy* (Mdn = 3,67) a najslabšie *Vytrvalosť* (Mdn = 2,00), čo poskytuje dôležité východisko pre intervencie zamerané na vytrvalosť a motiváciu.

Pri negatívnych ukazovateľoch (depresia, úzkosť, stres) sa najvýraznejšou oblasťou ukázala úzkosť, ktorá dosahovala vyššie skóre než depresia a stres. Tento obraz je v súlade s novšími štúdiami, ktoré upozorňujú na vysokú prevalenciu úzkostných symptómov v stredoškolskej populácii (Barnawi et al., 2023; Dong et al., 2025).

Korelácie SEHS-S a DASS-42

Spearmanova korelačná analýza ukázala, že celkové sociálno-emocionálne zdravie významne negatívne koreluje so všetkými tromi dimenziami DASS-42: depresia ($r = -0,295$; $p < 0,001$), stres ($r = -0,194$; $p = 0,009$) a úzkosť ($r = -0,179$; $p = 0,016$). V praxi to znamená, že u žiakov s vyššou úrovňou sociálno-emocionálneho zdravia je pravdepodobnosť vyššej psychickej záťaže nižšia, pričom najsilnejší vzťah sa týka depresívnych symptómov.

Na úrovni dimenzií SEHS-S sa ako kľúčová ukázala *Životná zaangažovanosť*, ktorá mala pri depresii vzťah strednej sily ($r = -0,442$; $p < 0,001$) a zároveň významné negatívne vzťahy s úzkosťou ($r = -0,268$; $p < 0,001$) a stresom ($r = -0,290$; $p < 0,001$). Sebadôvera takisto negatívne korelovala so všetkými tromi dimenziami, hoci o niečo slabšie (depresia: $r = -0,256$; úzkosť: $r = -0,201$; stres: $r = -0,228$; všetky $p < 0,01$). Naopak, *Dôvera v iných* a *Emocionálna kompetencia* nevykázali štatisticky významné vzťahy so skúmanými indikátormi záťaže, čo naznačuje, že nie všetky aspekty sociálno-emocionálneho zdravia majú rovnakú ochrannú funkciu.

Na úrovni jednotlivých aspektov vychádzali ako kľúčové najmä sebauvedomenie, vďačnosť, nadšenie a optimizmus, ktoré mali výrazné negatívne vzťahy k depresii (napr. sebauvedomenie: $r = -0,462$; vďačnosť: $r = -0,415$; všetky $p < 0,001$). Zaujímavým, z hľadiska praxe dôležitým nálezom, bol pozitívny vzťah medzi empatiou a všetkými tromi dimenziami DASS-42 (depresia: $r = 0,188$; úzkosť: $r = 0,303$; stres: $r = 0,290$; všetky $p <$

0,05), čo naznačuje, že empatickejší žiaci v tejto vzorke prežívali vyššiu mieru úzkosti, stresu a depresie. Podpora rovesníkov negatívne korelovala s depresiou, úzkosťou aj stresom, čo opäť potvrdzuje význam rovesníckych vzťahov ako ochranného faktora.

Tabuľka 2 *Vzťahy medzi sociálno-emocionálnym zdravím a dimenziami depresia, úzkosť, stres (n = 181)*

Premenná	r	p
Sociálno-emocionálne zdravie × Depresia	−0,295	<0,001
Sociálno-emocionálne zdravie × Úzkosť	−0,179	0,016
Sociálno-emocionálne zdravie × Stres	−0,194	0,009

Vek, typ rodiny a počet súrodencov

Podľa veku sme zaznamenali štatisticky významný pozitívny vzťah len pri depresii (r = 0,207; p = 0,005), čo naznačuje mierny nárast depresívnych symptómov s pribúdajúcim vekom. Úzkosť (r = −0,023; p = 0,756), stres (r = −0,031; p = 0,683) ani celkové sociálno-emocionálne zdravie (r = 0,014; p = 0,855) nevykazovali významné korelácie s vekom a pri porovnaní vekových skupín sa nepreukázali štatisticky významné rozdiely v miere depresie, úzkosti ani stresu. Starší žiaci (18 – 19 rokov) však mali vyššiu úroveň celkového sociálno-emocionálneho zdravia než mladší (15 – 17 rokov; U = 3167,5; p = 0,022; d = 0,35).

Typ rodiny (úplná vs. neúplná) nevykázal významné vzťahy so žiadnou z dimenzií DASS-42, ani so sociálno-emocionálnym zdravím (všetky η/ηmod < 0,14) a rovnako sa nepreukázali rozdiely v úrovni depresie, úzkosti, stresu či sociálno-emocionálneho zdravia medzi žiakmi z rôznych rodinných štruktúr. Ani počet súrodencov sa neukázal ako významný diferenciačný faktor.

Rodové rozdiely

Rodová analýza preukázala konzistentné a štatisticky významné rozdiely: dievčatá dosahovali vyššie skóre depresie (ηmod = 0,205), úzkosti (ηmod = 0,304) a stresu (η = 0,237) a zároveň nižšie celkové sociálno-emocionálne zdravie (η = 0,269) v porovnaní s chlapcami. Najsilnejší vzťah pohlavia sa objavil pri úzkosti, kde ide o vzťah nízkej až strednej sily, čo je v súlade s medzinárodnými aj slovenskými zisteniami o vyššej zraniteľnosti dievčat voči úzkostným symptómom (Penninx et al., 2021; Barnawi et al., 2023; Bakalár et al., 2023). Výsledky nadväzujú aj na predchádzajúce slovenské výskumy, v ktorých chlapci vykazovali vyššie sociálno-emocionálne zdravie než dievčatá (Gajdošová et al., 2018).

Tabuľka 3 *Rodové rozdiely v úzkosti, strese, depresii a sociálno-emocionálnom zdraví (n = 181)*

Premenná	Muži (Mdn)	Ženy (Mdn)
Depresia (ηmod = 0,205)	nižší	vyšší
Úzkosť (ηmod = 0,304)	nižší	vyšší
Stres (η = 0,237)	nižší	vyšší
Sociálno-em. zdravie (η = 0,269)	vyšší	nižší

Diskusia

Výsledky našej štúdie prinášajú viacero prakticky významných zistení pre školských psychológov a učiteľov, ktorí pracujú s adolescentmi v školskom prostredí. Celkové sociálno-emocionálne zdravie žiakov sa ukázalo ako významná ochranná premenná vo vzťahu k depresii, úzkosti a stresu, čo podporuje predpoklad, že posilňovanie pozitívnych psychologických zdrojov môže znižovať psychickú záťaž. Tento záver je v súlade s prácami Furlonga a kolegov (2014), Radnótiho a Holblingovej (2020), ktoré dokumentujú pozitívnu úlohu kovitality v živote mladých ľudí.

Detailnejšia analýza poukázala najmä na význam *Životnej zaangažovanosti* a *Sebadôvery*, ktoré boli úzko spojené s nižšou mierou psychickej záťaže. *Životná zaangažovanosť* (zahŕňajúca optimizmus, vďačnosť, nadšenie) sa v literatúre spája s vyššou psychickou odolnosťou a nižším rizikom depresie (Carver et al., 2010; Emmons & McCullough, 2003), čo naše výsledky podporujú aj v prostredí slovenských stredných škôl. Naopak, *Dôvera v iných* a *Emocionálna kompetencia* neprejavili významné vzťahy so skúmanými indikátormi záťaže, čo naznačuje diferencovanejší obraz, než by sa očakávalo z niektorých predchádzajúcich štúdií.

Za pozornosť stojí aj pozitívny vzťah empatie k depresii, úzkosti a stresu: empatickejší žiaci v našom súbore vykazovali vyššiu psychickú záťaž. Jednou z možných interpretácií je, že vysoká citlivosť na prežívanie druhých môže zvyšovať vlastné emočné zaťaženie, najmä ak chýbajú dobre rozvinuté stratégie regulácie emócií (Decety & Cowell, 2015). Je to oblasť, ktorá si podľa nášho názoru vyžaduje ďalšie longitudinálne výskumy, aby sme lepšie porozumeli tomu, za akých podmienok empatia pôsobí ako rizikový a za akých ako ochranný faktor.

Potvrdila sa aj významná úloha rovesníckej podpory: žiaci s nižšou mierou podpory od rovesníkov vykazovali vyššiu mieru depresie, úzkosti a stresu, čo nadväzuje na literatúru zdôrazňujúcu kľúčový význam rovesníckych vzťahov v adolescencii (Bora & Vaida, 2023; Kiefer et al., 2015; Milenkova & Nakova, 2023). Pre školy to znamená, že programy zamerané na podporu triednej klímy, spoluprácu a sociálnu inklúziu môžu priamo prispieť k znižovaniu psychickej záťaže žiakov.

Rodové rozdiely, ktoré sme identifikovali, sú klinicky významné a v praxi ľahko rozpoznateľné: dievčatá vykazovali vyššiu mieru depresie, úzkosti a stresu a zároveň nižšie sociálno-emocionálne zdravie. Tento profil je v súlade s medzinárodnými aj domácimi zisteniami a podporuje potrebu cielenejšej prevencie a intervencie zameranej na dievčatá, najmä v staršej adolescencii (Penninx et al., 2021; Barnawi et al., 2023; Bakalár et al., 2023; Gajdošová et al., 2018). Vek sa ukázal ako faktor najmä pri depresii – starší žiaci vykazovali mierne vyššiu mieru depresívnych symptómov, ale zároveň vyššiu úroveň sociálno-emocionálneho zdravia, čo môže naznačovať komplexnejší vývinový obraz a potrebu citlivého pedagogického prístupu v ostatných ročníkoch strednej školy.

Typ rodiny a počet súrodencov sa v našej vzorke nepreukázali ako významné faktory, čo je v súlade s prácami, ktoré poukazujú na dôležitejšiu úlohu kvality vzťahov a emocionálnej podpory v rodine než samotnej rodinnej štruktúry (Kamaryati &

Malathum, 2020; Milenkova & Nakova, 2023). Výsledky tak podporujú duálny model duševného zdravia (Keyes, 2002; Suldo & Shaffer, 2008; Westerhof & Keyes, 2009; Magalhães, 2024), podľa ktorého je potrebné sledovať nielen prítomnosť symptómov, ale aj úroveň pozitívnych psychologických zdrojov. V našej štúdii sa sociálno-emocionálne zdravie potvrdilo ako významný protektívny faktor v školskom prostredí (Furlong et al., 2020).

Limity

Pri interpretácii výsledkov je potrebné zohľadniť niekoľko obmedzení štúdie. Zámerný výber jednej strednej odbornej školy a nerovnomerné zastúpenie pohlavia (viac ako 70 % dievčat) obmedzujú možnosti generalizácie na širšiu stredoškolskú populáciu. Prierezový dizajn zároveň neumožňuje vyvodzovať kauzálne závery o smerovaní zistených vzťahov (napr. či nízke sociálno-emocionálne zdravie vedie k vyššej depresii, alebo naopak). Napokon, sebaposudzovacie dotazníky sú citlivé na aktuálny psychický stav respondentov aj na sociálnu žiaducnosť odpovedí, čo môže viesť k skresleniu výsledkov.

Záver a implikácie

Naše zistenia empiricky podporujú chápanie sociálno-emocionálneho zdravia ako kľúčového ochranného faktora voči depresii, úzkosti a stresu u stredoškolských žiakov. Z praktického hľadiska sa ako najperspektívnejšie ciele intervencií javia životná zaangažovanosť (optimizmus, vďačnosť, nadšenie), sebadôvera, sebauvedomenie a rovesnícka podpora, ktoré najvýraznejšie súviseli s nižšou psychickou záťažou. Zároveň sa potvrdzuje, že dievčatá, najmä v staršej adolescencii, predstavujú rizikovejšiu skupinu z hľadiska psychickej záťaže a nižšieho sociálno-emocionálneho zdravia, čo má priame implikácie pro cielené preventívne programy v školách.

Pre prax školskej psychológie a pedagogiky to poukazuje potrebu systematicky rozvíjať programy, ktoré posilňujú pozitívne psychologické zdroje, podporujú kvalitné rovesnícke vzťahy a citlivo reagujú na rodové rozdiely v prežívaní. Budúci výskum by mal tieto výsledky overiť na väčších a reprezentatívnejších vzorkách, využiť longitudinálne dizajny a doplniť analýzy o regresné modely na odhad relatívneho príspevku jednotlivých dimenzií sociálno-emocionálneho zdravia k psychickej záťaži.

Zdroje

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. (n .d.). *Anxiety*. In *APA dictionary of psychology*. American Psychological Association.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. (2015). Adolescence. In *APA dictionary of psychology*. American Psychological Association.

▣ AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. (2018). Depression. In *APA dictionary of psychology*. American Psychological Association.

▣ AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. (2018). Stress. In *APA dictionary of psychology*. American Psychological Association.

▣ BAKALÁR, P., BAŠKA, T., BOBEROVÁ, Z., BOSÁKOVÁ, L., DANKULINCOVÁ, Z., DOBIÁŠOVÁ, E., DUBAYOVÁ, T., GRENDOVÁ, K., HUSÁROVÁ, D., JANÍČKOVÁ, M., KAČMARIKOVÁ, M., KOLARČIK, P., KOPČÁKOVÁ, J., KOSTIČOVÁ, M., MADARASOVÁ GECKOVÁ, A., MACHAJOVÁ, M., OCHABA, R., RAFAJDUS, M., SOKOLOVÁ, L. & STAŠEK, A. (2023). *Sociálne determinanty zdravia školákov: HBSC – Slovensko – 2021/2022*. Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, ŠafárikPress.

▣ BANDURA, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215.

▣ BARNAWI, M. M., SONBAA, A. M., BARNAWI, M. M., ALQAHTANI, A. H. & FAIRAQ, B. A. (2023). PREVALENCE AND DETERMINANTS OF DEPRESSION, ANXIETY, AND STRESS AMONG SECONDARY SCHOOL STUDENTS. CUREUS, 15(8). BOBROWSKI, K. J., & OSTASZEWSKI, K. (2022). Risk and protective factors associated with internalizing and externalizing mental health problems among 13–15-year-old youth. *Psychiatria Polska, 56*(5), 1033–1048.

▣ BORA, A. & VAIDA, S. (2023). Social-emotional development in adolescents and friendship: A theoretical review. *Educatia 21 Journal, 24*(6).

▣ CARVER, C. S., SCHEIER, M. F. & SEGERSTROM, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 879–889.

▣ COHEN, S. & WILLS, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310–357.

▣ COUNCIL OF THE GREAT CITY SCHOOLS. (2020). *Addressing mental health and social-emotional wellness in the COVID-19 crisis: A resource guide for school districts*. Council of the Great City Schools.

▣ CURTIS, A. C. (2015). Defining adolescence. *Journal of Adolescent and Family Health, 7*(2), Article 2.

▣ DECETY, J. & COWELL, J. M. (2015). EMPATHY, JUSTICE, AND MORAL BEHAVIOR. AJOB NEUROSCIENCE, 6(3), 3–14.

▣ DELLE FAVE, A., WISSING, M. P. & BRDAR, I. (2023). Beyond polarization towards dynamic balance: Harmony as the core of mental health. *Frontiers in Psychology, 14*, 1177657.

▣ DIENER, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*(3), 542–575.

▣ DONG, T., WANG, Y. & LIN, Y. (2025). Prevalence and determinants of depression, anxiety, and stress among secondary school students. *PLOS ONE, 20*(9).

▣ DORSEY, A., SCHERER, E., ECKHOFF, R. & FURBERG, R. (2022). *Measurement of human stress: A multidimensional approach*. RTI Press.

▣ EMMONS, R. A. & MCCULLOUGH, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(2), 377–389.

▣ FURLONG, M. J., YOU, S., RENSHAW, T. L., SMITH, D. C. & O'MALLEY, M. D. (2014). Preliminary development and validation of the Social and Emotional Health Survey for secondary students. *Social Indicators Research, 117*(3), 1011–1032.

▣ FURLONG, M. J., NYLUND-GIBSON, K., DOWDY, E., WAGLE, R., HINTON, T. & CARTER, D. (2020). *Modification and standardization of Social Emotional Health Survey–Secondary: 2020 edition*. University of California, Santa Barbara.

▣ FURLONG, M. J., DOWDY, E., NYLUND-GIBSON, K., WAGLE, R., CARTER, D. & HINTON, T. (2021). Enhancement and standardization of a universal social-emotional health measure for students' psychological strengths. *Child Indicators Research, 14*(2), 635–661.

▣ GAJDOŠOVÁ, E., RADNÓTI, E. & BISAKI, V. (2018). Sociálno-emocionálne zdravie a prežívanie šťastia u študentov stredných škôl. *Školský psychológ/Školní psycholog, 19*(1), 101–111.

▣ GAJDOŠOVÁ, E., MAJERČÁKOVÁ ALBERTOVÁ, S., FURLONG, M. J., HENNELOVÁ, K., ROĽKOVÁ, H., NEWMAN, D. & DVORSKÁ, B. (2025). Validation of the Social-Emotional Health Survey SEHS-S-2020 in Slovakia. *New Directions for Child and Adolescent Development, 2025*.

▣ GALDERISI, S., HEINZ, A., KASTRUP, M., BEEZHOLD, J. & SARTORIUS, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry, 14*(2), 231–233.

▣ GROSS, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*(3), 271–299.

▣ HAJDÚK, M. & BOLEKOVÁ, V. (2015). Overenie psychometrických charakteristík slovenskej verzie škály depresie, úzkosti a stresu (DASS-42). *Psychiatrie, 19*(3), 125–128.

▣ HENNELOVÁ, K. & ČISÁRKOVÁ, K. (2020). Ako diagnostikovať duševné zdravie. In E. Gajdošová, M. Madro, & M. Valihorová (Eds.), *Duševné zdravie v školách v kontexte kríz a krízovej intervencie* (pp. 100–108). Inštitút priemyselnej výchovy.

▣ HIRSCHFELD, R. M. A. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 3*(6), 244–254.

▣ HUTTUNEN, I., UPADYAYA, K. & SALMELA-ARO, K. (2025). Adolescents' social-emotional skills profiles, relationships at school, school anxiety, and educational aspirations. *European Journal of Psychology of Education, 40*(1), 57–82.

▣ JAWORSKA, N. & MACQUEEN, G. (2015). Adolescence as a unique developmental period. *Journal of Psychiatry & Neuroscience, 40*(5), 291–293.

▣ KAMARYATI, N. P. & MALATHUM, P. (2020). Family support: A concept analysis. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 24*(3), 403–411.

▣ KEYES, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior, 43*(2), 207–222.

▣ KIEFER, S. M., ALLEY, K. M. & ELLERBROCK, C. R. (2015). Teacher and peer support for young adolescents' motivation, engagement, and school belonging. *Research in Middle Level Education Online, 38*(8), 1–18.

▣ LAZARUS, R. S. & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

▣ LOVIBOND, S. H. & LOVIBOND, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Psychology Foundation.

▣ LUO, Z., LI, L., CHEN, Q., WANG, J., YANG, Z. & TIAN, L. (2026). Depression, anxiety and stress in adolescents and their associated factors: A latent profile analysis. *BMC Psychiatry, 26*, 67.

▣ MAGALHÃES, E. (2024). Dual-factor models of mental health: A systematic review of empirical evidence. *Psychosocial Intervention, 33*(2), 89–102.

▣ MARQUEZ, J., FRANCIS-HEW, L. & HUMPHREY, N. (2023). Protective factors for resilience in adolescence: Analysis of a longitudinal dataset using the residuals approach. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 17*, 140.

▣ MCCARTER, T. (2008). Depression overview. *American Health & Drug Benefits, 1*(3), 44–52.

▣ MIHIĆ, L., NOVOVIĆ, Z., BODROŽA, B. & SMEDEREVAC, S. (2023). Comorbidity among depression, anxiety, and stress symptoms in naturalistic clinical samples: A cross-cultural network analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 30*(2), 1–14.

▣ MILENKOVA, V. & NAKOVA, A. (2023). Personality development and behavior in adolescence: Characteristics and dimensions. *Societies, 13*(6), 148.

▣ PARK, N., PETERSON, C. & SELIGMAN, M. E. P. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(5), 603–619.

▣ PAYKEL, E. S. (2008). Basic concepts of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 10*(3), 279–289.

▣ PENNINX, B. W. J. H., PINE, D. S., HOLMES, E. A. & REIF, A. (2021). Anxiety disorders. *The Lancet, 397*(10277), 914–927.

▣ PETRULYTÉ, A., GUOGIENĖ, V. & JAKAVIČIENĖ, A. (2024). Adolescents' social emotional health, stress resilience and perceived parenting styles. *Advances in Social Sciences Research Journal, 11*(4), 257–274.

▣ PILKOVÁ, J. (2017). Participácia školského psychológa na podpore duševného zdravia žiakov. *Školský psychológ/Školní psycholog, 18*(1), 50–54.

▣ PIQUERAS, J. A. RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ, T., MARZO, J. C., RIVERA-RIQUELME, M., MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, A. E., FALCÓ, R. & FURLONG, M. J. (2019). Social Emotional Health Survey–Secondary (SEHS-S): A universal screening measure of social-emotional strengths for Spanish-speaking adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(24), 4982.

▣ RADNÓTI, E. & HOLBLING, S. (2020). Sociálno-emocionálne zdravie a wellbeing u žiakov strednej školy. In E. Gajdošová, M. Madro, & M. Valihorová (Eds.), *Duševné zdravie v školách v kontexte kríz a krízovej intervencie* (pp. 183–193). Inštitút priemyselnej výchovy.

▣ RYFF, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069–1081.

▣ SCHEIER, M. F. & CARVER, C. S. (1985). The self-consciousness scale: A revised version for use with general populations. *Journal of Applied Social Psychology, 15*(8), 687–699.

▣ SHRESTHA, S., PHUYAL, R. & CHALISE, P. (2023). Depression, anxiety and stress among school-going adolescents of a secondary school: A descriptive cross-sectional study. *Journal of Nepal Medical Association, 61*(259), 249–251.

▣ SULDO, S. M. & SHAFFER, E. J. (2008). Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review, 37*(1), 52–68.

▣ SZABÓ, M., & LOVIBOND, P. F. (2022). Development and psychometric properties of the DASS-Youth (DASS-Y): An extension of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) to adolescents and children. *Frontiers in Psychology, 13*, 1–12.

▣ ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M. & JIRÁSKOVÁ, J. (2023). Social wellbeing – a key factor in the mental health of children and adolescent. *Acta Salus Vitae, 11*(2), 28–34.

▣ TANGNEY, J. P., BAUMEISTER, R. F. & BOONE, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality, 72*(2), 271–324.

▣ VANDERWEELE, T. J., JOHNSON, B. R., BRADSHAW, M., GOODMAN, D. M., KUBZANSKY, L. D., LOMAS, T., MOREIRA-ALMEIDA, A., OKAFOR, C. N., OUYANG, S. T. & PATEL, V. (2026). Mental illness, mental health, and mental well-being. *NPJ Mental Health Research, 5*, 11.

▣ WESTERHOF, G. J. & KEYES, C. L. M. (2009). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development, 17*(2), 110–119.

▣ WORLD HEALTH ORGANIZATION. (n. d.). *Mental health*. Global Health Observatory (GHO) data. https://www.who.int/data/gho

▣ WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2025a). *Depressive disorder (depression): Fact sheet*. World Health Organization.

▣ WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2025b). *Mental health of adolescents*. World Health Organization.

▣ XI, Y. (2020). Anxiety: A concept analysis. *Frontiers of Nursing, 7*(1), 9–12).

▣ ZSAKAI, A., RATZ-SULYOK, F. Z., KORONCZAI, B., VARRO, P., TOTH, E., SZARVAS, S., TAUBER, T., KARKUS, Z. & MOLNAR, K. (2023). Risk and protective factors for health behaviour in adolescence in Europe. *Scientific Reports, 13*, 18638.

Šikanovanie v detstve ako následok kriminality v dospievaní

Roman KERUĽ

Hasičský a záchranný zbor, Košice

Ladislav JURKAŠ – Jozef SMOLIGA – Tomáš DOBOŠ

Vysoká škola bezpečnostného manažérstva v Košiciach

Abstrakt: *v tomto príspevku sme sa zamerali na problematiku šikanovania detí a mládeže, ako závažný sociálno-patologický jav s významnými zdravotnými, psychickými, sociálnymi a bezpečnostnými dôsledkami na obete, páchateľov aj svedkov. Osobitná pozornosť je venovaná výskytu šikanovania v prostredí školských zariadení a v digitálnom priestore, kde šikanovanie nadobúda nové formy, ako je kyberšikanovanie a nekonsenzuálne zdieľanie intímneho obsahu, čo má za následok rozvoj depresívnych porúch, narušených sociálnych vzťahov a antisociálneho správania v neskoršom veku. Súčasťou príspevku je aj právny pohľad na šikanovanie, ako aj možné protiprávne konanie, vrátane trestnoprávnej zodpovednosti mladistvých a úlohy Policajného zboru pri riešení šikanovania. V závere zdôrazňujeme význam včasného odhalenia šikanovania, preventívnych opatrení a medziodborovej spolupráce školy, rodiny, zdravotníckych pracovníkov a bezpečnostných zložiek pri ochrane žiakov pred jeho negatívnymi dôsledkami.*

Kľúčové slová: *: šikanovanie, kyberšikanovanie, prevencia, školské prostredie, kriminalita žiakov.*

Úvod

Šikanovanie sa v rôznych podobách objavuje už v raných fázach takmer v každej škole, alebo v školskom zariadení. V porovnaní s inými formami nežiaduceho správania v školskom prostredí predstavuje zvýšené riziko najmä preto, že býva dlhodobo prehliadané alebo skryté. Aj zdanlivo mierne prejavy šikanovania môžu u obetí vyvolať vážne psychické ťažkosti s dlhodobým dosahom na ich vývin a duševné zdravie. Preto je nevyhnutné, aby pedagogickí aj odborní zamestnanci disponovali dostatočnými znalosťami a zručnosťami na jeho prevenciu, včasné rozpoznanie a riešenie už v počiatočných štádiách. Na úvod je potrebné zdôrazniť, že základným dokumentom pre školy a školské zariadenia je *smernica č. 1/2025 k prevencii a riešeniu šikanovania detí a žiakov v školách a školských zariadeniach*, vydaná Ministerstvom školstva, vedy, výskumu a mládeže SR (ďalej len *smernica 1/2025*).

Napriek tomuto legislatívnemu rámcu prax v školách poukazuje na pretrvávajúcu potrebu systematického informovania a zvyšovania povedomia o problematike šikanovania.

Šikanovanie je staré ako ľudstvo samé, a bohužiaľ, s rozvojom internetu sa objavuje čoraz častejšie. Prieskum ***Common Sense***[1] z roku 2015 ukázal, *„že tínedžeri trávia v online priestore až 9 hodín denne. Žiaci, ktorí používajú sociálne médiá viac ako 2 hodiny denne majú oveľa väčšiu pravdepodobnosť výskytu duševných porúch. Predovšetkým problémy so spánkom, depresie, úzkostné stavy a pocit menejcennosti"*. Ďalší negatívny faktor, ktorý v online svete funguje a ovplyvňuje psychiku je kyberšikanovanie. Podľa prieskumu *JRC Publications Repository*[2] z roku 2020, ktorý bol realizovaný medzi viac ako šesťtisíc tínedžermi vo veku 10 až 18 rokov, ukázal, *„že až 50 % z nich zažili kyberšikanovanie"*.

Šikanovanie je negatívna činnosť, ktorá je často agresívna a manipulatívna a vedie ju jedna osoba. Nestretávame sa s ňou len na ihriskách a v triedach, ale aj na populárnych sociálnych sieťach – Facebook, Instagram, X, TikTok, Snapchat a môže sa dokonca hrať prostredníctvom nekonsenzuálneho „sextingu"[3]. Šikanovanie je vážny problém pre školy a rodičov. Šikanovanie, predovšetkým v mladom veku, vytvára zdravotné riziká a sociálne problémy. Agresori a obete šikanovania sú zvyčajne rovesníci alebo rovesníčky. Šikanovanie môže prerásť aj do fyzického útoku, napríklad úderu, kopnutia, facky a pod. Formy nefyzickej šikany môžeme rozdeliť na verbálnu a neverbálnu (Rosová, D. 2018). Výsmech, hrozby, hanebné slová, nepríjemná mimika a reč tela, ktorá hrozí neverbálnym konaním. Obete šikanovania, vrátane tých, ktorí šikanovali iných, mali v dospelosti zdravotné problémy, narušené sociálne vzťahy a psychiatrické poruchy. Naproti tomu agresori nemali zvýšene riziká podobným tým ako obete šikanovania. Šikanovanie nie je neškodný rituál, ale vrhá tieň na životy obetí šikanovania. Intervencie v detstve pravdepodobne znížia dlhodobé zdravotné a sociálne náklady.

Šikana a šikanovanie

Pojem šikanovanie sa prvýkrát objavil v 15. storočí, keď ho francúzsky básnik F. Villon použil v tvare *„chicaneur"*. V preklade to znamená vysmievať sa a podvádzať v hre (Šturna, 2001). Aby sme mohli hovoriť o šikanovaní, musia byť podľa Rosovej (2018) splnené štyri podmienky:

- úmysel druhému ublížiť,
- nepomer síl medzi obeťou a útočníkom,
- správanie by sa malo opakovať,
- obeti sú spôsobené psychické ujmy a zažíva pocit nespravodlivosti.

[1] *https://www.commonsensemedia.org/sites/default/files/research/report/census_researchreport.pdf*

[2] *https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC123071*

[3] *Sexting: rozposielanie správ s erotickým podtónom, šteklivých videí, fotografií, tiež četovanie s ľuďmi o sexe a intímnostiach. Sexting je zložený zo slov sex a text, čiže rozposielanie, písanie správ so sexuálnou tematikou, ale neobmedzujeme sa len na písanie. Sexting zahŕňa všetko, čo má akúkoľvek súvislosť so sexom a vzájomným pôsobením medzi dvoma, či viacerých ľuďmi.*

Smernica Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky č. 36/2018 z 1. 9. 2018 k prevencii a riešeniu šikanovania detí a žiakov v školách a školských zariadeniach v čl. 1 uvádza:

- Upravuje základné znaky, formy a prejavy šikanovania detí a žiakov (ďalej len „žiak“), možnosti preventívneho pôsobenia a metódy riešenia šikanovania žiakov v nadväznosti na zodpovednosť školy a školského zariadenia podľa § 144 ods. 1 písm. o) a § 153 ods. 1 zákona a na práva žiaka podľa § 144 ods. 1 písm. i) a k) zákona.
- Táto smernica v čl. 2, v bodoch 1 a 4, definuje šikanovanie a kyberšikanovanie, ich podstatu, znaky, prejavy a v bodoch 6 a 7 uvádza trestné činy a priestupky, ktorých skutkovú podstatu môže šikanovanie napĺňať.

Šikanovanie v nej je definované ako:

a) správanie žiaka, ktorého úmyslom je ublíženie, ohrozenie alebo zastrašovanie iného žiaka alebo,

b) úmyselný spravidla opakovaný útok voči žiakovi alebo skupine žiakov, ktorí sa z rôznych dôvodov nevedia alebo nemôžu účinne brániť.

Kyberšikanovanie je podľa tejto smernice *„priama forma šikanovania, pri ktorej ide o zneužitie informačno-komunikačných technológií (najmä telefónu, tabletu, internetu a sociálnych sietí) na úmyselné ohrozenie, ublíženie alebo zastrašovanie, pričom sa často vyskytuje v spojení s inými formami šikanovania“.* (Smernica Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky č. 36/2018 z 1. 9. 2018 k prevencii a riešeniu šikanovania detí a žiakov v školách a školských zariadeniach, s. 1 – 2.)

Obrázok 1 *Šikanovanie, ako následok kriminality v budúcnosti*



Zdroj: Vlastné spracovanie

Šikanovanie má tri uhly pohľadu:

Deti, ktoré sú šikanované, majú väčšiu pravdepodobnosť, že zažijú:

- depresiu a úzkosť, zvýšené pocity smútku a osamelosti, zmeny v spánkových a stravovacích návykoch a strata záujmu o činnosti, ktoré si užívali. Tieto problémy môžu pretrvávať až do dospelosti,
- zdravotné ťažkostí,
- znížený prospech v škole.

Deti, ktoré šikanujú ostatných. Je nepravdepodobné, že deti, ktoré šikanujú iných, prehodnotia svoje správanie. Ich násilná povaha sa pravdepodobne prenesie do dospelosti. Medzi ďalšie otázky patria:

- užívanie alkoholu a iných drog počas dospievania a dospelosti,
- skorá sexuálna aktivita,
- trestne stíhanie.

Deti, ktoré sú svedkami šikanovania. Deti nemusia byť priamo zapojené do šikanovania. Sledovanie šikanovania môže nepriaznivo ovplyvniť ich vývoj. Okolostojaci, ktorí sú svedkami šikanovania, majú väčšiu pravdepodobnosť na:

- zvýšené užívanie tabaku, alkoholu, alebo drog,
- depresie a úzkosti,
- vynechávanie školy.

Štyri typy šikanovania

Sociálny aspekt šikanovania spočíva najmä v narušení sociálnych vzťahov, stigmatizácii obete a jej postupnom vyčleňovaní z kolektívu. Psychické šikanovanie pritom často prebieha skrytou formou, čo sťažuje jej včasné odhalenie zo strany školy a rodiny.

Fyzické šikanovanie

Fyzické šikanovanie zahŕňa kontakt medzi ľuďmi. Medzi príklady patrí strčenie, zakopnutie, kopanie a bitie. Niekedy môže byť náročné odlíšiť šikanovanie od drsnej hry, ale ak sa odohráva v nevhodnom čase alebo nie je pre všetkých zúčastnených pohodlné, môže ísť o šikanovanie.

Verbálne šikanovanie

Slovné šikanovanie je zamerané na obeť. Zahŕňa nadávky, urážky, zastrašovanie, ako aj homofóbne alebo rasistické poznámky.

Skryté šikanovanie

Skryté šikanovanie označuje správanie, ktoré je namierené proti obeti a prebieha za jej chrbtom. Jeho účelom je poškodiť povesť alebo spôsobiť jej poníženie. Medzi príklady skrytého šikanovania patria:

- šírenie klebiet alebo vytváranie nepravdivých informácií o obeti šikanovania,
- negatívne gestá a reč tela,
- nepríjemné alebo pohŕdavé pohľady smerované na obeť šikanovania,
- robenie vtipov, ktoré obeť šikanovania zraňujú alebo ponižujú,
- napodobňovanie obeť šikanovania nelichotivým alebo zosmiešňujúcim spôsobom,
- presviedčanie ostatných, aby sa s konkrétnou obetou šikanovania nekamarátili, alebo ju ignorovali.

Kyberšikanovanie

Vo virtuálnom svete sa môžeme stať obeťou kyberšikanovania. Je to úmyselné, opakujúce sa nepriateľské správanie, ktorého cieľom je ublížiť obeti, podobne ako pri šikanovaní, ale s využitím informačných a komunikačných technológií (telefón, mobil, počítač). Kyberšikanovanie poskytuje agresorovi anonymitu, nie je časovo a priestorovo obmedzené, vie sa rýchlo rozšíriť medzi veľký počet ľudí a predovšetkým ubližuje psychicky. Vulgárne vyhrážanie, urážanie cez SMS, telefonické obťažovanie (aj prezváňaním, anonymnými telefonátmi), vytváranie webových stránok s nevhodnými obrázkami, fotografiami obete, vtipmi a narážkami, ktoré zosmiešňujú a ponižujú. Vytváranie skupín na sociálnych sieťach namierených proti obeti, natáčanie a zverejňovanie zosmiešňujúcich, urážlivých videí a fotografií bez vedomia a súhlasu obete, vytváranie blogov, ktoré poškodzujú obeť, falšovanie a ukradnutie identity, šírenie osobných informácií, údajov, klebiet (Šturma, J., 2001).

V nadväznosti na spomínané teoretické východiská a zahraničné aj domáce zistenia bol realizovaný vlastný dotazníkový prieskum zameraný na výskyt šikanovania medzi žiakmi stredných škôl v Košiciach. Cieľom prieskumu bolo zistiť, do akej miery sa šikanovanie vyskytuje v školskom prostredí, aké formy nadobúda a aké sú skúsenosti žiakov s jeho riešením zo strany školy.

Metodológia

Cieľom prieskumu bolo zachytiť skúsenosti žiakov so šikanovaním a identifikovať základné trendy v skúmanej problematike. Prieskum bol realizovaný formou dotazníka v piatich stredných školách. Údaje boli získané prostredníctvom dotazníkov a následne kvantitatívne spracované a vyhodnotené pomocou základných štatistických metód.

V rámci prieskumu nebola osobitne sledovaná existencia preventívnych programov šikanovania v jednotlivých školách. Táto oblasť však môže významne ovplyvňovať výskyt šikanovania a predstavuje dôležitý priestor pre ďalší výskum.

Zvolený prístup umožnil získať prehľad o výskyte šikanovania, jeho formách a vnímaní medzi žiakmi, ako aj o súvislostiach medzi šikanovaním a ich skúsenosťami v školskom prostredí. V prieskume bol použitý *Dotazník nepriaznivých zážitkov v školskom zariadení*, ktorý mapuje školské prostredie a skúsenosti so šikanovaním. Na zisťovanie zážitkov boli použité dve základné otázky: „*Ako často ste boli šikanovaní?*“ a „*Ako ste boli najčastejšie šikanovaní?*“ Druhá otázka bola formulovaná tak, aby identifikovala znalosť a rozpoznanie jednotlivých foriem šikanovania. Aj respondenti bez osobnej skúsenosti so šikanovaním mohli odpovedať na základe sprostredkovanej skúsenosti, pozorovania alebo všeobecného povedomia o problematike. Respondenti si vyberali z ponúkaných odpovedí uvedených v *tabuľke 1*.

Tabuľka 1 *Dotazník nepriaznivých zážitkov v školskom zariadení*

Dotazník: Skúsenosť so šikanovaním (retrospektívne hodnotenie) *Inštrukcia: Odpovedajte úprimne podľa svojich skúseností z obdobia prvých 18 rokov života. Pri otázke 2 môžete označiť viac odpovedí.*
1. Ako často ste boli počas prvých 18 rokov života šikanovaný/á? (označte jednu odpoveď)
A. Častokrát
B. Párkrát
C. Raz
D. Nikdy
E. Odmietol/a odpovedať
2. Akým spôsobom ste boli šikanovaný/á? (možnosť viacerých odpovedí)
A. Bol/a som udieraný/á, kopaný/á, strkaný/á, drganý/á alebo fyzicky napadnutý/á.
B. Robili si zo mňa posmech kvôli rase, národnosti alebo farbe pleti.
C. Robili si zo mňa posmech kvôli náboženstvu.
D. Bol/a som terčom sexuálnych vtipov, komentárov alebo gest.
E. Bol/a som zámerne vynechávaný/á zo spoločných aktivít alebo úplne ignorovaný/á.
F. Robili si zo mňa posmech kvôli vzhľadu tela alebo tváre.
G. Bol/a som šikanovaný/á iným spôsobom.
H. Odmietol/a odpovedať.

Zdroj: Vlastné spracovanie

Prieskumná vzorka

Skupinu respondentov tvorili žiaci v stredných školách *(tabuľka 2)*. Súbor pozostával z 35 žiakov (13 dievčat a 22 chlapcov, *tabuľka 3)* z 5 stredných škôl v Košiciach. Vekové rozpätie respondentov bolo od 16 do 18 rokov *tabuľka 4)*, pričom 45,7 % predstavujú žiaci do 17 rokov. Výber respondentov bol realizovaný formou zámerného výberu. Pred vyplnením dotazníka boli respondentom vysvetlené základné pojmy o šikanovaní a jeho

formách, aby bola zabezpečená čo najväčšia zrozumiteľnosť otázok. Dotazník bol anonymný a dobrovoľný. Do prieskumu boli zaradení žiaci vybraných stredných škôl, ktorí boli dostupní v čase realizácie zberu dát a súhlasili so zapojením do prieskumu. Menší počet respondentov z jednotlivých škôl bol zvolený tak, aby sme získali základný komparatívny pohľad na skúmanú problematiku naprieč rôznymi typmi stredných škôl. Respondentom boli dotazníky doručené osobne. Zber údajov prebiehal od septembra 2025 do januára 2026. Návratnosť dotazníkov bola 100 %.

Charakteristika zapojených škôl

Prieskum sa uskutočnil vo viacerých stredných školách s rôznym odborným zameraním. V záujme ochrany anonymity škôl, sú v práci uvádzané iba kategórie škôl bez identifikácie ich konkrétnych názvov.

Prvá zapojená škola

Obchodná akadémia v Košiciach *pôsobí úspešne na trhu stredných škôl Košického regiónu už viac rokov. Poslaním školy je vybaviť absolventov nevyhnutnými teoretickými vedomosťami a praktickými zručnosťami, ktoré zvýšia ich konkurencieschopnosť a zlepšia možnosti ich uplatnenia na trhu práce a zároveň ich pripravia na ďalšie vzdelávanie.*

Druhá zapojená škola

Stredná odborná škola v Košiciach *má bohatú tradíciu. Patrí medzi kvalitné školy svojho druhu v regióne. Škola sa usiluje stať v nasledujúcich rokoch modernou inštitúciou najvyššej kvality, v ktorej bude rezonovať prepojenie výchovy a vzdelávania so zvyšujúcimi sa požiadavkami trhu práce.*

Tretia zapojená škola

Stredná priemyselná škola v Košiciach, *absolventi školy sú pripravení aj pre vysokoškolské štúdium najmä na technických vysokých školách.*

Štvrtá zapojená škola

Gymnázium v Košiciach*, jej história sa datuje až 155 rokov dozadu.*

Piata zapojená škola

Stredná odborná škola v Košiciach *je zameraná na dopravu.*

Tabuľka 2 *Rozdelenie respondentov podľa pracovísk*

Pracovisko	n	Vrátené
Obchodná akadémia, Košice	6	6
Stredná odborná škola, Košice	6	6
SPŠ, Košice	9	9
Gymnázium, Košice	8	8
Stredná odborná škola, Košice	6	6
SPOLU	35	35

Zdroj: Vlastné spracovanie

Tabuľka 3 *Rozdelenie respondentov podľa pohlavia*

Pohlavie	**n**
Dievčatá	13
Chlapci	22
Spolu	35

Zdroj: Vlastné spracovanie

Tabuľka 4 *Rozdelenie respondentov podľa veku*

Vek	**n**
Do 16 rokov	5
Do 17 rokov	16
Do 18 rokov	14
Spolu	35

Zdroj: Vlastné spracovanie

Tabuľka 5 *Ako často ste boli počas prvých 18 rokov života šikanovaný/á?*

Odpoveď	**Obchodná akadémia, Košice**	**Stredná odborná škola, Košice**	**Stredná priemyselná škola**	**Gymnázium, Košice**	**Stredná odborná škola, Košice**
Ako často ste boli počas prvých 18 rokov života šikanovaný/á?	Počet (6)	Počet (6)	Počet (9)	Počet (8)	Počet (6)
častokrát	2	1	2	2	1
párkrát	1	2	4	4	0
raz	1	3	0	0	4
nikdy	2	0	3	2	2

Zdroj: Vlastné spracovanie

Z údajov v *tabuľke* 5 vyplýva, že väčšina respondentov sa počas prvých 18 rokov života stretla so šikanovaním aspoň raz. Odpoveď *„častokrát“* uviedlo 8 respondentov, odpoveď *„párkrát“* 11 respondentov a odpoveď *„raz“* 8 respondentov. Iba 9 respondentov uviedlo, že sa so šikanovaním nikdy nestretli. Najviac respondentov so skúsenosťou s opakovaným šikanovaním bolo zaznamenaných v stredných priemyselných školách a v gymnáziu. V jednej zo stredných odborných škôl všetci respondenti uviedli určitú formu skúsenosti so šikanovaním.

Tabuľka 6 *Akým spôsobom ste boli šikanovaný/á?*

Odpoveď	Obchodná akadémia, Košice	Stredná odborná škola, Košice	Stredná priemyselná škola	Gymnázium, Košice	Stredná odborná škola, Košice
Akým spôsobom ste boli šikanovaný/á?	Počet (6)	Počet (6)	Počet (9)	Počet (8)	Počet (6)
Bol/a som udieraný/á, kopaný/á, strkaný/á, drganý/á alebo fyzicky napadnutý/á.	**0**	**1**	**2**	**0**	**1**
Robili si zo mňa posmech kvôli rase, národnosti alebo farbe pleti.	**1**	**2**	**1**	**1**	**0**
Robili si zo mňa posmech kvôli náboženstvu.	**1**	**2**	**0**	**0**	**1**
Bol/a som terčom sexuálnych vtipov, komentárov alebo gest.	**2**	**0**	**0**	**1**	**2**
Bol/a som zámerne vynechávaný/á zo spoločných aktivít alebo úplne ignorovaný/á.	**0**	**0**	**2**	**3**	**0**
Robili si zo mňa posmech kvôli vzhľadu tela alebo tváre.	**2**	**1**	**2**	**0**	**1**
Bol/a som šikanovaný/á iným spôsobom.	**0**	**0**	**1**	**1**	**0**
Odmietol/a odpovedať.	**0**	**0**	**1**	**2**	**1**

Zdroj: Vlastné spracovanie

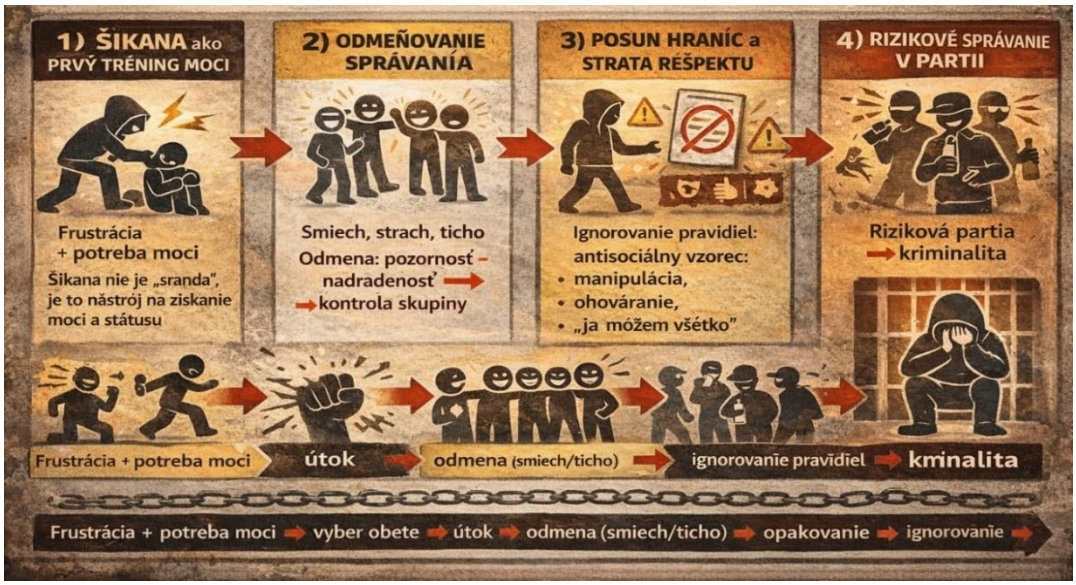
Z výsledkov v *tabuľke 6* vyplýva, že medzi najčastejšie formy šikanovania patrili posmech kvôli vzhľadu tela alebo tváre, sexuálne narážky a sociálne vylučovanie. Viacerí respondenti uviedli aj skúsenosti s posmechom kvôli rase, národnosti alebo náboženstvu. Hoci fyzické formy šikanovania nepatrili medzi najčastejšie prejavy, boli zaznamenané naprieč viacerými typmi škôl. Najčastejšie sa sociálne vylučovanie objavovalo v gymnáziu a v strednej priemyselnej škole. Posmech kvôli vzhľadu bol zaznamenaný vo viacerých typoch škôl, pričom sexuálne narážky a komentáre uviedli respondenti najmä z obchodnej akadémie a jednej strednej odbornej školy. Výsledky zároveň poukazujú na to, že šikanovanie má prevažne verbálny, psychický a sociálny charakter. Časť respondentov uviedla aj iné formy šikanovania alebo odmietla odpovedať, čo môže naznačovať citlivosť tejto problematiky a obavy respondentov hovoriť o vlastných skúsenostiach.

Záver prieskumu

Výsledky realizovaného prieskumu naznačujú, že šikanovanie sa vyskytuje vo všetkých typoch stredných škôl zaradených do výskumu. Väčšina respondentov uviedla, že sa počas prvých 18 rokov života stretla so šikanovaním aspoň raz, pričom časť žiakov

deklarovala aj opakovanú skúsenosť so šikanovaním. Najčastejšie sa vyskytovali verbálne, psychické a sociálne formy šikanovania, najmä posmech kvôli vzhľadu, sexuálne narážky, sociálne vylučovanie a zosmiešňovanie na základe identity. Fyzické formy šikanovania boli zaznamenané v menšej miere, avšak objavili sa vo viacerých školách zaradených do výskumu. Zistenia zároveň naznačujú, že šikanovanie sa neviaže iba na konkrétny typ školy, ale vyskytuje sa naprieč rôznymi školskými prostrediami. Výsledky prieskumu preto poukazujú na potrebu systematickej prevencie, včasného odhaľovania šikanovania a posilnenia spolupráce medzi školou, rodičmi a odbornými pracovníkmi pri ochrane žiakov pred negatívnymi dôsledkami šikanovania.

Obrázok 2 *Ako šikanovanie predchádza kriminalite*



Zdroj: Vlastné spracovanie

Šikanovanie v škole môže byť trestným činom

V dnešnej dobe dochádza k šikanovaniu často prostredníctvom telefónov, alebo iných zariadení na zasielanie správ. Fotografie dieťaťa môžu byť distribuované verejne, alebo môžu dostávať správy o šikanovaní. To je obzvlášť škodlivé pre dieťa, pretože sa môže rýchlo stať terčom výsmechu ľudí. Rodičia preto nesmú podceňovať šikanu na sociálnych sieťach. Šikanovanie je niekedy trestným činom a malo by sa nahlásiť polícii. Kategórie trestnej činnosti súvisiace so šikanovaním sú útoky, ohováranie, šírenie informácií porušujúcich osobné súkromie a hrozba. Vo všeobecnosti je podľa Trestného zákona (zákon č. 300/ 2005 Z. z.) páchateľom trestného činu ten, *„kto trestný čin spáchal sám“* (§ 9 ods. 1). Ak bol trestný čin spáchaný spoločným konaním dvoch alebo viacerých osôb, zodpovedá sa každá z nich ako by trestný čin spáchala sama (§ 9 ods. 2). Podľa § 10 odst. 1 Trestného zákona je účastníkom trestného činu ten, *„kto úmyselne zosnoval alebo riadil spáchanie trestného činu (organizátor); naviedol iného na spáchanie trestného činu (návodca); poskytol inému pomoc na spáchanie trestného činu (pomocník)“*. Trestná

sadzba odňatia slobody u mladistvého (od 15 rokov – 18 rokov) je od 1 – 5 rokov (§ 79 odst. 1). V prípade, že mladistvý spáchal trestný čin s mimoriadne vysokým stupňom nebezpečnosti, môže mu súd uložiť trest odňatia slobody na 5 až 10 rokov (§ 79 odst. 2). Šikanovania sa v trestnom zákone dotýka § 235, § 236 a § 237 v ôsmej hlave, kde sú uvedené skutkové podstaty trestných činov proti slobode a ľudskej dôstojnosti. Vydieranie vymedzuje § 235 ako trestný čin, ktorého sa dopúšťa ten, *„kto iného násilím, hrozbou násilia alebo hrozbou inej ťažkej ujmy núti, aby niečo konal, opomenul, alebo trpel“.* Útlak vymedzuje § 237 ako trestný čin, ktorého sa dopúšťa ten, *„kto iného núti, zneužívajúc jeho tieseň alebo závislosť, aby niečo konal, opomenul, alebo trpel“.*

Obmedzovania slobody a vyznania podľa § 236 sa dopúšťa ten, *„kto násilím, hrozbou násilia alebo hrozbou ťažkej ujmy núti iného na účasť na náboženskom úkone; zdržuje iného bez oprávnenie od takejto účasti; inému v slobode ináč bráni“*. Pokiaľ sa šikanovanie prejaví na zdravotnom stave poškodeného, môže ísť o trestný čin ublíženia na zdraví. Pri násilnom odobratí vecí (oblečenie, peniaze, osobné veci) môže byť tento čin klasifikovaný ako trestný čin lúpeže. Ak sa úmyselne poškodzujú veci obete, môže ísť o trestný čin poškodzovania cudzej veci.

Problémy pri posudzovaní šikanovania

Pri šikanovaní sa môžeme stretnúť *„len“* s vyhrážaním. Pokiaľ tým vzbudí agresor u iného dôvodnú obavu a dôsledkom je neblahý psychický účinok na obeť, ide tiež o trestný čin. Aj keď sa to dospelému môže zdať banálne, dieťa tým psychicky trpí a možné sú aj trvalé následky.

- Násilné odobratie vecí (peniaze, hračky, oblečenie a pod.), aj malej finančnej hodnoty, môže byť kvalifikované ako trestný čin lúpeže. Rozhodujúci je totiž samotný fakt, že bolo použité násilie a nie výška hmotnej straty.
- Pokiaľ sa šikanovanie prejaví na zdravotnom stave poškodeného, môže ísť o trestný čin ublíženia na zdraví. V tom prípade je nutné ošetrenie lekára a jeho odborné vyjadrenie.
- Ak je šikanovanie založené na úmyselnom poškodení vecí obete, môže ísť o trestný čin poškodzovania cudzej veci.

Je dôležité si uvedomiť, že keď sú páchateľmi deti mladšie ako 14 rokov, nie sú trestne zodpovedné. To však neznamená, že nemôžu byť postihnuté iným spôsobom, pokiaľ nemajú účinnosť bežné výchovné postupy. V takých prípadoch je nutné obrátiť sa na sociálneho kurátora mládeže odboru sociálnych vecí príslušného mestského alebo okresného úradu. Kurátor je oprávnený vo vážnych a odôvodnených prípadoch, na základe šetrenia, vydať predbežné opatrenie na umiestnenie dieťaťa do príslušného ústavu. Toto opatrenie platí až do vydania riadneho rozsudku súdu. Z praxe vieme, že realizovať tieto opatrenia je ťažké, sexuálne formy šikanovania môžu byť zahrnuté pod trestné činy pokusu o znásilnenie, znásilnenie, sexuálne zneužívanie. Rodičia sa pri zanedbávaní výchovy (túlanie, ponocovanie, asociálne správanie, neplnenie si povinnosti

školskej dochádzky) dopúšťajú trestného činu ohrozovania mravnej výchovy, ak svojmu dieťaťu umožňujú viesť záhaľčivý alebo nemravný život a je možné ich pri dokázaní činu odsúdiť.

Sociálny a emocionálny dopad

Výskumy zamerané na školské prostredie poukazujú na to, že šikanovanie má výrazný sociálny a emocionálny dopad na obete. Okrem psychických problémov, ako sú úzkosť, depresia, strata sebavedomia či sociálna izolácia, môže dochádzať aj k stigmatizácii obete v kolektíve a narušeniu jej sociálnych väzieb. Obete šikanovania často strácajú pocit bezpečia v školskom prostredí, znižuje sa ich školská úspešnosť a narastá riziko absencie z vyučovania bez vedomia rodičov (resp. zákonných zástupcov).

Zahraničné aj slovenské výskumy zároveň upozorňujú, že psychická a sociálna forma šikanovania bývajú z hľadiska dlhodobých následkov často závažnejšie než jednorazové fyzické útoky. Skrytý charakter psychického šikanovania pritom výrazne komplikuje včasné odhalenie. Hoci sa šikanovanie sa môže vyskytovať v rôznych prostrediach, najčastejšie sa objavuje v škole, alebo na ceste do školy a zo školy. Mladí ľudia zapojení do šikanovania, či už v pozícii obete, agresora alebo svedka, sú vystavení zvýšenému riziku zhoršeného fungovania v školskom prostredí, čo sa môže prejaviť negatívnym postojom k škole, zhoršením prospechu alebo problémami v sociálnych vzťahoch. Obete šikanovania môžu trpieť výraznými psychickými ťažkosťami. Dlhodobé psychosociálne problémy môžu zároveň negatívne ovplyvňovať pozornosť, správanie a schopnosť žiaka efektívne sa vzdelávať.

Včasné odhalenie

Včasná identifikácia šikanovania je jedným z najdôležitejších predpokladov úspešnej intervencie. Výskumy poukazujú na to, že prípady šikanovania najčastejšie zaznamenajú spolužiaci, následne rodičia, pričom učitelia dokážu šikanovanie odhaliť často až v neskorších štádiách. Dôvodom býva najmä skrytý charakter psychického a sociálneho šikanovania, ktoré sa odohráva mimo priameho dohľadu pedagógov. Škola by preto mala systematicky monitorovať vzťahy v kolektíve, viesť evidenciu rizikových prejavov správania a venovať zvýšenú pozornosť žiakom, u ktorých sa objavujú zmeny správania, zhoršenie prospechu, sociálne uzatváranie alebo častá absencia. Významnú úlohu zohráva školský psychológ, triedny učiteľ a spolupráca s rodičmi. Včasné odhalenie šikanovania môže výrazne znížiť riziko dlhodobých psychických, sociálnych a behaviorálnych následkov.

Vzhľadom na vysoký výskyt šikanovania by mali byť prejavy možného šikanovania súčasťou štandardného psychosociálneho skríningu aj zo strany praktických lekárov a ďalších odborníkov pracujúcich s mládežou. Žiaci si nepriznávajú, že sú obeťami šikanovania, pretože sa hanbia, považujú situáciu za vlastné zlyhanie alebo sa obávajú odvetných reakcií zo strany agresora.

Je preto nepravdepodobné, že by žiaci spontánne odhalili problém počas bežnej komunikácie s lekárom, rodičmi alebo inými dospelými osobami. Významnú úlohu preto zohráva citlivá komunikácia, dôvera a schopnosť včas rozpoznať varovné signály. Výskumy zároveň poukazujú na to, že u žiakov, ktorí šikanujú ostatných, je vyššia pravdepodobnosť výskytu rizikového správania, vrátane užívania alkoholu a návykových látok.

Trestnoprávna zodpovednosť mladistvých pri šikanovaní

Páchateľom trestného činu je ten *„kto trestný čin spáchal sám“* (§ 9 ods. 1). Ak bol trestný čin spáchaný spoločným konaním dvoch alebo viacerých osôb, zodpovedá sa každá z nich, ako by trestný čin spáchala sama (spolupáchatelia) (§ 9 odst. 2).

Podľa § 10 odst. 1 Trestného zákona účastníkom trestného činu je ten, kto úmyselne:

- zosnoval alebo riadil spáchanie trestného činu (organizátor),
- naviedol iného na spáchanie trestného činu (návodca),
- poskytol inému pomoc na spáchanie trestného činu (pomocník).

Trestne zodpovedný nie je ten, *„kto v čase spáchania činu nedovŕšil štrnásty rok“* (§ 11) a v čase spáchania činu nebol príčetný (§ 12). Osobitné ustanovenia o stíhaní mladistvých sa nachádzajú v hlave 7 Trestného zákona. Podľa neho je za mladistvého považovaná osoba, ktorá v čase spáchania trestného činu dovŕšila vek 14 rokov a neprekročila vek 18 rokov (§ 74 ods. 1). Účelom trestu mladistvého je predovšetkým *„vychovať ho na riadneho občana, a to so zreteľom na jeho osobné vlastnosti, na jeho rodinnú výchovu a na prostredie, z ktorého pochádza“* (§ 76). Súd môže mladistvému uložiť tresty odňatia slobody, prepadnutia vecí, vyhostenia a ak je zárobkovo činný, peňažný trest. Trest zákazu činnosti mu môže súd uložiť len vtedy, ak to nie je na prekážku v príprave na jeho povolanie (§ 78).

Trestné sadzby odňatia slobody ustanovené v Trestnom zákone sa u mladistvého znižujú na polovicu, pričom horná hranica trestnej sadzby nesmie prevyšovať päť a dolná hranica jeden rok (§ 79 odst. 1). V prípade, že mladistvý spáchal trestný čin, ktorého stupeň nebezpečnosti pre spoločnosť je mimoriadne vysoký, môže mu súd uložiť trest odňatia slobody na päť až desať rokov (§ 79 odst. 2). Trest odňatia slobody sa u osôb, ktoré neprekročili vek 18 rokov vykonáva v nápravno-výchovných ústavoch pre mladistvých (§ 81 odst. 1).

Pri podmienečnom odsúdení súd určí skúšobnú dobu na jeden až tri roky (§ 82). Ak súd upustil od potrestania mladistvého, môže požiadať toho, kto je oprávnený, ponúknuť záruku za jeho nápravu, aby mladistvý žil riadnym životom (§ 77 odst. 1). Súd môže upustiť od potrestania mladistvého aj vtedy, keď má za to, že ochranná výchova, ktorú zároveň ukladá, zabezpečí nápravu mladistvého lepšie ako trest (§ 77 odst. 1). Ochrannú výchovu môže mladistvému súd určiť podľa § 84 odst. 1 Trestného zákona vtedy, ak:

- o jeho výchovu nie je primerane postarané,
- jeho doterajšia výchova bola zanedbaná,
- vyžaduje to prostredie, v ktorom mladistvý žije.

Ochranná výchova sa podľa § 85 odst. 1 Trestného zákona vykonáva v osobitných výchovných zariadeniach a ak to vyžaduje zdravotný stav chovanca v liečebnom ústave. Chovanec sa tu pod riadnym pedagogickým vedením pripravuje na budúce povolanie (§ 85 odst.2). V súvislosti s posúdením, či má byť nariadená ochranná výchova mladistvého, ukladá sa spravidla orgánu poverenému starostlivosťou o mládež zistiť stupeň rozumového a mravného vývoja mladistvého, jeho povahu, pomery a prostredie, v ktorom žil a bol vychovávaný (§ 292), (Trestný zákon č. 300/2005 Z. z.).

Záver

Predložený príspevok na našej vzorke poukazuje na šikanovanie ako na závažný sociálno-patologický jav, ktorý má nielen zdravotné a psychické dôsledky, ale môže predstavovať významný rizikový faktor pre rozvoj antisociálneho správania a kriminality v období dospievania. Šikanovanie zasahuje obete, páchateľov aj svedkov, pričom u všetkých skupín môže zanechávať dlhodobé negatívne následky v oblasti duševného zdravia, sociálnych vzťahov a školského fungovania.

Výsledky realizovaného prieskumu korešpondujú aj s viacerými slovenskými výskumami zameranými na problematiku šikanovania v školskom prostredí. Výskumy realizované Výskumným ústavom detskej psychológie a patopsychológie (VÚDPaP), Centrom vedecko-technických informácií SR (CVTI SR), či Inštitútom pre výskum práce a rodiny dlhodobo poukazujú na pretrvávajúci výskyt verbálnych, sociálnych a kybernetických foriem šikanovania medzi žiakmi základných a stredných škôl.

Podobne aj medzinárodná štúdia HBSC *(Health Behaviour in School-aged Children),* realizovaná aj na Slovensku, upozorňuje na významný výskyt šikanovania a kyberšikanovania medzi adolescentmi, pričom najčastejšie sa vyskytujú verbálne útoky, sociálne vylučovanie a zosmiešňovanie. Zistenia nášho prieskumu na malej vzorke respondentov, tak potvrdzujú trendy zaznamenané aj vo väčších slovenských výskumných súboroch.

V nadväznosti na teoretické východiská a právny rámec SR sme realizovali dotazníkový prieskum medzi žiakmi piatich stredných škôl v Košiciach. Naše výsledky potvrdili, že šikanovanie je v školskom prostredí prítomné vo významnej miere. Výsledky zároveň ukazujú, že šikanovanie sa v našej vzorke najčastejšie prejavuje verbálnou a sociálnou formou (najmä posmech kvôli vzhľadu, sociálne vylučovanie, sexuálne narážky a útoky zamerané na identitu), pričom fyzické násilie síce nebolo dominantné, ale zostáva prítomné. V kontexte kriminality žiakov je potrebné vnímať šikanovanie, ako včasný varovný signál, ktorý môže pri absencii účinnej intervencie prerásť do závažnejších foriem protiprávneho konania.

Na záver by sme radi zdôraznili, že účinná prevencia a riešenie šikanovania na vyššie uvedených školách, si vyžaduje včasné odhalenie, jasne nastavené školské postupy v súlade s platnou smernicou a najmä medziodborovú spoluprácu školy, rodiny, zdravotníckych pracovníkov a Policajného zboru. Šikanovanie nemožno redukovať na „*bežný konflikt medzi žiakmi*“, ale je potrebné ho chápať ako bezpečnostný a spoločenský problém, ktorého včasné riešenie môže znižovať aj budúce riziko kriminality v období dospievania.

Zdroje

- BENDL, S. 2003. *Prevence a řešení šikany ve škole.* Praha : ISV, 2003. ISBN 80-86642-08-9.
- BUBELÍNI, J. 1998. *Prevencia kriminality a inej protispoločenskej činnosti v Slovenskej republike na regionálnej (krajskej a okresnej) úrovni.* Zborník zo seminára konaného 29. júna 1998 v Bratislave.
- KOPASZOVÁ, V. a kol. 2022. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Slovensko.
- MINISTERSTVO VNÚTRA SR, sekretariát Rady vlády pre prevenciu kriminality, 2001. ISBN 80-967 995-2-5. *Dafné – Únia centra prevencie a pomoci*. Občianske združenie. Aktivity.
- NIVaM. 2023. Prevencia šikanovania a kyberšikanovania v školskom prostredí.
- POLICAJNÝ INŠTITÚT AFG, 1998. ISBN 080-968075-0-1. BUBELÍNI, J. 2001. *Prevencia kriminality: (základy kriminálnej prevencie a preventológie s aplikáciami na činnosť verejnej správy a polície).* Bratislava.
- ROSOVÁ, D. (2018). Stratégia riešenia šikanovania v školách. Možnosti prevencie. EQUILIBRIA.
- ŠTURMA, J. (2001). Šikanování a šikanování jako pedagogický problém. Hradec Králové: LÍP.
- TRESTNÝ ZÁKON (č. 300/2005 Z. z.)
- UNICEF Slovensko. 2021. Duševné zdravie detí a mladých ľudí na Slovensku.
- WHO. 2022. Adolescent mental health and bullying behaviour.

Zariadenia poradenstva a prevencie v školskom roku 2024/2025

Tomáš RUNA

CVTI SR, Bratislava

Abstrakt: *článok sa venuje analýze zariadení poradenstva a prevencie v Slovenskej republike v školskom roku 2024/2025 a ich činností. Poskytuje prehľad vybraných ukazovateľov zameraných na personálne zabezpečenie, odbornú činnosť, klientov, diagnostické a preventívne aktivity, ako aj dôvody príchodov klientov. Údaje sú prezentované na národnej úrovni s komparáciou podľa pohlavia, typu školy, a.i. Cieľom článku je informovať a priblížiť význam zariadení poradenstva a prevencie v systéme výchovy a vzdelávania.*

Kľúčové slová: *zariadenia, poradenstvo, prevencia.*

Úvod

Poradenstvo a prevencia tvoria významnú súčasť systému výchovy a vzdelávania. Ich poslaním je podporovať zdravý vývin detí a žiakov, predchádzať vzniku rôznych problémov a poskytovať odbornú pomoc pri riešení vzdelávacích, výchovných, psychologických a sociálnych ťažkostí.

Dôležitú úlohu v tomto procese zastávajú zariadenia poradenstva a prevencie, ktoré realizujú diagnostickú, poradenskú, terapeutickú, preventívnu a intervenčnú činnosť. Ich cieľom je napomáhať zdravému psychickému, emocionálnemu, sociálnemu a osobnostnému rozvoju detí a mladých ľudí, ako aj predchádzať problémom v oblasti učenia, správania a medziľudských vzťahov. Svoje aktivity zameriavajú napríklad na podporu vzdelávania, adaptáciu na školské prostredie, zvládanie záťažových situácií či rozvoj sociálnych kompetencií. Zariadenia poradenstva a prevencie zároveň intenzívne spolupracujú so školami, rodinami, zdravotníckymi zariadeniami a ďalšími odborníkmi s cieľom vytvárať bezpečné a podnetné podmienky pre harmonický rozvoj každého dieťaťa.

Predkladaný analytický výstup prináša prehľad vybraných ukazovateľov a ich komparáciu v zariadeniach poradenstva a prevencie za školský rok 2024/2025. Údaje sú spracované na úrovni Slovenskej republiky. Súčasťou výstupu sú informácie o počte zamestnancov a ich štruktúre, analýza odbornej činnosti, prehľad klientov podľa druhu školy a dôvodov návštevy zariadenia, ako aj údaje o diagnostike a preventívnych aktivitách. Údaje sú čerpané z rezortných štatistických výkazov.

Zamestnanci

V školskom roku 2024/2025 bolo v zariadeniach poradenstva a prevencie celkovo evidovaných 2 381 zamestnancov. Pri konkretizácii zamestnania išlo najmä o psychológov (882), špeciálnych zamestnancov (559) a ostatných zamestnancov (377). Na všetkých pracovných pozíciách sú zastúpené predovšetkým ženy. Najnižšie zastúpenie žien bolo zistené u ostatných zamestnancov (86,4 %), riaditeľov (88,8 %) a sociálnych pedagógov (88,8 %). Pri ostatných zamestnancoch bol podiel vyšší ako 90 %. Všetky údaje sú zobrazené v *tabuľke 1*. V tabuľke je uvedený aj prepočítaný stav na plnú zamestnanosť za jednotlivé pracovné pozície, ktorý informuje, koľko *„plných pracovných miest"* reálne obsadzujú všetci zamestnanci spolu.

Tabuľka 1 *Údaje o zamestnancoch (celkový počet, počet žien, percentuálny podiel žien a prepočítaný stav na plnú zamestnanosť)*

Zamestnanci	Spolu (počet)	Ženy (počet)	Ženy (%)	Prepoč. stav na plnú zamestnanosť
Riaditeľ	153	136	88,8	153,00
Psychológovia	882	830	94,1	620,99
Špeciálni pedagógovia	559	530	94,8	390,59
Liečební pedagógovia	20	19	95,0	14,80
Sociálni pedagógovia	144	128	88,8	115,37
Logopédi	159	157	98,7	95,00
Kariéroví poradcovia	35	33	94,2	26,64
Sociálni zamestnanci	51	47	92,1	41,83
Zdrav. zamestnanci (rehabilitácia)	1	1	100,0	0,40
Ostatní zamestnanci	377	326	86,4	225,73
Spolu zamestnanci zariadenia	2 381	2 207	92,6	1684,35

Odborná činnosť poskytovaná klientom zariadení poradenstva a prevencie

V rámci odbornej činnosti sa v zariadeniach poradenstva a prevencie poskytuje klientom:

- diagnostika (psychologická, špeciálnopedagogická, sociálnopedagogická, liečebnopedagogická, logopedická, fyzioterapeutická),
- rediagnostika,
- poradenstvo (psychologické, špeciálnopedagogické, liečebnopedagogické, sociálnopedagogické, kariérové, logopedické, fyzioterapeutické),
- terapia (psychoterapia, psychologická, špeciálnopedagogická, liečebnopedagogická, socioterapia, logopedická, fyzioterapia),
- rehabilitácia (sociálno-psychologický tréning, reedukácia a psychagogika, nácvik sociálnej komunikácie, relaxačné techniky, fyzioterapia, výchovná, sociálna, liečebná ergoterapia),

- katamnéza,
- anamnéza.

Tieto odborné činnosti/aktivity delíme na individuálne/skupinové a na jednorazové/opakujúce sa. Možno konštatovať, že sa celkovo poskytuje najviac diagnostika (236 397), poradenstvo (225 689), terapia (146 012), anamnéza (95 414) a rehabilitácia (88 897).

Tabuľka 2 *Odborná činnosť poskytnutá klientom zariadení poradenstva a prevencie a počet odborných aktivít*

Odborná činnosť poskytnutá klientom zariadení poradenstva a prevencie		Počet odborných aktivít					
		spolu	v tom				domáce prostredie
			individuálne		skupinové		
			jedno-razové	opaku-júce sa	jedno-razové	opaku-júce sa	
Diagnostika		236 397	153 749	0	82 648	0	1 166
v tom	psychologická	153 878	86 814	0	67 064	0	311
	špeciálnopedagogická	56 924	49 165	0	7 759	0	709
	sociálnopedagogická	8 532	1 458	0	7 074	0	39
	liečebnopedagogická	716	571	0	145	0	76
	logopedická	16 052	15 446	0	606	0	31
	fyzioterapeutická	295	295	0	0	0	0
Rediagnostika		35 450	22 832	11 498	810	310	250
Poradenstvo		225 689	87 744	113 784	7 149	17 012	1 325
v tom	psychologické	90 176	34 562	47 337	1 777	6 500	345
	špeciálnopedagogické	58 270	24 537	30 848	902	1 983	890
	liečebnopedagogické	2 054	362	1 665	6	21	9
	sociálnopedagogické	5 978	1 413	3 033	566	966	26
	kariérové	35 177	21 404	3 746	3 603	6 424	24
	logopedické	33 461	5 217	26 835	295	1 114	27
	fyzioterapeutické	573	249	320	0	4	4
Terapia		146 012	5 549	126 713	691	13 059	2 217
v tom	psychoterapia	11 663	497	10 372	48	746	13
	psychologická	13 986	761	12 676	79	470	434
	špeciálnopedagogická	0	0	0	0	0	0
	liečebnopedagogická	8 037	337	6 944	32	724	308
	socioterapia	2 604	178	1 244	35	1 147	2
	logopedická	91 346	2 499	81 032	404	7 411	193
	fyzioterapia	4 210	118	4 076	1	15	169
Rehabilitácia		88 897	5 283	55 787	627	27 200	1 284
v tom	sociálno-psychologický tréning	4 193	104	585	184	3 320	14
	reedukácia a psychagogika	73 428	4 374	45 534	313	23 207	477
	nácvik sociálnej komunikácie	2 651	331	1 905	49	366	136
	relaxačné techniky	1 172	283	852	35	2	43
	fyzioterapia	3 037	35	2 976	2	24	1
	výchovná, sociálna, liečebná ergoterapia	4 416	156	3 935	44	281	613
Katamnéza		17 102	13 684	3 200	210	8	14
Anamnéza		95 414	64 819	19 623	10 522	450	476
Spolu		844 961	353 660	330 605	102 657	58 039	6 732

Pri hlbšej analýze je to z diagnostiky predovšetkým psychologická diagnostika (153 878), presnejšie jednorazová individuálna (86 814). V poradenstve je to najviac psychologické poradenstvo (90 176), konkrétne individuálna opakujúca sa aktivita (47 337). Najčastejšou terapiou je logopedická terapia (91 346), ktorá je individuálna a opakujúca sa (81 032) a najčastejšou rehabilitáciou je reedukácia a psychagogika (73 428), taktiež individuálna a opakujúca sa (45 534). Katamnéza, rovnako tak aj anamnéza je najmä individuálna a jednorazová (individuálna jednorazová katamnéza 13 684, individuálna jednorazová anamnéza 64 819). Kompletné údaje zobrazuje *tabuľka 2*.

Klienti podľa spôsobu výchovy a vzdelávania (podľa druhu školy)

Najvyšší počet vyšetrených klientov v školskom roku 2024/2025 bol zo základných škôl (105 591) a tvorili takmer polovicu všetkých klientov (216 142). Početné zastúpenie majú aj klienti z materských škôl, je ich takmer tretina z celkového počtu (68 440, 31,6 %) a viac ako 10 000 klientov študovalo v stredných odborných školách a v konzervatóriách (11 358). Podľa pohlavia to väčšinou boli chlapci/muži. V prípade základných aj materských škôl je väčšina služieb jednorazových, hoci pri klientoch zo základných škôl rozdiel nie je markantný. Kompletné zastúpenie zobrazuje *tabuľka 3*.

Tabuľka 3 *Klienti podľa spôsobu výchovy a vzdelávania vzhľadom na počet vyšetrených klientov*

Klienti podľa spôsobu výchovy a vzdelávania (podľa druhu školy)	Vyšetrení klienti – poskytnutá OS					
	spolu (počet)	spolu (%)	ženy (počet)	ženy (%)	jedno-razovo	opako-vane
Materské školy	68 440	31,6	29 618	43,2	40 043	28 397
Špeciálne materské školy	1 986	0,9	606	30,5	704	1 282
Špeciál. trieda pri materskej škole	149	0,06	59	39,5	62	87
Základné školy	105 591	48,8	46 056	43,6	55 927	49 664
Špeciálne základné školy	8 739	4,0	3 230	36,9	3 934	4 805
Špeciál. trieda pri základnej škole	1 633	0,7	728	44,5	982	651
Gymnázia, športové školy	9 890	4,5	5 889	59,5	5 333	4 557
Stredné OŠ a konzervatóriá	11 358	5,2	5 320	46,8	5 387	5 971
Špeciálne stredné školy	189	0,08	67	35,4	124	65
OU a praktické školy	1 273	0,5	520	40,8	782	491
Vysoká škola, univerzita	602	0,2	353	58,6	227	375
Školsky nezaradené	6 292	2,9	2 376	37,7	2 945	3 347
Spolu	216 142	100,0	94 822	43,8	116 450	99 692
Klienti s odporúčanou starostlivosťou	45		9	20,0		

Dôvody príchodu klienta a iniciátor príchodu

Najčastejším dôvodom príchodu klienta do zariadenia poradenstva a prevencie je zdravotné znevýhodnenie. Pomerne frekventované dôvody sú aj kariérové poradenstvo (42 485), školská spôsobilosť (36 530) a problémy v učení (31 885). Iniciátorom bol

prevažne rodič, resp. zákonný zástupca. Platí to takmer pre všetky dôvody príchodu klienta – jedinými výnimkami sú dôvody kariérové poradenstvo, rodinné a iné dôvody a integrácia cudzincov v Slovenskej republike, kde hlavným iniciátorom príchodu bola škola. Úplné údaje zobrazuje *tabuľka 4*.

Tabuľka 4 *Dôvody príchodu klienta a iniciátor príchodu*

Dôvody príchodu klienta a iniciátor príchodu	Počet klientov	V tom iniciátor príchodu							
		depistáž	klient sám	rodič, zák. zástupca	škola	ZSS	ZZ/L	kurátor, polícia, súd	ŠVZ
Školská spôsobilosť, povinné PV	36 530	8 302	43	20 378	7 541	71	84	6	105
Problémy v učení	31 885	564	334	17 499	13 127	112	79	5	165
Problémy v správaní	4 892	34	40	3 609	1 049	31	78	10	41
Nadanie – talent	2 746	8	8	2 360	363	0	2	0	5
Osobnosť a psychické problémy	8 313	21	533	5 573	2 018	20	123	5	20
Kariérové poradenstvo	42 485	72	1 980	19 138	21 061	11	4	0	219
Soc.-patologické javy	78	0	2	61	12	0	0	3	0
Poruchy vo vývine reči	15 441	2 035	33	11 657	1 379	28	233	0	76
Rodinné a iné dôvody	3 909	25	15	851	2 988	6	4	18	2
Osobnostný rozvoj	13 278	1 704	273	6 296	4 696	17	46	4	242
Rizikový vývin	7 862	246	29	4 832	1 557	25	1 084	5	84
Zdravotné znevýhodnenie	48 571	1 147	487	32 282	10 949	206	2 196	10	1 294
Integrácia cudzincov v SR	152	1	4	64	76	1	3	0	3
Spolu	216 142	14 159	3 781	124 600	66 816	528	3 936	66	2 256

ZSS – zariadenia sociálnej starostlivosti

ZZ/L – zdravotnícke zariadenia/logopéd

ŠVZ – špeciálne výchovné zariadenia

Diagnostika

Celkovo bolo v zariadeniach poradenstva a prevencie diagnostikovaných 153 359 klientov. Viac ako 71 % z nich bolo bez zdravotného znevýhodnenia (71,3 %; 109 321) a štvrtina z nich bola so zdravotným znevýhodnením (27,9 %; 42 784). Necelé 1 % bolo bez rozdielu zdravotného znevýhodnenia z dôvodu raného veku (0,8 %; 1 254).

Tabuľka 5 *Diagnostikovaní klienti podľa zdravotného znevýhodnenia*

Diagnostika		Počet	%
Diagnostikovaní klienti		153 359	100,0
v tom	bez zdravotného znevýhodnenia	109 321	71,3
	so zdravotným znevýhodnením	42 784	27,9
	vek 7 rokov (raný vek) bez rozdielu zdravotného znevýhodnenia	1 254	0,8

Preventívne programy

Preventívne programy sa delia podľa:

- formy (vlastný program, autorský program, kombinovaný program, program schválený/odporúčaný MŠVVaM SR),
- cieľovej skupiny (predškolský vek/predškoláci, žiaci ZŠ, žiaci SOŠ, gymnázií, konzervatórií, žiaci ZŠ a SŠ, žiaci ŠVVP, špeciálne ZŠ/SŠ, zmiešané skupiny – žiaci, učitelia, rodičia, zákonní zástupcovia),
- trvania (krátkodobé, strednodobé, dlhodobé),
- špecifikácie programu (univerzálny program nešpecifický, univerzálny program špecifický, selektívny program, indikovaný program).

Celkový počet preventívnych programov v školskom roku 2024/2025 bol 2 893, pričom viac ako polovica z nich (1 977) predstavovala školské programy zamerané na žiakov základných škôl. 572 preventívnych programov bolo v materských školách a 317 programov bolo pre žiakov stredných škôl.

Tabuľka 6 *Počet a typy preventívnych programov*

Preventívne programy		Spolu	Typ preventívneho programu				
			v MŠ	pre žiakov ZŠ (školský)	roves-nícky	pre rizik. supiny	pre žiakov SŠ
Počet preventívnych programov		2 893	572	1 977	6	21	317
v tom forma	vlastný program	1 534	188	1 111	0	14	221
	autorský program	397	138	207	3	6	43
	kombinovaný program	804	188	567	3	1	45
	program schválený/odporúčaný MŠVVaM SR	158	58	92	0	0	8
v tom cieľová skupina	predškolský vek/predškoláci	561	561	0	0	0	0
	žiaci ZŠ	1 886	0	1 886	0	0	0
	žiaci SOŠ, gymnázií, konzervatórií	305	0	0	0	5	300
	žiaci ZŠ a SŠ	15	0	0	3	6	6
	žiaci ŠVVP, špeciálne ZŠ/SŠ	78	0	77	0	0	1
	zmiešané skup. (žiaci, učitelia, rodičia, zák. zástup.)	19	7	0	3	9	0
	učitelia, koordinátori	29	4	14	0	1	10
v tom trvanie	krátkodobé	1 523	128	1 130	5	11	249
	strednodobé	709	184	461	1	5	58
	dlhodobé	661	260	386	0	5	10
v tom špecifikácia programu	univerzálny program nešpecifický	577	182	334	3	3	55
	univerzálny program špecifický	2 052	365	1 452	3	6	226
	selektívny program	101	2	84	0	1	14
	indikovaný program	163	23	107	0	11	22

Podľa formy bolo najviac preventívnych programov s vlastným programom (1 534). Podľa cieľovej skupiny boli spomínané programy zamerané v najväčšej miere na žiakov základných škôl (1 886) a podľa trvaniato boli predovšetkým krátkodobé programy (1 523). Väčšina programov mala charakter univerzálneho špecifického programu (2 052).

> *Kompletná analýza a interpretácia dát aj z iných oblastí o zariadeniach poradenstva a prevencie je dostupná v záverečnej správe, ktorá je uverejnená na stránke cvtisr.sk v sekcii Výskumy a prevencia.*

Analýza dynamiky úrovne kriminality mladistvých a delikvencie maloletých v rokoch 2010 – 2024 Aké sú trendy v súčasnosti?

Samuel HUBOČAN

Fakulta bezpečnostného inžinierstva, Žilinská univerzita

Abstrakt: *príspevok analyzuje dynamiku kriminality mladistvých a delikvencie maloletých v Slovenskej republike v rokoch 2010 až 2024 pomocou indexu kriminality prepočítaného na 100 000 maloletých a mladistvých. Výsledky potvrdzujú dlhodobý pokles celkovej úrovne kriminality a delikvencie, zároveň však odhaľujú zásadnú zmenu ich štruktúry – pokles majetkovej kriminality sprevádza relatívny nárast násilnej a mravnostnej delikvencie a kriminality u maloletých aj mladistvých. Tento paradox, spojený s rastúcim počtom závažných bezpečnostných incidentov v školskom prostredí, poukazuje na potrebu prispôsobenia zamerania preventívnych opatrení, posilnenia bezpečnostného a krízového manažmentu škôl a cielenej prevencie zameranej na moderné riziká, vrátane online hrozieb.*

Klúčové slová: *kriminalita mladistvých, delikvencia maloletých, dynamika kriminality a delikvencie, sociálno-patologické javy.*

1 Úvod

Bezpečnosť detí je v spoločnosti prioritou. Dospelí sa snažia ísť príkladom mládeži a zároveň im chcú zabezpčiť zdravý a ničím nerušený vývin. Tento idylický a všeobecne uznávaný prístup má za cieľ dosiahnuť napredovanie celej spoločnosti, z dlhodobého hľadiska zvyšovať životnú úroveň a pripraviť mládež na ich budúcu spoločenskú rolu [1]. Možno tvrdiť, že dospelí kladú na mládež určité nároky a zároveň majú očakávania, že

tieto nároky budú zúročené budúcim spoločenským prospechom. Ak však mládež nerešpektuje takúto spoločenskú dynamiku, ignoruje kladené nárok a nespĺňa spoločenské očakávania, tak možno pozorovať viaceré spoločenské konflikty [1, 2].

Je bežné, že mládež má v období dospievania potrebu rebélie. Mladý človek hľadá svoje postavenie vo svete, a preto jeho správanie nemusí spĺňať požiadavky, ktoré spoločnosť očakáva. Do určitej miery je takéto správanie tolerované. Problémom však je, ak takéto správanie začne narúšať bezpečnosť – prirodzenú ľudskú potrebu. Vtedy by už spoločnosť mala aktívne pristupovať k riešeniu vzniknutých problémov. Ideálne však je, ak existujú mechanizmy a opatrenia, ktorých cieľom je predchádzať nežiaducemu správaniu, ktoré narúša bezpečnosť v spoločnosti [1, 3].

Za správanie, ktoré je v spoločnosti najmenej tolerované a zároveň je definované aj v platných právnych normách je možné považovať kriminalitu a inú protispoločenskú činnosť. Kriminalitu a inú protispoločenskú činnosť skúma samostatná vedná disciplína – *kriminológia*. Kriminológia využíva interdisciplinárny vedný prístup pri skúmaní kriminality ako nežiadi spoločenský jav. Využíva poznatky z právnych vied, psychológie, sociológie, či kriminalistiky. V kriminológii má samostatné postavenie aj prevencia kriminality a inej protispoločenskej činnosti. Prevencia kriminality je disciplína zameraná na prechádzanie trestnej činnosti a ďalším formám nežiaduceho správania jednotlivcov, ktoré narúšajú bezpečnosť v spoločnosti [3].

Základnou jednotkou prevencie kriminality a inej protispoločenskej činnosti sú preventívne opatrenia [3, 4]. Z praktického hľadiska môže ísť o konkrétnu preventívnu činnosť. Preventívne opatrenie môže byť realizované samostatne, ale v záujme väčšej účinnosti, efektivity a pre dosiahnutie synergického efektu je vhodné spájať preventívne opatrenia do preventívnych programov [3, 4].

Na tvorbu vhodného preventívneho programu je potrebné poznať špecifiká kriminality a inej protispoločenskej činnosti v konkrétnej krajine. Preto je potrebné v pravidelných intervaloch monitorovať bezpečnostnú situáciu a vykonávať relevantné analýzy. Opatrenia, ktoré sú naplánované v rámci preventívneho programu, majú byť odpoveďou na zistené nedostatky či problémy.

2 Cieľ a metódy spracovania príspevku

Cieľom príspevku je spracovanie analýzy dynamiky úrovne jednotlivých druhov kriminality mladistvých a delikvencie maloletých v Slovenskej republike. V prvej časti príspevku budú spracované terminologické a teoretické východiská skúmanej problematiky a následne budú interpretované závery z vlastnej analýzy štatistických údajov. Táto analýza umožní zistiť, aké druhy kriminality páchajú maloletí a mladiství, čím sa spresní zameranie cieľov budúcich preventívnych opatrení, programov a strategických materiálov v oblasti prevencie kriminality. Na zvýšenie spoľahlivosti údajov nebude analýza vykonávaná v absolútnach číslach, ale v prepočte na 100 000 maloletých a mladistvých, formou *Indexu*

kriminality I_k. Na zabezpečenie relevantných výsledkov bude analyzované obdobie rokov 2010 až 2024 v rámci celej Slovenskej republiky.

V príspevku budú zodpovedané výskumné otázky (Vo):

- *Vo 1: Ktorý druh kriminality je najfrekventovanejšie páchaný maloletými a ktorý mladistvými?*
- *Vo 2: Existujú signifikantné rozdiely medzi veľkosťou úrovne a štruktúrou kriminality, ktorá je páchaná mladistvými a maloletými?*

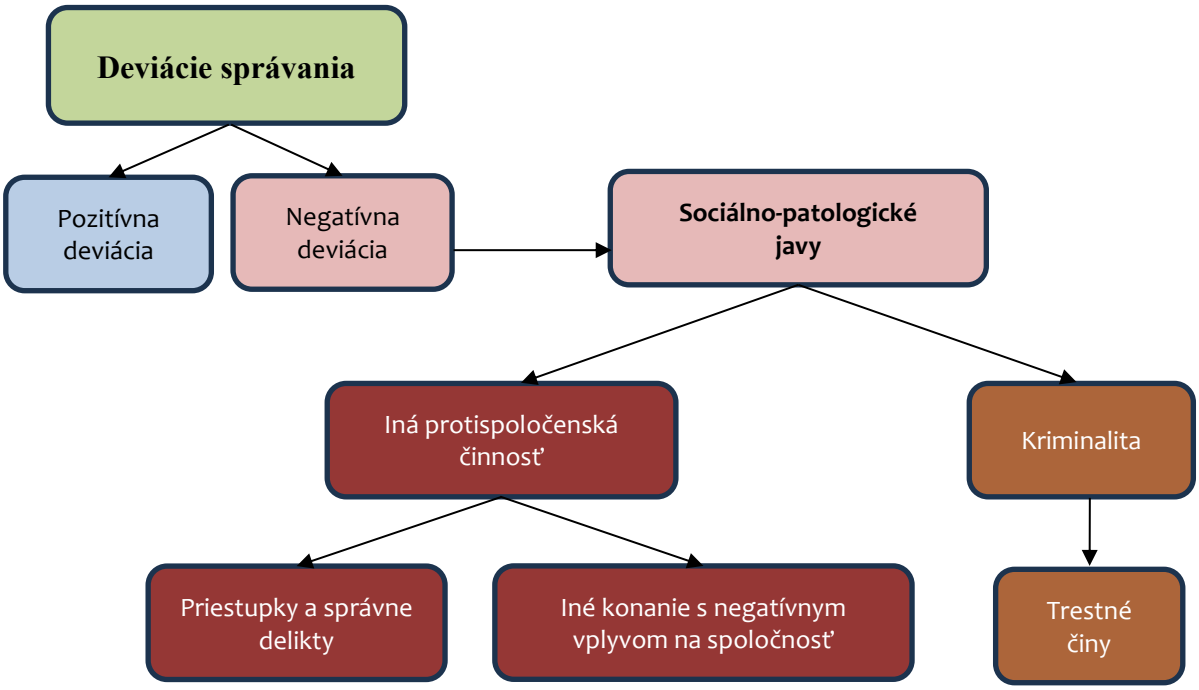
Údaje sú získané z voľne dostupných štatistík kriminality spracovávaných Ministerstvom vnútra Slovenskej republiky a štatistických údajov zverejňovaných Štatistickým úradom Slovenskej republiky. V oficiálnych štatistikách o kriminalite sú vykazované len registrované trestné činy podľa Trestného zákona č. 300/2005 Z. z. To znamená, že analýza neposkytuje prehľad o páchaní inej protispoločenskej činnosti (napr. záškoláctvo, gambling, užívanie tabakových výrobkov, šikanovanie...), ale iba páchanie trestnej činnosti. Spoľahlivosť analyzovaných údajov a vyvodené závery vo veľkej miere závisia od presnosti s akou orgány verejnej správy vedú a vykazujú štatistické údaje.

3 Kriminalita a delikvencia ako sociálno-patologické javy

Jedným z najvýznamnejších fenoménov, ktorý ovplyvňuje bezpečnosť v školách a podmieňuje potrebu efektívnych preventívnych školských programov sú **deviácie, sociálno-patologické javy, kriminalita a iná protispoločenská činnosť**. Tieto pojmy je nevyhnutné správne pochopiť a interpretovať, pretože ich nesprávne používanie môže negatívne ovplyvniť manažment preventívnych programov, aj jednotlivých preventívnych opatrení.

Možno konštatovať, že uvedené javy súhrnne predstavujú konanie človeka, ktorého následkom môže byť narušenie bezpečnosti ľudí (detí) – či už priamym fyzickým útokom, psychickým nátlakom alebo aj nežiaducim poškodením majetku. Takéto správanie narúša spoločenské normy a môže byť spájané aj s páchaním priestupkov alebo trestnej činnosti. Medzi skúmanými javmi existuje určitá prepojenosť. Na pochopenie vzťahu medzi týmito pojmami je potrebný interdisciplinárny prístup vychádzajúci zo sociológie, psychológie, kriminológie a právnych vied. Syntézou poznatkov z týchto vedných odborov je možné nájsť súvis medzi skúmanými javmi. Na *obrázku 1* možno vidieť ilustráciu spracovanú na základe syntézy poznatkov z odbornej literatúry, ktorá znázorňuje vzťahy medzi skúmanými javmi.

Obrázok 1 *Vzťah medzi deviáciou, sociálno-patologickými javmi a kriminalitou*



Zdroj: Vlastné spracovanie podľa [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]

Deviácia správania

je odchýlenie od uznávaných spoločenských noriem a pravidiel. Tento pojem označuje akékoľvek správanie jednotlivcov alebo skupín, ktoré spoločnosť vníma ako porušenie všeobecne prijatých spoločenských či skupinových štandardov. Je dôležité zdôrazniť, že existuje negatívna aj pozitívna deviácia. Na účely tohto príspevku bude pozornosť venovaná práve negatívnej deviácii [5, 8].

Sociálno-patologické javy

je súbor chorých, abnormálnych a všeobecne nežiaducich spoločenských javov, ktoré majú deštruktívny vplyv na spoločenské spolužitie. Vo všeobecnosti teda predstavujú negatívne deviácie správania. Časom sa vyvíjajú a neustále vznikajú ich nové formy, ktoré úzko súvisia aj s využívaním moderných komunikačných technológií. V súčasnosti tento pojem začína byť nahradzovaný aj pojmom *rizikové správanie.* Dôvodom je domnienka, že pojem sociálno-patologické javy pôsobí stigmatizujúco, čo môže viesť k neochote riešiť vzniknuté problémy a k tendencii popierať ich výskyt v spoločnosti. Možno konštatovať, že kriminalita a niektoré prípady inej protispoločenskej činnosti predstavujú nežiaduce správanie, ktoré je definované aj v právnych normách [8, 9, 10].

Kriminalita

je konanie, ktoré napĺňa znaky trestného činu [3, 4, 5]. Možno konštatovať, že predstavuje najzávažnejší sociálno-patologický jav. Trestným činom je protiprávny

čin, ktorého znaky sú uvedené v zákone č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov [6].

Iná protispoločenská činnosť

je konanie, ktoré je priestupkom alebo iným správnym deliktom [4]. Priestupkom je zavinené konanie, ktoré porušuje alebo ohrozuje záujem spoločnosti a ktoré je za priestupok výslovne označené v zákone č. 372/1990 Zb. zákon Slovenskej národnej rady o priestupkoch v znení neskorších predpisov [7]. Do inej protispoločenskej činnosti sa radí aj konanie, ktoré nemusí byť priestupkom alebo iným správnym deliktom, avšak vo všeobecnosti pôsobí negatívne na spoločnosť [4].

Medzi sociálno-patologické javy modernej doby, ktoré sa vyskytujú v školskom prostredí a pri ktorých je potrebné zabezpečiť vhodné preventívne opatrenia, možno zaradiť [3, 5, 11, 12, 13, 14, 15]:

- Šírenie poplašných správ, falošných správ, hoaxov a dezinformácií.
- Radikalizácia a extrémizmus.
- Internetové podvody a catfishing.
- Phishing a zneužitie osobných údajov.
- Kybernetická šikana, šikana, šírenie nenávisti a radikalizácia.
- Šírenie detskej pornografie a grooming.
- Nebezpečné výzvy a „ideály krásy".

Uvedené sociálno-patologické javy však nemusia napĺňať skutkovú podstatu trestných činov, teda nie vždy ide o kriminalitu. Trestné činy je možné považovať za najzávažnejší stupeň vývoja sociálno-patologických javov. Sociálno-patologické javy sa stávajú kriminalitou, ak sa naplní skutková podstata trestného činu podľa zákona č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon, v znení neskorších predpisov [6].

3.1 Dynamika kriminality a delikvencie

Sociálno-patologické javy – kriminalita a iná protispoločenská činnosť – predstavujú javy, ktoré sa v čase menia a vyvíjajú. Štatistiky kriminality spracovávané Ministerstvom vnútra Slovenskej republiky umožňujú vytvárať prehľady o vývoji registrovanej kriminality za sledované obdobie. V rámci kriminológie je možné skúmať fenomenológiu kriminality, ktorá sa zaoberá analýzou kvantitatívnych a kvalitatívnych ukazovateľov, pričom tieto veličiny možno jednoznačne vyjadriť a porovnávať. Fenomenológia skúma:

- stav,
- úroveň,
- štruktúru,

- dynamiku,
- objasnenosť kriminality [3, 16].

Stav kriminality

predstavuje kvantitatívny ukazovateľ vyjadrujúci počet registrovaných trestných činov na určitom území v určitom čase. Vyjadruje sa v absolútnych číslach. Stav kriminality nezohľadňuje veľkosť populácie, čo z neho robí ukazovateľ s nízkou výpovednou hodnotou [3].

Úroveň kriminality

už zohľadňuje veľkosť populácie. Spravidla udáva počet trestných činov pripadajúcich na 100 000 obyvateľov. Vyjadruje sa indexom kriminality, ktorý sa vypočíta ako podiel počtu registrovaných trestných činov s počtom obyvateľov a následne sa výsledok vynásobí číslom 100 000. Výpočet indexu kriminality je možné zapísať matematickým vzťahom [3]:

$$I_k = \frac{Počet\ zistených\ trestných\ činov\ alebo\ delikvencie}{Počet\ obyvateľov\ na\ danom\ území} \cdot 100\ 000$$

Dynamika kriminality

vyjadruje zmeny stavu, úrovne alebo štruktúry kriminality v určitom časovom období. Prostredníctvom dynamiky je možné vyjadriť tendenciu vývoja kriminality [3, 16]:

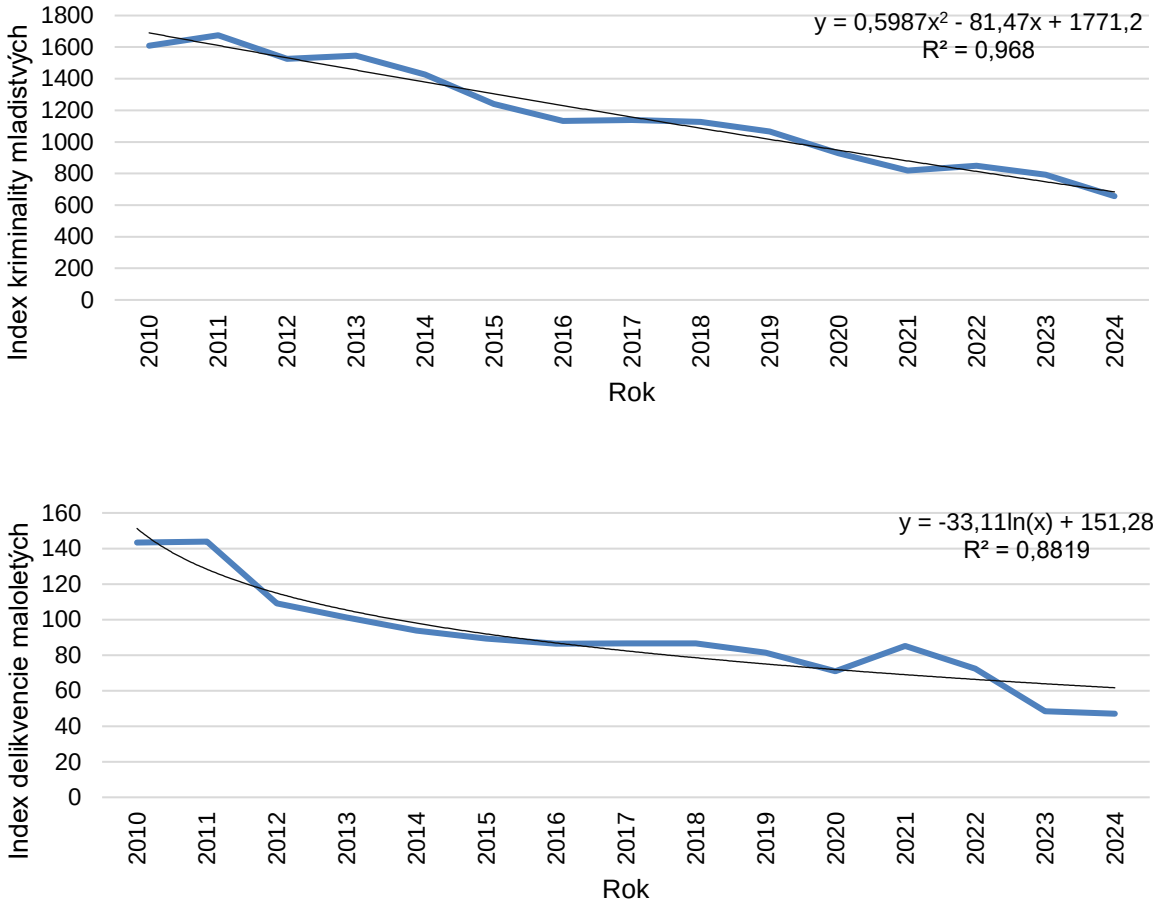
- rastúci vývoj (vzostupný),
- klesajúci vývoj (zostupný),
- stagnujúci vývoj (ustálený).

Pod pojmom delikvencia maloletých sa rozumie páchanie trestnej činnosti osobami, ktoré nie sú trestnoprávne zodpovedné. Ide o deti vo veku do 14 rokov. Trestná činnosť páchaná deťmi vo veku od 14 do 18 rokov sa označuje pojmom kriminalita mladistvých. Na účely tejto práce bude spracovaný prehľad indexu delikvencie maloletých (deti do veku 14 rokov) a kriminality mladistvých (deti od veku 14 do 18 rokov) [3].

3.2 Zhodnotenie výsledkov analýzy

Na výpočet indexu kriminality a delikvencie budú použité dostupné štatistické údaje kriminality spracované Ministerstvom vnútra Slovenskej republiky a štatistické údaje opisujúce demografické zloženie obyvateľstva spracované Štatistickým úradom Slovenskej republiky [17, 18]. Prehľad vývoja indexu delikvencie maloletých a kriminality mladistvých na celom území Slovenskej republiky je na *obrázku 2.*

Obrázok 2 *Dynamika indexu delikvencie maloletých a kriminality mladistvých*



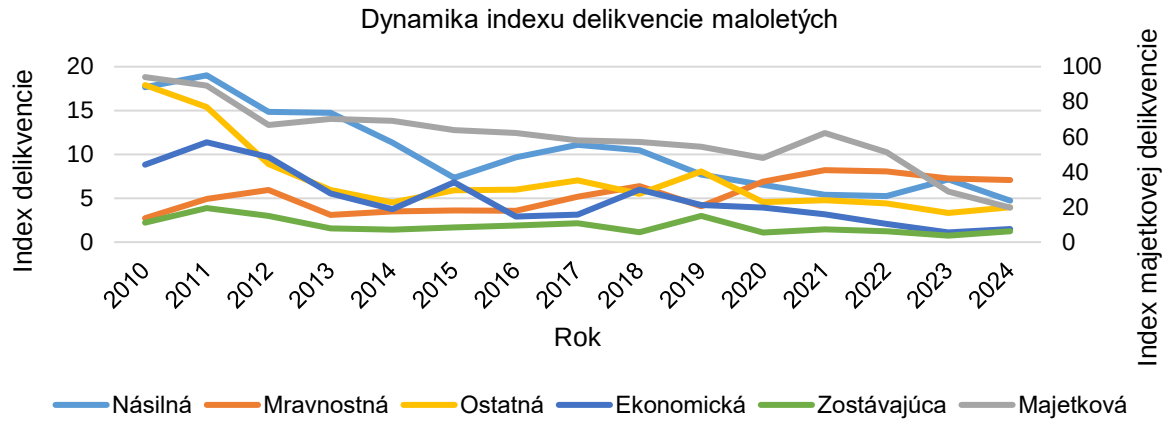
Zdroj: Vlastné spracovanie podľa [17, 18]

Uvedený vývoj delikvencie maloletých a kriminality mladistvých od roku 2010 do roku 2024 zohľadňuje územie celej Slovenskej republiky.

Na obrázkoch je **modrá krivka,** ktorá znázorňuje skutočný vývoj delikvencie maloletých a kriminality mladistvých. Na základe štatistických údajov možno potvrdiť, že úroveň delikvencie maloletých je rádovo desaťnásobne nižšia ako úroveň kriminality mladistvých. V oboch prípadoch je možné konštatovať klesajúcu predpoveď ďalšieho vývoja delikvencie maloletých a kriminality mladistvých. **Čierna krivka** znázorňuje regresnú funkciu, jej matematická rovnica sa nachádza v každom z obrázkov. Táto funkcia je vytvorená na možnú predpoveď ďalšieho vývoja indexu delikvencie a kriminality a bola vybraná metódou najvyššieho koeficientu spoľahlivosti R^2. Medziročný pokles kriminality a delikvencie by sa mal z logického hľadiska postupne spomaľovať.

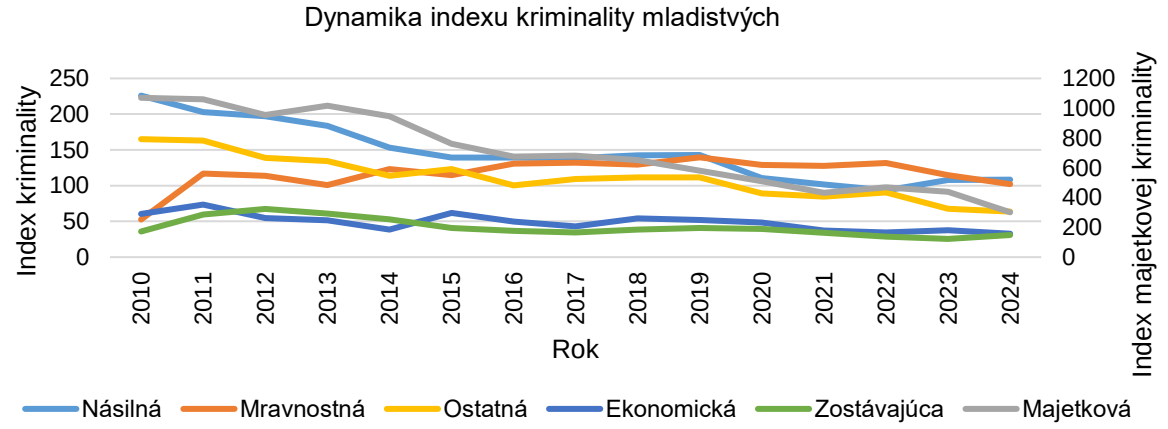
Na presnejšiu charakteristiku typu trestnej činnosti je možné kriminalitu a delikvenciu rozdeliť podľa druhu na majetkovú, násilnú, mravnostnú, ostatnú, ekonomickú a zostávajúcu [3, 17]. Toto rozdelenie a následné skúmanie dynamiky úrovne kriminality a delikvencie umožní zodpovedať stanovené výskumné otázky. Na obrázkoch 3 a 4 vidieť dynamiku úrovne jednotlivých druhov kriminality.

Obrázok 3 *Index delikvencie maloletých*



Zdroj: Vlastné spracovanie podľa [17, 18]

Obrázok 4 *Index kriminality mladistvých*



Zdroj: Vlastné spracovanie podľa [17, 18]

Prvotné grafy zobrazujúce dynamiku vývoja úrovne celkovej kriminality a delikvencie naznačujú dlhodobý klesajúci trend. Na jednej strane možno konštatovať znižovanie kriminality a delikvencie, čo má pozitívny vplyv na bezpečnosť a vývoj mládeže. Na druhej strane však možno poukázať na paradox, kedy kriminalita a delikvencia dlhodobo klesajú, avšak incidenty v školách v kontexte ochrany mäkkých cieľov majú negatívny trend vývoja. V časopise Prevencia č. 2 a 3 z roku 2025 bolo poukázané na aktuálne riešenú problematiku ochrany mäkkých cieľov v sektore školstva. Narastajúce počty násilných incidentov v školách a potreba vhodných preventívnych opatrení nie je v súlade s vývojom kriminality a delikvencie. Možno konštatovať, že aj keď úroveň kriminality a delikvencie klesá, tak vykonané trestné činy môžu byť frekventovanejšie značne násilného charakteru narúšajúc bezpečnosť viacerých detí či dospelých.

3.3 Zodpovedanie výskumných otázok

- ***Vo 1: Ktorý druh kriminality je najfrekventovanejšie páchaný maloletými a ktorý mladistvými?***

Po analyzovaní konkrétnych druhov kriminality a delikvencie možno tvrdiť, že u mladistvých páchateľov do roku 2017 dominovalo páchanie majetkovej kriminality. Sem možno zaradiť najmä krádeže, ktoré tvorili najväčší podiel majetkovej kriminality. Následne, po roku 2017, u mladistvých začalo dominovať páchanie mravnostnej kriminality. Zároveň, po roku 2017, druhým najčastejšie páchaným druhom kriminality bola násilná kriminalita. Tu možno zaznamenať mierny nárast úrovne násilnej a mravnostnej kriminality. Zatiaľ čo všetky ostatné druhy kriminality zaznamenali stabilný pokles, tak mravnostná a násilná kriminalita začali stagnovať s miernym nárastom. Tieto zmeny v dynamike poukazujú na potrebu prijať vhodné opatrenia na ochranu mäkkých cieľov a zároveň pripraviť školy navštevované mladistvými, na častejší výskyt násilného správania, či správania ohrozujúceho mravnú výchovu mládeže.

U maloletých nie je dynamika vývoja úrovne delikvencie výrazne odlišná. Vo väčšine sledovaného obdobia dominovala majetková kriminalita – najmä krádeže. Od roku 2019 zaznamenala mravnostná kriminalita rapídnejší nárast. V tom istom roku sa zároveň spomalil pokles indexu násilnej kriminality, ktorý od roku 2022 vykazuje rastúci trend. Rovnako ako pri kriminalite mladistvých, aj pri delikvencii maloletých mravnostná a násilná kriminalita „predbehli“ majetkovú kriminalitu. Preto je možné, podobne ako pri kriminalite mladistvých, konštatovať podobné závery – je nevyhnutné pripraviť školy na častejší výskyt násilného správania, prípadne správania ohrozujúceho mravnú výchovu mládeže.

- ***Vo 2: Existujú signifikantné rozdiely medzi veľkosťou úrovne a štruktúrou kriminality, ktorá je páchaná mladistvými a maloletými?***

Najzásadnejším rozdielom v páchaní kriminality a delikvencie je skutočnosť, že index delikvencie maloletých je rádovo desaťnásobne nižší. Tento rozdiel možno logicky vysvetliť tým, že mladiství majú v porovnaní s maloletými výraznejší sklon k rebélii. Zároveň, je podľa výskumov možno konštatovať, že mladiství majú tendenciu reagovať impulzívne či cholericky, čo môže mať za následok páchanie kriminality a inej protispoločenskej činnosti [19, 20]. Všeobecne možno konštatovať, že vývoj jednotlivých druhov kriminality je veľmi podobný. To, že index delikvencie maloletých je rádovo nižší, neznamená, že základné školy môžu podceniť prípravu na novodobé hrozby zanedbávaním odporúčaní a preventívnych opatrení. Adekvátny bezpečnostný manažment v základných a stredných školách by mal predstavovať základný pilier strategických dokumentov vedenia školy. Len vhodná príprava a prevencia dokážu zabrániť, respektíve znížiť následky páchania násilia v školách. Na základe uvedených zistení je nevyhnutné, aby školy rešpektovali odporúčania Policajného zboru a obecných polícii, konzultovali bezpečnostnú situáciu a preventívne opatrenia s odborníkmi a zároveň kontinuálne monitorovali bezpečnostnú situáciu v detských kolektívoch.

4 Záver

Výsledky analýzy dynamiky úrovne a štruktúry kriminality mladistvých a delikvencie maloletých za obdobie rokov 2010 až 2024 potvrdili dlhodobý klesajúci trend. Z hľadiska kriminality a delikvencie prepočítanej na 100 000 obyvateľov možno konštatovať postupný a konzistentný pokles. Takéto zistenia sú na prvý pohľad pozitívnym signálom stavu bezpečnosti mládeže v Slovenskej republike.

Vykonaná analýza poukázala na zásadný paradox v štruktúre páchania trestnej činnosti, ktorý si vyžaduje zvýšenú pozornosť. Kým celková úroveň delikvencie a kriminality klesá, štruktúra páchania trestných činov sa výrazne mení. Majetková kriminalita dominovala v prvej polovici sledovaného obdobia (2010 – 2017), postupne začala strácať svoje prvenstvo. Od roku 2017 došlo k výraznej zmene v štruktúre páchanej trestnej činnosti – mravnostná a násilná kriminalita – sa stali najčastejšie páchanou trestnou činnosťou u mladistvých aj maloletých.

Tieto zmeny sú mimoriadne alarmujúce z pohľadu ochrany detí a bezpečnosti v školskom prostredí. Zvyšovanie úrovne násilnej a mravnostnej kriminality (kde môže patriť grooming, sexting, tvorba a zdieľanie detskej pornografie, sexuálne násilie alebo obťažovanie, vydieranie, vyhrážanie, prenasledovanie) naznačuje zmeny v sociálnom správaní a hodnotovom systéme časti mládeže. Pri páchaní trestnej činnosti nejde o majetkové delikty, ale o činy, ktoré priamo narúšajú fyzickú integritu, psychické zdravie a morálny vývoj maloletých a mladistvých.

Zodpovedanie výskumnej otázky *Vo 1* potvrdilo, že dominujúcim druhom kriminality u maloletých a mladistvých je v súčasnosti mravnostná kriminalita, nasledovaná násilnou kriminalitou, pričom majetková kriminalita vykazuje dlhodobý pokles. Zodpovedanie výskumnej otázky *Vo 2* jasne dokumentuje, že hoci je úroveň delikvencie maloletých rádovo nižšia než úroveň kriminality mladistvých, dynamika a zmeny v ich štruktúre sú veľmi podobné.

Na základe zistení možno navrhnúť odporúčania pre subjekty zainteresované v prevencii kriminality v rezorte školstva. Na dlhodobé zvyšovanie bezpečnosti detí je potrebné zabezpečiť systematický bezpečnostný manažment so zameraním na prevenciu násilia a sexuálneho obťažovania. Keďže sa štruktúra kriminality a delikvencie neustále mení a vyvíja, je vhodné, aby boli v rámci preventívnych opatrení implementované pravidelné školenia pedagógov zamerané na rozpoznávanie signálov mravnostnej kriminality. Mravnostná kriminalita sa vo všeobecnosti považuje za kriminalitu s vysokou latenciou. Preto je vhodné posilniť psychologickú a sociálnu podporu, ktorá by umožnila obetiam anonymne nahlásiť prípady páchania trestnej činnosti. Ako bolo uvedené, analyzované štatistiky zachytávajú iba trestnú činnosť. Pri snahe o analýzu a predikciu vývoja všetkých sociálno-patologických javov je vhodné zaviesť v školách jednotný systém ich evidencie. Tento systém by mal umožňovať tvorbu štatistických výkazov, ktoré by bolo možné využiť na ďalšiu analýzu bezpečnostnej situácie v školách.

POĎAKOVANIE

Tento príspevok vznikol vďaka projektu Grantového systému UNIZA č. 21103 Tvorba softvérového nástroja na analýzu zraniteľností základných a stredných škôl a projektu KEGA 058ŽU-4/2025 Gamifikácia a inovácia učebných pomôcok v oblasti kriminológie a verejnej správy.

Zdroje

[1] SOPÓCI, J., BÚZIK, B., 2009. Základy sociológie. Bratislava: Mladé letá s. r. o. 140 s. ISBN 978-80-10-01444-6

[2] NIELSEN SOBOTKOVÁ, V. a kol.: Rizikové a antisociální chování v adolescenci. Praha : Grada Publishing, 2014, ISBN 978-80-247-4042-3

[3] ŠOLTÉS, V. 2022. Kriminológia – Prevencia kriminality a inej protispoločenskej činnosti v regiónoch Slovenska. Žilina: Edis, 2022. ISBN 978-80-554-1889-6

[4] *Zákon č. 583/2008 Z. z. o prevencii kriminality a inej protispoločenskej činnosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov*

[5] *DIANIŠKA, G. a kol. 2022. Kriminológia. 4. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk s. r. o. 413 s. ISBN 978 80 7380 891 4*

[6] *Zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov.*

[7] *Zákon č. 372/1990 Zb. o priestupkoch v znení neskorších predpisov.*

[8] MÁTEL, A. 2015. Sociálna patológia a prevencia vybraných sociálno-patologických javov. 2. vyd. Bratislava : Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce. 2015. 140 s. ISBN 978-80-971-445-5-5

[9] HRONCOVÁ, J., KRAUS, B. a kol., 2006. Sociálna patológia pre sociálnych pracovníkov a pedagógov. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta UMB v Banskej Bystrici.152 s. ISBN 80-8083-223-4

[10] SOPÓCI, J., BÚZIK, B., 2009. Základy sociológie. Bratislava: Mladé letá s. r. o. 140 s. ISBN 978-80-10-01444-6

[11] ANDRAŠKO, J., MESARČÍK, M., SOKOL, P., 2022. Právo kybernetickej bezpečnosti. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, Právnická fakulta, 2022. 186 s. ISBN 978-80-7160-632-1

[12] *Čo je to radikalizácia a ako sa jej dá predchádzať* [online]. Webová stránka Európskeho parlamentu. [cit. 20. 12. 2025]. Dostupné na internete: https://www.europarl.europa.eu/topics/sk/article/20210121STO96105/co-je-to-radikalizacia-a-ako-sa-jej-da-predchadzat

[13] KAMPOVÁ, K., MAKKA, K., ŠOLTÉS, V., 2019. Cyberbullying as a Threat to Young. European Journal of Psychology and Educational Research 2019, 2(2), s. 53-61. ISSN: 2589-949X

[14] MADRO, M., JURÁNEKOVÁ, Z., 2022. Bez nástrah online. 1. vyd. Bratislava: IPčko 2021. 99 s. ISBN 978-80-99978-02-8

[15] ŠALMON, T. 2021. (Ne)bezpečný internet: Sprievodca pre používateľov internetu od 10 do 99 rokov. 1. vyd. Bratislava: Lindeni, 2021. 290 s. ISBN 978-80-566-1941-4

[16] ONDICOVÁ, M., UHRIN, S. 2012. Prevencia kriminality. [1. vyd.]. Plzeň : Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2012. 146 s. ISBN 978-80-7380-405-3

[17] Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky, 2024. Štatistiky kriminality [online]. Oficiálne štatistické údaje [cit. 15. 11. 2025] Dostupné na: https://www.minv.sk/?statistika_kriminality_v_SR_za_rok_2023

[18] Štatistický úrad Slovenskej republiky, 20254. Demografia a sociálne štatistiky. Vekové zloženie - SR-oblasť-kraj-okres [online]. Oficiálne štatistické údaje [cit. 15. 11. 2024]. Dostupné na: https://datacube.statistics.sk/#!/view/sk/vbd_dem/om7009rr/v_om7009rr_00_00_00_sk

[19] ICENOGLE, G., STEINBERG, L., DUELL, N., CHEIN, J., CHANG, L., CHAUDHARY, N., DI GIUNTA, L., DODGE, K. A., FANTI, K. A., LANSFORD, J. E., OBURU, P., PASTORELLI, C., SKINNER, A. T., SORBRING, E., TAPANYA, S., URIBE TIRADO, L. M., ALAMPAY, L. P., AL-HASSAN, S. M., TAKASH, H. M. S., & BACCHINI, D. (2019). Adolescents' cognitive capacity reaches adult levels prior to their psychosocial maturity: Evidence for a "maturity gap" in a multinational, cross-sectional sample. Law and Human Behavior, 43(1), 69–85. https://doi.org/10.1037/lhb0000315

[20] STEINBERG, L., CAUFFMAN, E., WOOLARD, J., GRAHAM, S. & BANICH, M. (2009). Are adolescents less mature than adults?: Minors' access to abortion, the juvenile death penalty, and the alleged APA "flip-flop." American Psychologist, 64(7), 583–594. https://doi.org/10.1037/a0014763

Celoslovenská porada koordinátorov ochrany detí pred násilím v Tatranskej Lomnici

V dňoch 13. – 15. mája 2026 sa v hoteli SOREA Titris v Tatranskej Lomnici uskutočnila celoslovenská porada Oddelenia podpory ochrany detí pred násilím organizovaná Ústredím práce, sociálnych vecí a rodiny SR. Podujatie bolo realizované v súvislosti s implementáciou národného projektu *Spoločne za detstvo bez násilia pre všetky deti* a bolo určené koordinátorom ochrany detí pred násilím, regionálnym koordinátorom, zástupcom odborných organizácií a ďalším prizvaným hosťom.

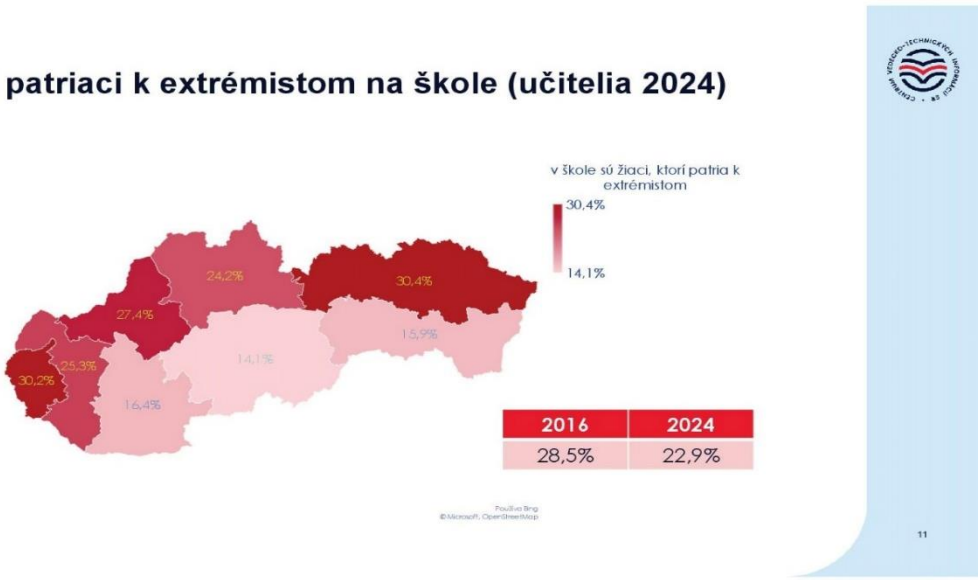
Program podujatia bol zameraný na aktuálne témy súvisiace s ochranou detí pred násilím, prevenciou rizikového správania detí a mládeže, multidisciplinárnou spoluprácou a podporou participácie detí pri riešení problémových situácií. Odborné bloky vytvorili priestor na prezentáciu skúseností z praxe, výmenu poznatkov medzi odborníkmi z rôznych rezortov a diskusiu o možnostiach efektívnejšieho systému podpory detí ohrozených násilím alebo inými formami rizikového správania.

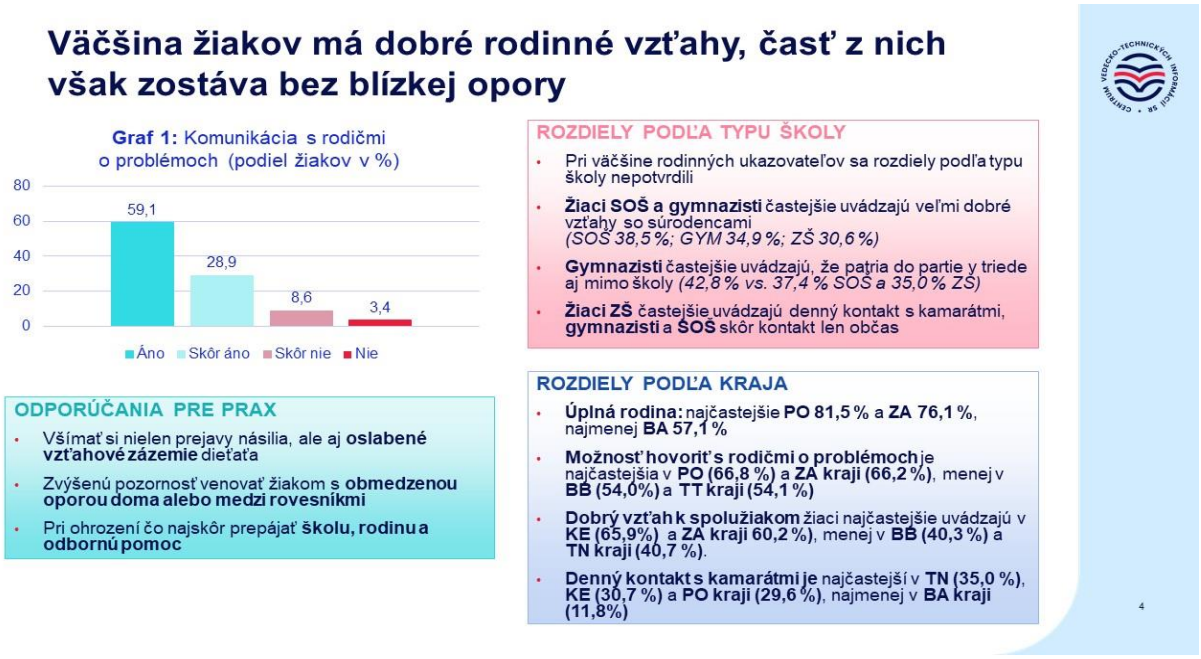
Úvodný deň podujatia bol venovaný problematike násilia páchaného na deťoch v online priestore a syndrómu CAN *(Child Abuse and Neglect)*. V odbornom programe vystúpila JUDr. Nina Vančíková, PhD. z Generálnej prokuratúry SR s prednáškou zameranou na stíhanie trestných činov páchaných na deťoch online. Súčasťou programu bol aj odborný blok venovaný problematike syndrómu CAN a možnostiam jeho identifikácie v praxi.



Druhý deň porady sa sústredil na multidisciplinárny prístup pri podpore detí v riziku, participáciu detí a monitoring národného projektu *Spoločne za detstvo bez násilia pre všetky deti*. Diskutované boli možnosti prepájania jednotlivých subjektov podieľajúcich sa na ochrane detí, identifikácia silných a slabých stránok systému podpory, ako aj význam koordinovanej spolupráce medzi štátnymi inštitúciami, školami, poradenskými zariadeniami a odbornými organizáciami. Odborné príspevky zdôrazňovali potrebu systematického prístupu k prevencii násilia a včasnej intervencie v prípade ohrozených detí.

Významnou súčasťou programu bol odborný blok realizovaný 15. mája 2026, v rámci ktorého vystúpili zástupcovia Centra vedecko-technických informácií SR – Mgr. Katarína Deáková, PhD., Mgr. Mária Janková a Mgr. František Blanár. Prezentácie boli zamerané na výsledky výskumov a analýz realizovaných CVTI SR v oblasti rizikového správania žiakov základných a stredných škôl, prevenciu a skúsenosti škôl a žiakov s ich riešením.





Odborné vystúpenia boli zamerané na aktuálne zistenia o prejavoch rizikového správania detí a mládeže v školskom i digitálnom prostredí. Pozornosť bola venovaná najmä problematike šikanovania, prejavom extrémizmu medzi žiakmi, digitálnym rizikám, skupinovej kriminalite mládeže, či skúsenostiam škôl s prevenciou a riešením rizikového správania.Prezentované boli aj výsledky celoslovenských výskumov realizovaných CVTI SR medzi školami a žiakmi základných a stredných škôl, ktoré poskytujú komplexný pohľad na aktuálnu situáciu v oblasti prevencie a bezpečnosti detí v digitálnom priestore.

Diskusia po prezentáciách potvrdila, že problematika digitálnych rizík a násilia medzi deťmi a mladými ľuďmi predstavuje jednu z najvýznamnejších výziev súčasnosti. Účastníci podujatia poukazovali na rastúci význam online priestoru v živote detí, na meniace sa formy rizikového správania a na potrebu systematického posilňovania preventívnych aktivít v školskom prostredí. Zdôraznená bola aj potreba kvalitnej medziodborovej spolupráce, ktorá umožňuje efektívnejšie prepájanie vzdelávacieho systému, sociálnych služieb, psychologickej pomoci, polície a ďalších relevantných subjektov.

Súčasťou podujatia bola aj odborná výmena skúseností medzi účastníkmi z rôznych regiónov Slovenska. Diskutovalo sa o konkrétnych skúsenostiach z praxe koordinátorov ochrany detí pred násilím, o možnostiach zlepšenia preventívnych programov, ako aj o potrebe systematického vzdelávania odborných pracovníkov pracujúcich s deťmi a mládežou. Mnohé príspevky zdôraznili význam zapájania detí do riešenia problémov, ktoré sa ich bezprostredne týkajú, ako aj potrebu vytvárať bezpečné a podporné prostredie, či už pre deti v školách, alebo aj v online priestore.

Celoslovenská porada v Tatranskej Lomnici potvrdila význam prepájania výskumu, odbornej praxe a preventívnych aktivít v oblasti ochrany detí pred násilím. Podujatie zároveň vytvorilo priestor na prezentáciu aktuálnych výskumných poznatkov, odbornú diskusiu a posilnenie spolupráce medzi inštitúciami a odborníkmi pôsobiacimi v oblasti prevencie rizikového správania detí a mládeže. Účasť zástupcov CVTI SR prispela k šíreniu výsledkov analytickej a výskumnej činnosti v oblasti rizikového správania a prevencie a zároveň podporila odborný dialóg o možnostiach ochrany detí v súčasnom digitálnom prostredí.

Mgr. Mária JANKOVÁ
CVTI SR Bratislava

POKYNY PRE AUTOROV

Vzhľadom na zvýšený záujem o časopis PREVENCIA zo strany školských psychológov, odbornej verejnosti, ako aj študentov sme sa od roku 2019 rozhodli pre možnosť zverejňovať náš časopis aj v elektronickej (pdf) verzii na stránkach CVTI SR, čím chceme zvýšiť jeho dostupnosť pre ďalších záujemcov.

Autor zaslaním príspevku udeľuje súhlas na zaradenie jeho príspevku do časopisu, vyhotovenie jeho rozmnožení a verejné rozširovanie v papierovej, aj elektronickej forme.

Autor článku zodpovedá za to, že rukopis, ani jeho súvislejšie pasáže, neboli ešte nikde publikované.

Pri posielaní príspevkov prosíme dodržať nasledujúce pokyny:

- Príspevky posielajte vo formáte .doc, .docx bez zalamovania riadkov a strán. V prípade programu MS Word používajte implicitnú šablónu „normal“. Vybraný text môžete podľa potreby zvýrazniť (podčiarknuť, použiť kurzívu, tučné písmo). **Nepoužívajte** automatické formátovanie, špeciálne fonty, vlastné šablóny a pod.; grafickú úpravu jednotnú pre všetky príspevky urobí redakcia.

- Tabuľky a schémy môžete zaradiť priamo do textu; grafy môžete rovnako zaradiť do textu, ale musia obsahovať tabuľku alebo pošlite ich v samostatnom súbore vo formáte xls/.xlsx (do textu príspevku, na miesto, kde sa má vložiť graf, vložte odkaz).

- Citované pramene treba uvádzať v zátvorke s uvedením priezviska autora/autorov a roku vydania knihy alebo článku a na konci príspevku uvediete zoznam odkazov, literatúry a informačných zdrojov.

- V odkazoch na literatúru uvádzajte pramene v abecednom poradí. Uveďte iba tie, na ktoré sa odvolávate v texte; nie celý rozsah, ktorý bol súčasťou záverečnej správy, vyhodnotenia a pod.

- K rukopisu pripojte abstrakt a kľúčové slová v slovenskom, aj v anglickom jazyku.

- Na konci príspevku uveďte svoje meno, adresu pracoviska a e-mailovú adresu.

Celkový rozsah príspevku by nemal prekročiť 20 000 znakov (s medzerami).

Príspevky posielajte na e-mailovú adresu:

katarina.deakova@cvtisr.sk
barbara.tothova@cvtisr.sk

Na otázky vám odpovieme a námety, pripomienky, návrhy a pod. prijímame na telefónnych číslach:

02/692 95 344
02/692 95 309